

Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής –

Υπερκινητικότητα

Μέρος Α΄

Κούρτη Ευρύκλεια, Εργοθεραπεύτρια στο «Λόγος & Επικοινωνία»

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια στην «Ειδική Αγωγή» του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Τα τελευταία είκοσι περίπου χρόνια η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) απασχολεί τους ειδικούς, οι οποίοι εργάζονται στο χώρο της ψυχικής υγείας του παιδιού και του εφήβου, περισσότερο από κάθε άλλη διαταραχή. Το γεγονός αυτό οφείλεται στη μεγάλη συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ στον παιδικό πληθυσμό καθώς επίσης στο γεγονός ότι πολλά προβλήματα μάθησης και συμπεριφοράς σχετίζονται με αυτή τη διαταραχή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Αυτό που είναι πολύ σημαντικό να καταλάβουμε είναι ότι η ΔΕΠ-Υ δεν αφορά μόνο τις σχολικές δραστηριότητες, αλλά διαμορφώνει μια κλινική εικόνα, που χαρακτηρίζει τη δράση και τη συμπεριφορά του ατόμου συνολικά, σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής (στο σπίτι, τη δουλειά, τις κοινωνικές σχέσεις) (Barkley, 1998; The British Psychosocial Society, 2003).

Λέξεις κλειδιά: ΔΕΠ-Υ, ελλειμματική προσοχή, υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα, εργοθεραπεία

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διαταραχή της ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, η οποία είναι γνωστή διεθνώς ως Attention Deficit Hyperactivity Disorder (AD/HD), αποτελεί μια από τις πιο κοινές διαταραχές της παιδικής ηλικίας (Barkley, 1990). Σύμφωνα με το ICD-X, το ΔΕΠΥ ανήκει στην κατηγορία των διαταραχών συμπεριφοράς και συναισθήματος με συνήθη έναρξη την παιδική ή εφηβική ηλικία (άξονας 90) (WHO 1992).

Η ΔΕΠ-Υ ορίζεται από την ύπαρξη ή και τη συνύπαρξη τριών βασικών χαρακτηριστικών: την έλλειψη προσοχής, την παρορμητικότητα και την υπερκινητικότητα. Σύμφωνα με το Διαγνωστικό Κριτήριο της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-IV, APA, 1994), παρουσιάζονται τρεις τύποι ΔΕΠ-Υ. Ο πρώτος τύπος κυριαρχείται από διαταραχές προσοχής, ο δεύτερος τύπος κυριαρχείται από υπερκινητικότητα– παρορμητικότητα και ο τρίτος τύπος είναι ο συνδυασμένος τύπος, κυριαρχείται δηλαδή από στοιχεία των δύο προηγούμενων.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ- ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) δύσκολα ορίζεται με ακρίβεια και αντικειμενικότητα, ενώ η πραγματική της συχνότητα δεν μπορεί να μετρηθεί επακριβώς. Αυτό είναι ένα σημείο τριβής για ορισμένους οι οποίοι θέτουν υπό αμφισβήτηση διαγνώσεις ΔΕΠ-Υ.

Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι τα διαγνωστικά κριτήρια τα οποία χρησιμοποιούνται σε κάθε χώρα είναι διαφορετικά. Εξαιτίας της διαφορετικής ιδιοσυγκρασίας και αντιμετώπισης παιδιών με τέτοια σύνδρομο, σε κάποιες άλλες χώρες το ποσοστό φέρεται να είναι πολύ υψηλό και σε άλλες σημαντικά χαμηλό. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι στις ΗΠΑ το 9% των παιδιών έχουν διαγνωσθεί ότι έχουν ΔΕΠ-Υ, ενώ στη Βρετανία μόλις 0,03% των παιδιών παίρνει αντίστοιχη διάγνωση (Hinshaw, 1994a Kewley, 1998).

Εν τούτοις οι ειδικοί συγκλίνουν ότι περίπου 3-5% του πληθυσμού της παιδικής ηλικίας εμφανίζει τη διαταραχή με μια σοβαρή επικράτηση των αγοριών έναντι των κοριτσιών, η οποία φθάνει στο 3:1 (APA, 1994; Tannock, 1998), αν και πολλές μελέτες παρουσιάζουν αυξητικές διαφοροποιήσεις. Αυτές εξαρτώνται από το δείγμα του παιδικού πληθυσμού, τα διαγνωστικά κριτήρια και τα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται, το γεωγραφικό μέρος από το οποίο προέρχεται το δείγμα και το βαθμό συμφωνίας μεταξύ γονέων και δασκάλων κατά την δική τους αξιολόγηση.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

A. Οργανική

Ενέχονται εγκεφαλικές βλάβες, γενετικές ανωμαλίες, βιοχημικές διαταραχές, μολύνσεις, δηλητηριάσεις και ελαφρές νευρολογικές ανωμαλίες.

B. Γενετική

Υπάρχουν μονάχα ενδείξεις για τη συσχέτιση γενετικών παραγόντων (μελέτη με δίδυμα και υιοθετημένα παιδιά) και της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής- υπερκινητικότητας (Ρούσσου, 1988)

Γ. Περιβάλλον

Αναφερόμαστε σε δυσλειτουργικά περιβάλλοντα τόσο σε ό,τι αφορά την οικογένεια, όσο και σε ό,τι αφορά το σχολείο. Αυτά είναι πιθανόν να ευθύνονται για την διάσπαση προσοχής και την υπερκινητικότητα του παιδιού (Holowenko, 1999).

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ- ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Για τη διάγνωση της διαταραχής της ελλειμματικής προσοχής δεν αρκεί μόνο ένα σύμπτωμα αλλά πολλά συμπτώματα, που συνθέτουν κλινικά το σύνδρομο. Ένα και μοναδικό σύμπτωμα αποτελεί ένδειξη και όχι απόδειξη ότι ένα παιδί εμφανίζει ΔΕΠ-Υ. Συμβαίνει συχνά σε αγόρια υπερκινητικά και ζωηρά, που δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν για μεγάλο χρονικό διάστημα, να τους αποδίδεται η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ. Τα συμπτώματα αυτά θα πρέπει να είναι παρόντα για τουλάχιστον 6 μήνες, και να εκδηλώνονται στην προσχολική ηλικία (πριν την ηλικία των 7) και να είναι εμφανής η "εξελικτική απόκλιση". Παράλληλα, θα πρέπει να υπάρξει σαφής διαχωρισμός μεταξύ περιβαλλοντικών, γνωστικών και βιολογικών πεδίων (Κεράτσα, 2004).

Το ΔΕΠ-Υ δεν μπορεί να είναι το αποκλειστικό αποτέλεσμα καταστάσεων, όπως η σχιζοφρένεια, ο αυτισμός ή η ψύχωση και δεν θα πρέπει επίσης να συνοδεύεται από διαγνώσεις που έχουν να κάνουν με στρες, μεταβολές στην ψυχική διάθεση ή σύνδρομα όπως αυτό του διχασμού προσωπικότητας.

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι είναι αρκετά θολό το κατά πόσο το ΔΕΠ-Υ είναι αναπηρία ή όχι. Αυτό θα πρέπει να το δει κανείς σε συνάρτηση όχι μόνο με τον αριθμό και την σοβαρότητα των συμπτωμάτων, αλλά και με το περιβάλλον του παιδιού.

Πρωτογενή Συμπτώματα

A. Ελλειμματική προσοχή/ αδυναμία συγκέντρωσης

Συχνά το παιδί:

- Δεν μπορεί να εστιάσει την προσοχή του σε λεπτομέρειες, κάνει λάθη από απροσεξία στις εργασίες του σχολείου
- Δεν μπορεί να οργανώσει τις εργασίες του
- Αδιαφορεί για τις οδηγίες που του δίνονται όσον αφορά τις σχολικές εργασίες, καθημερινές εργασίες και γενικά καθήκοντα που έχει αναλάβει (χωρίς όλα αυτά να οφείλονται σε αντιδραστική συμπεριφορά ή αδυναμία κατανόησης των οδηγιών)
- Δίνει την εντύπωση ότι δεν ακούει, όταν κάποιος του απευθύνει τον λόγο
- Ξεχνάει ή χάνει αντικείμενα που του είναι απαραίτητα για εργασίες-δραστηριότητες
- Δεν δείχνει προθυμία να ασχοληθεί με εργασίες που απαιτούν έντονη διανοητική δραστηριότητα

B. Υπερκινητικότητα

Συχνά το παιδί:

- Τρέχει και κινείται υπερβολικά σε χώρους όπου τέτοιου είδους συμπεριφορά κρίνεται ακατάλληλη (οι έφηβοι-ενήλικες περιορίζονται σε ψυχική εγρήγορση)
- Σηκώνεται από τη θέση ή το θρανίο του σε χώρους όπου δεν πρέπει να μετακινηθεί
- Παίζει νευρικά με τα χέρια του, στριφογυρίζει αμήχανα στη θέση του, κουνάει τα πόδια του
- Μιλάει υπερβολικά
- Δυσκολεύεται να πάρει μέρος σε δραστηριότητες ή να παίξει με ηρεμία
- Δεν θέλει να μένει για μεγάλο χρονικό διάστημα σε ένα μέρος

Γ. Παρορμητικότητα

Συχνά:

- Διακόπτει ή θέλει να επιβάλλει την παρουσία του π.χ. σε ομαδικά παιχνίδια
 - Έχει δυσκολία να περιμένει τη σειρά του
 - "Πετάγεται" δίνοντας απαντήσεις προτού ολοκληρωθεί η ερώτηση
 - Κάνει πράγματα χωρίς να τα σκεφθεί
 - Δυσκολεύεται να οργανώσει τη δουλειά του
- (Ρούσσου, 1988; Α.Ρ.Α., 1994; Μανιαδάκη, 2001)

Δευτερογενή Συμπτώματα

Υπάρχουν και δευτερογενή συμπτώματα, που δεν είναι τυπικά αλλά προκύπτουν από την επίδραση των πρωτογενών συμπτωμάτων, τα οποία είναι:

- Καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου
 - Δυσκολία στην ανάγνωση
 - Αδυναμία αφομοίωσης καινούριων πληροφοριών και γνώσεων
 - Δυσκολία στη σύναψη κοινωνικών και φιλικών σχέσεων
 - Χαμηλή αυτοεκτίμηση και εμπιστοσύνη στον εαυτό
 - Επιθετικότητα και απειθαρχία
 - Ανησυχία στον ύπνο
- (Ρούσσου, 1988; Α.Ρ.Α., 1994; Μανιαδάκη, 2001)

ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΔΕΠ-Υ ΜΕ ΆΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

- 60% των παιδιών με ΔΕΠΥ παρουσιάζουν εναντιωτική/προκλητική διαταραχή
 - 45% παρουσιάζουν σοβαρή διαταραχή διαγωγής
 - 25% εκδηλώνουν αντικοινωνική και παραπρωματική συμπεριφορά
 - 30% εμφανίζουν χρόνιες αγχώδεις διαταραχές
 - 33% παρουσιάζουν μείζονα κατάθλιψη
 - 50% και περισσότερα παρουσιάζουν συναισθηματικά προβλήματα
 - 50% και περισσότερα παρουσιάζουν προβλήματα στις κοινωνικές δεξιότητες
 - 90% δεν αποδίδουν στη σχολική εργασία
 - 20% έχουν προβλήματα στην ανάγνωση
 - 60% έχουν σοβαρά προβλήματα στη γραφή
- (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000)

Η ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΔΕΠ-Υ

1. Βρεφική ηλικία

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στην πλειοψηφία τους έχουν αυξημένη κινητική ανάπτυξη, εμφανίζουν κωλικούς, κλαίνε πολύ, νυστάζουν συνέχεια, αντιμετωπίζουν προβλήματα φαγητού και ύπνου, αρνούνται τη σωματική επαφή και τέλος παρουσιάζουν καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου και σε λειτουργίες όπως στον έλεγχο των σφιγκτήρων (Ρούσσου, 1988).

2. Προσχολική ηλικία

Καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν και εντάσσονται στο νηπιαγωγείο, συνεχίζουν να παρουσιάζουν αυξημένη και άσκοπη ενεργητικότητα, εναλλάσσουν γρήγορα τις δραστηριότητες, είναι ριψοκίνδυνα και δείχνουν να μη φοβούνται -τουλάχιστον φαινομενικά- με αποτέλεσμα να είναι ευάλωτα σε ατυχήματα και τραυματισμούς. Στο σπίτι προκαλούν προβλήματα όπως ζημιές, σπάσιμο ποτηριών, απώλεια αντικειμένων κ.ά. Συνάμα, δεν κοιμούνται επαρκώς, εμπíπτουν σε κρίσεις οργής, έχουν χαμηλή ανεκτικότητα στη ματαίωση (low frustration tolerance) και απογοιτεύονται γρήγορα. Η παραπάνω συμπεριφορά καθιστά δύσκολη την εμπλοκή τους σε παιχνίδι ομηλικών (Ρούσσου, 1988).

3. Σχολική ηλικία

Στο σχολείο, τα παιδιά εξακολουθούν να παρουσιάζουν γρήγορες εναλλαγές ψυχικής διάθεσης, αντιδρούν σε κάθε μορφή πειθαρχίας με συνέπεια να δημιουργούνται διενέξεις στην οικογένεια και στο σπίτι. Αναφορικά με τις κοινωνικές σχέσεις με τους

ομήλικους, συνεχίζουν αυτές να είναι διαταραγμένες ενώ σημειώνεται επιθετικότητα προς τα μικρότερα παιδιά, στα οποία μπορούν να επιβληθούν.

Το παιδί με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής έχει συνήθως κακή επίδοση τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, η οποία δε σχετίζεται με χαμηλή νοημοσύνη (Milich, 1994). Πολλές φορές δυσκολεύονται να αναπτύξουν τις δεξιότητες της ανάγνωσης και της γραφής και να ακολουθήσουν τους ρυθμούς της τάξης τους. Έχουν χαμηλή επίδοση σε δημιουργικές δραστηριότητες (Crammond, 2004)

4. Εφηβεία

Οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν ύφεση στην υπερκινητικότητα. Παρόλα αυτά συνεχίζουν να είναι άτομα επιθετικά και ανώριμα, αδυνατώντας να επενδύσουν συναισθηματικά στις ανθρώπινες σχέσεις. Το μεταβατικό αυτό στάδιο προς την ενηλικίωση βρίσκει τα παιδιά, να έχουν διαμορφώσει μια κακή εικόνα του εαυτού και με χαμηλή αυτοεκτίμηση. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν δυσκολία στη σύναψη σχέσεων με συνομήλικους (Hoza et al, 2000). Η παρορμητικότητά τους και η αντίδρασή τους με υπερβολικό τρόπο, τους κάνουν να μοιάζουν με παιδιά μικρότερης ηλικίας. Παραδόξως, τα παιδιά αυτά αναπτύσσουν καλύτερες σχέσεις με παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας μιας και τα τελευταία εκτιμούν την προθυμία των πρώτων να ασχοληθούν με νέα πράγματα αλληλά και αρέσκονται στην επιρροή που ασκούν πάνω τους. Από την άλλη αναπτύσσουν πολύ καλές σχέσεις με παιδιά μικρότερης ηλικίας, αφού η συμπεριφορά τους προσεγγίζει εκείνη των τελευταίων αλληλά και επειδή τους δίνεται η ευκαιρία να επιβληθούν.

5. Ενηλικίωση

Τέλος, στην ενήλικη ζωή, παρατηρείται σύμφωνα με έρευνες μια τάση των ατόμων με ΔΕΠ-Υ προς τις ψυχικές ασθένειες, τις μη κοινωνικά αποδεκτές συμπεριφορές και προς την παραβατικότητα. Παράγοντες όπως διαταραγμένες κοινωνικές σχέσεις, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, χαμηλή αυτοεκτίμηση κ.α. φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση μιας αντικοινωνικής προσωπικότητας (Ρούσσου, 1988; Μανιαδάκη, 2001).