

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ
ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ**

ΕΡΕΥΝΑ ΣΕ 100 ΑΤΟΜΑ ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΕ 100 ΑΤΟΜΑ ΤΗΣ
ΣΧΟΛΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΜΥΛΩΝΑΚΗ ΘΕΟΔΩΡΑ
ΡΑΛΛΗ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΟΠΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: *Ph.D* ΘΕΟΔΩΡΑΤΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....σελ.8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Ορισμός.....σελ.10

1.2 Ιστορική ανασκόπηση στον ορισμό της ΔΕΠ/Υ.....σελ.11

1.3 Η σημασία της πρόληψης και του έγκαιρου εντοπισμού της ΔΕΠ στους ενήλικες.....σελ.12

1.4 ΔΕΠ/Υ και φύλο.....σελ.12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ

2.1 Έννοια και σημασία της προσοχής.....σελ.13

2.2 Λειτουργίες της προσοχής.....σελ.13

2.3 Διαταραχή προσοχής στην ΔΕΠ.....σελ.14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ ΣΤΟΝ ΕΝΗΛΙΚΑ

3.1 Χαρακτηριστικά ενήλικας με ΔΕΠ.....σελ.15

3.2 Τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ.....σελ.18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4. ΠΙΘΑΝΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΔΕΠ

- 4.1 Εισαγωγή..... σελ.21
- 4.2 Νευρολογικοί παράγοντες της ΔΕΠ..... σελ.21
- 4.3 Γενετικοί παράγοντες της ΔΕΠ..... σελ.22
- 4.4 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες της ΔΕΠ..... σελ.22
- 4.5 Ορμονικοί παράγοντες της ΔΕΠ..... σελ.23

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5. ΣΥΝΩΔΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΔΕΠ

- 5.1 Εκτελεστική λειτουργία και μνήμη.....σελ.23
- 5.2 Διαχείριση χρόνου.....σελ.24
- 5.3 Επίλυση προβλημάτων.....σελ.24
- 5.4 Μαθησιακές δυσκολίες.....σελ.25
- 5.5 Κατάχρηση ουσιών.....σελ.25
- 5.6 Προβλήματα ύπνου.....σελ.26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

6. ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΔΕΠ

- 6.1 Διαταραχές διάθεσης (mood disorders).....σελ.27
- 6.2 Διαταραχές προσωπικότητας (personality disorders).....σελ.28
- 6.3 Αγχώδεις διαταραχές (anxiety disorders).....σελ.29
- 6.4 Άλλες συνοδές διαταραχές.....σελ.29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

7. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ

- 7.1 Εισαγωγή.....σελ.30
- 7.2. Ατομική ψυχοθεραπεία- Θεραπεία συμπεριφοράς.....σελ.30
- 7.3 Ομαδική θεραπεία.....σελ.31
- 7.4 Φαρμακοθεραπεία.....σελ.31
- 7.5 Φυσική μέθοδος αντιμετώπισης.....σελ.32

ΕΡΕΥΝΑ

1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

- 1.1 Είδος της έρευνας.....σελ.34
- 1.2 Σκοπός της έρευνας.....σελ.34
- 1.3 Στόχοι της έρευνας.....σελ.34
- 1.4 Υποθέσεις.....σελ. 35
- 1.5 Σημαντικότητα της έρευνας.....σελ.35
- 1.6 Δυσκολίες κατά την έρευνα.....σελ.36

2. ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

- 2.1 Σχεδιασμός της έρευνας.....σελ.36
- 2.2 Πληθυσμός - Δείγμασελ.36
- 2.3 Τόπος και χρόνος έρευνας.....σελ.36
- 2.4 Συλλογή δεδομένων.....σελ.37
- 2.5 Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων...σελ.37
- 2.6 Ζητήματα Βιοηθικής.....σελ.37
- 2.7 Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση.....σελ.37

3. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ.....σελ.38	σελ.38
4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ.....σελ.38	σελ.38
5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....σελ.39	σελ.39
6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....σελ. 74	σελ. 74
7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....σελ.79	σελ.79
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	80

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ευκαιρία της εκπόνησης της παρούσας εργασίας θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στην υπεύθυνη και συντονίστρια καθηγήτρια, που επόπτευσε τη συγγραφή της εργασίας μας, προσφέροντας μας καθοδήγηση και πολύτιμη στήριξη, την Ph.D Θεοδωράτου-Μπέκου Μαρία.

Ευχαριστούμε τις οικογένειες μας για την πολύτιμη συμπαράσταση που μας προσέφεραν σε όλα τα βήματα της πορείας μας, καθώς και τις φίλες μας Βάγια και Ελένη,

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τον αρραβωνιαστικό μου Βενέδικτο για την πολύτιμη συμπαράσταση που μου έδωσε.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Εκπόνηση πτυχιακής εργασίας με θέμα «Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής στους ενήλικες». Στην παρούσα εργασία γίνεται αναφορά στη νευρολογική διαταραχή της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής (ΔΕΠ) , καθώς και στον τρόπο που αυτή επηρεάζει όλες τις πτυχές της ζωής του ασθενή. Εν συνεχεία, ακολουθεί έρευνα κατά την οποία εξετάζονται τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ στους φοιτήτριες των τμημάτων Λογοθεραπείας και Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Υγείας και Πρόνοιας του Α.Τ.Ε.Ι Πατρών.

ABSTRACT

Attention Deficit Disorder with and without Hyperactivity (ADDH) is one of the most common psychiatric disorders in children world wide. Many professionals in the field of mental health work with ADDH because of the common frequency of it's appearance in child populations, as well as the problems it causes in learning and behavior.

In the last decade, studies show that the percentage of boys with hyperactivity is 5-10 percent , while the percentage of girls with hyperactivity is lower. Researche has shown that in a percentage of 50% the symptoms of ADDH also continue in adult life. However, time goes by, the symptom of hyperactivity are redused sufficiently.

The difficulties caused by ADD in adults, influence their daily life and also their families to a great degree. They present antisocial behavior, they have problems in their relationships with other people, they do not exploit their capabilities completely and face many problems in their professional lives.

Researches has shown that the symptoms of this disorder are connected with stress related disorders, depression, manic depression or bipolar disorders while many patients are led to illegal substances abuse.

The diagnosis of ADD is based on the clinical background, that it is taken from the interview with the patient and from various diagnostic tools, such as the Diagnostic and Statistical Handbook of American Psychiatric Company DSM-IV, scale WURS and Attention Deficit Scale for Adults (ADSA).

The therapeutic approach for ADD is the treatment of behaviour and the administration of drugs in combination with a suitable diet.

The aim of the present research is the investigation of the presence of ADD in the students of the departments of Speech Language Therapy and Social Work at the Higher Technological Educational Institution of Patra, as well as, the comparison between the two departments as far as the characteristics of ADD are concerned.

Our research shows that the students of Speech Language Therapy do not present significant examples of the symptoms of ADD . On the contrary, the students of Social Work have significant percentages in many of the characteristics of ADD.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ/Υ) είναι από τις συχνότερες παιδοψυχιατρικές διαταραχές παγκοσμίως. Η διαταραχή αυτή απασχολεί περισσότερο από κάθε άλλη διαταραχή τους επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων, οι οποίοι εργάζονται στο χώρο της ψυχικής υγείας. Το γεγονός αυτό οφείλεται στη μεγάλη συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ/Υ στον παιδικό πληθυσμό, καθώς και στο γεγονός ότι με τη ΔΕΠ/Υ σχετίζονται αρκετά προβλήματα μάθησης και συμπεριφοράς.

Μελέτες που έγιναν την περασμένη δεκαετία δείχνουν πως τα αγόρια με ποσοστό 5%-10% εμφανίζουν υπερκινητικότητα, ενώ στα κορίτσια το ποσοστό αυτό είναι χαμηλότερο. Έρευνες έχουν δείξει ότι σε ποσοστό 50% τα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ συνεχίζουν να εκδηλώνονται και στην ενήλικη ζωή με το σύμπτωμα της υπερκινητικότητας να έχει υποχωρήσει αρκετά .

Οι διαταραχές που εμφανίζουν ενήλικες με ΔΕΠ επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την καθημερινή τους ζωή, όπως επίσης και των οικογενειών τους. Παρουσιάζουν αντικοινωνική συμπεριφορά, έχουν προβλήματα στις σχέσεις με τους άλλους , δεν εκμεταλλεύονται πλήρως τις δυνατότητές τους και αντιμετωπίζουν αρκετά προβλήματα στην επαγγελματική τους αποκατάσταση.

Τα συμπτώματα της διαταραχής αυτής, σύμφωνα με έρευνες, έχουν δείξει ότι συνδέονται με διαταραχές άγχους, με κατάθλιψη, με μανιοκατάθλιψη ή διπολική διαταραχή και, αρκετά άτομα, οδηγούνται στην κατάχρηση παράνομων ουσιών.

Η διάγνωση της ΔΕΠ βασίζεται στο κλινικό ιστορικό, που λαμβάνεται από συνέντευξη με το ίδιο το άτομο και από διάφορα διαγνωστικά εργαλεία, όπως του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας DSM-IV, την κλίμακα WURS και την Attention Deficit Scale for Adults (ADSA).

Η θεραπευτική προσέγγιση στην αντιμετώπιση της ΔΕΠ είναι η θεραπεία συμπεριφοράς, η φαρμακοθεραπεία σε συνδυασμό με την κατάλληλη διατροφή.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της παρουσίας της ΔΕΠ ανάμεσα των φοιτητών της Λογοθεραπείας και της Κοινωνικής Εργασίας των Α. Τ. Ε. Ι Πατρών. Όπως επίσης και η μεταξύ τους σύγκριση ως προς τα επίπεδα της ΔΕΠ.

Από την ερευνά μας, προκύπτει ότι οι φοιτητές της Λογοθεραπείας δεν παρουσιάζουν σημαντικά δείγματα συμπτωμάτων της ΔΕΠ. Αντιθέτως, οι φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας έχουν σημαντικά ποσοστά σε πολλά από τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Ορισμός.

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ/Υ), η οποία διεθνώς είναι γνωστή ως Attention Dificit Hyperactivity Disorder (AD/HD) αποτελεί μια διαγνωστική κατηγορία, η οποία χρησιμοποιείται για να περιγράψει άτομα που εμφανίζουν μη κατάλληλα για το αναπτυξιακό τους στάδιο επίπεδα ελλειμματικής προσοχής, παρορμητικότητας και/ ή υπερκινητικότητας, απροσεξία. Στους ενήλικες τα συμπτώματα αυτά διαφοροποιούνται με ελάττωση της υπερκινητικότητας/ παρορμητικότητας (American Psychiatric Association, 2002).

Είναι μια εκ γενετής διαταραχή που διαρκεί εφ' όρου ζωής. Προσβάλλει περίπου το 5-10% του γενικού πληθυσμού. Τα άτομα με ΔΕΠ/Υ παρουσιάζουν αξιοσημείωτες παραλλαγές στο είδος των συμπτωμάτων της διαταραχής. Αυτά είναι η ηλικία έναρξης της διαταραχής και στην έκταση, την οποία άλλες διαταραχές λαμβάνουν χώρα σε συνδυασμό με τη ΔΕΠ/Υ. (Βάρβογλη,& Γαλάνη, 2007)

Ο όρος ΔΕΠ/Υ αναφέρεται σε μια νευροσυμπεριφοριστική αναπτυξιακή διαταραχή. Η διαταραχή παρουσιάζεται, κατά γενικό κανόνα, κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, χαρακτηρίζεται από ένα συνεχές μοτίβο απροσεξίας, παρορμητικότητας και/ ή υπερκινητικότητας. Η διαταραχή αυτή δεν εξασθενεί, αλλά παραλλάσσει την κλινική της εικόνα με την πάροδο των ετών, καθώς το άτομο μεγαλώνει. (Jeffrey& Frances, 2001)

Η διάγνωση της ΔΕΠ/Υ κατά κύριο λόγο είναι διαγνωσμένη σε παιδιά, αλλά, τα τελευταία χρόνια, έχει διαγνωστεί με αυξανόμενο ρυθμό και σε ενήλικες. Περίπου το 60% των παιδιών με διάγνωση ΔΕΠ/Υ διατηρούν την κατάσταση αυτή και ως ενήλικες. (Hallowell & Ratey, 2003)

Εν κατακλείδι, σύμφωνα με την γνώμη των επιστημόνων στον τομέα, επισημαίνουν ότι η ΔΕΠ/Υ είναι μια διαταραχή που επηρεάζει βλαπτικά τη λειτουργικότητα και επιφέρει δυσμενή αποτελέσματα στην καθημερινή ζωή του ατόμου (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2007).

1.2 Ιστορική ανασκόπηση στον ορισμό της ΔΕΠ/Υ

Οι πρώτες αναφορές χαρακτηριστικών που είχαν ομοιότητες με αυτά της ΔΕΠ/Υ έχουμε από την αρχαιότητα, από το Γαληνό. Οι πρώτες συστηματικές μελέτες ήταν από τον παιδίατρο Sir George Frederick Still το 1868 μέχρι το 1941. Παρατήρησε 43 παιδιά και περιέγραψε το ιστορικό τους, των οποίων η συμπεριφορά έμοιαζε αρκετά με την υπερκινητικότητα. Ο Still θεώρησε ότι η συμπεριφορά αυτή ήταν αποτέλεσμα κάποιου κληρονομικού βιολογικού προβλήματος ή ότι οφειλόταν σε κάποιον τραυματισμό προγεννητικό ή μεταγεννητικό. (Sandberg, 2002).

Κατά το 1908 ο A. F Tredgold υποστήριξε ότι «πρόκειται για κάποια νευρολογική βλάβη που συντελείται στα πρώτα στάδια εξέλιξης και που είναι συχνά ήπια και μη ανιχνεύσιμα» (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2007)

Επιπλέον αναφορές για τη διαταραχή είχαμε τη δεκαετία του '40 κατά την οποία έγιναν πολλές μελέτες, τη δεκαετία του '50 διατυπώθηκε η άποψη ότι «η διαταραχή ήταν αποτέλεσμα αδυναμίας φιλτραρίσματος των προσλαμβανόμενων ερεθισμάτων στο εγκεφαλικό στέλεχος και στην αποστολή ενός υπερβολικού αριθμού ερεθισμάτων στον εγκεφαλικό φλοιό» Τη δεκαετία του '60 αναθεωρήθηκε η άποψη των ψυχαναλυτικών θεωριών που πίστευαν ότι υπεύθυνοι για τη διαταραχή ήταν οι γονείς και επισημάνθηκε ότι αίτια της διαταραχής ήταν οι νευρολογικοί μηχανισμοί για την εμφάνιση της υπερκινητικότητας. Κατά τη δεκαετία του '70 ο όρος αναθεωρήθηκε, καθώς θεωρήθηκε αρκετά ασαφής και ευρύς και αντικαταστάθηκε από πιο συγκεκριμένους όρους που σχετίζονται με συγκεκριμένες συμπεριφορές, όπως γλωσσική διαταραχή, δυσλεξία και μαθησιακές δυσκολίες (Sandberg 2002).

Την ίδια δεκαετία στην Αμερική εκδίδεται το DSM-II και η διαταραχή ονομάζεται υπερκινητική αντίδραση στην παιδική ηλικία. Τα συμπτώματα της διαταραχής είναι: έντονη κινητική δραστηριότητα, εύκολη διάσπαση προσοχής και μειωμένη διάρκεια προσοχής, κυρίως στα μικρά παιδιά. Τα συμπτώματα αυτά εξασθενούν, καθώς το παιδί μεγαλώνει. (Κάκουρος & Μανιαδάκη 2000).

Το 1972 η Virginia Douglas μαζί με την επιστημονική ομάδα της στο McGill University ανέφεραν ότι οι δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ/Υ δεν προέρχονται τόσο από την υπερκινητικότητά τους, αλλά από τη διάσπαση προσοχής και τη μειωμένη ικανότητά να ελέγχουν την παρορμητικότητά τους, οι οποίες είναι υπεύθυνες για την οργάνωση, την καταγραφή και την επεξεργασία των πληροφοριών. Επιπλέον αναφέρει ότι η υπερβολική κινητική δραστηριότητα υποχωρεί, στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή, παρόλο αυτά, δυσκολίες διάσπασης προσοχής και ελέγχου της παρορμητικότητας, παραμένουν. (Sandberg, 2002)

Τη δεκαετία του '80 το DSM-III έθεσε νέες βάσεις για τη διάγνωση της διαταραχής και τη δεκαετία του '90 εκδόθηκε το DSM-IV. (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2007)

1.3 Η σημασία της πρόληψης και του έγκαιρου εντοπισμού της ΔΕΠ στους ενήλικες.

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής (ΔΕΠ) είναι μια συχνή διαταραχή με σημαντικές ατομικές και κοινωνικές προεκτάσεις στην ενήλικη ζωή του ατόμου, όπως: προβλήματα συμπεριφοράς-αντικοινωνικότητα, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο σε σχέση με τη διανοητική τους ικανότητα, ψυχιατρικές διαταραχές, κατάθλιψη, άγχος, συναισθηματική αστάθεια και προσαρμογή, χαμηλή αυτοεκτίμηση, χρήση ουσιών, δυσκολία στην εύρεση δουλειάς, εναντιωτική προκλητική διαταραχή, εγκληματικότητα, φυλάκιση και οικογενειακά προβλήματα.(Jeffrey & Frances, 2001).

Τα συμπτώματα αυτά οδηγούν στην όξυνση των προβλημάτων στην ατομική και κοινωνική ζωή του ατόμου και στη διεύρυνση του χάσματος, που χωρίζει τους ενήλικες από τους συνομηλικούς τους με αποτέλεσμα τα άτομα να περιθωριοποιούνται και να αισθάνονται αποτυχημένα(Βάρβογλη & Γαλάνη, 2007).

Για την αποφυγή όλων αυτών, η έγκυρη διάγνωση και στη συνέχεια η θεραπεία θα αποτρέψει ή θα μειώσει τα συμπτώματα αυτά. Με αποτέλεσμα το άτομο να εντάσσεται ομαλότερα στην κοινωνία χωρίς παρεκκλίνουσες συμπεριφορές.

1.4 ΔΕΠ/Υ και φύλο

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει, έχει διαπιστωθεί ότι η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ είναι συχνότερη στους άνδρες 3-4 φορές απ' ό,τι στις γυναίκες. Το υψηλό ποσοστό των αντρών σε κλινικά πλαίσια μπορεί να εξηγηθεί λόγω της συχνότερης παραπομπής τους, στους ειδικούς, καθώς είναι πιθανότερο να παρουσιάζουν επιθετική και αντικοινωνική συμπεριφορά και συνεπώς να παραπεμφθούν για θεραπεία. (Center for Mental Health Services)

Επίσης η φύση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ φαίνεται να διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο. Οι γυναίκες συνήθως βιώνουν μεγαλύτερο άγχος, αλλά παρουσιάζουν λιγότερα προβλήματα συμπεριφοράς σε σύγκριση με τους άντρες. Ενώ οι άντρες παρουσιάζουν συνήθως παρορμητική συμπεριφορά, δυσκολίες στην οδήγηση, δυσκολία αναστολής της συναισθηματικής απάντησης, σπαταλούν πιο εύκολα χρήματα και κάνουν κατάχρηση παράνομων ουσιών. Οι ενήλικες γενικά παρουσιάζουν λιγότερο έντονη υπερκινητικότητα σε σύγκριση με τα παιδιά, επιμένουν όμως οι άσκοπες κινήσεις και η υπερβολική ομιλία.(Mannuzza et al, 1998)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ

2.1 Έννοια και σημασία της προσοχής

Η προσοχή είναι μια ανώτερη εγκεφαλική λειτουργία που μας επιτρέπει να ξεχωρίζουμε και να επικεντρωνόμαστε σ' αυτό που μας αφορά, απομονώνοντάς το από τα υπόλοιπα περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Είναι αυτή η λειτουργία που πρέπει να ενεργοποιήσει το άτομο για να επικεντρωθεί σε αυτό, που λέει ο συνομιλητής του, να επικεντρωθεί στη δουλειά του και στις διάφορες ασχολίες του. Ο εστιασμός και η συγκέντρωση είναι ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της προσοχής. (Μεσσήνης & Καστελλάκης, 2006)

Σε ψυχολογικό επίπεδο η προσοχή εξετάζεται μαζί με τις άλλες γνωστικές λειτουργίες του ανθρώπου στο πλαίσιο του Μοντέλου Επεξεργασίας Πληροφοριών (Μ.Ε.Π.). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό το άτομο επιλέγει ορισμένα πληροφοριακά ερεθίσματα για περαιτέρω επεξεργασία, ενώ παράλληλα προσπαθεί να αποκλείσει άλλα ερεθίσματα του περιβάλλοντος, που δεν έχουν ενδιαφέρον (Schweitzer, et all, 2000).

Η προσοχή ταξινομείται σε τέσσερις βασικές ικανότητες, την εγρήγορση, την εστιασμένη προσοχή, την επιμερισμένη προσοχή και τη διατηρούμενη προσοχή. Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι, από την πολλαπλότητα των διάφορων ερεθισμάτων, όπως των εικόνων, των ήχων, των οσμών και των άλλων, που δέχεται το άτομο σε μία δεδομένη στιγμή μόνο ένα μέρος των πληροφοριακών ερεθισμάτων προσλαμβάνεται και καταγράφεται για σύντομο χρονικό διάστημα στην αισθητηριακή μνήμη. (Μεσσήνης & Καστελλάκης, 2006)

2.2 Λειτουργίες της προσοχής

Οι βασικές λειτουργίες της προσοχής, όπως προαναφέραμε, είναι η εγρήγορση, η εστιασμένη προσοχή, η επιμερισμένη προσοχή και η διατηρούμενη προσοχή, όπως αναφέρονται στο βιβλίο του κ. Μεσσήνη και Καστελλάκη.

Η εγρήγορση αφορά το επίπεδο επαγρύπνησης, δηλαδή την ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Η εγρήγορση αποτελείται από την τονική διέγερση και τη φασική διέγερση.

Η τονική διέγερση αναφέρεται στην καθημερινή ετοιμότητα του ανθρώπου και δεν σχετίζεται με τις άμεσες εξωτερικές ανάγκες. Τα άτομα με

δυσλειτουργία στην τονική διέγερση συχνά χασμουριούνται, αποκοιμούνται εύκολα και γενικώς δυσκολεύονται να ξυπνήσουν. Επιπλέον παρουσιάζουν μειωμένο ενδιαφέρον για την εκτέλεση έργων. Η φασική διέγερση είναι η ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται σε αλλαγές του περιβάλλοντος ή στις απαιτήσεις ενός έργου. Δυσλειτουργία στη φασική διέγερση καθιστά το άτομο ανίκανο να ασκήσει μεγάλη γνωστική προσπάθεια για να αντιμετωπίσει καταστάσεις με υψηλές γνωστικές απαιτήσεις. Παραδείγματος χάρη να αλληλεπιδράσει με άλλα άτομα στον ίδιο χώρο.

Η εστιασμένη προσοχή αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να εστιάζει την προσοχή σε ένα εξειδικευμένο ερέθισμα και να αγνοεί τα υπόλοιπα ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Τα άτομα με δυσλειτουργία στην εστιασμένη προσοχή δυσκολεύονται να εστιάσουν την προσοχή τους σε μια συγκεκριμένη δραστηριότητα με αποτέλεσμα να αποσπώνται με τους παραμικρούς ήχους, θεάματα και κινήσεις που προέρχονται από το γύρω περιβάλλον. Για παράδειγμα ο γονέας δυσκολεύεται να διαβάσει ένα βιβλίο, όταν τα παιδιά του κάνουν θόρυβο.

Η επιμερισμένη προσοχή αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να δίνει προσοχή σε περισσότερα από ένα ερεθίσματα κάθε φορά. Δηλαδή να κατανέμει την προσοχή του σε πολλές δραστηριότητες συγχρόνως, όπως, για παράδειγμα, να οδηγεί και να συνομιλεί με το συνοδηγό του. Οι σχετικές έρευνες επισημαίνουν ότι το άτομο έχει περιορισμένες ικανότητες στη συγκέντρωση της προσοχής σε πολλές δραστηριότητες συγχρόνως, και συνεπώς, δεν μπορούν οι επιδόσεις του να είναι εξίσου καλές σε όλες τις δραστηριότητες. Τα άτομα με δυσλειτουργία στην επιμερισμένη προσοχή δυσκολεύονται να εκτελέσουν περισσότερα από ένα έργο τη φορά. Για παράδειγμα δυσκολεύονται να κρατάνε σημειώσεις, ενώ ακούνε μια διάλεξη.

Η διατηρούμενη προσοχή αφορά στη διάρκεια του χρόνου που ένα άτομο διατηρεί την προσοχή του σε ένα ερέθισμα. Το άτομο με διαταραχή στη διατηρούμενη προσοχή, παρατηρεί να φθίνει η προσοχή του και καθώς περνάει η ώρα η διάσπαση προσοχής αυξάνεται. Για παράδειγμα τα άτομα αυτά δυσκολεύονται να παρακολουθήσουν ένα πρόγραμμα στην τηλεόραση. (Μεσσήνης & Καστελλάκης, 2006)

2.3 Διαταραχή προσοχής στη ΔΕΠ

Οι ενήλικες με ΔΕΠ παρουσιάζουν χαμηλές επιδόσεις στα διάφορα τεστ που απαιτούν τη διατήρηση και οργάνωση της συγκέντρωσης και της προσοχής. Στόχο έχουν να μετρήσουν τη διατήρηση της εγρήγορσης, την αναστολή υπερβολικά γρήγορων και απερίσκεπτων απαντήσεων, την κατανομή της προσοχής σε μεταβαλλόμενες απαιτήσεις για την εκτέλεση καθηκόντων και τη διατήρηση της προσοχής για μεγάλο χρονικό διάστημα. Τα τεστ αυτά είναι χρήσιμα για τον έλεγχο της διαταραχής της προσοχής. (Larry et al, 1997)

Τα αποτελέσματα αξονικής τομογραφίας εκπομπής φωτονίων (SPECT), έδειξαν ότι, όταν ένα άτομο εκτελεί μια δραστηριότητα που απαιτεί συνεχή επαγρύπνηση, αυξάνεται η ροή του αίματος στους μετωπιαίους λοβούς. Ωστόσο σε ασθενείς με ΔΕΠ παρατηρείται μια σχετική μείωση της ροής του αίματος στον προμετωπιαίο φλοιό, όταν προσπαθούν να εκτελέσουν περίπλοκες εργασίες που απαιτούν προσοχή. Από νευροβιολογική σκοπιά η διαταραχή της προσοχής, κατά κύριο λόγο, αποδίδεται στη μειωμένη ευαισθησία του υποδοχέα ντοπαμίνης στη σύναψη. (Amen, 2001)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ ΣΤΟΝ ΕΝΗΛΙΚΑ

3.1 Ο ενήλικας με ΔΕΠ.

Η έναρξη της ΔΕΠ εντοπίζεται στην παιδική ηλικία. Ένα μεγάλο ποσοστό ενηλίκων έχουν τη διαταραχή, αλλά δεν το γνωρίζουν. Τα συμπτώματα όμως, καθώς και οι συμπεριφορές της διαταραχής είναι εμφανείς. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία τα βασικά χαρακτηριστικά είναι η παρορμητικότητα, η διάσπαση της προσοχής, η απροσεξία και η αδυναμία οργάνωσης. (Kordon, Kahl, & Wahl, 2006).

Στην παιδική τους ηλικία οι ενήλικες με ΔΕΠ αντιμετωπίζουν προβλήματα στις σχολικές τους αποδόσεις αρχικά και αργότερα με την ακόλουθη ακαδημαϊκή τους πορεία. Η βαθμολογία τους παρουσιάζει διακυμάνσεις, ενώ ο αγώνας για την ολοκλήρωση όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης μέχρι και την ακαδημαϊκή εξειδίκευση είναι μακρύς και άκρως επίπονος. (Kordon et al., 2006). Λόγω της μη έγκυρης διάγνωσης της ΔΕΠ τα ενήλικα άτομα συνεχίζουν να έχουν μαθησιακές δυσκολίες, όπως είναι προβλήματα στην ανάγνωση (Faraone et al., 2000).

Ένα άλλο χαρακτηριστικό της ΔΕΠ είναι η παρορμητικότητα. Αντιδρούν σε ο,τιδήποτε μπορεί να τους προκαλέσει ανία, ενώ η προσοχή τους μπορεί να διασπαστεί πολύ εύκολα. Για παράδειγμα μπορεί να ξεκινήσουν την ανάγνωση μιας σελίδας και να την ολοκληρώσουν μετά από αρκετή ώρα, καθώς σκέφτονταν διάφορα πράγματα και τους αποσπούσε την προσοχή (Kordon et al., 2006).

Στον εργασιακό χώρο οι ενήλικες με ΔΕΠ αντιμετωπίζουν αρκετά προβλήματα και έχουν χαμηλές αποδόσεις, καθώς δεν είναι οργανωτικοί. Αν και έχουν πολλές καινοτόμες ιδέες, αργούν να τις φέρουν εις πέρας στα εργασιακά τους καθήκοντα, χωρίς βέβαια να μπορούμε να αποκλείσουμε το

γεγονός ότι δεν θα τις ολοκληρώσουν ποτέ (Resnick, 2005). Επιπλέον δεν ακολουθούν τις προθεσμίες, που τους έχουν δοθεί για να παραδώσουν το έργο τους. Αρκετές φορές ξεκινούν την υλοποίηση μιας νέας ιδέας, χωρίς όμως να έχουν ολοκληρώσει την προηγούμενη. Επίσης τείνουν να έχουν ασταθή συμπεριφορά, είναι αγενείς με τους υφισταμένους τους, τους πελάτες ακόμα και με τους προϊσταμένους τους. Η παραγωγικότητά τους είναι χαμηλή και έχουν πολλά εργασιακά προβλήματα (Faraone et al., 2000). Όλα τα παραπάνω, πολλές φορές, οδηγούν στην απόλυσή τους και κατ' επέκταση στην συχνή αλλαγή εργασίας (Robison et al., 2004).

Σύμφωνα με έρευνες το 25% των ατόμων με ΔΕΠ έχουν αναπτύξει χρόνιες μορφές αντικοινωνικής συμπεριφοράς (Ball et al., 1999). Καθυστερούν ή δεν εμφανίζονται σε ραντεβού ή σε εργασίες που είχαν πει ότι θα κάνουν, γιατί, τις περισσότερες φορές, τις ξεχνούν. Τους είναι δύσκολο να παρακολουθήσουν μια συζήτηση, γιατί διασπάται εύκολα η προσοχή τους. Επιπλέον δεν μπορούν να εντοπίσουν όλα εκείνα τα πραγματολογικά στοιχεία που είναι παρόντα στην επικοινωνία με τους άλλους, όπως η εναλλαγή στον τόνο της φωνής και η στάση του σώματος. Έχουν συχνά ξεσπάσματα οργής, καθώς δυσκολεύονται να αναστείλουν τις παρορμητικές αντιδράσεις. Δίνουν άθελά τους την εικόνα του αλαζόνα και εγωιστή. Παρόλα αυτά τα άτομα με ΔΕΠ αναπτύσσουν φιλικές σχέσεις με άλλους, όμως η κοινωνική τους ικανότητα είναι αρκετά προβληματική (Bresnahan et al., 1999).

Στα πλαίσια του γάμου τα προβλήματα που δημιουργούνται είναι πολλά. Σε ζευγάρια, όπου ο ένας έχει ΔΕΠ, τα ποσοστά διαζυγίων και διάστασης είναι υψηλά. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ένα τέτοιο ζευγάρι μπορεί να μοιάζουν με αυτά ενός οποιοδήποτε άλλου ζευγαριού. Ο σύζυγος πίνει, δε δίνει την ανάλογη προσοχή στη γυναίκα του, γυρίζουν από τη δουλειά κάθετα στην τηλεόραση και δεν ανταποκρίνεται στις προσπάθειες της γυναίκας του να τον πλησιάσει. Από την άλλη, όταν η σύζυγος έχει ΔΕΠ, συχνά ονειροπολεί, νιώθει παγιδευμένη στο σπίτι, παλεύει με την κατάθλιψη, ενώ νιώθει ότι δεν έχει πραγματοποιήσει αυτά που ήθελε στην ζωή της.

Το βασικό θέμα σε αυτές τις περιπτώσεις είναι ότι ο/η σύζυγος με ΔΕΠ είναι πρακτικά απών, συνεπώς ο/η σύζυγος χωρίς ΔΕΠ προσπαθεί συνεχώς να γεμίζει τα κενά, όπως να κρατάει την οικογένεια ενωμένη και να βάζει το χάος σε τάξη. Η πίεση, η ένταση και η έλλειψη στήριξης εξασθενούν το υγιές μέλος του ζεύγους και του δημιουργούν αισθήματα, όπως αυτό της οργής και της παραμέλησης (Pary et al., 2002). Τα συμπτώματα της ΔΕΠ (αφηρημάδα, αποδιοργάνωση, διάσπαση προσοχής) ενοχλούν τον/ την σύζυγο οδηγώντας τον στο να υποτιμάει τον πάσχοντα σύζυγο, ο οποίος απομονώνεται, γεγονός που οδηγεί τον/την σύζυγο να επαναλαμβάνει με οργή τις προσδοκίες για μια πιο προσεκτική συμπεριφορά. Με τα χρόνια, τα αρνητικά συναισθήματα συσσωρεύονται και πλέον μια απλή κατανόηση του τι είναι ΔΕΠ δεν καθησυχάζει τον υγιή σύζυγο. Χρειάζεται χρόνος μετά την διάγνωση για να

επανέλθει το ζευγάρι σε κάποια ισορροπία και κατ' επέκταση όλα τα οικογενειακά προβλήματα (Chao et al., 2008).

Ένα θέμα, το οποίο δεν αναπτύσσεται ιδιαίτερα στη διεθνή βιβλιογραφία, είναι η σεξουαλικότητα των ατόμων με ΔΕΠ. Τα άτομα με ΔΕΠ μπορούν να παρουσιάζουν δύο ακραίες περιπτώσεις. Από τη μια, κάποια άτομα είναι υπερσεξουαλικοί και χρησιμοποιούν το σεξ σα μια υψηλής ενέργειας κατάσταση που τους βοηθάει να εστιάσουν την προσοχή τους. Χρησιμοποιούν δηλ .το σεξ σαν ένα διεγερτικό φάρμακο. Από την άλλη κάποια άτομα παρουσιάζουν μεγάλη αδυναμία στο να εστιάσουν την προσοχή τους στη δραστηριότητα που κάνουν. Αυτό μπορεί να τους κάνει να νιώθουν "σεξουαλικά ψυχροί" κατακερματίζοντας τη σεξουαλική τους ζωή. (Chao et al., 2008).

Τα άτομα με ΔΕΠ ψάχνουν διεγερτικές καταστάσεις ώστε να μπορούν να εστιάσουν εκεί την προσοχή τους. Τέτοια είναι το μπάντζι τζάμπινγκ, αγώνες ταχύτητας και γενικά δραστηριότητες που χρειάζονται ρίσκο. Επιπλέον αρκετά άτομα με ΔΕΠ οδηγούνται στην κατάχρηση παράνομων ουσιών , στο αλκοόλ και στο κάπνισμα (Wilson & Levin, 2001).

Μετά από χρόνια επικρίσεων, υποτιμητικών σχολίων που δέχονται από τους άλλους και αποτυχιών οι ενήλικες με ΔΕΠ αναπτύσσουν χαμηλό αυτοεκτίμηση και αυτοεικόνα. Αν και γνωρίζουν ότι είναι ικανοί για πολλά πράγματα, ταυτόχρονα κρίνουν εκ του αποτελέσματος, το οποίο δεν είναι το επιθυμητό. (Βάρβογλη,& Γαλάνη, 2007).

Ιδιαίτερα διαταραγμένη είναι η εκτελεστική λειτουργία (function execution) των ατόμων, όπως και η ικανότητά τους να λαμβάνουν αποφάσεις (Tucker, 1999).

Συχνά είναι και τα προβλήματα υγείας, καθώς ξεχνούν να πάρουν τη φαρμακευτική τους αγωγή για την ψυχιατρική τους κάλυψη (Robison et al, 2004). Τα κυριότερα όμως πλήγματα τα δέχεται η οργανωτική τους ικανότητα, η μνήμη τους και πάνω από όλα η προσοχή τους (Ball et al, 1999).

Τα άτομα με ΔΕΠ βιώνουν εξαιρετικά στρεσογόνες καταστάσεις άγχους στην αρχή ενός εγχειρήματος, γιατί φοβούνται ότι θα αποτύχουν. Επίσης παρουσιάζουν προβλήματα ύπνου.(Resnick, 2005).

Η ΔΕΠ απαιτεί από τα άτομα συνεχή προσπάθεια βελτίωσης. Αν κοιτάξουμε κάτω από όλες τις δυσκολίες που δημιουργεί η ΔΕΠ, μπορούμε να αναγνωρίσουμε και μία θετική πλευρά της. Τα άτομα με ΔΕΠ είναι ευαίσθητα, πονόψυχα, διαισθητικά, ενορατικά, με μεγάλη συναισθηματική κατανόηση, παρά τη μπερδεμένη κατάσταση που επικρατεί στο μυαλό τους. Το αξιοσημείωτο με αυτά τα άτομα είναι ότι παρά από τα προβλήματα της ΔΕΠ και η αντιμετώπιση που έχουν από τον κοινωνικό περίγυρό τους , έχουν μια πηγαία δύναμη να τα ξεπερνούν και να προσπαθούν για τον καλύτερο στη ζωή τους λόγο της. Για παράδειγμα ο Αλμπέρτο Αϊνστάιν, ο Έντγκαρ Άλαν Πόε και ο Σαλβαντόρ Νταλί, είχαν όλοι τους αποβληθεί από το σχολείο. Μπορεί συχνά να ξεστρατίζουν, αλλά μπορούν να εντοπίσουν νέα πράγματα στην ζωή τους Άτομα με ΔΕΠ είναι συχνά καινοτόμοι και εφευρέτες, καλλιτέχνες,

ηθοποιόι, συγγραφείς, άτομα σε θέσεις υψηλής πίεσης και άτομα που εργάζονται μόνα τους και οι οποίοι έχουν πετύχει στην ζωή τους (Hallowell & Ratey, 2003).

3.2 Τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ.

Ένα βασικό εργαλείο που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας για τη διάγνωση της ΔΕΠ είναι το *Diagnosics and Statistical Manual of Mental disorders*, την τέταρτη έκδοσή του (DSM- IV). Η βασική διαφορά της τέταρτης έκδοσης του DSM-IV από τις προηγούμενες, είναι ότι αυτή αναγνωρίζει την υποκατηγορία της ΔΕΠ, κατά την οποία δεν εμφανίζεται υπερκινητικότητα (Kordon et al., 2006).

Στο σύνολο οι υποκατηγορίες είναι τρεις. Η εμμένουσα υπερδραστήρια-παρορμητική υποκατηγορία, η εμμένουσα αφηρημένη υποκατηγορία και η συνδυαστική υποκατηγορία. Συχνά η εμμένουσα αφηρημένη υποκατηγορία δεν αναγνωρίζεται στα παιδιά, αλλά πολύ αργότερα στους ενήλικες, γιατί τα συμπτώματα είναι λιγότερο εμφανή από αυτά της εμμένουσας υπερδραστήριας -παρορμητικής υποκατηγορίας (Resnick, 2005).

Στην *εμμένουσα αφηρημένη υποκατηγορία* παρουσιάζεται επίμονο έλλειμμα προσοχής και συγκέντρωσης. Επιπλέον παρουσιάζουν φτωχή οργανωτική ικανότητα και αφηρημάδα, συναισθηματική αστάθεια. Για τη διάγνωση της απαιτούνται τουλάχιστον έξι από τα εννέα κριτήρια, που δίνει το DSM- IV για την ανικανότητα προσήλωσης για ένα ελάχιστο διάστημα έξι μηνών που έχουν γίνει επίμονα τα συμπτώματα (B. Hesslinger et al., 2001)

- 1) Το άτομο αποτυγχάνει να εστιάσει την προσοχή του σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες.
- 2) Συχνά αντιμετωπίζει δυσκολίες διατήρησης προσοχής κατά τη διεξαγωγή κάποιας δραστηριότητας.
- 3) Συχνά δείχνει να μην ακούει, όταν κάποιος του απευθύνεται.
- 4) Συχνά δεν ακολουθεί εξ ολοκλήρου τις οδηγίες που του δίνονται.
- 5) Συχνά βρίσκει δύσκολο να οργανωθεί.
- 6) Συχνά αποφεύγει, δείχνει αποστροφή ή απροθυμία να αναλάβει εργασίες, που χρειάζονται αδιάσπαστη πνευματική προσπάθεια.
- 7) Συχνά χάνει πράγματα, τα οποία είναι απαραίτητα για τη δουλειά του (όπως εργαλεία, βιβλία)
- 8) Συχνά του αποσπών την προσοχή εξωτερικά ερεθίσματα.
- 9) Συχνά ξεχνά καθημερινές ενέργειες.

Στην *εμμένουσα υπερκινητική – παρορμητική υποκατηγορία* το DSM -IV δίνει έξι κριτήρια για την υπερδραστηριότητα και τρεις για την παρορμητικότητα. Από το σύνολό τους θα πρέπει να ισχύουν τουλάχιστον έξι από τα παρακάτω συμπτώματα για ένα ελάχιστο χρονικό διάστημα έξι μηνών και κατά τέτοιο τρόπο ώστε να επηρεάζεται η λειτουργικότητα του ατόμου .

Υπερκινητικότητα.

- 1) Συχνά κουνά με νευρικότητα το χέρι ή το πόδι ή δεν μπορεί να καθίσει ήρεμο σε μία θέση.
- 2) Συχνά δε μένει καθισμένος στη θέση του.
- 3) Συχνά εκδηλώνει υποκειμενικά αισθήματα ανησυχίας.
- 4) Συχνά δυσκολεύεται να ασχοληθεί με μια δραστηριότητα ήσυχα.
- 5) Συχνά είναι εν κινήσει.
- 6) Συχνά μιλά ακατάπαυστα.

Παρορμητικότητα

- 1) Συχνά απαντά σε κάποια ερώτηση χωρίς να σκέφτεται και πριν αυτή ολοκληρωθεί.
- 2) Συχνά παρουσιάζει δυσκολία να περιμένει τη σειρά του.
- 3) Συχνά διακόπτει τους άλλους.

Για τη διάγνωση της *συνδυαστικής υποκατηγορίας* θα πρέπει να ισχύουν κριτήρια και από τις δύο προηγούμενες υποκατηγορίες για τουλάχιστον έξι μήνες. Γενικά το DSM -IV απαιτεί τα συμπτώματα να εμφανίζονται πριν από την ηλικία των 7 χρονών και να εμφανίζονται σε δύο ή περισσότερα περιβάλλοντα (εργασία, σπίτι) και να επηρεάζουν την κοινωνική, ακαδημαϊκή και επαγγελματική ζωή του ατόμου, ενώ δε θα οφείλονται σε κάποια γνωστική ή ψυχιατρική ασθένεια(DSM IV).

Η κριτική που έχει ασκηθεί στη νέα έκδοση του DSM είναι μεγάλη και αφορά κυρίως στην προϋπόθεση που θέλει την ύπαρξη των συμπτωμάτων πριν την ηλικία των 7 ετών (Faraone et al., 2000). Έχει διατυπωθεί η άποψη ότι το ηλικιακό όριο που θέτει το DSM- IV μειώνει την αξία της κλινικής διάγνωσης στους ενήλικες.

Τα κριτήρια του DSM-IV γενικά μπορεί να μην είναι αρκετά αξιόπιστα με αποτέλεσμα ενήλικες με ΔΕΠ να διαγιγνώσκονται με άλλη ασθένεια (Seager & O'Brien, 2003). Υπό αμφισβήτηση είναι και τα κριτήρια του DSM -IV σχετικά με το φύλο και τις υποκατηγορίες του. Πιθανώς, η κάθε υποκατηγορία αποτελεί διαφορετική διαταραχή. Επιπλέον κριτική έχει δεχτεί και η ένταση των προτεινόμενων συμπτωμάτων (Nussbaum & Shepard, 2009). Τέλος, εάν και το DSM- IV απαιτεί να μην συνυπάρχει κάποια άλλη γνωστική ή ψυχιατρική διαταραχή, εντούτοις κάποια από τα κριτήρια που θέτει για τη ΔΕΠ υπάρχουν και σε άλλες ασθένειες (McGough & Barkley, 2004).

Πέρα από το DSM-IV υπάρχει και άλλο διαγνωστικό εργαλείο. Αυτό είναι το *Wender Utan Rating Scale* (WURS). Είναι μια κλίμακα αυτοαναφοράς που δημιουργήθηκε στα μέσα της δεκαετίας του 70 από τον Wender στο Πανεπιστήμιο της Uta. Εντοπίζει την υπερκινητικότητα και τη διάσπαση προσοχής μέσω πέντε κριτηρίων, τα οποία είναι (Ball et al, 1999):

- 1) Ευμετάβλητη διάθεση.
- 2) Ευερεθιστότητα.
- 3) Μειωμένη ανεκτικότητα στο στρες.
- 4) Παρορμητικότητα, μειωμένη οργανωτική ικανότητα.
- 5) Διάσπαση προσοχής και υπερκινητικότητα.

Για τη διάγνωση της ΔΕΠ μέσω της κλίμακας WURS απαιτείται η εμφάνιση της ασθένειας στην παιδική ηλικία (χωρίς όμως ηλικιακό όριο) και την ύπαρξη δύο από τα πέντε παραπάνω αναφερόμενα κριτήρια (McGough & Barkley, 2004).

Ένα τρίτο εργαλείο που συμβάλλει στον εντοπισμό της ΔΕΠ στους ενήλικες είναι το Attention Deficit Scale for Adults (ADSA). Το ADSA είναι μία κλίμακα αυτοαναφοράς, η οποία χωρίζεται σε εννιά υποκλίμακες όπου η κάθε μία αναφέρεται σε ξεχωριστό κομμάτι της ΔΕΠ (Barkley et al, 2002)

- 1) Προσοχή-Εστίαση/ Συγκέντρωση,
- 2) Διαπροσωπικό,
- 3) Δραστηριότητα ανοργάνωτης συμπεριφοράς,
- 4) Συντονισμός,
- 5) Ακαδημαϊκό θέμα,
- 6) Κίνητρο
- 7) Σταθερότητα/Μακροχρόνια,
- 8) Παιδική ηλικία και
- 9) Αρνητικό κοινωνικό.

Η διαδικασία που ακολουθείται για τη διάγνωση της ΔΕΠ στους ενήλικες ξεκινάει με τη συνέντευξη του ασθενή με τον ειδικό της ψυχικής υγείας για την ανασκόπηση του ιστορικού (ιατρικό, επαγγελματικό, οικογενειακό, ακαδημαϊκό, συμπεριφοράς) (B1). Ακολουθεί η αξιολόγηση της νοημοσύνης, νευροψυχολογικά τεστ. Ο συνδυασμός ιστορικού και των διαγνωστικών τεστ ορίζει την ύπαρξη της ΔΕΠ και αν υπάρχει σε ποια υποκατηγορία είναι ο ασθενής (Hallowell & Ratey, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4. ΠΙΘΑΝΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΔΕΠ

4.1 Εισαγωγή.

Τα τελευταία χρόνια τα ερευνητικά δεδομένα που αναφέρονται στα πιθανά αίτια της ΔΕΠ έχουν αυξηθεί κατά πολύ. Εντούτοις, δεν έχουν οδηγήσει ακόμα σε ακριβή συμπεράσματα. Φαίνεται ωστόσο ότι τα περισσότερα ερευνητικά δεδομένα στηρίζουν την εκτίμηση ότι τον κύριο λόγο παίζουν οι νευρολογικοί και γενετικοί, ψυχολογικοί και ορμονικοί παράγοντες, αν και γενικά ευθύνονται πολλοί παράγοντες για την εμφάνισή της. Η συντριπτική πλειονότητα των αιτιολογικών παραγόντων που έχουν μελετηθεί είναι οι βιολογικοί, αυτοί δηλαδή που αναφέρονται στην ανάπτυξη και τη λειτουργία του εγκεφάλου.

4.2 Νευρολογικοί παράγοντες της ΔΕΠ.

Πολλές έρευνες θεωρούν ότι η αιτία της ΔΕΠ είναι βιολογικοί παράγοντες που αφορούν στη δομή και στη λειτουργία του εγκεφάλου (McGough & McCracken, 2006). Ο πρώτος που παρατήρησε τα συμπτώματα της ΔΕΠ ήταν ο George Frederic Still το 1902. Διατύπωσε την άποψη ότι η διαταραχή αυτή είναι αποτέλεσμα της επίδρασης κληρονομικών παραγόντων ή κάποιας εγκεφαλικής βλάβης. Αυτά τα διαπίστωσε εξετάζοντας τα συμπτώματα κάποιων παιδιών. Περαιτέρω έρευνες ενισχύουν την άποψη αυτή. Κάποιοι θεωρούν ότι η ΔΕΠ οφείλεται σε αδυναμία του εγκεφάλου να αναστείλει τη λειτουργία ορισμένων περιοχών (Hallowell & Ratey, 2003).

Το γεγονός ότι άτομα με ΔΕΠ έχουν προβλήματα σε νευροψυχολογικές λειτουργίες, για παράδειγμα στην μνήμη, οι οποίες βελτιώνονται με τη χρήση διεργετικών φαρμάκων, υποδηλώνει ότι η ΔΕΠ οφείλεται σε νευροβιολογική δυσλειτουργία (Philipsen, 2006).

Μια από τις υποθέσεις που έχουν γίνει για τα πιθανά αίτια της ΔΕΠ, προτείνει τον τραυματισμό του εγκεφάλου ή την ανορεξία κατά την παιδική ηλικία. Μια άλλη άποψη θέλει τη ΔΕΠ να οφείλεται σε αδυναμία του εγκεφάλου να αναστείλει τη λειτουργία ορισμένων περιοχών του (Malloy-Diniz et al., 2007).

Το 1990 ο Zametikin χρησιμοποίησε τη μέθοδο της τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων (PET) με δείγμα ενηλίκων για να ελέγξει τη λειτουργία του εγκεφάλου. Τα αποτελέσματα έδειξαν μειωμένο μεταβολισμό της γλυκόζης στις πρόσθιες περιοχές του εγκεφάλου. Η χρήση μαγνητικής τομογραφίας (MRI) σε παιδιά με ΔΕΠ έδειξε διαφορές στη δομή των πρόσθιων περιοχών, συγκεκριμένα στο μετωπιαίο λοβό και προμετωπιαίο λοβό (Nussbaum & Shepard, 2009). Οι διαφορές στη δομή αφορούσαν στο μέγεθος και δε

θεωρήθηκαν ότι εμπλέκονται με τη ΔΕΠ. Παρόλο αυτά αρκετές έρευνες υποστηρίζουν ότι η ΔΕΠ οφείλεται στη δυσλειτουργία των παραπάνω περιοχών (Faraone et al., 2000). Άλλες περιοχές, η δυσλειτουργία των οποίων θεωρείται ότι προκαλεί τη ΔΕΠ, είναι το ραβδωτό σωματίο, το μεσολόβιο, η ωχρή σφαίρα και η παραγκεφαλίδα (Nussbaum & Shepard, 2009).

Επιπλέον ο προμετωπιαίος λοβός, η παρεγκεφαλίδα και τα βασικά γάγγλια χρησιμοποιούν ρυθμιστικά κυκλώματα βασισμένα σε νευροδιαβιβαστές, όπως η νοραρδεναλίνη και η ντοπαμίνη. Πολλές έρευνες υποδεικνύουν τη δυσλειτουργία αυτών των κυκλωμάτων ως αιτία της ΔΕΠ (Faraone et al., 2000).

Μερικά από τα γονίδια που θεωρούνται υπεύθυνα για τη ΔΕΠ είναι το γονίδιο υποδοχέα της ντοπαμίνης (DRD4), το γονίδιο μεταφορέα ντοπαμίνης (DAT1)(Clarke et al., 2005)

Σύμφωνα με έρευνες το πρόσθιο μέρος του εγκεφάλου είναι υπεύθυνο για το σχεδιασμό των ακολουθιών των πράξεων, ελέγχει τις παρορμήσεις, την εκτίμηση του χρόνου και είναι υπεύθυνο για την μνήμη εργασίας. (Βάρβογλη & Γαλάνη, 2007)

4.3 Γενετικοί παράγοντες της ΔΕΠ.

Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ότι και οι γενετικοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι για τη ΔΕΠ. Η παραπάνω άποψη στηρίζεται σε έρευνες που έχουν γίνει σε δίδυμα αδέρφια, οι οποίες υποστηρίζουν ότι η ΔΕΠ οφείλεται σε πάνω από ένα γονίδια. Επιπλέον ότι η ΔΕΠ έχει μεγαλύτερες επιπτώσεις στους μονοζυγοτικούς διδύμους από ό,τι στους διζυγοτικούς διδύμους (Seager & O'Brien, 2003).

Οι γονείς παιδιών με ΔΕΠ έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν και οι ίδιοι ΔΕΠ. Είναι συχνό το φαινόμενο γονιών που μετά την διάγνωση της ΔΕΠ στο παιδί τους, αναγνωρίζουν τα συμπτώματα της ασθένειας στον εαυτό τους (McGough & McCracken, 2006).

4.4 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες της ΔΕΠ.

Πέρα από τους νευρολογικούς και γενετικούς παράγοντες και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες επηρεάζουν τα άτομα με ΔΕΠ. Πιθανά αίτια θεωρούνται η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το διαζύγιο και η παραμέληση ή κακοποίηση στην παιδική ηλικία. Αυτό που καταδεικνύουν οι έρευνες είναι ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠ κυμαίνονται ανάλογα με τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Τα συμπτώματα τείνουν να εμφανίζονται σε επαναλαμβανόμενες, γνωστές και βαρετές καταστάσεις σε αντίθεση με ερεθιστικές και πρωτότυπες καταστάσεις. Όταν οι ενήλικες με ΔΕΠ καλούνται να αντεπεξέλθουν σε πολλά ερεθίσματα ταυτόχρονα, τα συμπτώματα της ΔΕΠ γίνονται πιο εμφανή και χειροτερεύουν σε σύγκριση με την περίπτωση που έρχονται αντιμέτωποι με ένα τη φορά (Seager & O'Brien, 2003).

4.5 Ορμονικοί παράγοντες της ΔΕΠ.

Όπως αναφέρουν ο Nussbaum και ο Shepard η επιρροή που ασκούν οι ορμόνες στη λειτουργία του εγκεφάλου σχετίζεται με την ασθένεια της ΔΕΠ. Ο αριθμός των ορμονών που συμμετέχουν στις γνωστικές διαδικασίες είναι μεγάλος, αλλά ο ακριβής μηχανισμός είναι άγνωστος.

Εάν οι ορμόνες που παράγονται στο θυρεοειδή αδένια παρουσιάζουν κάποια δυσλειτουργία τα αποτελέσματά της θα είναι εμφανή στην μνήμη, την προσοχή και στη διάθεση του ασθενή. Οι δυσλειτουργίες αυτές μπορούν να έχουν ποικίλες αιτίες, όπως γενετικές ασθένειες. Κάποιες γνωστές λειτουργίες που σχετίζονται με τις ορμόνες του θυρεοειδή είναι η κινητική ικανότητα, η επεξεργασία των πληροφοριών, η επίλυση των οπτικών προβλημάτων.

Επίσης τα ιστρογόνα συχνά σχετίζονται με νευροδιαβιβαστές, όπως η σερετονίνη, η ντοπαμίνη και η νοροεπινεφρίνη. Υπάρχει θετική συσχέτιση των ιστρογόνων με τη λεκτική μνήμη, την ανεύρεση των λέξεων, την προσοχή και τη νοητική ικανότητα. Βέβαια θα πρέπει να αναφέρουμε την άποψη που θέλει τα ιστρογόνα να σχετίζονται με μία ήπιας μορφής γνωστική ανεπάρκεια (Nussbaum & Shepard, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5. ΣΥΝΩΛΔΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΔΕΠ

5.1 Εκτελεστική λειτουργία και μνήμη.

Η εκτελεστική λειτουργία (executive function) αναφέρεται σε νευροψυχολογικές διαδικασίες, όπως στρατηγικές οργάνωσης περίπλοκων διαδικασιών, η ανατροπή άσχετων ανταποκρίσεων, η μάθηση μέσω των λαθών. Ουσιαστικά, είναι οι στρατηγικές που χρησιμοποιεί το άτομο προκειμένου να ολοκληρώσει ένα επιχείρημα ή γνωστικές λειτουργίες. Καθώς το άτομο μεγαλώνει οι απαιτήσεις για την εκτελεστική λειτουργία μεγαλώνει. Ταυτόχρονα, το άτομο αναπτύσσει τρόπους με τους οποίους αντιμετωπίζει τα προβλήματα που υπάρχουν στην εκτελεστική λειτουργία. Ίσως γι αυτό το λόγο να μειώνεται η υπερκινητικότητα στους ενήλικες. Η εκτελεστική λειτουργία δε σχετίζεται με τη νοημοσύνη του ατόμου, καθώς έχει βρεθεί ότι άτομα με υψηλή νοημοσύνη, που πάσχουν από ΔΕΠ, παρουσιάζουν τα ίδια εκτελεστικά προβλήματα με ασθενείς της ΔΕΠ με χαμηλότερη νοημοσύνη (Kordon et al, 2006).

Η άμεση μνήμη (immediate memory) είναι ο χώρος στον οποίο αποθηκεύονται προσωρινά οι πληροφορίες από τις αισθήσεις, όπως η όραση, η ακοή, η αφή και η γεύση. Στα άτομα με ΔΕΠ έχει παρατηρηθεί ότι η άμεση μνήμη δε λειτουργεί φυσιολογικά, όταν δέχονται πολλά ερεθίσματα από διαφορετικές πηγές με αποτέλεσμα να μην μπορούν να φιλτράρουν τα διάφορα ερεθίσματα του περιβάλλοντος που τους είναι απαραίτητα και αυτό τους οδηγεί στη διάσπαση προσοχής. Ως συνέπεια να αλλοιώνονται οι πληροφορίες που εισέρχονται στην άμεση μνήμη (Young & Bramham, 2007).

Οι πληροφορίες, μετά την άμεση μνήμη, επεξεργάζονται από τη μνήμη εργασίας (short term memory/ working memory). Η μνήμη εργασίας επεξεργάζεται όλες τις πληροφορίες, που εισάγονται κατά τη διάρκεια διαφορών διαδικασιών. Εκεί συγκρατούνται προσωρινά και επεξεργάζονται, ώστε να αποθηκευτούν στη μακρόχρονη μνήμη (long term memory). Η ΔΕΠ επηρεάζει την ποιότητα των πληροφοριών που εισέρχονται στη μνήμη εργασίας ή τον τρόπο που εισάγονται σε αυτή (Young & Bramham, 2007).

Στη μακρόχρονη μνήμη γίνεται η μόνιμη αποθήκευση των πληροφοριών μέσω των διαδικασιών της κωδικοποίησης, της αποθήκευσης και της ανάσυρσης, επειδή η διαδικασία της κωδικοποίησης στηρίζεται στην προσοχή, στα άτομα με ΔΕΠ μπορεί να μη γίνεται σωστά, ενώ η αποθήκευση προκύπτει από διάφορες λειτουργίες του εγκεφάλου που υπολειτουργούν στη ΔΕΠ εάν μια πληροφορία έχει κωδικοποιηθεί και αποθηκευτεί λάθος θα υπάρξουν προβλήματα και κατά τη διάρκεια της ανάσυρσής της (Young & Bramham, 2007).

5.2 Διαχείριση χρόνου.

Ένα από τα συχνότερα προβλήματα στη ΔΕΠ είναι η διαχείριση του χρόνου. Συχνά απορροφούνται από δραστηριότητες φαινομενικά πιο σημαντικές από αυτές που έχουν να κάνουν και πραγματικά επείγουν ή πηγαίνουν από τη μία εργασία στην άλλη χωρίς να ολοκληρώσουν την προηγούμενη. Έχουν πολλές εργασίες που επιδιώκουν τη διεκπεραίωσή τους ταυτόχρονα. Αυτό που ουσιαστικά συμβαίνει είναι ότι δεν μπορούν να οργανώσουν σωστά το χρόνο που θα αφιερώσουν στην κάθε εργασία, με ποια σειρά πρέπει να γίνουν τα διαφορά τμήματα της εργασίας και ποια εργασία θα γίνει πρώτη και ποιες θα ακολουθήσουν. Λόγω της διάσπασης προσοχής, αποσπώνται συχνά, με αποτέλεσμα να χάνουν χρόνο και να μην προλαβαίνουν τις προθεσμίες (Young & Bramham, 2007).

5.3 Επίλυση προβλημάτων.

Ένας λόγος που οι ενήλικες με ΔΕΠ δεν μπορεί να επιλύσει προβλήματα που τυχόν προκύπτουν είναι λόγω της παρορμητικότητάς τους, δηλ .προχωρούν στη λύση του προβλήματος πριν τη βρουν. Σε συνδυασμό με πιθανές δυσκολίες

στη μνήμη εργασίας και στη μακρόχρονη μνήμη, η επίλυση προβλημάτων μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Υπάρχει η τάση να αγχώνονται για μικρές και ασήμαντες λεπτομέρειες, ενώ δεν μπορούν να προβούν σε μία γενικευμένη λύση. Συνήθως τα άτομα χάνουν το ενδιαφέρον τους κατά τη διαδικασία εύρεσης της λύσης. (Clarke et al., 2005)

5.4 Μαθησιακές δυσκολίες.

Συχνά μαζί με τη ΔΕΠ παρουσιάζονται και μαθησιακές δυσκολίες. Οι μαθησιακές ικανότητες περιλαμβάνουν την προφορική έκφραση, την ακουστική κατανόηση, το γραπτό λόγο, τη γραμματική, την ανάγνωση, τους μαθηματικούς υπολογισμούς, την κατανόηση κειμένου, τους μαθηματικούς συλλογισμούς και την ορθογραφία. Τα ποσοστά που αναφέρονται στην ύπαρξη της ΔΕΠ και μαθησιακών διαταραχών είναι δύσκολο να προκύψουν λόγω της πολύπλοκης διαδικασίας εύρεσης ορισμών και κριτηρίων. Εντούτοις, από τα αποτελέσματα που υπάρχουν το 30 με 60% των ατόμων με ΔΕΠ έχουν μαθησιακές δυσκολίες. (Clarke et al., 2005). Η πιο συχνή μαθησιακή δυσκολία είναι η δυσλεξία, η οποία περιλαμβάνει προβλήματα στην ανάγνωση και στη γραφή χωρίς να έχουν βρεθεί οι αιτίες της (Hallowell & Ratey., 2003). Τα άτομα με ΔΕΠ και μαθησιακές δυσκολίες και ειδικότερα τα άτομα με προβλήματα στην ανάγνωση, παρουσιάζουν διαφορά στη συμπεριφορά τους και στα ηλεκροεγκεφαλικά πρότυπα σε σύγκριση με αυτά που έχουν μόνο μαθησιακές δυσκολίες ή μόνο ΔΕΠ (Carpentier et al, 2005).

Η συχνή συνύπαρξη της ΔΕΠ με τις μαθησιακές δυσκολίες, μπορεί να οφείλεται σε ποικίλους παράγοντες, όπως είναι οι γενετικοί (Seager & O'Brien., 2003). Αυτό τονίζει τη σημασία της διαφοροδιάγνωσης, γιατί μπορεί ένα άτομο να έχει ΔΕΠ, αλλά η βαρύτητα κατά τη διάγνωση να δοθεί στις μαθησιακές δυσκολίες. Οι εναλλαγές των μαθησιακών ικανοτήτων στη ΔΕΠ είναι συχνές. (Hallowell & Ratey., 2003).

5.5 Κατάχρηση ουσιών.

Η συνύπαρξη της ΔΕΠ με την κατάχρηση ουσιών είναι ένα συχνό φαινόμενο (Robison et al., 2004). Το 27 με 46 % των ασθενών με ΔΕΠ έχουν πρόβλημα με τη συγκεκριμένη κατάσταση (Pary et al., 2002). Τα στοιχεία δείχνουν ότι τα άτομα με ΔΕΠ ξεκινούν την κατάχρηση ουσιών νωρίτερα από τα άτομα που δεν πάσχουν από ΔΕΠ και κάνουν κατάχρηση. Η ΔΕΠ αυξάνει τις πιθανότητες να κάνουν οι ενήλικες κατάχρηση ουσιών κατά 40% (Tucker., 1999).

Η κατάχρηση ουσιών δεν είναι τόσο συχνή στους εφήβους όσο είναι στους ενήλικες. Ιδιαίτερα, οι ενήλικες που δεν έχουν λάβει θεραπεία για τη ΔΕΠ τείνουν να εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά κατάχρησης (Faraone et al., 2000). Η κατάχρηση ουσιών ίσως να προκύπτει λόγω προδιάθεσης της συμπεριφοράς τους, είτε σε μια προσπάθεια των ατόμων να περιορίσουν τις συνέπειες της ΔΕΠ μέσω των ουσιών (Wilson & Levin, 2001). Οι ουσίες βοηθούν τα άτομα

με ΔΕΠ να εστιάζουν, όπως λένε, την προσοχή τους και να αντιμετωπίσει πλευρές της ΔΕΠ, όπως την κατάθλιψη. Συχνά αυξάνουν τις ποσότητες της ουσίας προκειμένου να επιτύχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα (Hallowell & Ratey, 2003). Έρευνες δείχνουν ότι συχνά τα άτομα με ΔΕΠ περνούν σε όλο και πιο σκληρά ναρκωτικά και είναι δύσκολη η διαδικασία της απεξάρτησης. (Tucker, 1999). Είναι δύσκολο, πολλές φορές, να εντοπιστεί η ΔΕΠ σε άτομα που κάνουν κατάχρηση ουσιών, καθώς τα συμπτώματα της ΔΕΠ καλύπτονται από αυτά των ουσιών. (Wilson & Levin, 2001).

Ανάμεσα στους χρήστες δεν εμφανίζεται κάποια ιδιαίτερη προτίμηση ως προς την ουσία που θα χρησιμοποιήσουν, αν και τα ποσοστά δείχνουν ότι η μαριχουάνα και η κοκαΐνη χρησιμοποιούνται συχνά (McGough et al., 2005). Οι ουσίες που χρησιμοποιούνται είναι η νικοτίνη, το αλκοόλ, τα ηρεμιστικά φάρμακα, ουσίες που απελευθερώνουν οσμές, όπως η βενζίνη και η κόλα, παραισθησιογόνες ουσίες και οπιούχες ουσίες (Young & Bramham, 2007).

5.6 Προβλήματα ύπνου.

Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ότι οι ενήλικες με ΔΕΠ παρουσιάζουν προβλήματα με τον ύπνο τους, αν και ο ακριβής τρόπος που σχετίζεται η ΔΕΠ με τον ύπνο δεν έχει καθοριστεί ακόμα. Οι διαταραχές του ύπνου περιλαμβάνουν αϋπνίες, άπνοια κατά τον ύπνο (sleep apnea), εφιάλτες, νυχτερινό τρόμο (night terror), ναρκοληψία (narcolepsy), το σύνδρομο σπασμωδικών ποδιών (restless legs syndrome). Κάποια από τα συμπτώματα των παραπάνω διαταραχών κατά τη διάρκεια της ημέρας μπορούν να παρερμηνευτούν σα συμπτώματα της ΔΕΠ. Για παράδειγμα η άπνοια, κατά τη διάρκεια του ύπνου, μπορεί να προκαλέσει κατά την ημέρα άγχος, προβλήματα στη γραφή και στην έκφραση μέσω των λέξεων (Ball et al., 1999).

Μία υπόθεση σχετίζει την ικανότητα της προσοχής που χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια της ημέρας με τον ύπνο που λαμβάνει χώρα κατά τη νύχτα. Και τα δύο συστήματα χρησιμοποιούν το νευροδιαβιβαστή ντοπαμίνη. Όταν δυσλειτουργεί το ένα σύστημα επηρεάζει τη λειτουργία του άλλου. Μπορεί να υπάρχει υπερλειτουργία του συστήματος αφύπνισης, η οποία να εμποδίζει το βραδινό ύπνο. Η ΔΕΠ μπορεί να προκαλεί νευρικότητα, η οποία να δρα τις ώρες του ύπνου και να μην τον αφήνει να λάβει χώρα. Κάποιοι ερευνητές αναφέρουν ότι τα προβλήματα ύπνου μπορεί να είναι παρενέργειες των φαρμάκων που χορηγούνται για τη θεραπεία της ΔΕΠ. (Resnick, 2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

6.ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΔΕΠ

6.1 Διαταραχές διάθεσης (*mood disorders*).

Οι διαταραχές της διάθεσης συνυπάρχουν μαζί με τη ΔΕΠ (Dowson, 2008),(Dowson et al., 2004). Οι διαταραχές της διάθεσης μαζί με τις αγχώδεις διαταραχές συναντώνται συχνότερα στα άτομα με ΔΕΠ σε σχέση με τις υπόλοιπες διαταραχές, που παρουσιάζουν συννοσηρότητα με τη ΔΕΠ. Η πιο συχνά εμφανιζόμενη διαταραχή διάθεσης είναι η κατάθλιψη, η οποία συναντάται σε ποσοστό 37 % ανάμεσα στους ασθενείς με ΔΕΠ (Chao et al., 2008),(Robison et al., 2004). Βέβαια, υπάρχει και η άποψη ότι τα άτομα με ΔΕΠ δεν παρουσιάζουν διαφορά ως προς τη συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό, που δεν έχει ΔΕΠ (Rosler et al., 2009).

Η επικρατούσα άποψη σχετικά με την έναρξη της κατάθλιψης στα άτομα με ΔΕΠ λέει ότι η κατάθλιψη ξεκινάει νωρίς. Ο James J. McGough και οι συνεργάτες του δεν υποστηρίζουν τα παραπάνω (McGough et al., 2005). Υπάρχει η περίπτωση τα συμπτώματα της ΔΕΠ να παρερμηνευθούν με αυτά της κατάθλιψης. Σε σχέση με την γνωστική κατάσταση των ατόμων με ΔΕΠ, η κατάθλιψη συναντάται συχνότερα σε αυτά με υψηλό δείκτη IQ (Antshel et al., 2009).

Έχει αποδειχτεί ότι υπάρχει συννοσηρότητα της ΔΕΠ με τη κατάθλιψη (Sobanski, 2006). Κάποιοι επιστήμονες θεωρούν ότι η κατάθλιψη είναι ένα φυσιολογικό επακόλουθο της επίδρασης της ΔΕΠ στη ζωή των ασθενών με ΔΕΠ. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν έρευνες που δείχνουν μια κληρονομική συσχέτιση μεταξύ των δύο ασθενειών. Μια πιο ήπια συμπτωματολογία, όπως αυτή της κατάθλιψης, συναντάμε στη δυσθυμία, μία κατάσταση που και αυτή εμφανίζεται στη ΔΕΠ. (Sobanski, 2006)

Η διπολική διαταραχή παρουσιάζεται και αυτή στη ΔΕΠ με ποσοστό 30% (Tamam, Karakus, & Ozroyraz, 2008) και πιο συχνά στη συνδυαστική υποκατηγορία της ΔΕΠ (McGough et al., 2005). Όμως ο Michael Rosler και οι συνεργάτες του (2009) δε βρήκαν σημαντικές διαφορές ως προς τα ποσοστά ύπαρξης της διπολικής διαταραχής σε άτομα με ΔΕΠ και χωρίς ΔΕΠ.

Συχνά η διπολική διαταραχή εμφανίζεται σε σοβαρές μορφές της ΔΕΠ (McGough et al., 2005). Πιθανώς, να υπάρχει κάποια μορφή κληρονομικού παράγοντα μεταξύ της ΔΕΠ και της διπολικής διαταραχής. (Wilson & Levin, 2001). Στο στάδιο της μανίας, στη διπολική διαταραχή, υπάρχουν κοινά συμπτώματα με τη ΔΕΠ, όπως η μεγάλη ομιλητικότητα, η αύξηση της κινητικής δραστηριότητας και η διάσπαση της προσοχής. Οι ασθενείς που έχουν και τις δύο ασθένειες παρουσιάζουν νωρίτερα τη διπολική διαταραχή κατά πέντε

χρόνια και έχουν περισσότερες εναλλαγές μανίας με σοβαρά επεισόδια κατάθλιψης. Η διαφοροδιάγνωση είναι δύσκολο να γίνει λόγω των υπαρχόντων ανεπαρκών κριτηρίων. Κάποιοι ερευνητές πιστεύουν ότι τα επεισόδια μανίας της διπολικής διαταραχής που συνυπάρχει με τη ΔΕΠ, αποτελούν στην πραγματικότητα μέρος της ΔΕΠ. Ο συνδυασμός της διπολικής διαταραχής και της ΔΕΠ δημιουργεί σημαντικά προβλήματα στη ζωή του ατόμου που παρουσιάζουν και τις δύο ασθένειες (Tamam et al., 2008).

6.2 Διαταραχές προσωπικότητας (*personality disorders*).

Οι βιβλιογραφικές αναφορές για τις διαταραχές προσωπικότητας στη ΔΕΠ είναι αρκετές (Tucker, 1999). Οι πιο συχνά εμφανιζόμενες είναι η αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας (*antisocial personality disorder*) και η μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας (*borderline personality disorder*). Η αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας εμφανίζεται με συχνότητα 50 % στα άτομα που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ σε μικρή ηλικία. Ενώ στα άτομα που έχει διαγνωστεί η ΔΕΠ σε μεγάλη ηλικία το ποσοστό είναι 31% (Antshel et al., 2009)

Ο K.M. Antshel και οι συνεργάτες του βρήκαν ότι η αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας έχει σχέση με το επίπεδο της νοημοσύνης των ατόμων με ΔΕΠ. Η υψηλή νοημοσύνη μπορεί να δράσει προστατευτικά έναντι της αντικοινωνικής διαταραχής της προσωπικότητας (Antshel et al., 2009). Η αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας συναντάται συχνά στην υποκατηγορία της ΔΕΠ με υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα, καθώς και στη συνδυαστική υποκατηγορία. Δεν είναι μια ασθένεια με περιοδική εμφάνιση, αλλά έχει μακροχρόνια χαρακτηριστικά. (McGough et al., 2005)

Τα κοινά συμπτώματα με τη ΔΕΠ περιλαμβάνουν την παρορμητικότητα, την υπερκινητικότητα και τις μαθησιακές διαταραχές, όχι όμως τη διάσπαση της προσοχής. Η διαφοροδιάγνωση μεταξύ της ΔΕΠ και της αντικοινωνικής διαταραχής της προσωπικότητας είναι πολύ δύσκολη. Στην πραγματικότητα δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις της αντικοινωνικής διαταραχής που η διάγνωση είναι λανθασμένη και ο ασθενής στην ουσία πάσχει από ΔΕΠ. Η αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες και προκαλεί σοβαρά προβλήματα σε όλες της πτυχές της ζωής τους, κυρίως με την υπακοή τους στους νόμους (Hallowell & Ratey, 2003).

Η μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας είναι επίσης μια διαταραχή που εμφανίζεται στη ΔΕΠ (Dowson et al., 2004). Πιθανώς οι δύο ασθένειες να δρουν βάσει του μηχανισμού της ντοπαμίνης. Η μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας παρουσιάζει κοινά κλινικά χαρακτηριστικά με τη ΔΕΠ, όπως η παρορμητικότητα, το είδος των σκέψεων των πασχόντων (για τον εαυτό τους, για τους άλλους, για τον τρόπο που αλληλεπιδρούν), τα συναισθήματά τους (ως προς την έντασή τους, το εύρος τους και την καταλληλότητά τους) και οι διαπροσωπικές τους σχέσεις. Όμως, η μεταιχμιακή διαταραχή της

προσωπικότητας περιλαμβάνει και τις τάσεις αυτοκτονίας και τους αυτοτραυματισμούς που δεν υπάρχουν στη ΔΕΠ. Η πλειοψηφία των ασθενών με μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας είναι γυναίκες.

6.3 Αγχώδεις διαταραχές (anxiety disorders)

Το ποσοστό των διαταραχών άγχους στη ΔΕΠ ανέρχεται στο 37 με 59% . Τα άτομα με υψηλό δείκτη νοημοσύνης έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πάσχουν από κάποια αγχώδη διαταραχή (Antshel et al., 2009). Όταν υπάρχει ΔΕΠ μαζί με μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας το ποσοστό των διαταραχών του άγχους αυξάνεται. Η ύπαρξη των διαταραχών άγχους αυξάνει τις τάσεις των ατόμων με ΔΕΠ προς την αυτοκτονία και τη μανία (Tamam et al., 2008). Στα πλαίσια των διαταραχών του άγχους εμφανίζονται διαταραχές, όπως τικ, αγοραφοβία, μετατραυματικό στρες , διαταραχή πανικού και διάφορες φοβίες (McGough et al., 2005). Τέλος, υπάρχουν έρευνες που δε στηρίζουν την συννοσηρότητα ανάμεσα στις αγχώδεις διαταραχές και τη ΔΕΠ (Chao et al., 2008).

Η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή (obsessive compulsive disorder) ανήκει στις διαταραχές του άγχους. Εμφανίζεται στο 13% των ατόμων με ΔΕΠ. Ως συμπτώματα παρουσιάζει επαναλαμβανόμενες σκέψεις, παρορμητικότητα, εμμονές, επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές. Άτομα με ψυχαναγκαστική -καταναγκαστική διαταραχή πάσχουν συχνά από ΔΕΠ ενώ πιθανόν να υπάρχει κάποια γενετική σύνδεση ανάμεσα στις δύο ασθένειες (Anholt et al., 2010).

6.4 Άλλες συνωδές διαταραχές.

Υπάρχουν στοιχεία για την ύπαρξη συννοσηρότητας ανάμεσα στη ΔΕΠ και σε διαταραχές της σίτισης (eating disorders). Το 3 με 9% όλων των ασθενών με ΔΕΠ πάσχει από βουλιμία και ανορεξία. Ενδείξεις υπάρχουν και πιθανή συννοσηρότητα της ΔΕΠ με το σύνδρομο Tourette. Πιθανώς να υπάρχει κάποιο κοινό γενετικό υπόβαθρο (Stevens, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

7. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ/Υ

7.1 Εισαγωγή

Οι περισσότεροι άνθρωποι με ΔΕΠ βιώνουν καθημερινά αρκετά προβλήματα. Μερικά από αυτά είναι: η έλλειψη αυτοεκτίμησης και αυτοσεβασμού, έλλειψη ανεκτικότητας, επαγγελματικά προβλήματα, χρόνια πλήξη, κατάθλιψη, ξεχνούν εύκολα, δεν μπορούν να οργανώσουν και να προγραμματίσουν το χρόνο τους, διασπάται εύκολα η προσοχή τους, είναι υπερβολικά παρορμητικοί κάνουν ή λένε πράγματα χωρίς να σκέφτονται δημιουργώντας πρόβλημα στις διαπροσωπικές σχέσεις με τους συνανθρώπους τους. Επιπλέον παρουσιάζουν προβλήματα ύπνου, εθισμό και κατάχρηση ουσιών.

Στην περίπτωση των διαταραχών της συμπεριφοράς και των ψυχικών διαταραχών χρησιμοποιούμε τον όρο «θεραπευτική αντιμετώπιση» αντί του όρου «θεραπεία». Με τον όρο «θεραπεία» εννοούμε την πλήρη αποκατάσταση των συμπτωμάτων μιας νόσου και την επαναφορά του οργανισμού στην κατάσταση που βρισκόταν πριν από την εμφάνιση της νόσου. Υπό την έννοια αυτή, η ΔΕΠ δε «θεραπεύεται», δηλαδή το οργανικό υπόστρωμα της διαταραχής εξακολουθεί να υπάρχει στα άτομα με ΔΕΠ, ακόμη και μετά την πλέον επιτυχημένη παρέμβαση. Επειδή η πλήρης αποκατάσταση της ΔΕΠ όπως και των συνοδών διαταραχών δεν είναι εφικτή, ακόμα και στη περίπτωση χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής, προτιμάμε να αναφερόμαστε στον όρο θεραπευτική παρέμβαση, η οποία στοχεύει αφενός στο περιορισμό της εκδήλωσης των πρωτογενών συμπτωμάτων της ΔΕΠ/Υ και αφετέρου στην πρόληψη των δευτερογενών συμπτωμάτων (χαμηλή αυτοεκτίμηση, προβλήματα συμπεριφοράς, χαμηλή επαγγελματική επίδοση κ.α.).

Η θεραπεία συμπεριφοράς και η φαρμακοθεραπεία αποτελούν τη βάση των συγχρόνων στρατηγικών αντιμετώπισης ενηλίκων με ΔΕΠ. Στους περισσότερους συνιστάται ο συνδυασμός και των δύο θεραπευτικών προσεγγίσεων. (Περαντάκου 2003)

7.2 Ατομική ψυχοθεραπεία- Θεραπεία συμπεριφοράς

Οι περισσότεροι άνθρωποι που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ, θεωρούν ότι τα πράγματα δεν μπορούν να βελτιωθούν. Κάτι τέτοιο όμως δεν ισχύει. Το επόμενο βήμα, μετά τη διάγνωση, είναι να μάθει το άτομο όσο το δυνατόν περισσότερα για τη διαταραχή αυτή. Με τη βοήθεια του ψυχοθεραπευτή το άτομο αρχίζει να αποβάλλει τις αρνητικές αντιλήψεις που είχε για τον εαυτό του. Αρχίζει να αναθεωρεί ή να αναμορφώνει την αυτοεικόνα του. Επιπλέον με

τη βοήθεια του ψυχοθεραπευτή το άτομο με ΔΕΠ θα βοηθηθεί στο να οργανώσει το εσωτερικό χάος που επικρατεί και να οργανώσει τη ζωή του. Αρχίζει να αναδιαρθρώνει τις λειτουργικές λεπτομέρειες της καθημερινής του ζωής, καθιερώνοντας μέσα βελτιωμένης οργάνωσης. Τέτοια είναι γραπτές λίστες, υπομνηματικές σημειώσεις, σημειωματάρια, ημερολόγια, ραντεβού, αρχειοθετικά συστήματα και post-it. Όλα αυτά βοηθούν στο να κρατήσει οργανωμένα πράγματα και καταστάσεις και να μείνει το άτομο συγκεντρωμένο για τον απαιτούμενο χρόνο στη δουλειά που κάνει σε μια δεδομένη στιγμή. (Περαντάκου 2003)

7.3 Ομαδική θεραπεία.

Ενώ η ατομική ψυχοθεραπεία σηματοδοτεί το σημείο εκκίνησης για τα περισσότερα άτομα με ΔΕΠ, πρόσθετες μορφές θεραπείας μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά ιδιαίτερα η ομαδική θεραπεία και θεραπεία ζεύγους.

Οι ομαδικές θεραπείες δίνουν την ευκαιρία στους ενήλικες με ΔΕΠ να συναντηθούν και να αλληλεπιδράσουν με άλλους συνανθρώπους που έχουν βιώσει και αυτοί απογοητεύσεις και αρκετά προβλήματα παρόμοια με τα δικά τους. Επιπλέον τα μέλη της ομάδας μπορούν να διδαχτούν πολλά πράγματα ο ένας από τον άλλο, καθώς μοιράζονται εμπειρίες και συμβουλές. Κατά μία έννοια, ο καλύτερος ψυχοθεραπευτής για ένα άτομο με ΔΕΠ είναι η συναναστροφή με κάποιον που βιώνει και συμμερίζεται την ίδια κατάσταση με αυτόν. Επίσης η ομάδα προσφέρει ψυχολογική στήριξη στα μέλη της. Η αποδοχή που βρίσκει κάποιος μέσα στην ομάδα είναι ιδιαίτερα εμψυχωτική. Ένα από τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα της ομαδικής θεραπείας είναι ότι βοηθά το άτομο να ελέγχει τις παρορμήσεις του. Καθώς μέσα από τη συζήτηση το άτομο μαθαίνει να ακούει τον άλλο, να περιμένει τη σειρά του μέχρι να μιλήσει και να μένει ακίνητος στη θέση του. Λόγω του ότι γίνεται συζήτηση κατά τη διάρκεια της ομαδικής θεραπείας το άτομο μπαίνει στη διαδικασία εξάσκησης της προσοχής, καθώς πρέπει να προσέχει αυτά που λέγονται στην ομάδα προκειμένου να παίρνει μέρος στη συζήτηση. (Περαντάκου 2003)

7.4 Φαρμακοθεραπεία

Τα αποτελέσματα της θεραπείας συμπεριφοράς και της ομαδικής θεραπείας σαν ιονοθεραπεία δεν επιφέρουν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Γι' αυτό συνιστάται ο συνδυασμός της με φαρμακοθεραπεία. Η φαρμακοθεραπεία βελτιώνει τα συμπτώματα της ΔΕΠ, αλλά δεν τη θεραπεύει.

Τα πιο διαδεδομένα διεγερτικά φάρμακα που χορηγούνται στους ενήλικες με ΔΕΠ είναι η Μεθυλφαινιδάτη (MPH), η Concerta, το Dexedrine και το Cylert.

Η Μεθυλφαινιδάτη (MPH) είναι ένα φάρμακο που η δράση του διαρκεί πάνω από 1 έως 4 ώρες την ημέρα και χορηγείται δύο ή τρεις φορές την ημέρα. Μειώνει τα συμπτώματα υπερκινητικότητας, απροσεξίας και παρορμητικότητας. Η Μεθυλφαινιδάτη παρουσιάζει γρήγορη και σχεδόν πλήρη

απορρόφηση (Kimko et al). Αφορά ασθενείς που δεν έχουν κάποια ψυχιατρική συννοσηρότητα. Σύμφωνα με τον Dr. Sobanski η Μεθυλφαινιδάτη έχει ευεγερτικά αποτελέσματα στους ασθενείς με ΔΕΠ που παρουσιάζουν πρόβλημα στον ύπνο. (Pieter et al,2004)

Η Concerta είναι ένα προηγμένο φάρμακο από την Μεθυλφαινιδάτη. Χορηγείται μια φορά την ημέρα, το πρωί. Τα δισκία Conserta περιέχουν 18 ή 36 mg μεθυλφαινιδάτης. Το 22% περίπου του φαρμάκου βρίσκεται στο περίβλημα και απελευθερώνεται ταχύτατα μετά την κατάποση του δισκίου. Η υπόλοιπη μεθυλφαινιδάτη περιέχεται στον πυρήνα του δισκίου και απελευθερώνεται μέσω μιας ελεγχόμενης διαδικασίας στη διάρκεια 10 ωρών. Η απορρόφηση του φαρμάκου δεν εμποδίζεται από κάποια τροφή. (Levin, 1998).

Το Dexedrine και το Cylert είναι διεγερτικά που επενεργούν σε νευροδιαβιβαστές στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Τα φάρμακα αυτά βοηθούν τα άτομα με ΔΕΠ στην αύξηση της προσοχής και της συγκέντρωσης. Επιπλέον μπορεί να εξομαλύνουν ψυχικές μεταπτώσεις. (Περαντάκου 2003)

Όσο για τους χρήστες ναρκωτικών δεν έχει παρατηρηθεί κάποια κατάχρηση των συνταγογραφούμενων διεγερτικών φαρμάκων (Peter,1999).

Τις περισσότερες φορές η ΔΕΠ συνυπάρχει με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Η Depakote και η Tegretol βοηθούν τον έλεγχο των εκρήξεων οργής, ξεσπάσματα θυμού και βίαιης συμπεριφοράς. Επίσης η Anafranil, η Prozac και η Zaloft μειώνουν τις ψυχαναγκαστικές διαταραχές. Επιπλέον στους ασθενείς με ΔΕΠ χορηγούνται αντικαταθλιπτικά/ αγχολυτικά φάρμακα, ιδιαίτερα Norpramin, Rrozac και Ludiomil. Σύμφωνα με τον Pliszka τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα συνιστώνται συνήθως σε περιπτώσεις όπου για διάφορους λόγους δεν είναι εφικτή η χορήγηση διεγερτικών ή σε περιπτώσεις όπου συνυπάρχουν διαταραχές της διάθεσης (Pliszka et al., 1996)

Τα αποτελέσματα των φαρμάκων αυτών οφείλονται στην επίδρασή τους στη δραστηριότητα των προμετωπιαίων περιοχών του εγκεφάλου και μέσω αυτής σε τρεις τουλάχιστον νευροδιαβιβαστές, που είναι σημαντικοί για τη λειτουργία των περιοχών αυτών και σχετίζονται με την αναστολή της συμπεριφοράς: τη ντοπαμίνη, τη νορεπινεφρίνη, την επινεφρίνη και ίσως τη σεροτονίνη. Φαίνεται λοιπόν ότι τα φάρμακα αυτά δρουν απευθείας (αν και μόνο προσωρινά) σε εκείνα τα συστήματα των νευρώνων που σχετίζονται με την αναστολή της συμπεριφοράς και την αυτορρύθμιση. (Pliszka et al., 1996).

7.5 Φυσική μέθοδος αντιμετώπισης

Όπως συμβαίνει σχεδόν με κάθε οργανική διαταραχή έτσι και στην ΔΕΠ η κατάλληλη διατροφή μπορεί να συντελέσει και μάλιστα σε σημαντικό βαθμό στην διαχείρισή της, λειτουργώντας παράλληλα με φαρμακευτική αγωγή. Μεγάλος αριθμός επιστημονικών ερευνών δείχνουν τη στενή σχέση που υπάρχει μεταξύ τροφής και των εγκεφαλικών λειτουργιών κάνοντας φανερό την

ανάγκη για βαθύτερη γνώση και εφαρμογή της κατάλληλης διατροφής στην καθημερινότητα.

Έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα με ΔΕΠ παρουσιάζουν έλλειψη θρεπτικών στοιχείων, κυρίως λιπαρά οξέα και ιδιαιτέρως τα Ωμέγα 3. Τα λιπαρά οξέα αποτελούν θεμελιώδη στοιχεία κάθε ζωντανού κυττάρου στο ανθρώπινο σώμα και είναι απαραίτητα για τη λειτουργία των εγκεφαλικών νευρώνων . (Γεωργιάδου 2011)

Ειδικότερα τα νεύρα παραγωγής Ντοπαμίνης στον εγκέφαλο αποτελούν το 80%. Η μειωμένη παραγωγή Ντοπαμίνης είναι ένα από τα κυριότερα προβλήματα στη ΔΕΠ. (Bertha et al, 2001)

Τροφές που εμπεριέχουν Ωμέγα 3 είναι: ελαιώδη ψάρια, όπως ο σολωμός, πέστροφα, σαρδέλα, ρέγγα, κολιός, τόνος. Επιπλέον Ωμέγα 3 περιέχουν το ακτινίδιο, το φουντούκι, το καρύδι, το αυγό, ξηροί καρποί (Γεωργιάδου 2011).

ΈΡΕΥΝΑ

1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

1.1 Είδος της έρευνας

Η διεξαγωγή της παρούσας έρευνας εκπονήθηκε υπό την καθοδήγηση της υπεύθυνης-συντονίστριας καθηγήτριας Ph.D. Θεοδωράτου Μαρίας.

Χορηγήθηκαν ερωτηματολόγια στους φοιτητές της λογοθεραπείας και της κοινωνικής εργασίας των Α.Τ.Ε.Ι Πατρών. Πρόκειται για μία διερευνητική εργασία που εστιάζει στην σύγκριση των φοιτητών των δύο τμημάτων σχετικά με την παρουσία της ΔΕΠ.

1.2 Σκοπός της έρευνας

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της παρουσίας της ΔΕΠ ανάμεσα των φοιτητών της Λογοθεραπείας και της Κοινωνικής Εργασίας των Α. Τ. Ε. Ι Πατρών. Όπως επίσης και η μεταξύ τους σύγκριση ως προς τα επίπεδα της ΔΕΠ.

1.3 Στόχοι της έρευνας

Λόγω της επαφής των λογοθεραπευτών και των κοινωνικών λειτουργών με άτομα, ενήλικες και μη, που πάσχουν από τη νευρολογική διαταραχή της ΔΕΠ, ορίστηκε σαν στόχος της παρούσας έρευνας να εξακριβωθεί εάν οι παραπάνω επαγγελματίες παρουσιάζουν στοιχεία της ΔΕΠ. Επιπλέον λαμβάνει χώρα σύγκριση των δύο τμημάτων, ώστε να εντοπιστούν τυχόν διαφορές ως προς την εμφάνιση ή μη των στοιχείων της ΔΕΠ καθώς και την ένταση της ασθένειας.

Ειδικότερα διερευνήσαμε:

- 1) Την αίσθηση των ερωτηθέντων ως προς την επίτευξη των στόχων τους.
- 2) Την ικανότητα εστίασης της προσοχής κατά την ανάγνωση (εστιασμένη προσοχή).
- 3) Την επικέντρωση της προσοχής ως προς την κατανόηση και διατήρηση της συζήτησης.
- 4) Τον έλεγχο της συναισθηματικής σταθερότητας, η οποία είναι ευμετάβλητη σε άτομα με ΔΕΠ.
- 5) Τον έλεγχο πιθανής ύπαρξης συνεχούς κίνησης. Διότι άτομα με ΔΕΠ εκφράζουν μια σταθερή νευρική κίνηση μέσω της κίνησης.
- 6) Τον αποπροσανατολισμό της προσοχής κατά την διάρκεια ανιαρών καταστάσεων.
- 7) Την αδυναμία οργάνωσης του τρόπου σκέψης.

- 8) Τον έλεγχο της ονειροπόλησης.
- 9) Την αξιολόγηση της παρορμητικότητας στην συμπεριφορά των ερωτηθέντων.
- 10) Την ικανότητα διεκπεραίωσης πολλών πραγμάτων (επιμερησμένη προσοχή).
- 11) Την αδυναμία των ερωτηθέντων να φιλτράρουν τις εισερχόμενες πληροφορίες.

1.4 Υποθέσεις

Η έρευνά μας εξετάζει τα ακόλουθα ερωτήματα:

- 1) Βασικό ερώτημα της παρούσας έρευνας είναι εάν οι φοιτητές των τμημάτων της Λογοθεραπείας και της Κοινωνικής Εργασίας των Α. Τ. Ε. Ι Πατρών παρουσιάζουν ΔΕΠ.
- 2) Εάν ανάμεσα στους φοιτητές των δυο τμημάτων παρουσιάζεται διαφορά ως προς την ένταση της ΔΕΠ ή όχι.
- 3) Αν έχουν την αίσθηση ότι δεν έχουν πετύχει πολλά, ότι δεν έχουν φτάσει τους στόχους τους, ανεξάρτητα από όσα έχουν πραγματικά κατορθώσει.
- 4) Αν δυσκολεύονται να διαβάσουν γραπτό υλικό εκτός και αν είναι πολύ ενδιαφέρον.
- 5) Αν σε ομάδες, δυσκολεύονται να μένουν επικεντρωμένοι σε αυτά που λέγονται στις συζητήσεις.
- 6) Ένα άλλο ερώτημα που εξετάστηκε είναι αν οι ερωτηθέντες παρουσιάζουν ιδιαίτερα ποσοστά ευμετάβλητης διάθεσης.
- 7) Αν οι ερωτηθέντες παρατηρούν αυξημένη κινητική δραστηριότητα.
- 8) Αν στο σπίτι, στη σχολή πιάνουν τον νου τους να αναιρείται από τις δουλειές που είναι βαρετές ή δύσκολες.
- 9) Αν οι ερωτηθέντες έχουν την ικανότητα να οργανώσουν τον τρόπο σκέψης τους.
- 10) Αν οι ερωτηθέντες δεν μπορούν να σταματήσουν να ονειροπολούν.
- 11) Αν οι ερωτηθέντες παρουσιάζουν χαρακτηριστικά παρορμητικότητας.
- 12) Αν οι ερωτηθέντες συνήθως κάνουν πάνω από μια εργασία τη φορά, και αποτυγχάνουν να ολοκληρώσουν πολλές από αυτές.
- 13) Αν οι ερωτηθέντες παρατηρούν το μυαλό τους να γεμίζει τόσο πολύ που είναι δύσκολο για αυτούς να λειτουργήσει.

1.5 Σημαντικότητα της έρευνας

Λαμβάνοντας υπόψη την πιθανότητα ύπαρξης στοιχείων της ΔΕΠ ανάμεσα στους ερωτηθέντες φοιτητες της Λογοθεραπείας και της Κοινωνικής Εργασίας του Α. Τ. Ε. Ι Πατρών, τα άτομα αυτά πιθανόν να μην μπορούν να αφομοιώσουν τις βασικές γνώσεις των σπουδών τους κατά ένα αρτιμελή τρόπο.

Συνεπώς τα άτομα αυτά θα πρέπει να καταβάλλουν περισσότερο κόπο κατά τις σπουδές τους. Επιπλέον το σύστημα εκπαίδευσης εντός των ΤΕΙ πιθανός να απαιτείται να αλλάξει προκειμένου να γίνει πιο βοηθητικό για τα άτομα αυτά.

Η ΔΕΠ επηρεάζει όλες τις πτυχές της ζωής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να επηρεάζεται το άτομο σε διάφορους τομείς, Εάν υπάρχει συνδυασμός των κατάλληλων συνθηκών (ψυχολογική βοήθεια, φαρμακευτική βοήθεια, βελτίωση της ακαδημαϊκής εκπαίδευσης) και με την προσωπική προσπάθεια, το άτομο όχι μόνο θα μπορέσει να ξεπεράσει τυχόν επαγγελματικά προβλήματα, αλλά θα μπορέσει να λειτουργήσει και σαν πρότυπο για ενήλικες με ΔΕΠ.

1.6 Δυσκολίες κατά την έρευνα

Κατά την διεξαγωγή της έρευνας αντιμετωπίσαμε κάποιες δυσκολίες. Προέκυψαν προβλήματα καθυστέρησης στη λήψη των ερωτηματολογίων, καθώς και άρνηση κάποιων φοιτητών να συμμετάσχουν στην έρευνα. Επιπλέον δεν κατεστή εφικτό να γίνει διαφυλική σύγκριση των αποτελεσμάτων, καθώς το σύνολο των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες (λόγω της επιλογής των συγκεκριμένων σχολών).

2. ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1 Σχεδιασμός της έρευνας

Η μέθοδος μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή (Σαχίνη - Καρδάση 1991).

2.2 Πληθυσμός - Δείγμα

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο και απευθυνόταν σε 200 φοιτήτριες (100 Λογοθεραπείας και 100 Κοινωνικής Εργασίας). Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 23 ερωτήσεις όλες κλειστού τύπου σε μορφή κλίμακας.

2.3 Τόπος και χρόνος έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Ιανουάριο έως και τον Μάιο του 2011 στα τμήματα Λογοθεραπείας και Κοινωνικής Εργασίας των Α.Τ.Ε.Ι Πατρών.

2.4 Συλλογή δεδομένων

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 15 λεπτά της ώρας.

2.5 Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

- Η ιδιότητα του ερωτώμενου ως φοιτητή της Λογοθεραπείας ή της Κοινωνικής Εργασίας
- και κριτήρια αποκλεισμού ήταν:
- μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια από αυτά που διανεμήθηκαν.

2.6 Ζητήματα Βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης).

Για το λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου σε μορφή κλίμακας), εξηγούσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας έρευνας.

2.7 Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με έναν ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSS.

3. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

Έτσι, οι μεν μετρήσιμες μεταβλητές παρουσιάζονται με το μέσο όρο (mean value) των μετρήσεων τους, την τυπική απόκλιση (standard deviation), την ελάχιστη (min value) και τη μέγιστη (max value) τιμή, οι δε μη μετρήσιμες μεταβλητές (βαθμωτές, διχοτομικές ή κατηγορικές) παρουσιάζονται με τη συχνότητα (απόλυτος αριθμός) εμφάνισης της απάντησης καθώς και με τη σχετική συχνότητα (ποσοστιαία αναλογία) εμφάνισης της κάθε τιμής της μεταβλητής.

Ο έλεγχος της κανονικότητας ή μη των κατανομών των παρατηρήσεων, τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και στις διάφορες υποομάδες, έγινε με τη μέθοδο των Kolmogorov - Smirnov.

4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων (πίνακες διπλής εισόδου) που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Ο στατιστικός έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των διαφορών που παρατηρήθηκαν μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων ήταν το χ^2 -test (Chi-square test με ή χωρίς το διορθωτικό παράγοντα κατά Yates).

Κατά τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων οι διαφορές και συσχετίσεις που προκύπτουν θεωρούνται στατιστικά σημαντικές αν και μόνο αν αντιστοιχούν σε πιθανότητα $p < 0,05$ (όπως αυτή προκύπτει από τον αντίστοιχο κάθε φορά στατιστικό έλεγχο).

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS για Windows.

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την έρευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 200 φοιτήτριες (100 του τμήματος της Λογοθεραπείας και 100 του τμήματος της Κοινωνικής Εργασίας). Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας προέκυψαν τα ακόλουθα:

Το σύνολο των ερωτηθέντων (200 άτομα – ποσοστό 100,0%) ήταν γυναίκες.

Το μικρότερο ποσοστό (33 άτομα – ποσοστό 16,5%) των ερωτηθέντων ανεξάρτητα του Τμήματος φοίτησης τους δήλωσαν ότι έχουν (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) την αίσθηση ότι δεν έχουν πετύχει πολλά, ότι δεν έχουν φτάσει τους στόχους τους, ανεξάρτητα από το πόσα έχουν πραγματικά κατορθώσει. Αλλά 64 άτομα (ποσοστό 32,0%) δήλωσαν ότι έχουν την αίσθηση αυτή «μέτρια» και τα υπόλοιπα 103 άτομα (ποσοστό 51,5%) δήλωσαν ότι την έχουν είτε «καθόλου» είτε «μόνο λίγο» είτε «κάπως».

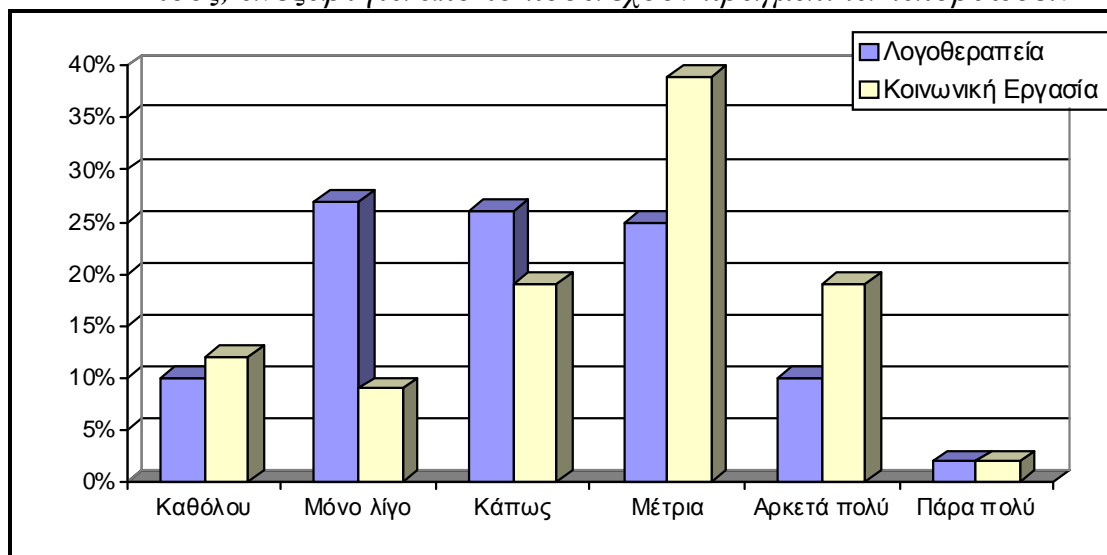
Οι ερωτηθέντες φοιτητές Λογοθεραπείας δήλωσαν σε πολύ μικρότερο ποσοστό (12 άτομα – ποσοστό 12,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας (21 άτομα – ποσοστό 21,0%) ότι έχουν (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) την αίσθηση ότι δεν έχουν πετύχει πολλά, ότι δεν έχουν φτάσει τους στόχους τους, ανεξάρτητα από το πόσα έχουν πραγματικά κατορθώσει. Αντίθετα οι ερωτηθέντες φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας δήλωσαν σε πολύ μικρότερο ποσοστό (40 άτομα – ποσοστό 40,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Λογοθεραπείας (63 άτομα – ποσοστό 63,0%) ότι έχουν την αίσθηση αυτή είτε «καθόλου» είτε «μόνο λίγο» είτε «κάπως» (Πίνακας 2, Σχήμα 2). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 16,126$, $df = 5$, $p < 0,01$).

Πίνακας 1: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν έχουν την αίσθηση ότι δεν έχουν πετύχει πολλά, ότι δεν έχουν φτάσει τους στόχους τους, ανεξάρτητα από το πόσα έχουν πραγματικά κατορθώσει.

		Τμήμα φοίτησης		
		Λογοθεραπεία	Κοινωνική Εργασία	
Έχεις την αίσθηση ότι δεν έχεις πετύχει πολλά, ότι δεν έχεις φτάσει τους στόχους σου, ανεξάρτητα από το πόσα έχεις πραγματικά κατορθώσει;	Καθόλου	10 10,0%	12 12,0%	22 11,0%
	Μόνο λίγο	27 27,0%	9 9,0%	36 18,0%
	Κάπως	26 26,0%	19 19,0%	45 22,5%
	Μέτρια	25 25,0%	39 39,0%	64 32,0%
	Αρκετά πολύ	10 10,0%	19 19,0%	29 14,5%
	Πάρα πολύ	2 2,0%	2 2,0%	4 2,0%
		100	100	200

$$\chi^2 = 16,126, df = 5, p < 0,01$$

Σχήμα 1: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν έχουν την αίσθηση ότι δεν έχουν πετύχει πολλά, ότι δεν έχουν φτάσει τους στόχους τους, ανεξάρτητα από το πόσα έχουν πραγματικά κατορθώσει.



Το μικρότερο ποσοστό (31 άτομα – ποσοστό 15,5%) των ερωτηθέντων ανεξάρτητα Τμήματος φοίτησης δήλωσαν ότι δυσκολεύονται (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) να διαβάσουν το γραπτό υλικό εκτός και αν είναι πολύ ενδιαφέρον. Άλλα 41 άτομα (ποσοστό 20,5%) δήλωσαν ότι δυσκολεύονται «μέτρια» και τα υπόλοιπα 128 άτομα (ποσοστό 64,0%) δήλωσαν ότι δυσκολεύονται είτε «καθόλου» είτε «μόνο λίγο» είτε «κάπως».

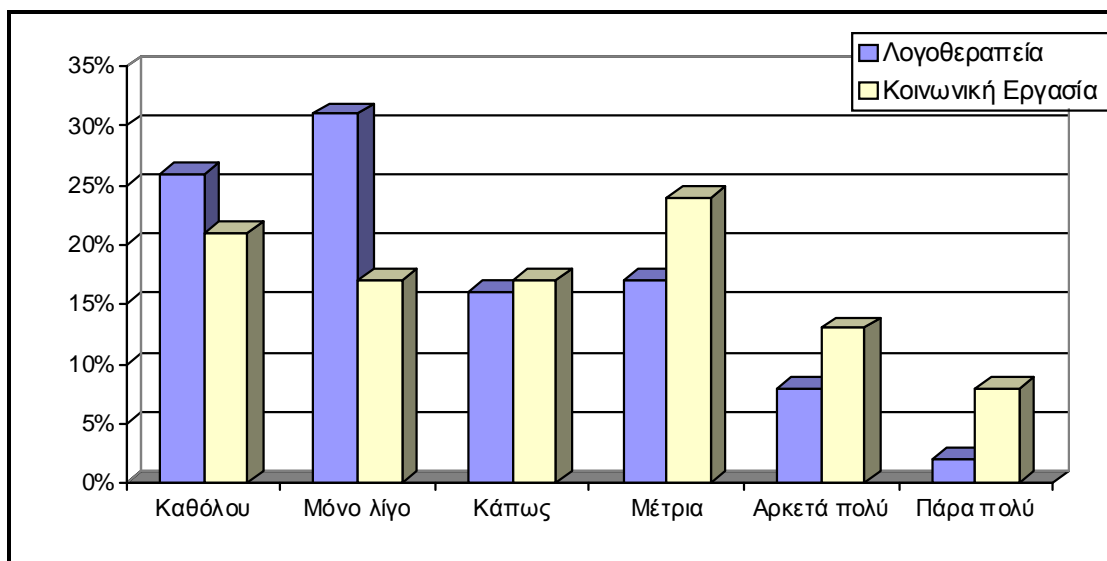
Οι ερωτηθέντες φοιτητές Λογοθεραπείας δήλωσαν σε πολύ μικρότερο ποσοστό (10 άτομα – ποσοστό 10,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας (21 άτομα – ποσοστό 21,0%) ότι δυσκολεύονται (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) να διαβάσουν το γραπτό υλικό εκτός και αν είναι πολύ ενδιαφέρον. Αντίθετα, οι ερωτηθέντες φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας δήλωσαν σε πολύ μικρότερο ποσοστό (55 άτομα – ποσοστό 55,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Λογοθεραπείας (73 άτομα – ποσοστό 73,0%) ότι δυσκολεύονται είτε «καθόλου» είτε «μόνο λίγο» είτε «κάπως» (Πίνακας 3, Σχήμα 3). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 11,077$, $df = 5$, $p < 0,05$).

Πίνακας 2: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν δυσκολεύονται να διαβάσουν το γραπτό υλικό εκτός και αν είναι πολύ ενδιαφέρον.

		Τμήμα φοίτησης		
		Λογοθεραπεία	Κοινωνική Εργασία	
Δυσκολεύομαι να διαβάσω το γραπτό υλικό εκτός και αν είναι πολύ ενδιαφέρον	Καθόλου	26 26,0%	21 21,0%	47 23,5%
	Μόνο λίγο	31 31,0%	17 17,0%	48 24,0%
	Κάπως	16 16,0%	17 17,0%	33 16,5%
	Μέτρια	17 17,0%	24 24,0%	41 20,5%
	Αρκετά πολύ	8 8,0%	13 13,0%	21 10,5%
		2 2,0%	8 8,0%	10 5,0%
		100	100	200

$$\chi^2 = 11,077, df = 5, p < 0,05$$

Σχήμα 2: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν δυσκολεύονται να διαβάσουν το γραπτό υλικό εκτός και αν είναι πολύ ενδιαφέρον.



Το μικρότερο ποσοστό (21 άτομα – ποσοστό 10,5%) των ερωτηθέντων ανεξάρτητα Τμήματος φοίτησης δήλωσαν ότι ειδικά σε ομάδες, δυσκολεύονται (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) να μένουν επικεντρωμένοι σε αυτά που λέγονται στις συζητήσεις. Άλλα 22 άτομα (ποσοστό 11,0%) δήλωσαν ότι δυσκολεύονται «μέτρια» και τα υπόλοιπα 157 άτομα (ποσοστό 78,5%) δήλωσαν ότι δυσκολεύονται είτε «καθόλου» είτε «μόνο λίγο» είτε «κάπως».

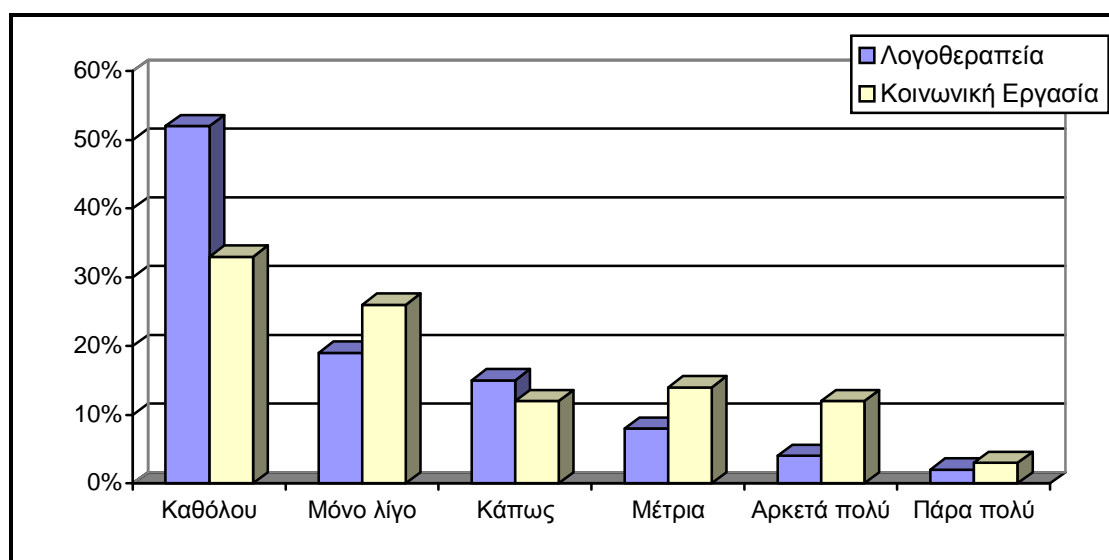
Οι ερωτηθέντες φοιτητές Λογοθεραπείας δήλωσαν σε πολύ μικρότερο ποσοστό (6 άτομα – ποσοστό 6,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας (15 άτομα – ποσοστό 15,0%) ότι ειδικά σε ομάδες δυσκολεύονται (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) να μένουν επικεντρωμένοι σε αυτά που λέγονται στις συζητήσεις. Αντίθετα, οι ερωτηθέντες φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας δήλωσαν σε μικρότερο ποσοστό (71 άτομα – ποσοστό 71,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Λογοθεραπείας (86 άτομα – ποσοστό 86,0%) ότι δυσκολεύονται είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως» (Πίνακας 4, Σχήμα 4). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 11,506$, $df = 5$, $p < 0,05$).

Πίνακας 3: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν ειδικά σε ομάδες δυσκολεύονται να μένουν επικεντρωμένοι σε αυτά που λέγονται στις συζητήσεις.

		Τμήμα φοίτησης		
		Λογοθεραπεία	Κοινωνική Εργασία	
Ειδικά σε ομάδες δυσκολεύομαι να μένω επικεντρωμένος σε αυτά που λέγονται στις συζητήσεις	Καθόλου	52 52,0%	33 33,0%	85 42,5%
	Μόνο λίγο	19 19,0%	26 26,0%	45 22,5%
	Κάπως	15 15,0%	12 12,0%	27 13,5%
	Μέτρια	8 8,0%	14 14,0%	22 11,0%
	Αρκετά πολύ	4 4,0%	12 12,0%	16 8,0%
		2 2,0%	3 3,0%	5 2,5%
		100	100	200

$$\chi^2 = 11,506, df = 5, p < 0,05$$

Σχήμα 3: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν ειδικά σε ομάδες δυσκολεύονται να μένουν επικεντρωμένοι σε αυτά που λέγονται στις συζητήσεις.



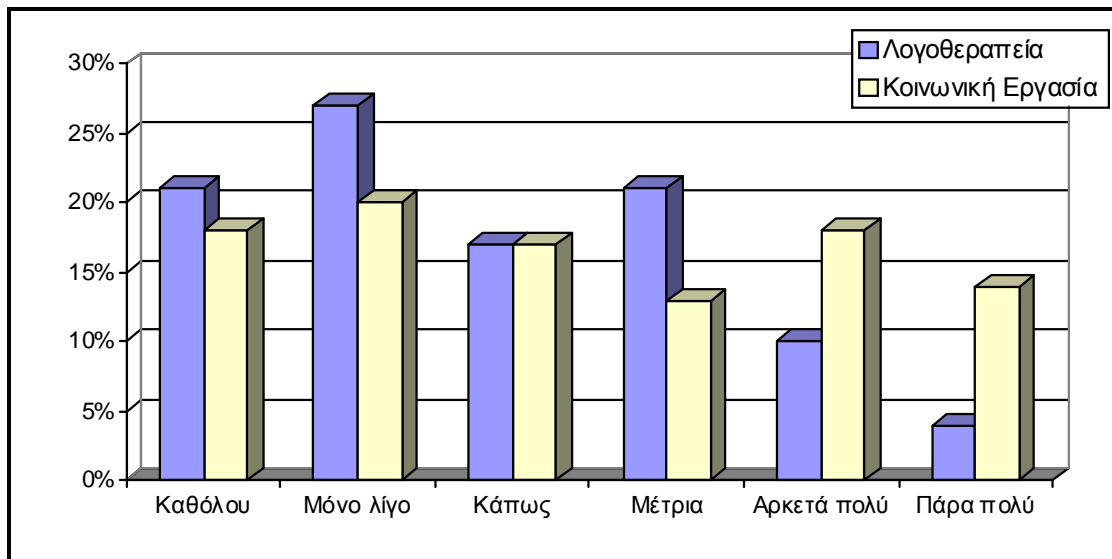
Το κατά σειρά δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό (46 άτομα – ποσοστό 23,0%) των ερωτηθέντων ανεξάρτητα Τμήματος φοίτησης δήλωσαν ότι νευριάζουν (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) γρήγορα, είναι οξύθυμοι, άλλα 34 άτομα (ποσοστό 17,0%) δήλωσαν ότι νευριάζουν «μέτρια» και τα υπόλοιπα 120 άτομα (ποσοστό 60,0%) δήλωσαν ότι νευριάζουν είτε «καθόλου» είτε «μόνο λίγο» είτε «κάπως».

Οι ερωτηθέντες φοιτητές Λογοθεραπείας δήλωσαν σε πολύ μικρότερο ποσοστό (14 άτομα – ποσοστό 14,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας (32 άτομα – ποσοστό 32,0%) ότι νευριάζουν (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) γρήγορα, είναι οξύθυμοι. Αντίθετα, οι ερωτηθέντες φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας δήλωσαν σε μικρότερο ποσοστό (55 άτομα – ποσοστό 55,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Λογοθεραπείας (65 άτομα – ποσοστό 65,0%) ότι νευριάζουν είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως» (Πίνακας 4, Σχήμα 4). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 10,997$, $df = 5$, $p < 0,05$).

Πίνακας 4: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν νευριάζουν γρήγορα, είναι οξύθυμοι.

		Τμήμα φοίτησης		
		Λογοθεραπεία	Κοινωνική Εργασία	
Νευριάζω γρήγορα, είμαι οξύθυμος	Καθόλου	21 21,0%	18 18,0%	39 19,5%
	Μόνο λίγο	27 27,0%	20 20,0%	47 23,5%
	Κάπως	17 17,0%	17 17,0%	34 17,0%
	Μέτρια	21 21,0%	13 13,0%	34 17,0%
	Αρκετά πολύ	10 10,0%	18 18,0%	28 14,0%
		4 4,0%	14 14,0%	18 9,0%
		100	100	200
		$\chi^2 = 10,997$, $df = 5$, $p < 0,05$		

Σχήμα 4: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν νευριάζουν γρήγορα, είναι οξύθυμοι.



Το κατά σειρά δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό (62 άτομα – ποσοστό 62,0%) των ερωτηθέντων ανεξάρτητα Τμήματος φοίτησης δήλωσαν ότι στο σπίτι ή στη σχολή αφαιρούνται (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) από τις δουλειές που είναι βαρετές ή δύσκολες. Άλλα 47 άτομα (ποσοστό 23,5%) δήλωσαν ότι πιάνουν το νου τους «μέτρια» και τα υπόλοιπα 91 άτομα (ποσοστό 45,5%) δήλωσαν ότι αφαιρούνται τους είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως».

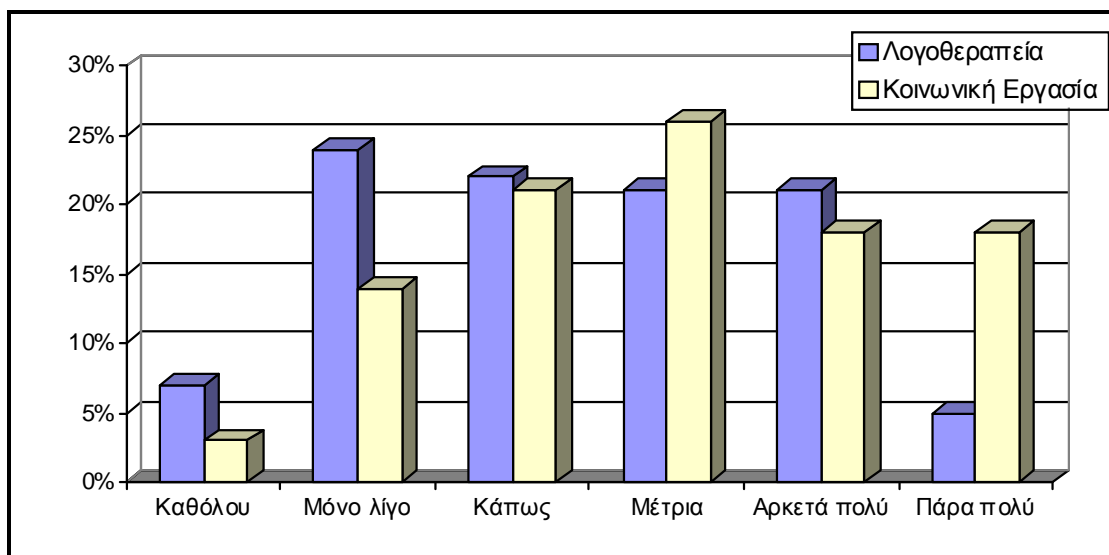
Οι ερωτηθέντες φοιτητές Λογοθεραπείας δήλωσαν σε μικρότερο ποσοστό (26 άτομα – ποσοστό 26,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας (36 άτομα – ποσοστό 36,0%) ότι στο σπίτι, στη σχολή αφαιρούνται (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) από τις δουλειές που είναι βαρετές ή δύσκολες. Αντίθετα, οι ερωτηθέντες φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας δήλωσαν σε αρκετά μικρότερο ποσοστό (38 άτομα – ποσοστό 38,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Λογοθεραπείας (53 άτομα – ποσοστό 53,0%) ότι αφαιρούνται είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως» (Πίνακας 5, Σχήμα 5). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 12,365$, $df = 5$, $p < 0,05$).

Πίνακας 5: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν στο σπίτι, στη σχολή πιάνουν το νου τους να αφαιρείται από τις δουλειές που είναι βαρετές ή δύσκολες.

		Τμήμα φοίτησης		
		Λογοθεραπεία	Κοινωνική Εργασία	
Στο σπίτι, στη σχολή πιάνω το νου μου να αφαιρείται από τις δουλειές που είναι βαρετές ή δύσκολες	Καθόλου	7 7,0%	3 3,0%	10 5,0%
	Μόνο λίγο	24 24,0%	14 14,0%	38 19,0%
	Κάπως	22 22,0%	21 21,0%	43 21,5%
	Μέτρια	21 21,0%	26 26,0%	47 23,5%
	Αρκετά πολύ	21 21,0%	18 18,0%	39 19,5%
		5 5,0%	18 18,0%	23 11,5%
Πάρα πολύ				
		100	100	200

$$\chi^2 = 12,365, df = 5, p < 0,05$$

Σχήμα 5: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν στο σπίτι, στη σχολή πιάνουν το νου τους να αφαιρείται από τις δουλειές που είναι βαρετές ή δύσκολες.



Το κατά σειρά δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό (39 άτομα – ποσοστό 19,5%) των ερωτηθέντων ανεξάρτητα Τμήματος φοίτησης δήλωσαν ότι υπάρχει (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) πολύ βαβούρα στο κεφάλι τους. Άλλα 29 άτομα (ποσοστό 14,5%) δήλωσαν ότι υπάρχει «μέτρια» και τα υπόλοιπα 132 άτομα (ποσοστό 66,0%) δήλωσαν ότι υπάρχει είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως».

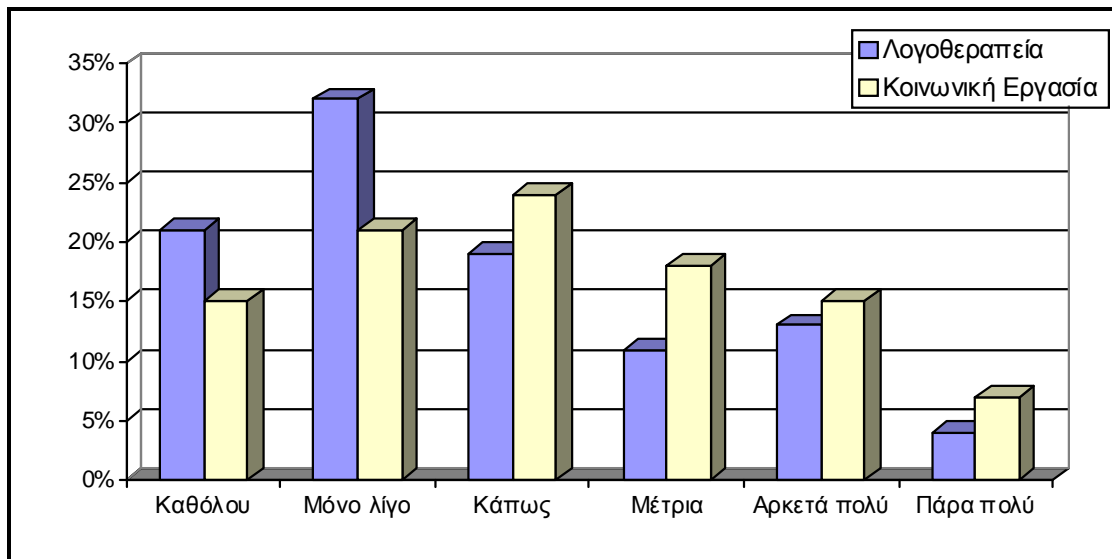
Σε παρόμοια ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες φοιτητές Λογοθεραπείας (17 άτομα – ποσοστό 17,0%) όσο και οι ερωτηθέντες φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας (22 άτομα – ποσοστό 22,0%) δήλωσαν ότι υπάρχει (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) πολύ βαβούρα στο κεφάλι τους. Επίσης, οι ερωτηθέντες φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας δήλωσαν σε αρκετά μικρότερο ποσοστό (60 άτομα-ποσοστό 60,0%) ένατη των ερωτηθέντων φοιτητών της Λογοθεραπείας (72 άτομα-ποσοστό 72,0%) ότι υπάρχει βαβούρα είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως» (Πίνακας 6, Σχήμα 6). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 6,515$, $df = 5$, NS).

Πίνακας 6: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν υπάρχει πολύ βαβούρα στο κεφάλι τους.

		Τμήμα φοίτησης		
		Λογοθεραπεία	Κοινωνική Εργασία	
Υπάρχει πολύ βαβούρα στο κεφάλι μου	Καθόλου	21	15	36
		21,0%	15,0%	18,0%
	Μόνο λίγο	32	21	53
		32,0%	21,0%	26,5%
	Κάπως	19	24	43
		19,0%	24,0%	21,5%
	Μέτρια	11	18	29
11,0%		18,0%	14,5%	
Αρκετά πολύ	13	15	28	
	13,0%	15,0%	14,0%	
Πάρα πολύ	4	7	11	
	4,0%	7,0%	5,5%	
		100	100	200

$\chi^2 = 6,515$, $df = 5$, NS

Σχήμα 6: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν υπάρχει πολύ βαβούρα στο κεφάλι τους.



Το κατά σειρά δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό (62 άτομα – ποσοστό 31,0%) των ερωτηθέντων ανεξάρτητα Τμήματος φοίτησης δήλωσαν ότι δεν μπορούν (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) να σταματήσουν να ονειροπολούν. Άλλα 37 άτομα (ποσοστό 18,5%) δήλωσαν ότι δεν μπορούν «μέτρια» και τα υπόλοιπα 101 άτομα (ποσοστό 50,5%) δήλωσαν ότι δεν μπορούν είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως».

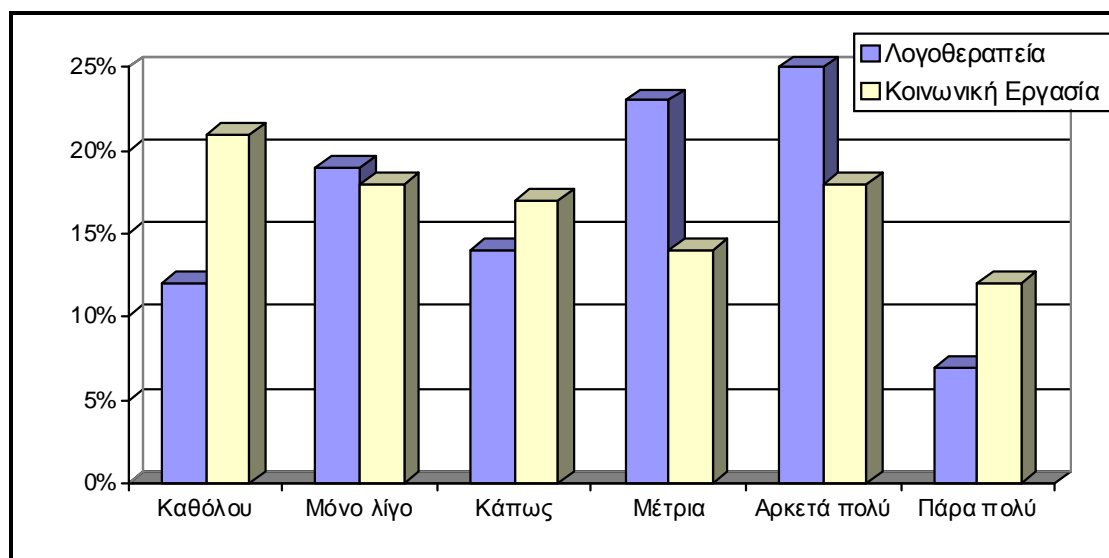
Σε παρόμοια ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες φοιτητές Λογοθεραπείας (32 άτομα – ποσοστό 32,0%) όσο και οι ερωτηθέντες φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας (30 άτομα – ποσοστό 30,0%) δήλωσαν ότι δεν μπορούν (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) να σταματήσουν να ονειροπολούν. Επίσης, οι ερωτηθέντες φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας δήλωσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό (56 άτομα- ποσοστό 56,0%) ένατη των ερωτηθέντων φοιτητών της Λογοθεραπείας (45 άτομα- ποσοστό 45,0%) ότι δεν μπορούν να σταματήσουν να ονειροπολούν είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως» (Πίνακας 7, Σχήμα 7). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 7,416$, $df = 5$, NS).

Πίνακας 7: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν δεν μπορούν να σταματήσουν να ονειροπολούν.

		Τμήμα φοίτησης		
		Λογοθεραπεία	Κοινωνική Εργασία	
Δεν μπορώ να σταματήσω να ονειροπολώ	Καθόλου	12 12,0%	21 21,0%	33 16,5%
	Μόνο λίγο	19 19,0%	18 18,0%	37 18,5%
	Κάπως	14 14,0%	17 17,0%	31 15,5%
	Μέτρια	23 23,0%	14 14,0%	37 18,5%
	Αρκετά πολύ	25 25,0%	18 18,0%	43 21,5%
		7 7,0%	12 12,0%	19 9,5%
		100	100	200

$$\chi^2 = 7,416, df = 5, NS$$

Σχήμα 7: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν δεν μπορούν να σταματήσουν να ονειροπολούν.



Το μικρότερο ποσοστό (27 άτομα – ποσοστό 13,5%) των ερωτηθέντων ανεξάρτητα Τμήματος φοίτησης δήλωσαν ότι βρίσκονται (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) σε απογοήτευση για τον ανοργάνωτο τρόπο λειτουργίας του μυαλού τους, άλλα 34 άτομα (ποσοστό 17,0%) δήλωσαν ότι βρίσκονται σε απογοήτευση «μέτρια» και τα υπόλοιπα 139 άτομα (ποσοστό 69,5%) δήλωσαν ότι βρίσκονται σε απογοήτευση είτε «καθόλου» είτε «μόνο λίγο» είτε «κάπως».

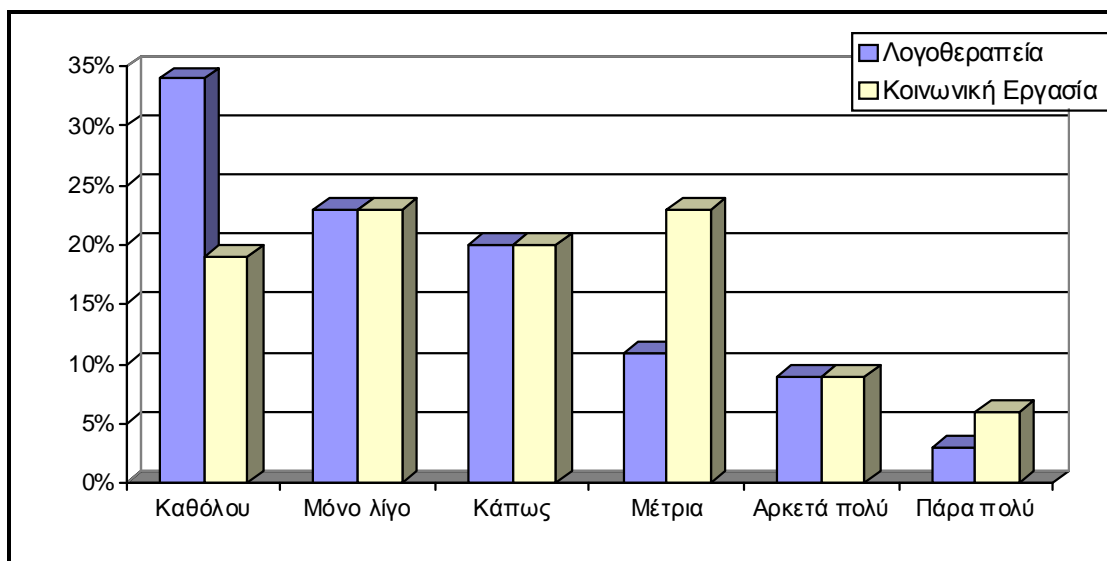
Σε παρόμοια ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες φοιτητές Λογοθεραπείας (12 άτομα – ποσοστό 12,0%) όσο και οι ερωτηθέντες φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας (15 άτομα – ποσοστό 15,0%) δήλωσαν ότι βρίσκονται (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) σε απογοήτευση για τον ανοργάνωτο τρόπο λειτουργίας του μυαλού τους. Επίσης, οι ερωτηθέντες φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας δήλωσαν αρκετά μικτότερο ποσοστό (62 άτομα- ποσοστό 62,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών της Λογοθεραπείας (77 άτομα- ποσοστό 77,0%) ότι βρίσκονται σε απογοήτευση για τον ανοργάνωτο τρόπο λειτουργίας του μυαλού τους είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως» (Πίνακας 8, Σχήμα 8). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι (οριακά) στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 9,481$, $df = 5$, $p=0,091$ (NS)).

Πίνακας 8: *Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν βρίσκονται σε απογοήτευση για τον ανοργάνωτο τρόπο λειτουργίας του μυαλού τους.*

		Τμήμα φοίτησης		
		Λογοθεραπεία	Κοινωνική Εργασία	
Βρίσκομαι σε απογοήτευση για τον ανοργάνωτο τρόπο λειτουργίας του μυαλού μου	Καθόλου	34 34,0%	19 19,0%	53 26,5%
	Μόνο λίγο	23 23,0%	23 23,0%	46 23,0%
	Κάπως	20 20,0%	20 20,0%	40 20,0%
	Μέτρια	11 11,0%	23 23,0%	34 17,0%
	Αρκετά πολύ	9 9,0%	9 9,0%	18 9,0%
		3 3,0%	6 6,0%	9 4,5%
		100	100	200

$$\chi^2 = 9,481, df = 5, p=0,091(NS)$$

Σχήμα 8: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν βρίσκονται σε απογοήτευση για τον ανοργάνωτο τρόπο λειτουργίας του μυαλού τους.



Το κατά σειρά δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό (37 άτομα – ποσοστό 18,5%) των ερωτηθέντων ανεξάρτητα Τμήματος φοίτησης δήλωσαν ότι είναι (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) ευερέθιστοι και αναστατώνονται από μικρές ενοχλήσεις. Άλλα 34 άτομα (ποσοστό 17,0%) δήλωσαν ότι είναι ευερέθιστοι «μέτρια» και τα υπόλοιπα 129 άτομα (ποσοστό 64,5%) δήλωσαν ότι είναι ευερέθιστοι είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως».

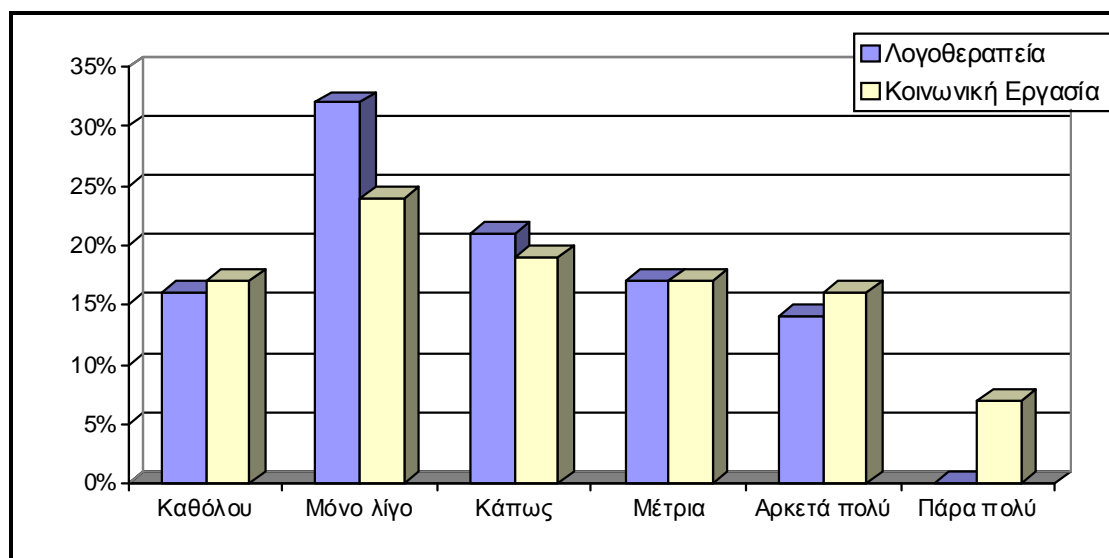
Σε παρόμοια ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες φοιτητές Λογοθεραπείας (14 άτομα – ποσοστό 14,0%) όσο και οι ερωτηθέντες φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας (23 άτομα – ποσοστό 23,0%) δήλωσαν ότι είναι (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) ευερέθιστοι και αναστατώνονται από μικρές ενοχλήσεις. Επίσης, σε παρόμοια ποσοστά, τόσο οι ερωτηθέντες φοιτητές Λογοθεραπείας (69 άτομα-ποσοστό 69,0%) όσο και οι ερωτηθέντες φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας (60 άτομα- ποσοστό 60%) δήλωσαν ότι είναι ευερέθιστοι είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως» (Πίνακας 9, Σχήμα 9). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 8,406$, $df = 5$, NS).

Πίνακας 9: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν είναι ευερέθιστοι και αναστατώνονται από μικρές ενοχλήσεις.

		Τμήμα φοίτησης		
		Λογοθεραπεία	Κοινωνική Εργασία	
Είμαι ευερέθιστος και αναστατώνομαι από μικρές ενοχλήσεις	Καθόλου	16 16,0%	17 17,0%	33 16,5%
	Μόνο λίγο	32 32,0%	24 24,0%	56 28,0%
	Κάπως	21 21,0%	19 19,0%	40 20,0%
	Μέτρια	17 17,0%	17 17,0%	34 17,0%
	Αρκετά πολύ	14 14,0%	16 16,0%	30 15,0%
	Πάρα πολύ	0 0,0%	7 7,0%	7 3,5%
		100	100	200

$$\chi^2 = 8,406, df = 5, NS$$

Σχήμα 9: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν είναι ευερέθιστοι και αναστατώνονται από μικρές ενοχλήσεις.



Το δεύτερο κατά σειρά μεγαλύτερο ποσοστό (39 άτομα – ποσοστό 19,5%) των ερωτηθέντων ανεξάρτητα Τμήματος φοίτησης θεωρούν (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) ότι λένε πράγματα χωρίς να σκέφτονται και αργότερα το μετανιώνουν. Άλλα 38 άτομα (ποσοστό 19,0%) το θεωρούν «μέτρια» και τα υπόλοιπα 123 άτομα (ποσοστό 61,5%) το θεωρούν είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως».

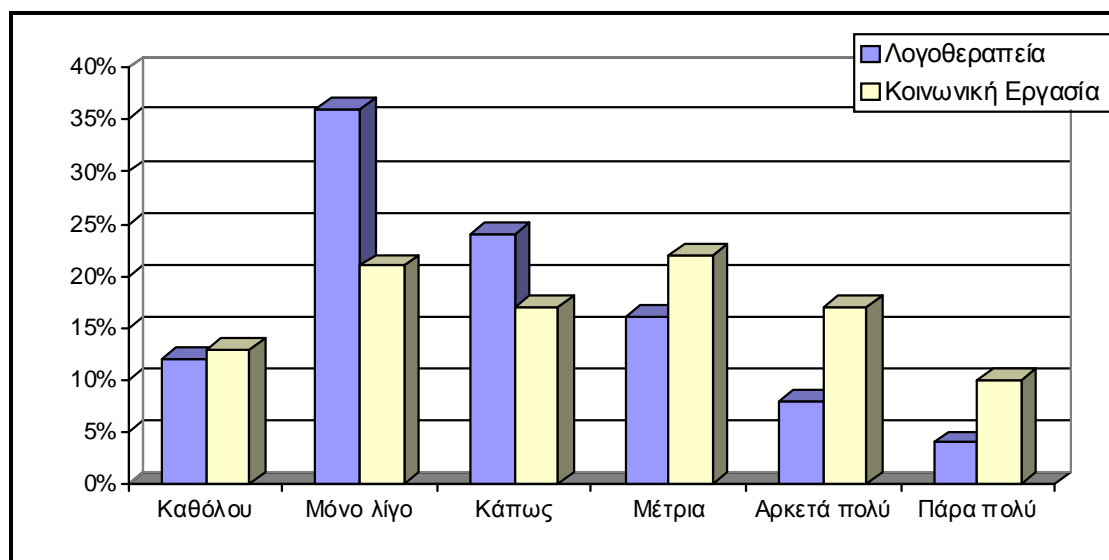
Οι ερωτηθέντες φοιτητές Λογοθεραπείας θεωρούν (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) σε πολύ μικρότερο ποσοστό (12 άτομα – ποσοστό 12,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας (27 άτομα – ποσοστό 27,0%) ότι λένε πράγματα χωρίς να σκέφτονται και αργότερα το μετανιώνουν. Αντίθετα οι ερωτηθέντες φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας θεωρούν σε πάρα πολύ μικρότερο ποσοστό (51 άτομα – ποσοστό 51,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Λογοθεραπείας (72 άτομα – ποσοστό 72,0%) ότι λένε πράγματα χωρίς να σκέφτονται και αργότερα το μετανιώνουν είτε σε βαθμό «καθόλου», είτε σε βαθμό «μόνο λίγο», είτε σε βαθμό «κάπως» (Πίνακας 10, Σχήμα 10). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 11,941$, $df = 5$, $p < 0,05$).

Πίνακας 10: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι λένε πράγματα χωρίς να σκέφτονται και αργότερα το μετανιώνουν.

		Τμήμα φοίτησης		
		Λογοθεραπεία	Κοινωνική Εργασία	
Λέω πράγματα χωρίς να σκέφτομαι και αργότερα το μετανιώνω	Καθόλου	12 12,0%	13 13,0%	25 12,5%
	Μόνο λίγο	36 36,0%	21 21,0%	57 28,5%
	Κάπως	24 24,0%	17 17,0%	41 20,5%
	Μέτρια	16 16,0%	22 22,0%	38 19,0%
	Αρκετά πολύ	8 8,0%	17 17,0%	25 12,5%
		4 4,0%	10 10,0%	14 7,0%
	Πάρα πολύ			
		100	100	200

$$\chi^2 = 11,941, df = 5, p < 0,05$$

Σχήμα 10: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι λένε πράγματα χωρίς να σκέφτονται και αργότερα το μετανιώνουν.



Το μικρότερο ποσοστό (36 άτομα – ποσοστό 18,0%) των ερωτηθέντων ανεξάρτητα Τμήματος φοίτησης θεωρούν (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) ότι παίρνουν αποφάσεις γρήγορα χωρίς να σκέφτονται αρκετά για τις πιθανές αρνητικές συνέπειες. Άλλα 37 άτομα (ποσοστό 18,5%) το θεωρούν «μέτρια» και τα υπόλοιπα 127 άτομα (ποσοστό 63,5%) το θεωρούν είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως».

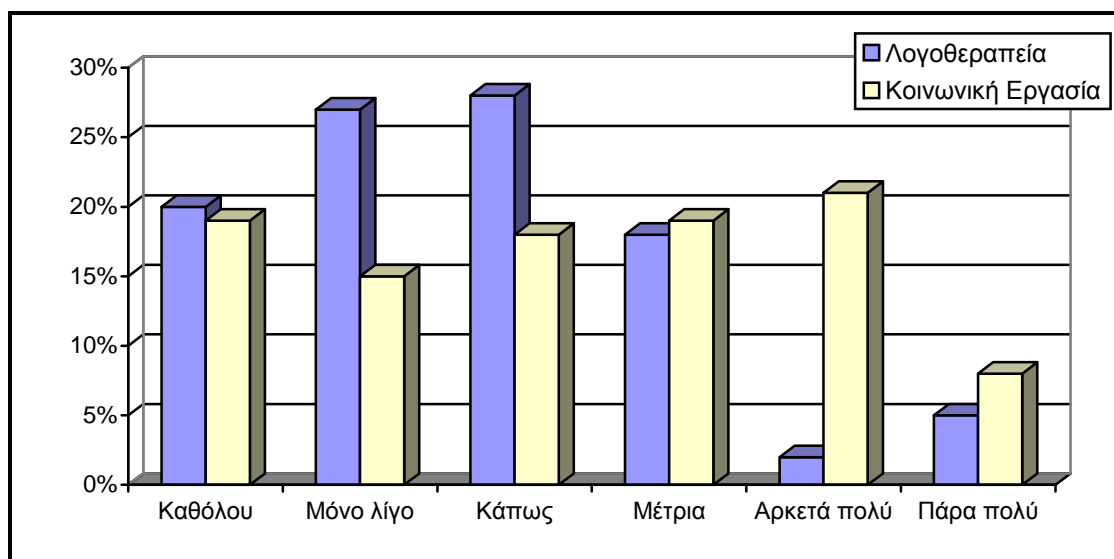
Οι ερωτηθέντες φοιτητές Λογοθεραπείας θεωρούν (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) σε πολύ μικρότερο ποσοστό (7 άτομα – ποσοστό 7,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας (29 άτομα – ποσοστό 29,0%) ότι παίρνουν αποφάσεις γρήγορα χωρίς να σκέφτονται αρκετά για τις πιθανές αρνητικές συνέπειες. Αντίθετα, οι ερωτηθέντες φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας θεωρούν σε πάρα πολύ μικρότερο ποσοστό (52 άτομα – ποσοστό 52,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Λογοθεραπείας (75 άτομα – ποσοστό 75,0%) ότι παίρνουν αποφάσεις γρήγορα χωρίς να σκέφτονται αρκετά για τις πιθανές αρνητικές συνέπειες είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως» (Πίνακας 11, Σχήμα 11). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 22,043$, $df = 5$, $p < 0,001$).

Πίνακας 11: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι παίρνουν αποφάσεις γρήγορα χωρίς να σκέφτονται αρκετά για τις πιθανές αρνητικές συνέπειες.

		Τμήμα φοίτησης		
		Λογοθεραπεία	Κοινωνική Εργασία	
Παίρνω αποφάσεις γρήγορα χωρίς να σκέφτομαι αρκετά για τις πιθανές αρνητικές συνέπειες	Καθόλου	20 20,0%	19 19,0%	39 19,5%
	Μόνο λίγο	27 27,0%	15 15,0%	42 21,0%
	Κάπως	28 28,0%	18 18,0%	46 23,0%
	Μέτρια	18 18,0%	19 19,0%	37 18,5%
	Αρκετά πολύ	2 2,0%	21 21,0%	23 11,5%
		5 5,0%	8 8,0%	13 6,5%
		100	100	200

$$\chi^2 = 22,043, df = 5, p < 0,001$$

Σχήμα 11: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι παίρνουν αποφάσεις γρήγορα χωρίς να σκέφτονται αρκετά για τις πιθανές αρνητικές συνέπειες.



Το μικρότερο ποσοστό (22 άτομα – ποσοστό 11,0%) των ερωτηθέντων ανεξάρτητα Τμήματος φοίτησης θεωρούν ότι οι σχέσεις τους με τους ανθρώπους δυσκολεύονται από την τάση τους να μιλούν πρώτα και να σκέφτονται αργότερα (αρκετά πολύ – πάρα πολύ), άλλα 27 άτομα (ποσοστό 13,5%) θεωρούν ότι επηρεάζονται «μέτρια» και τα υπόλοιπα 151 άτομα (ποσοστό 75,5%) θεωρούν ότι επηρεάζονται είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως».

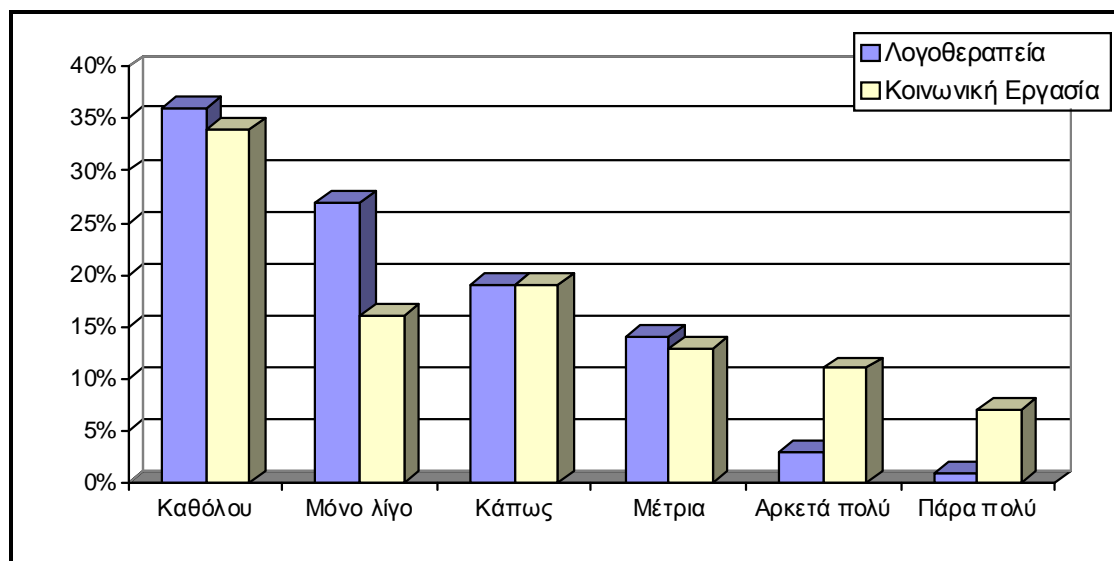
Οι ερωτηθέντες φοιτητές Λογοθεραπείας θεωρούν σε πολύ μικρότερο ποσοστό (4 άτομα – ποσοστό 4,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας (18 άτομα – ποσοστό 18,0%) ότι οι σχέσεις τους με τους ανθρώπους δυσκολεύονται (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) από την τάση τους να μιλούν πρώτα και να σκέφτονται αργότερα. Αντίθετα, οι ερωτηθέντες φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας θεωρούν σε μικρότερο ποσοστό (69 άτομα – ποσοστό 69,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Λογοθεραπείας (82 άτομα – ποσοστό 82,0%) ότι οι σχέσεις τους με τους ανθρώπους δυσκολεύονται είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως» από την τάση τους να μιλούν πρώτα και να σκέφτονται αργότερα (Πίνακας 12, Σχήμα 12). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 11,980$, $df = 5$, $p < 0,05$).

Πίνακας 12: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι οι σχέσεις τους με τους ανθρώπους δυσκολεύονται από την τάση τους να μιλούν πρώτα και να σκέφτονται αργότερα.

		Τμήμα φοίτησης		
		Λογοθεραπεία	Κοινωνική Εργασία	
Οι σχέσεις μου με τους ανθρώπους δυσκολεύονται από την τάση μου να μιλώ πρώτα και να σκέφτομαι αργότερα	Καθόλου	36 36,0%	34 34,0%	70 35,0%
	Μόνο λίγο	27 27,0%	16 16,0%	43 21,5%
	Κάπως	19 19,0%	19 19,0%	38 19,0%
	Μέτρια	14 14,0%	13 13,0%	27 13,5%
	Αρκετά πολύ	3 3,0%	11 11,0%	14 7,0%
		1 1,0%	7 7,0%	8 4,0%
		100	100	200

$$\chi^2 = 11,980, df = 5, p < 0,05$$

Σχήμα 12: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι οι σχέσεις τους με τους ανθρώπους δυσκολεύονται από την τάση τους να μιλούν πρώτα και να σκέφτονται αργότερα.



Το μεγαλύτερο ποσοστό (83 άτομα – ποσοστό 41,5%) των ερωτηθέντων ανεξάρτητα Τμήματος φοίτησης θεωρούν (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) ότι η διάθεσή τους έχει ανεβοκατεβάσματα. Αλλά 40 άτομα (ποσοστό 20,0%) το θεωρούν «μέτρια» και τα υπόλοιπα 77 άτομα (ποσοστό 38,5%) το θεωρούν είτε «καθόλου» είτε «μόνο λίγο» είτε «κάπως».

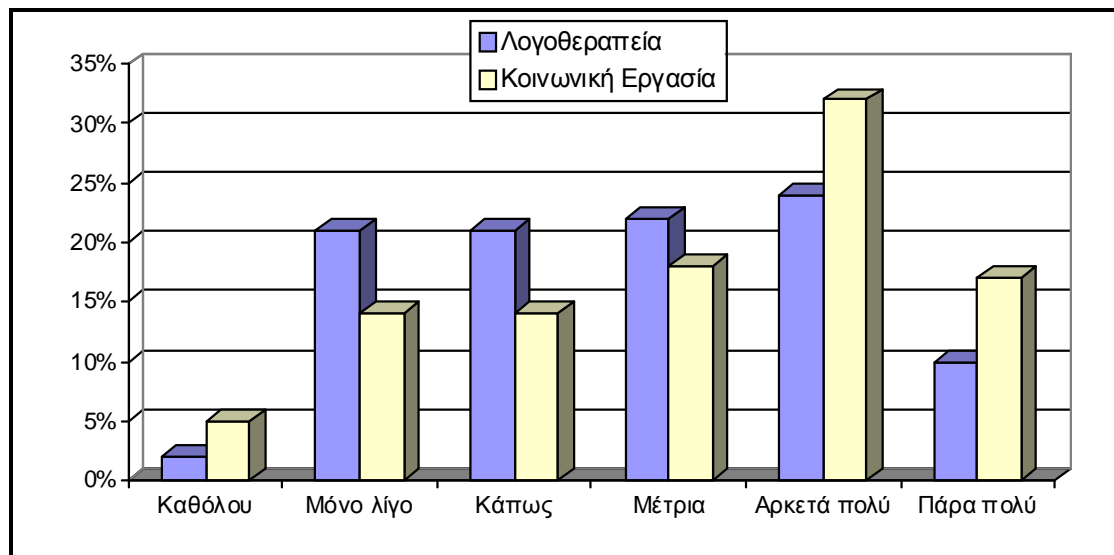
Οι ερωτηθέντες φοιτητές Λογοθεραπείας δήλωσαν σε πολύ μικρότερο ποσοστό (34 άτομα- ποσοστό 34,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών της Κοινωνικής Εργασίας (49 άτομα- ποσοστό 49,0%) ότι η διάθεσή τους έχει ανεβοκατεβάσματα σε βαθμό «αρκετά πολύ» έως «πάρα πολύ». Αντίθετα, οι ερωτηθέντες φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας δήλωσαν σε αρκετά μικρότερο ποσοστό (33 άτομα- ποσοστό 33,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών της Λογοθεραπείας (44 άτομα- ποσοστό 44,0%) ότι η διάθεσή τους έχει ανεβοκατεβάσματα είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως» (Πίνακας 13, Σχήμα 13). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 7,443$, $df = 5$, NS).

Πίνακας 13: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι η διάθεσή τους έχει ανεβοκατεβάσματα.

		Τμήμα φοίτησης		
		Λογοθεραπεία	Κοινωνική Εργασία	
Η διάθεσή μου έχει ανεβοκατεβάσματα	Καθόλου	2 2,0%	5 5,0%	7 3,5%
	Μόνο λίγο	21 21,0%	14 14,0%	35 17,5%
	Κάπως	21 21,0%	14 14,0%	35 17,5%
	Μέτρια	22 22,0%	18 18,0%	40 20,0%
	Αρκετά πολύ	24 24,0%	32 32,0%	56 28,0%
		10 10,0%	17 17,0%	27 13,5%
		100	100	200

$$\chi^2 = 7,443, df = 5, NS$$

Σχήμα 13: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι η διάθεσή τους έχει ανεβοκατεβάσματα.



Το μικρότερο ποσοστό (36 άτομα – ποσοστό 18,0%) των ερωτηθέντων ανεξάρτητα Τμήματος φοίτησης θεωρούν (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) ότι δυσκολεύονται να προγραμματίσουν με ποια σειρά να κάνουν τις εργασίες ή τις δραστηριότητες όταν είναι πολλές. Άλλα 37 άτομα (ποσοστό 18,5%) το θεωρούν «μέτρια» και τα υπόλοιπα 127 άτομα (ποσοστό 63,5%) το θεωρούν είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως».

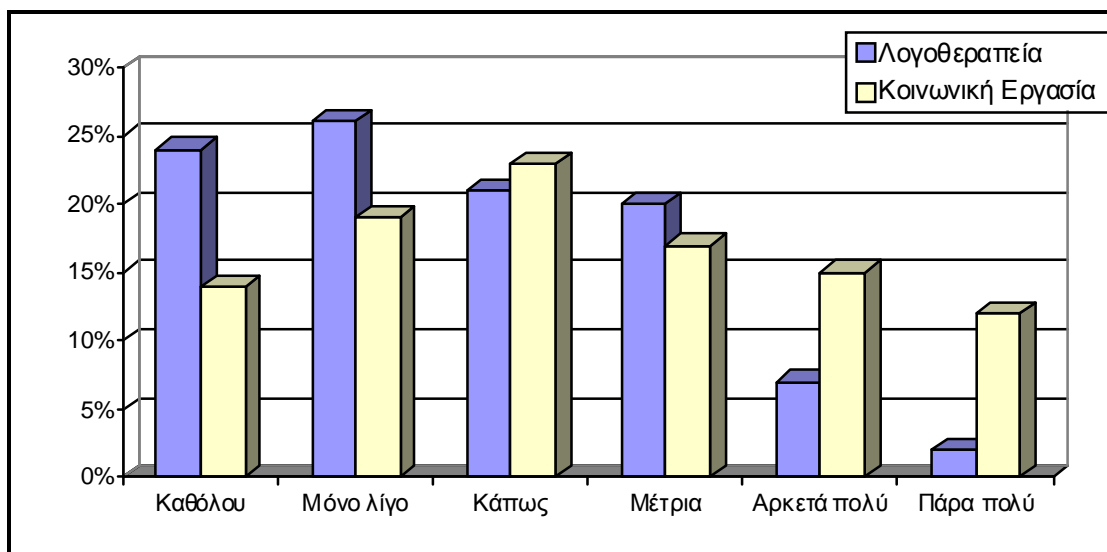
Οι ερωτηθέντες φοιτητές Λογοθεραπείας θεωρούν σε πολύ μικρότερο ποσοστό (9 άτομα – ποσοστό 9,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας (27 άτομα – ποσοστό 27,0%) (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) ότι δυσκολεύονται να προγραμματίσουν με ποια σειρά να κάνουν τις εργασίες ή τις δραστηριότητες όταν είναι πολλές. Αντίθετα, οι ερωτηθέντες φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας θεωρούν σε πολύ μικρότερο ποσοστό (56 άτομα – ποσοστό 56,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Λογοθεραπείας (71 άτομα – ποσοστό 71,0%) ότι δυσκολεύονται είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως» να προγραμματίσουν με ποια σειρά να κάνουν τις εργασίες ή τις δραστηριότητες όταν είναι πολλές (Πίνακας 14, Σχήμα 14). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 14,107$, $df = 5$, $p < 0,05$).

Πίνακας 14: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι δυσκολεύονται να προγραμματίσουν με ποια σειρά να κάνουν τις εργασίες ή τις δραστηριότητες όταν είναι πολλές.

		Τμήμα φοίτησης		
		Λογοθεραπεία	Κοινωνική Εργασία	
Δυσκολεύομαι να προγραμματίσω με ποια σειρά να κάνω τις εργασίες ή τις δραστηριότητες όταν είναι πολλές	Καθόλου	24 24,0%	14 14,0%	38 19,0%
	Μόνο λίγο	26 26,0%	19 19,0%	45 22,5%
	Κάπως	21 21,0%	23 23,0%	44 22,0%
	Μέτρια	20 20,0%	17 17,0%	37 18,5%
	Αρκετά πολύ	7 7,0%	15 15,0%	22 11,0%
		2 2,0%	12 12,0%	14 7,0%
		100	100	200

$$\chi^2 = 14,107, df = 5, p < 0,05$$

Σχήμα 14: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι δυσκολεύονται να προγραμματίσουν με ποια σειρά να κάνουν τις εργασίες ή τις δραστηριότητες όταν είναι πολλές.



Το κατά σειρά δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό (48 άτομα – ποσοστό 24,0%) των ερωτηθέντων ανεξάρτητα Τμήματος φοίτησης θεωρούν (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) ότι αναστατώνονται εύκολα. Άλλα 40 άτομα (ποσοστό 20,0%) το θεωρούν «μέτρια» και τα υπόλοιπα 112 άτομα (ποσοστό 56,0%) το θεωρούν είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως».

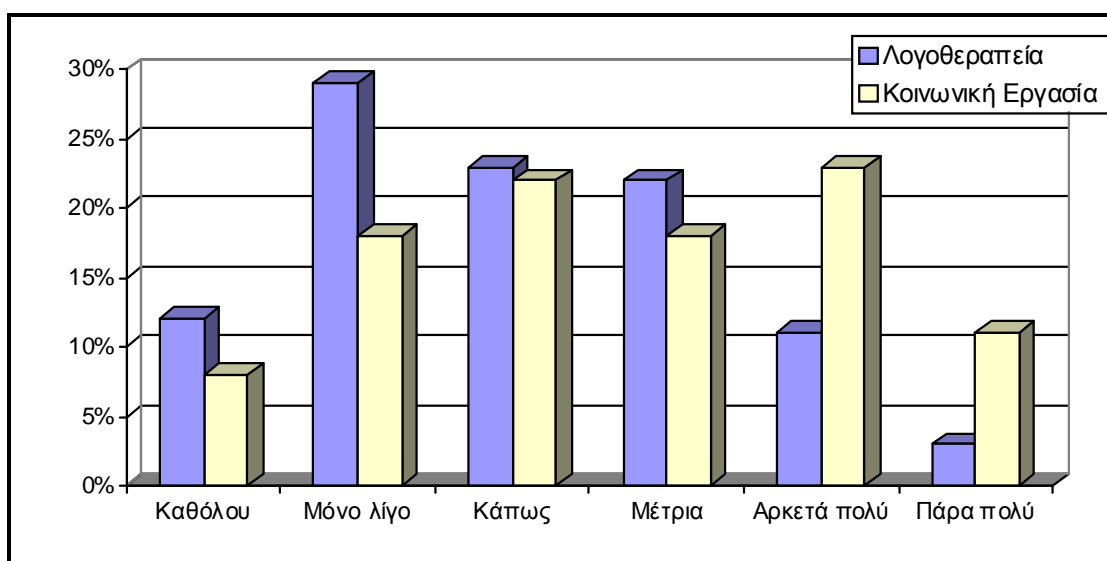
Οι ερωτηθέντες φοιτητές Λογοθεραπείας θεωρούν σε πολύ μικρότερο ποσοστό (14 άτομα – ποσοστό 14,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας (34 άτομα – ποσοστό 34,0%) ότι αναστατώνονται εύκολα σε βαθμό «αρκετά πολύ» έως «πάρα πολύ». Αντίθετα, οι ερωτηθέντες φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας θεωρούν σε πολύ μικρότερο ποσοστό (48 άτομα – ποσοστό 48,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Λογοθεραπείας (64 άτομα – ποσοστό 64,0%) ότι αναστατώνονται εύκολα σε βαθμό είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως» (Πίνακας 15, Σχήμα 15). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 12,603$, $df = 5$, $p < 0,05$).

Πίνακας 15: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι αναστατώνονται εύκολα.

		Τμήμα φοίτησης			
		Λογοθεραπεία	Κοινωνική Εργασία		
Εύκολα αναστατώνομαι	Καθόλου	12 12,0%	8 8,0%	20 10,0%	
	Μόνο λίγο	29 29,0%	18 18,0%	47 23,5%	
	Κάπως	23 23,0%	22 22,0%	45 22,5%	
	Μέτρια	22 22,0%	18 18,0%	40 20,0%	
	Αρκετά πολύ	Πάρα πολύ	11 11,0%	23 23,0%	34 17,0%
			3 3,0%	11 11,0%	14 7,0%
		100	100	200	

$\chi^2 = 12,603, df = 5, p < 0,05$

Σχήμα 15: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι αναστατώνονται εύκολα.



Το κατά σειρά δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό (65 άτομα – ποσοστό 32,5%) των ερωτηθέντων ανεξάρτητα Τμήματος φοίτησης θεωρούν (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) ότι φαίνεται ότι είναι ευαίσθητοι και πολλά πράγματα τους αναστατώνουν. Άλλα 37 άτομα (ποσοστό 18,5%) το θεωρούν «μέτρια» και τα υπόλοιπα 98 άτομα (ποσοστό 49,0%) το θεωρούν είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως».

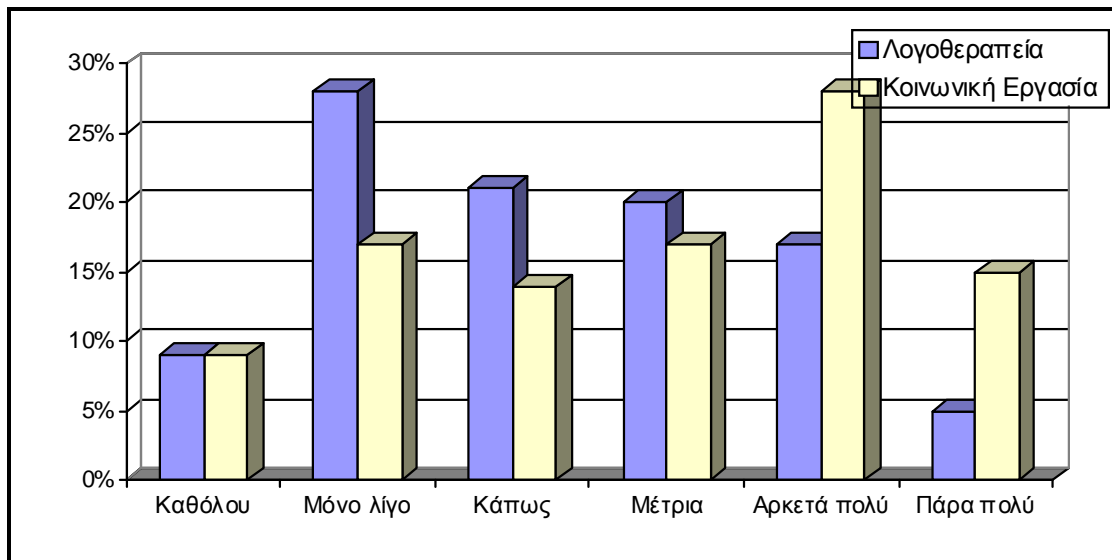
Οι ερωτηθέντες φοιτητές Λογοθεραπείας θεωρούν σε πολύ μικρότερο ποσοστό (22 άτομα – ποσοστό 22,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας (43 άτομα – ποσοστό 43,0%) ότι φαίνεται ότι είναι (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) ευαίσθητοι και πολλά πράγματα τους αναστατώνουν. Αντίθετα, οι ερωτηθέντες φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας θεωρούν σε πολύ μικρότερο ποσοστό (40 άτομα – ποσοστό 40,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Λογοθεραπείας (58 άτομα – ποσοστό 58,0%) ότι φαίνεται ότι είναι είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως» ευαίσθητοι και πολλά πράγματα τους αναστατώνουν (Πίνακας 16, Σχήμα 16). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 12,021$, $df = 5$, $p < 0,05$).

Πίνακας 16: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι φαίνεται ότι είναι ευαίσθητοι και πολλά πράγματα τους αναστατώνουν.

		Τμήμα φοίτησης		
		Λογοθεραπεία	Κοινωνική Εργασία	
Φαίνεται ότι είμαι ευαίσθητος και πολλά πράγματα με αναστατώνουν	Καθόλου	9 9,0%	9 9,0%	18 9,0%
	Μόνο λίγο	28 28,0%	17 17,0%	45 22,5%
	Κάπως	21 21,0%	14 14,0%	35 17,5%
	Μέτρια	20 20,0%	17 17,0%	37 18,5%
	Αρκετά πολύ	17 17,0%	28 28,0%	45 22,5%
	Πάρα πολύ	5 5,0%	15 15,0%	20 10,0%
		100	100	200

$$\chi^2 = 12,021, df = 5, p < 0,05$$

Σχήμα 16: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι φαίνεται ότι είναι ευαίσθητοι και πολλά πράγματα τους αναστατώνουν.



Το κατά σειρά δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό (63 άτομα – ποσοστό 31,5%) των ερωτηθέντων ανεξάρτητα Τμήματος φοίτησης θεωρούν (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) ότι είναι σχεδόν πάντοτε σε κίνηση. Άλλα 49 άτομα (ποσοστό 24,5%) το θεωρούν «μέτρια» και τα υπόλοιπα 88 άτομα (ποσοστό 44,0%) το θεωρούν είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως».

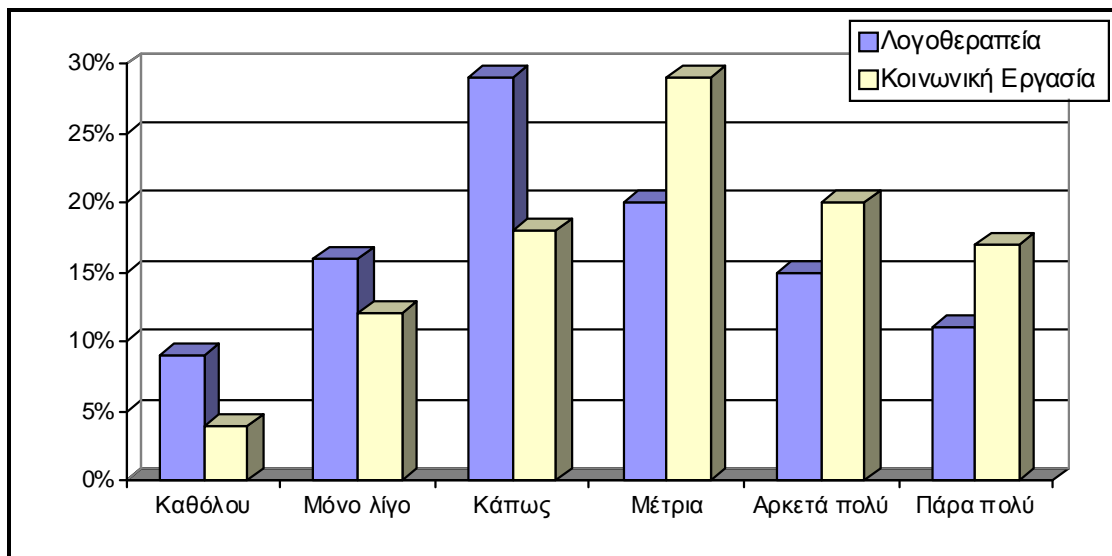
Οι ερωτηθέντες φοιτητές Λογοθεραπείας θεωρούν σε αρκετά μικρότερο ποσοστό (26 άτομα – ποσοστό 26,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας (37 άτομα – ποσοστό 37,0%) ότι είναι σχεδόν πάντοτε σε κίνηση σε βαθμό «αρκετά πολύ» έως «πάρα πολύ». Αντίθετα, οι ερωτηθέντες φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας θεωρούν σε πολύ μικρότερο ποσοστό (34 άτομα – ποσοστό 34,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Λογοθεραπείας (54 άτομα – ποσοστό 54,0%) ότι φαίνεται ότι είναι σχεδόν πάντοτε σε κίνηση σε βαθμό είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως» (Πίνακας 17, Σχήμα 17). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 8,722$, $df = 5$, NS).

Πίνακας 17: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι είναι σχεδόν πάντοτε σε κίνηση.

		Τμήμα φοίτησης		
		Λογοθεραπεία	Κοινωνική Εργασία	
Είμαι σχεδόν πάντοτε σε κίνηση	Καθόλου	9 9,0%	4 4,0%	13 6,5%
	Μόνο λίγο	16 16,0%	12 12,0%	28 14,0%
	Κάπως	29 29,0%	18 18,0%	47 23,5%
	Μέτρια	20 20,0%	29 29,0%	49 24,5%
	Αρκετά πολύ	15 15,0%	20 20,0%	35 17,5%
		11 11,0%	17 17,0%	28 14,0%
		100	100	200

$\chi^2 = 8,722, df = 5, NS$

Σχήμα 17: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι είναι σχεδόν πάντοτε σε κίνηση.



Το κατά σειρά δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό (64 άτομα – ποσοστό 32,0%) των ερωτηθέντων ανεξάρτητα Τμήματος φοίτησης θεωρούν (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) ότι είναι πιο άνετοι όταν κινούνται παρά όταν κάθονται ακίνητοι. Άλλα 39 άτομα (ποσοστό 19,5%) το θεωρούν «μέτρια» και τα υπόλοιπα 97 άτομα (ποσοστό 48,5%) το θεωρούν είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως».

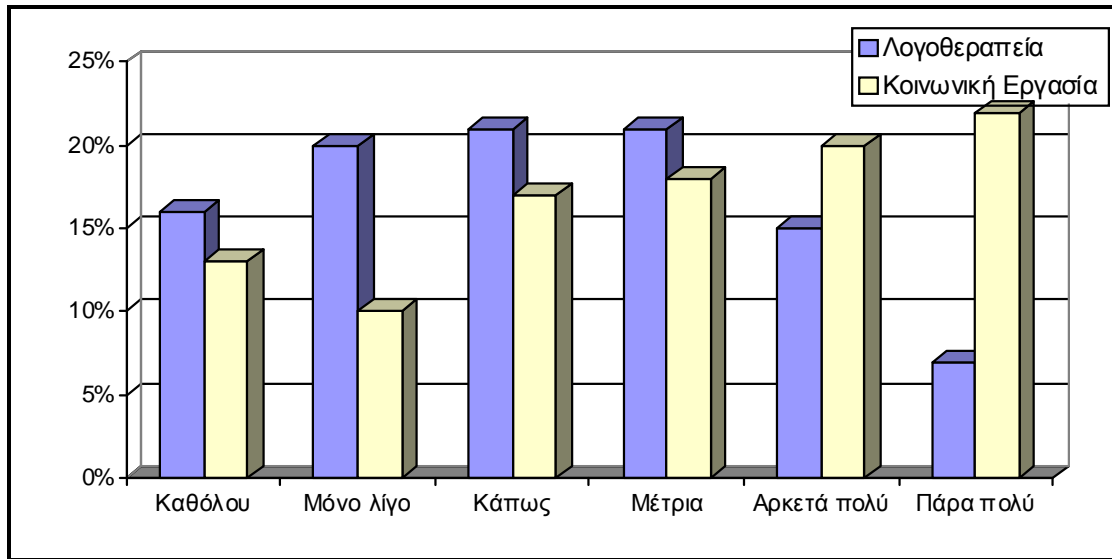
Οι ερωτηθέντες φοιτητές Λογοθεραπείας θεωρούν σε πολύ μικρότερο ποσοστό (22 άτομα – ποσοστό 22,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας (42 άτομα – ποσοστό 42,0%) ότι είναι (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) πιο άνετοι όταν κινούνται παρά όταν κάθονται ακίνητοι. Αντίθετα, οι ερωτηθέντες φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας θεωρούν σε πολύ μικρότερο ποσοστό (40 άτομα – ποσοστό 40,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Λογοθεραπείας (57 άτομα – ποσοστό 57,0%) ότι είναι είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως» πιο άνετοι όταν κινούνται παρά όταν κάθονται ακίνητοι (Πίνακας 18, Σχήμα 18). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 12,768$, $df = 5$, $p < 0,05$).

Πίνακας 18: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι είναι πιο άνετοι όταν κινούνται παρά όταν κάθονται ακίνητοι.

		Τμήμα φοίτησης		
		Λογοθεραπεία	Κοινωνική Εργασία	
Είμαι πιο άνετος όταν κινούμαι παρά όταν κάθομαι ακίνητος	Καθόλου	16 16,0%	13 13,0%	29 14,5%
	Μόνο λίγο	20 20,0%	10 10,0%	30 15,0%
	Κάπως	21 21,0%	17 17,0%	38 19,0%
	Μέτρια	21 21,0%	18 18,0%	39 19,5%
	Αρκετά πολύ	15 15,0%	20 20,0%	35 17,5%
		7 7,0%	22 22,0%	29 14,5%
	Πάρα πολύ	7 7,0%	22 22,0%	29 14,5%
		100	100	200

$$\chi^2 = 12,768, df = 5, p < 0,05$$

Σχήμα 18: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι είναι πιο άνετοι όταν κινούνται παρά όταν κάθονται ακίνητοι.



Το κατά σειρά δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό (38 άτομα – ποσοστό 19,0%) των ερωτηθέντων ανεξάρτητα Τμήματος φοίτησης θεωρούν (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) ότι σε συζητήσεις αρχίζουν να απαντούν σε ερωτήσεις πριν αυτές να έχουν ολοκληρωθεί. Άλλα 36 άτομα (ποσοστό 18,0%) το θεωρούν «μέτρια» και τα υπόλοιπα 126 άτομα (ποσοστό 63,0%) το θεωρούν είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως».

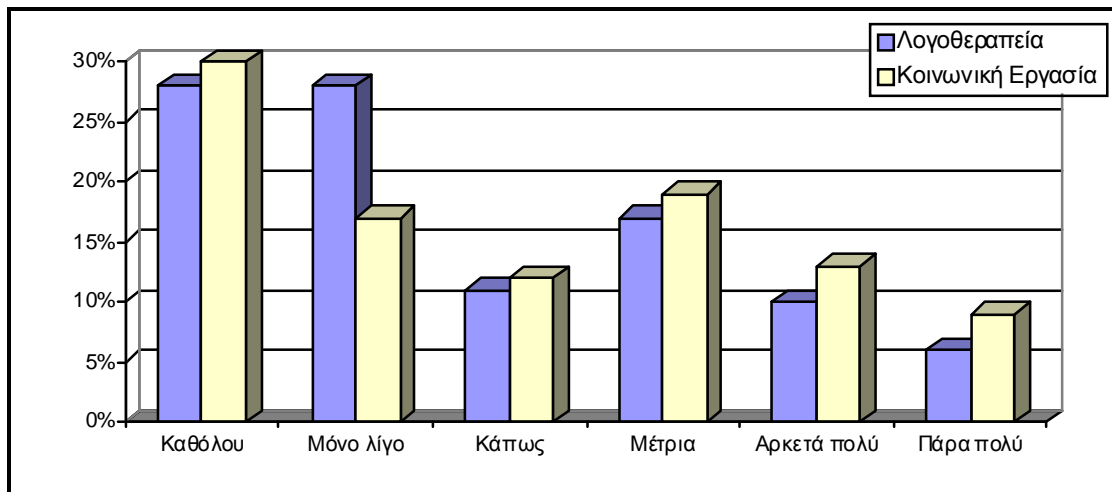
Σε παρόμοια ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες φοιτητές Λογοθεραπείας (16 άτομα – ποσοστό 16,0%) όσο και οι ερωτηθέντες φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας (22 άτομα – ποσοστό 22,0%) θεωρούν (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) ότι σε συζητήσεις αρχίζουν να απαντούν σε ερωτήσεις πριν αυτές να έχουν ολοκληρωθεί. Επίσης, σε παρόμοια ποσοστά, τόσο οι ερωτηθέντες φοιτητές Λογοθεραπείας (67 άτομα- ποσοστό 67,0%) όσο και οι ερωτηθέντες φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας (59 άτομα- ποσοστό 59%) δήλωσαν ότι σε συζητήσεις αρχίζουν να απαντούν σε ερωτήσεις πριν αυτές να έχουν ολοκληρωθεί είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως» (Πίνακας 19, Σχήμα 19). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 3,904$, $df = 5$, NS).

Πίνακας 19: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι σε συζητήσεις αρχίζουν να απαντούν σε ερωτήσεις πριν αυτές να έχουν ολοκληρωθεί.

		Τμήμα φοίτησης		
		Λογοθεραπεία	Κοινωνική Εργασία	
Σε συζητήσεις αρχίζω να απαντώ σε ερωτήσεις πριν αυτές να έχουν ολοκληρωθεί	Καθόλου	28 28,0%	30 30,0%	58 29,0%
	Μόνο λίγο	28 28,0%	17 17,0%	45 22,5%
	Κάπως	11 11,0%	12 12,0%	23 11,5%
	Μέτρια	17 17,0%	19 19,0%	36 18,0%
	Αρκετά πολύ	10 10,0%	13 13,0%	23 11,5%
		6 6,0%	9 9,0%	15 7,5%
	100	100	200	

$\chi^2 = 3,904, df = 5, NS$

Σχήμα 19: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι σε συζητήσεις αρχίζουν να απαντούν σε ερωτήσεις πριν αυτές να έχουν ολοκληρωθεί.



Το μικρότερο ποσοστό (18 άτομα – ποσοστό 9,0%) των ερωτηθέντων ανεξάρτητα Τμήματος φοίτησης θεωρούν (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) ότι συνήθως κάνουν πάνω από μια δουλειά τη φορά, και αποτυγχάνουν να ολοκληρώσουν πολλές από αυτές, άλλα 24 άτομα (ποσοστό 12,0%) το θεωρούν «μέτρια» και τα υπόλοιπα 158 άτομα (ποσοστό 79,0%) το θεωρούν είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως».

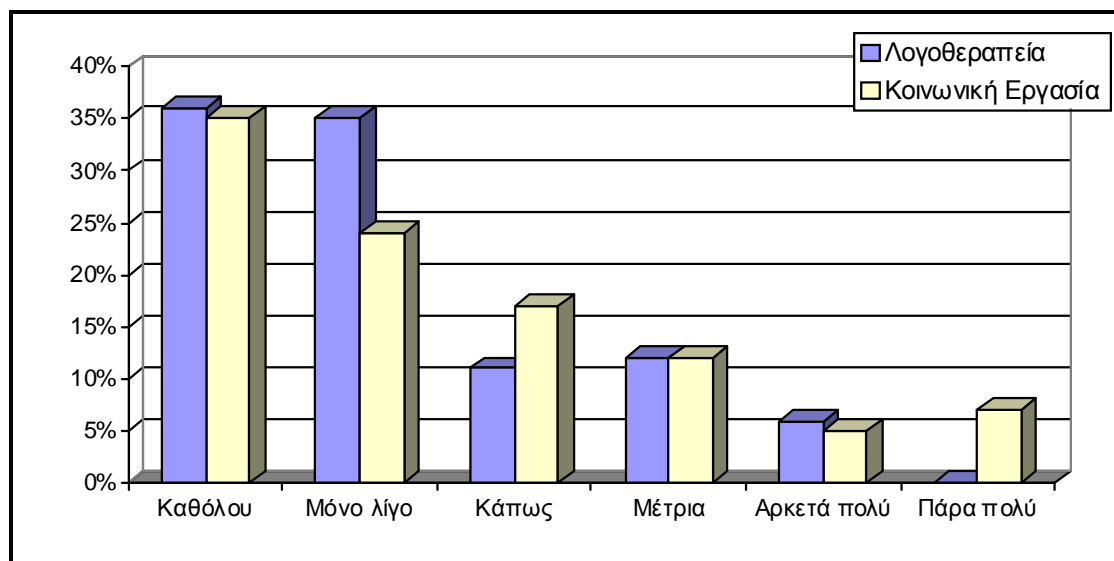
Οι ερωτηθέντες φοιτητές Λογοθεραπείας θεωρούν σε μικρότερο ποσοστό (6 άτομα – ποσοστό 6,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας (12 άτομα – ποσοστό 12,0%) ότι συνήθως κάνουν πάνω από μια δουλειά τη φορά, και αποτυγχάνουν να ολοκληρώσουν πολλές από αυτές σε βαθμό «αρκετά πολύ» έως «πάρα πολύ». Αντίθετα, οι ερωτηθέντες φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας θεωρούν σε μικρότερο ποσοστό (76 άτομα – ποσοστό 76,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Λογοθεραπείας (82 άτομα – ποσοστό 82,0%) ότι συνήθως κάνουν πάνω από μια δουλειά τη φορά, και αποτυγχάνουν να ολοκληρώσουν πολλές από αυτές σε βαθμό είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως» (Πίνακας 20, Σχήμα 20). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 10,942$, $df = 5$, $p < 0,05$).

Πίνακας 20: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι συνήθως κάνουν πάνω από μια δουλειά τη φορά, και αποτυγχάνουν να ολοκληρώσουν πολλές από αυτές.

		Τμήμα φοίτησης		
		Λογοθεραπεία	Κοινωνική Εργασία	
Συνήθως κάνω πάνω από μια δουλειά τη φορά, και αποτυγχάνω να ολοκληρώσω πολλές από αυτές	Καθόλου	36 36,0%	35 35,0%	71 35,5%
	Μόνο λίγο	35 35,0%	24 24,0%	59 29,5%
	Κάπως	11 11,0%	17 17,0%	28 14,0%
	Μέτρια	12 12,0%	12 12,0%	24 12,0%
	Αρκετά πολύ	6 6,0%	5 5,0%	11 5,5%
		0 0,0%	7 7,0%	7 3,5%
		100	100	200

$$\chi^2 = 10,942, df = 5, p < 0,05$$

Σχήμα 20: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι συνήθως κάνουν πάνω από μια δουλειά τη φορά, και αποτυγχάνουν να ολοκληρώσουν πολλές από αυτές.



Το κατά σειρά δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό (52 άτομα – ποσοστό 26,0%) των ερωτηθέντων ανεξάρτητα Τμήματος φοίτησης θεωρούν (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) ότι ακόμα και όταν κάθονται ήσυχα συνήθως κουνούν τα χέρια τους ή τα πόδια τους. Άλλα 33 άτομα (ποσοστό 16,5%) το θεωρούν «μέτρια» και τα υπόλοιπα 115 άτομα (ποσοστό 57,5%) το θεωρούν είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως».

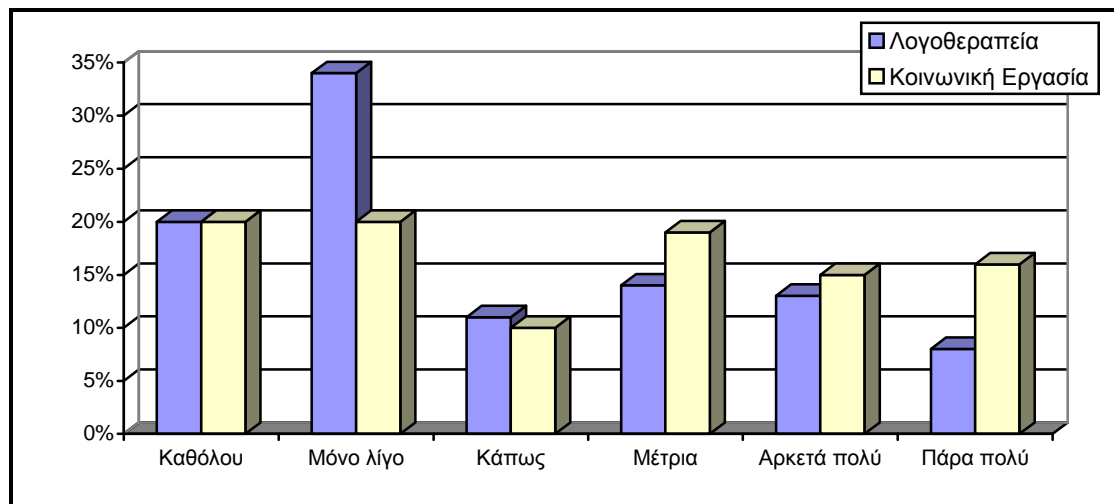
Οι ερωτηθέντες φοιτητές Λογοθεραπείας θεωρούν σε μικρότερο ποσοστό (21 άτομα – ποσοστό 21,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας (31 άτομα – ποσοστό 31,0%) ότι ακόμα και όταν κάθονται ήσυχα συνήθως κουνούν τα χέρια τους ή τα πόδια τους σε βαθμό «αρκετά πολύ» έως «πάρα πολύ». Αντίθετα, οι ερωτηθέντες φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας θεωρούν σε πολύ μικρότερο ποσοστό (50 άτομα – ποσοστό 50,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Λογοθεραπείας (65 άτομα – ποσοστό 65,0%) ότι ακόμα και όταν κάθονται ήσυχα συνήθως κουνούν τα χέρια τους ή τα πόδια τους σε βαθμό είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως» (Πίνακας 21, Σχήμα 21). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 7,244$, $df = 5$, NS).

Πίνακας 21: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι ακόμα και όταν κάθονται ήσυχα συνήθως κουνούν τα χέρια τους ή τα πόδια τους.

		Τμήμα φοίτησης		
		Λογοθεραπεία	Κοινωνική Εργασία	
Ακόμα και όταν κάθομαι ήσυχα συνήθως κουνάω τα χέρια μου ή τα πόδια μου	Καθόλου	20 20,0%	20 20,0%	40 20,0%
	Μόνο λίγο	34 34,0%	20 20,0%	54 27,0%
	Κάπως	11 11,0%	10 10,0%	21 10,5%
	Μέτρια	14 14,0%	19 19,0%	33 16,5%
	Αρκετά πολύ	13 13,0%	15 15,0%	28 14,0%
		8 8,0%	16 16,0%	24 12,0%
		100	100	200

$\chi^2 = 7,244, df = 5, NS$

Σχήμα 21: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι ακόμα και όταν κάθονται ήσυχα συνήθως κουνούν τα χέρια τους ή τα πόδια τους.



Το κατά σειρά δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό (26 άτομα – ποσοστό 13,0%) των ερωτηθέντων ανεξάρτητα Τμήματος φοίτησης θεωρούν (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) ότι σε ομαδικές δραστηριότητες είναι δύσκολο για αυτούς να περιμένουν τη σειρά τους. Άλλα 14 άτομα (ποσοστό 7,0%) το θεωρούν «μέτρια» και τα υπόλοιπα 160 άτομα (ποσοστό 80,0%) το θεωρούν είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως».

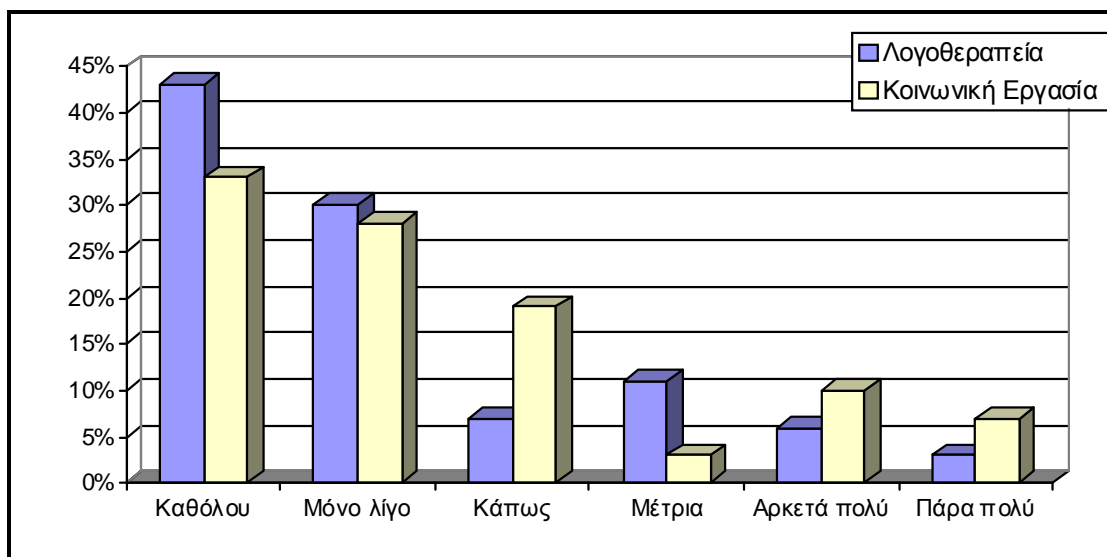
Οι ερωτηθέντες φοιτητές Λογοθεραπείας θεωρούν σε πολύ μικρότερο ποσοστό (9 άτομα – ποσοστό 9,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας (17 άτομα – ποσοστό 17,0%) ότι σε ομαδικές δραστηριότητες είναι δύσκολο για αυτούς να περιμένουν τη σειρά τους σε βαθμό «αρκετά πολύ» έως «πάρα πολύ». Αντίθετα, οι ερωτηθέντες φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας θεωρούν στο ίδιο ποσοστό (80 άτομα – ποσοστό 80,0%) με τους ερωτηθέντες φοιτητές Λογοθεραπείας ότι σε ομαδικές δραστηριότητες είναι δύσκολο για αυτούς να περιμένουν τη σειρά τους σε βαθμό είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως» (Πίνακας 22, Σχήμα 22). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 14,095$, $df = 5$, $p < 0,05$).

Πίνακας 22: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι σε ομαδικές δραστηριότητες είναι δύσκολο για αυτούς να περιμένουν τη σειρά τους.

		Τμήμα φοίτησης		
		Λογοθεραπεία	Κοινωνική Εργασία	
Σε ομαδικές δραστηριότητες είναι δύσκολο για μένα να περιμένω τη σειρά μου	Καθόλου	43 43,0%	33 33,0%	76 38,0%
	Μόνο λίγο	30 30,0%	28 28,0%	58 29,0%
	Κάπως	7 7,0%	19 19,0%	26 13,0%
	Μέτρια	11 11,0%	3 3,0%	14 7,0%
	Αρκετά πολύ	6 6,0%	10 10,0%	16 8,0%
		3 3,0%	7 7,0%	10 5,0%
		100	100	200

$$\chi^2 = 14,095, df = 5, p < 0,05$$

Σχήμα 22: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι σε ομαδικές δραστηριότητες είναι δύσκολο για αυτούς να περιμένουν τη σειρά τους.



Το μικρότερο ποσοστό (24 άτομα – ποσοστό 12,0%) των ερωτηθέντων ανεξάρτητα Τμήματος φοίτησης θεωρούν (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) ότι το μυαλό τους γυρίζει τόσο πολύ που είναι δύσκολο για το λόγο αυτό να λειτουργήσει. Άλλα 25 άτομα (ποσοστό 12,5%) το θεωρούν «μέτρια» και τα υπόλοιπα 151 άτομα (ποσοστό 75,5%) το θεωρούν είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως».

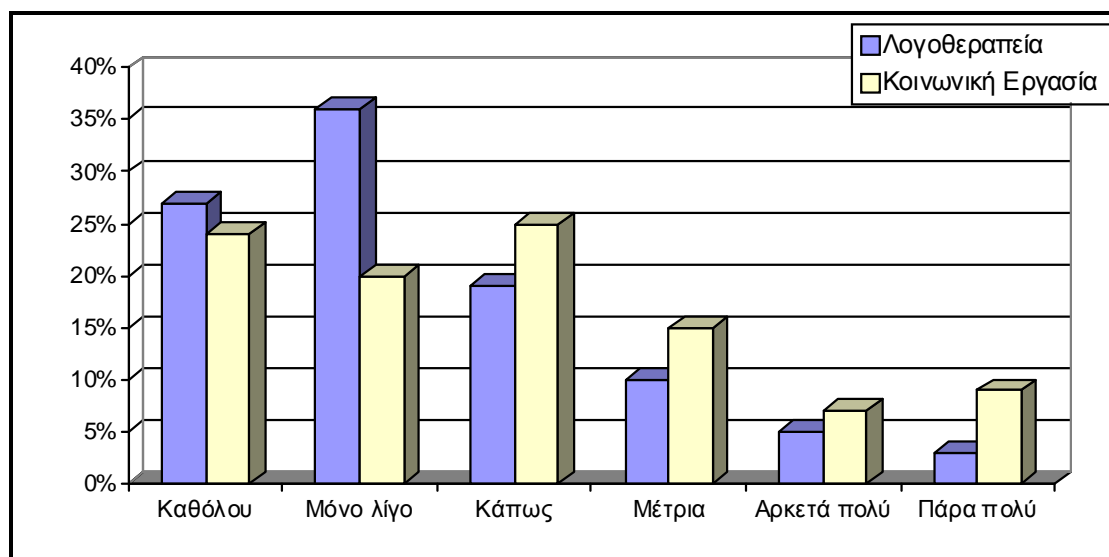
Οι ερωτηθέντες φοιτητές της Λογοθεραπείας (8 άτομα – ποσοστό 8,0%) θεωρούν (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) ότι το μυαλό τους γεμίζει τόσο πολύ που είναι δύσκολο για το λόγο αυτό να λειτουργήσει. Σε διπλάσιο ποσοστό οι ερωτηθέντες φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας (16 άτομα – ποσοστό 16,0%) θεωρούν (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) ότι το μυαλό τους γεμίζει τόσο πολύ που είναι δύσκολο για το λόγο αυτό να λειτουργήσει. Επιπλέον οι ερωτηθέντες φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας θεωρούν σε μικρότερο ποσοστό (69 άτομα-ποσοστό 69,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών της Λογοθεραπείας (79 άτομα- ποσοστό 79,0%) ότι το μυαλό τους γεμίζει τόσο πολύ που είναι δύσκολο για το λόγο αυτό να λειτουργήσει σε βαθμό είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως» (Πίνακας 23, Σχήμα 23). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι (οριακά) στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 9,899$, $df = 5$, $p=0,078$ (NS)).

Πίνακας 23: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι το μυαλό τους γεμίζει τόσο πολύ που είναι δύσκολο για το λόγο αυτό να λειτουργήσει.

		Τμήμα φοίτησης		
		Λογοθεραπεία	Κοινωνική Εργασία	
Το μυαλό μου γεμίζει τόσο πολύ που είναι δύσκολο για το λόγο αυτό να λειτουργήσει	Καθόλου	27 27,0%	24 24,0%	51 25,5%
	Μόνο λίγο	36 36,0%	20 20,0%	56 28,0%
	Κάπως	19 19,0%	25 25,0%	44 22,0%
	Μέτρια	10 10,0%	15 15,0%	25 12,5%
	Αρκετά πολύ	5 5,0%	7 7,0%	12 6,0%
		3 3,0%	9 9,0%	12 6,0%
Πάρα πολύ				
		100	100	200

$$\chi^2 = 9,899, df = 5, p=0,078(NS)$$

Σχήμα 23: Συσχέτιση του Τμήματος φοίτησης των ερωτηθέντων και του εάν θεωρούν ότι το μυαλό τους γεμίζει τόσο πολύ που είναι δύσκολο για το λόγο αυτό να λειτουργήσει.



6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα Ιανουάριο έως και τον Μάιο του 2011 και απευθυνόταν σε 100 φοιτητές της σχολής Λογοθεραπείας και σε 100 φοιτητές της Κοινωνικής εργασίας μπορούμε να συλλέξουμε πολλές και χρήσιμες πληροφορίες.

Τονίζουμε εξ αρχής ότι πρωταρχικό μέλημά μας ήταν η εγκυρότητα της έρευνας. Όλες οι ερωτηθείσες ήταν φοιτήτριες (100%) . Τα αποτελέσματα λοιπόν της έρευνας προκύπτουν από υποκείμενα που πληρούν τις βασικές προϋποθέσεις, για να ισχυριστούμε την εγκυρότητα της έρευνας.

Προκειμένου να διερευνήσουμε τα ερωτήματα που θέσαμε, χρειάστηκε να προβούμε στην ομαδοποίηση των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου με ώστε να διεξαχθούν αντίστοιχα συμπεράσματα. Επιπλέον γίνεται σύγκριση με άλλες έρευνες που έχουν γίνει στο παρελθόν.

1) Στην προσπάθεια να εξακριβωθεί εάν οι φοιτητριες των τμημάτων Λογοθεραπείας και Κοινωνικής Εργασίας των Α.Τ.Ε.Ι Πατρών παρουσιάζουν δείγματα ΔΕΠ, στηριχτήκαμε στη γενική εικόνα των αποτελεσμάτων για να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι οι φοιτητές της Λογοθεραπείας δεν παρουσιάζουν συμπτώματα της ΔΕΠ. Εν αντιθέσει οι φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας εμφανίζουν σε μεγάλη συχνότητα τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ.

2) Οι διαφορές που παρατηρηθήκαν ανάμεσα στις απαντήσεις των ερωτηθέντων από τις δύο σχολές είναι αρκετά σημαντικές. Οι φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας εμφανίζονται με υψηλότερα ποσοστά στις απαντήσεις «αρκετά πολύ- πάρα πολύ», έναντι των φοιτητών της Λογοθεραπείας.

3) Για την διερεύνηση του ερωτήματος αν οι φοιτητριες των δύο τμημάτων είναι ικανοποιημένοι με όλα όσα έχουν επιτύχει στη ζωή τους τεθηκε στις ερωτηθείσες η ερώτηση 1 (βλ. πίνακα 1, σχήμα 1). Οι ερωτηθέντες φοιτητές Λογοθεραπείας δήλωσαν σε πολύ μικρότερο ποσοστό (της τάξης του 12%) και σε αντίθεση με τους φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας – ποσοστό 21% – ότι έχουν (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) την αίσθηση ότι δεν έχουν πετύχει πολλά και ότι δεν έχουν φτάσει τους στόχους τους, ανεξάρτητα από το πόσα έχουν πραγματικά κατορθώσει, ενώ αντίστροφα οι ερωτηθέντες φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας δήλωσαν σε πολύ μικρότερο ποσοστό (της τάξης του 30%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Λογοθεραπείας (ποσοστό 63%) ότι έχουν την αίσθηση αυτή είτε σε επίπεδο «καθόλου», είτε σε επίπεδο «μόνο λίγο», είτε σε επίπεδο «κάπως». Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά αρκετά σημαντικές.

Για το ερώτημα αυτό δεν έχουν γίνει διεξοδικές έρευνες κατά το παρελθόν.

4) Για την διερεύνηση της ερώτησης ότι οι φοιτητές δεν παρουσιάζουν κάποια διαταραχή εστίασης της προσοχής κατά την ανάγνωση, τέθηκε στους

ερωτώμενους η ερώτηση 2 (βλ. πίνακα 2, σχήμα 2). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι φοιτητές της Λογοθεραπείας παρουσιάζουν σε πολύ μικρότερο ποσοστό 10% σε αντίθεση με τους φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας με ποσοστό 21% οι οποίοι δυσκολεύονται αρκετά πολύ ως πάρα πολύ να διαβάσουν ένα γραπτό κείμενο, έκτος και αν τους προκαλεί το ενδιαφέρον. Αντίθετα οι φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας παρουσιάζουν μικρότερο ποσοστό 55% έναντι των φοιτητών της Λογοθεραπείας με ποσοστό 73% ότι δυσκολεύονται είτε καθόλου, είτε μόνο λίγο, είτε κάπως.

Για την υπόθεση αυτή έχουν γίνει έρευνες κατά το παρελθόν. Ο λογοθεραπευτής – λογοπαθολόγος Δημήτρης Πομόνης είναι ένας από αυτούς που ασχολήθηκε με τη διαταραχή προσοχής κατά την ανάγνωση. Η έρευνα αυτή έχει δημοσιευτεί στη διαδικτυακή εφημερίδα του www.in.gr.

5) Στην προσπάθεια να εξακριβωθεί εάν οι συμμετέχοντες δεν έχουν σημαντικά προβλήματα στο να κατανοούν και να διατηρούν μια συζήτηση τέθηκε η ερώτηση 3 (βλ. πίνακα 3, σχήμα 3). Οι ερωτηθέντες φοιτητές Λογοθεραπείας δήλωσαν σε πολύ μικρότερο ποσοστό 6% έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας με ποσοστό 15% ότι ειδικά σε ομάδες δυσκολεύονται (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) να μένουν επικεντρωμένοι σε αυτά που λέγονται στις συζητήσεις ενώ αντίθετα οι ερωτηθέντες φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας δήλωσαν σε μικρότερο ποσοστό 71% σε αντίθεση με τους φοιτητές της Λογοθεραπείας με ποσοστό 86% ότι δυσκολεύονται είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως».

Έχουν γίνει παρόμοιες έρευνες κατά το παρελθόν για το ερώτημα αυτό. Ο λογοθεραπευτής – λογοπαθολόγος Δημήτρης Πομόνης είναι ένας από αυτούς που ασχολήθηκε με τη διαταραχή προσοχής κατά την ανάγνωση. Η έρευνα αυτή έχει δημοσιευτεί στη διαδικτυακή εφημερίδα www.in.gr

6) Διερεύνηση έγινε και για τον έλεγχο αν οι φοιτητές των δύο τμημάτων παρουσιάζουν ιδιαίτερα ποσοστά ευμετάβλητης διάθεσης και τέθηκαν οι ερωτήσεις 4, 9, 13, 15, και 16. Τα αποτελέσματα δείχνουν μια γενική τάση των φοιτητών της Κοινωνικής Εργασίας με ποσοστό 32% να νευριάζουν γρήγορα έναντι των φοιτητών της Λογοθεραπείας με ποσοστό 14%. Οι φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας και της Λογοθεραπείας παρουσιάζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά στην απάντηση «μόνο λίγο», 20% και 27% αντίστοιχα, για την ερώτηση σχετικά με το αν νευριάζουν εύκολα και αν είναι οξύθυμοι. Όμως, τα μικρότερα ποσοστά για την ίδια ερώτηση είναι 1% στην απάντηση «μέτρια» για την Κοινωνική Εργασία και 4% στην απάντηση «πάρα πολύ» για την Λογοθεραπεία. Από τα ποσοστά των απαντήσεων γίνεται εμφανές ότι οι φοιτητές της Λογοθεραπείας έχουν ευμετάβλητη διάθεση. Σε σύγκριση με τους φοιτητές της Λογοθεραπείας, οι φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας έχουν σημαντικότερες δυσκολίες στη διαχείριση των συναισθημάτων τους και κυρίως

του θυμού τους. Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι γενικά οι φοιτητές των δύο τμημάτων παρουσιάζουν ευμετάβλητη διάθεση.

Για την ερώτηση αυτή έχουν γίνει έρευνες και στο παρελθόν. Η ερευνητική ομάδα με επικεφαλής τον Χανς- Ούλριχ του Τεχνικού Πανεπιστημίου της Δρέσδης έχει ασχοληθεί με την ευμετάβλητη διάθεση. Η ευμετάβλητη διάθεση αποτελεί ένα από τα συχνά χαρακτηριστικά των ατόμων με ΔΕΠ. Για το λόγο αυτό, το ερευνητικό ενδιαφέρον είναι ύπαρκτο.

7) Η υπόθεση μας ότι οι φοιτητές των δύο σχολών δεν παρουσιάζουν αυξημένη κινητική δραστηριότητα, δεν ικανοποιείται στην περίπτωση των φοιτητών της Κοινωνικής Εργασίας. Στηριζόμενοι στις απαντήσεις των ερωτήσεων 17, 18 και 21 του ερωτηματολογίου παρατηρούμε ότι οι απαντήσεις «καθόλου» με ποσοστό 15% «κάπως» με ποσοστό 20 % και «μόνο λίγο» με ποσοστό 23% έχουν τα υψηλότερα ποσοστά για τους φοιτητές της Λογοθεραπείας. Για τους φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας οι απαντήσεις «πάρα πολύ» με ποσοστό 18% και «μέτρια» με ποσοστό 22% είναι αυτές με τα τις περισσότερες απαντήσεις. Τα αποτελέσματα αυτά αναιρούν την αρχική μας υπόθεση καθώς οι φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας δεν τηρούν την υπόθεση

Η έβδομη υπόθεσή μας, η οποία σχετίζεται με την κινητικότητα των ερωτηθέντων, έχει ερευνηθεί από διάφορες επιστημονικές ομάδες όπως αυτή της Katya Rubia και των συνεργατών της. Η αυξημένη κινητική δραστηριότητα αποτελεί ένα από τα συχνά χαρακτηριστικά των ατόμων με ΔΕΠ. Για το λόγο αυτό το ερευνητικό ενδιαφέρον δεν είναι ανύπαρκτο.

8) Για την διερεύνηση της υπόθεσης ότι οι ερωτηθέντες έχουν την ικανότητα να εστιάζουν την προσοχή τους κατά τη διάρκεια ανιαρών καταστάσεων τέθηκε η ερώτηση 5. Οι φοιτητές της Λογοθεραπείας δυσκολεύονται να εστιάσουν την προσοχή τους «μόνο λίγο» κατά 24% ενώ το μικρότερο ποσοστό τους είναι 5% στην απάντηση «πάρα πολύ». Για την ίδια απάντηση το ποσοστό της Κοινωνικής Εργασίας είναι 18%. Η Κοινωνικής Εργασίας έχει επιλέξει τις περισσότερες φορές την απάντηση «μέτρια» 26%, ενώ έχει επιλέξει λιγότερο την απάντηση «καθόλου» κατά 3% καταρρίπτοντας την υπόθεσή μας.

Εν συγκρίσει με την κινητική κατάσταση των ατόμων με ΔΕΠ ,η ικανότητά τους να εστιάζουν την προσοχή τους έχει ερευνηθεί πολύ περισσότερο. Ερευνητές όπως ο CE Jensen με τους συνεργάτες του, ο DJ Nutt και πολλοί άλλοι έχουν ασχοληθεί με το πως η προσοχή των ατόμων με ΔΕΠ έχει επηρεάσει τις διάφορες πτυχές της ζωής τους.

9) Στην προσπάθεια να εξακριβωθεί εάν οι συμμετέχοντες μπορούν να οργανώσουν τον τρόπο σκέψης τους τέθηκαν οι ερωτήσεις 6,8 και 14. Τα αποτελέσματα που λήφθηκαν μας δείχνουν ότι οι φοιτητές της Λογοθεραπείας είχαν «μόνο λίγο» με ποσοστό 27% ή «καθόλου» με ποσοστό 26% δυσκολία. Ενώ οι φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας είχαν «μέτρια» με ποσοστό 19% ή

«καθόλου» με ποσοστό 16% πρόβλημα στην οργάνωση. Άρα, η υπόθεσή μας δεν ισχύει για τους φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας .

Η υπόθεση αυτή, έχει γίνει αντικείμενο μελέτης για πολλές επιστημονικές ομάδες. Ερευνητές όπως οι JA Holton, GC Davison, B Ferry και οι συνεργάτες τους, έχουν δημοσιεύσει εργασίες σχετικά με τον τρόπο που το άτομο με ΔΕΠ οργανώνει τη ζωή του και τον τρόπο σκέψης του.

10) Για την διερεύνηση της υπόθεσης ότι οι ερωτηθέντες παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα ονειροπόλησης τέθηκε η ερώτηση 7 (βλ. πίνακα 7, σχήμα 7). Σε παρόμοια ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες φοιτητές Λογοθεραπείας ποσοστό 32% όσο και οι ερωτηθέντες φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας ποσοστό 30% δήλωσαν ότι δεν μπορούν (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) να σταματήσουν να ονειροπολούν. Επίσης, οι ερωτηθέντες φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας δήλωσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό 56%, σε αντίθεση με τους ερωτηθέντες φοιτητές της Λογοθεραπείας με ποσοστό 45%, ότι δεν μπορούν να σταματήσουν να ονειροπολούν είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως» Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Οπότε η αρχική μας υπόθεση ισχύει.

Οι D. Baeyens, R. Schubert και ο B. Lahey με τους συνεργάτες τους είναι μερικοί από τους ερευνητές που έχουν ασχοληθεί με την ονειροπόληση στην ΔΕΠ. Τα συμπεράσματα των ερευνών καταλήγουν ότι η ονειροπόληση είναι ένα από τα χαρακτηριστικά της ασθένειας.

11) Για την υπόθεσή μας ότι, οι φοιτητές των τμημάτων της Λογοθεραπείας και της Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Πατρών παρουσιάζουν χαρακτηριστικά παρορμητικότητας τέθηκαν οι ερωτήσεις 10,11,12,19 και 23. Και στις δύο σχολές οι περισσότερες απαντήσεις ήταν «καθόλου» (το ποσοστο για τη λογοθεραπεία ήταν: 27% και για την Κοινωνική Εργασία ήταν: 26%) και «μόνο λίγο» (για την Λογοθεραπεία ήταν: 29% και για την Κοινωνική Εργασία ήταν: 20%), οι οποίες μας δείχνουν τυχόν στοιχεία παρορμητικότητας.

Αρκετοί ερευνητές έχουν ασχοληθεί με αυτό το χαρακτηριστικό της ΔΕΠ. Μερικοί από τους ερευνητές, είναι οι J Biederman, A Baumgaertel, P Hauser, PH Wender, MF Ward μαζί με τις ομάδες τους. Η υποκατηγορία της διαταραχής που το άτομο παρουσιάζει παρορμητικότερα έχει εξεταστεί ευρέως.

12) Για την διερεύνηση της υπόθεσης ότι οι ερωτηθέντες ασχολούνται με ένα μικρό αριθμό εργασιών κάθε φορά τέθηκε η ερώτηση 20 (βλ. πίνακα 20, σχήμα 20). Οι ερωτηθέντες φοιτητές Λογοθεραπείας θεωρούν σε μικρότερο ποσοστό 6%, σε αντίθεση με τους φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας με ποσοστό 12,0%, ότι συνήθως κάνουν πάνω από μια δουλειά τη φορά, και αποτυγχάνουν να ολοκληρώσουν πολλές από αυτές σε βαθμό «αρκετά πολύ» έως «πάρα πολύ». Αντίθετα, οι ερωτηθέντες φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας θεωρούν σε μικρότερο ποσοστό 76% έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών Λογοθεραπείας με ποσοστό

82% ότι συνήθως κάνουν πάνω από μια δουλειά τη φορά, και αποτυγχάνουν να ολοκληρώσουν πολλές από αυτές σε βαθμό είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως». Τα αποτελέσματα αυτά αναιρούν την αρχική μας υπόθεση καθώς οι φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας δεν τηρούν την υπόθεση.

Για την υπόθεση αυτή έχουν ασχοληθεί οι επιστήμονες DP Cantwell και F Harré. Η άποψη ότι τα άτομα με ΔΕΠ ασχολούνται με πολλές εργασίες ταυτόχρονα είναι ευρέως αποδεκτή.

Σε παρόμοια ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες φοιτητές Λογοθεραπείας (8 άτομα – ποσοστό 8,0%) όσο και οι ερωτηθέντες φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας (16 άτομα – ποσοστό 16,0%) θεωρούν (αρκετά πολύ – πάρα πολύ) ότι το μυαλό τους γεμίζει τόσο πολύ που είναι δύσκολο για το λόγο αυτό να λειτουργήσει. Επίσης, οι ερωτηθέντες φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας θεωρούν σε μικρότερο ποσοστό (69 άτομα- ποσοστό 69,0%) έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών της Λογοθεραπείας (79 άτομα- ποσοστό 79,0%) ότι το μυαλό τους γεμίζει τόσο πολύ που είναι δύσκολο για το λόγο αυτό να λειτουργήσει σε βαθμό είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως» (Πίνακας 24, Σχήμα 24).

13) Στην προσπάθεια να εξακριβωθεί εάν οι συμμετέχοντες έχουν την αποτελεσματική ικανότητα να διαχωρίζουν και να ιεραρχούν τις πληροφορίες που λαμβάνουν τέθηκε η ερώτηση 24 (βλ. πίνακας 24, σχήμα 24). Οι ερωτηθέντες φοιτητές Λογοθεραπείας με μικρό ποσοστό 8% θεωρούν ότι το μυαλό τους γεμίζει τόσο πολύ που είναι δύσκολο για το λόγο αυτό να λειτουργήσει (αρκετά πολύ – πάρα πολύ). Αντίθετα οι ερωτηθέντες φοιτητές Κοινωνικής Εργασίας με ποσοστό 16% θεωρούν ότι το μυαλό τους γεμίζει τόσο πολύ που είναι δύσκολο για το λόγο αυτό να λειτουργήσει (αρκετά πολύ – πάρα πολύ). Επίσης, οι ερωτηθέντες φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας θεωρούν σε μικρότερο ποσοστό με ποσοστό 69% έναντι των ερωτηθέντων φοιτητών της Λογοθεραπείας με ποσοστό 79% ότι το μυαλό τους γεμίζει τόσο πολύ που είναι δύσκολο για το λόγο αυτό να λειτουργήσει σε βαθμό είτε «καθόλου», είτε «μόνο λίγο», είτε «κάπως». Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές, οπότε η αρχική μας υπόθεση ισχύει.

Για την υπόθεση αυτή έχουν ασχοληθεί οι επιστήμονες D Kewley και BA Van der Kolk. Τα συμπεράσματα των ερευνών καταλήγουν ότι τα άτομα με ΔΕΠ δυσκολεύονται να διαχωρίσουν και να ιεραρχήσουν τις πληροφορίες που λαμβάνουν.

7.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την ερευνά μας, προκύπτει ότι οι φοιτητές της Λογοθεραπείας δεν παρουσιάζουν σημαντικά δείγματα συμπτωμάτων της ΔΕΠ. Αντιθέτως, οι φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας έχουν σημαντικά ποσοστά σε πολλά από τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ. Συνεπώς, οι φοιτήτριες της Κοινωνικής Εργασίας θα είναι πιο αποδοτικές σε εξωτερικές εργασίες ενώ οι φοιτητριες της Λογοθεραπείας μπορούν να ανταπεξέλθουν σε εργασίες εντός ενός περιορισμένου χώρου, όπως σε ένα γραφείο. Το γεγονός αυτό μας οδηγεί να προτείνουμε έναν πιο συστηματοποιημένο τρόπο εκπαίδευσης για τους φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας.

Αρχικά, θα πρέπει να γίνει μια πιο εξειδικευμένη αξιολόγηση των φοιτητών της Κοινωνικής Εργασίας από ειδικούς της ψυχικής υγείας, ώστε πρώτον να επιβεβαιωθεί ότι οι φοιτητές έχουν δείγματα ΔΕΠ και δεύτερον να προσδιοριστεί η ένταση της ασθένειας. Ακολούθως, οι καθηγητές της Κοινωνικής Εργασίας πρέπει να ενημερωθούν σχετικά με το τι είναι ΔΕΠ και ποια τα χαρακτηριστικά της. Αυτό θα τους βοηθήσει να προετοιμάσουν ένα κατάλληλο διδακτικό υλικό για τους φοιτητές με ΔΕΠ. Για παράδειγμα να χρησιμοποιήσουν οπτικοαουστικά μέσα ώστε να καταφέρουν να προσελκύσουν το ενδιαφέρον των φοιτητών τους. Ευεργετικό θα ήταν να αυξηθεί ο αριθμός των διαλειμμάτων ενώ οι διδακτικές ώρες να μειωθούν σε διάρκεια. Τέλος, οι φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας θα πρέπει να μάθουν μέσα στα πλαίσια της σχολής τους τρόπους να οργανώνουν την εργασία τους, γεγονός που θα τους βοηθήσει στη μετέπειτα επαγγελματική τους πορεία.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Amen DG (2001). *Images of Human Behavior: A Brain SPECT Atlas*. Newrort Beach, Calif: Mind Works Press.

Anholt, G. E., Cath, D. C., Oppen, P., Eikelenboom, M., Smit, J. H., Megen, H., & Balkom, A. J. L. M. (2010). Autism and ADHD symptoms in patients with OCD: Are they associated with specific OC symptom dimensions or OC symptom severity? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 580-590.

Antshel, K. M., Faraone, S. V., Maglione, K., Doyle, A., Fried, R., Seidman, L., & Biederman, J. (2009). Is adult attention deficit hyperactivity disorder a valid diagnosis in the presence of high IQ? *Psychological Medicine*, 39, 1325-1336.

Ball, J. D., Wooten, V., & Crowell, T. A. (1999). Adult ADHD and/or sleep apnea? differential diagnostic considerations with six case studies. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 6(3), 259-272.

Βάρβογλη, Λ.& Γαλάνη, Μ. Μ.(2007). *Η Διάγνωση της Διάσπασης της Προσοχής, Πρακτικός Οδηγός*. Αθήνα: Εκδόσεις ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ.

Barkley, R. A., Murphy, K. R., Dupaul, G. J., & Bush, T. (2002). Driving in young adults with attention deficit hyperactivity disorder: Knowledge, performance, adverse outcomes, and the role of executive functioning. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8, 655-673.

Bertha, K., Gregory, M., Alan, J., (2001). *The dopamine transporter: relevance to attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)* Behavioural Brain Research 130, 57–63.

Bresnahan, S. M., Anderson, J. W., & Barry, R. J. (1999). Age-related changes in quantitative EEG in attention- deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 46, 1690-1697.

Carpentier, P. J., de Jong, Cor A. J., Dijkstra, B. A. G., Verbrugge, C. A. G., & Krabbe, P. F. M. (2005). A controlled trial of methylphenidate in adults with attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders. *Addiction*, 100, 1868-1875.

Cantwell, D.P. (1995). Attention Deficit Disorder: A Review of the Past 10 Years. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 8, 978-987

Γεωργιάδου, Λ. (2011). *Θεραπευτική Διατροφή. Η Διατροφή που Συμβάλει στην Ψυχική Υγεία*. Αθήνα : Εκδόσεις Οξυγόνο.

Clarke, S., Heussler, H., & Kohn, M. R. (2005). Attention deficit disorder: Not just for children. *Internal Medicine Journal*, 35, 721-726.

Davison, G.C., Vogel, R. S., & Coffman, S. G. (1997). Thing about approaches to cognitive assessment and the articulated thoughts in simulated situation paradigm [Electronic version]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 950-958

Faraone, S. V., Biederman, J., Spencer, T., Wilens, T., Seidman, L. J., Mick, E., & Doyle, A. E. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: An overview. *Biological Psychiatry*, 48, 9-20.

Ferry, B., Hedberg, J., & Harper, B. (1997). How to preservice teachers use concept maps to organize their curriculum content knowledge [Electronic version]. *Ashilite* , 7-10

Hallowell, E. M., & Ratey, J. J. (2003). In Ελένη Λιβανίου (Ed.), *Ζώντας με την Διάσπαση: Αναγνωρίζοντας και Αντιμετωπίζοντας τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής (ΔΕΠ) στα Παιδιά και τους Ενήλικες* [Driven to Distraction] (Μετάφραση: Μαίρη Περαντάκου- Κουκ.). Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνική Παιδεία.

Hesslinger, B., Thiel, T., Tebartz, v. E., Hennig, J., & Ebert, D. (2001). Attention-deficit disorder in adults with or without hyperactivity: Where is the difference? A study in humans using short echo H-magnetic resonance spectroscopy. *Neuroscience Letters*, 304, 117-120.

Hesslinger, B., Tebartz, v. E., Mochan, F., & Ebert, D. (2003). Attention deficit hyperactivity disorder in adults-early vs. late onset in a retrospective study. *Psychiatry Research - Regular Section Only*, 119, 217-224.

Holton, J. A. (2001). Building trust and collaboration in a virtual team [Electronic version]. *Team Performance Management*, 7, 36 – 47

Jeffrey, J., Wilson, MD & Francer, R. (2001). *Attention Dificit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Sybstance Use Disorders:Current Psychiatry Reperts*, 3,497-506

Jensen , E. (2004). Medication for children with attention deficit hyperactivity disorder [Electronic version]. *Clinical Social Work Journal*

Κάκουρος, Ε, Μανιαδάκη, Κ.(2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα*. Αθήνα:Εκδόσεις ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ

Kewley, D.G.(1989).Personal paper: Attention deficit hyperactivity disorder is underdiagnosed and undertreated in Britain. *British Medical Journal*,316,1534

Kimko, C., Cross, J., Abernathly DR (1999). Pharmacolinetick and Clinical Effectiveness of Methlylphanidate, 37,457-470

Kolk,B.(1996).Adaption to trauma.The complexity of Adaptation to Trauma Self- Regulation,Stimulus Discrimination, an Characterological Development (pp 128-205)

Lahey, B.B., Pelham,W.E., Schaughency, E.A., Atkins, M.S., Hynd, G., Russo, M.B., Hartdagen A.M., & Lorysvernon M.S. (2009).Dimensions and Types of Attention Deficit Disorder [Electronic version]. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*,27,330-350

Larry J. Seidman, Joseph, B., Wendy, W., Mary, H., and Stephen V. (1997). *Neuropsychological Function in Adults with Attention-Deficit Hyperactivity Disordre*. Society of Biological Psychiatry. 44,260–268

Levin, F. R., Evans, S. M., McDowell, D. M. & Kleber, H. D. (1998) *Methylphenidate treatment for cocaine abusers with adult attention deficit/hyperactivity disorder: a pilot study*.*Journal of Clinical Psychiatry* 59, 300–305.

Mannuzza, S, Bessler, A., Malloy, P., LaPadula, M. Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *Am J Psychiatry* 155,493-498

McGough, J. J., & Barkley, R. A. (2004). Diagnostic controversies in adult attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 1948-1957.

McGough, J. J., & McCracken, J. T. (2006). Adult attention deficit hyperactivity disorder: Moving beyond DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 1673-1676.

McGough, J. J., Smalley, S. L., McCracken, J. T., Yang, M., Del'Homme, M., Lynn, D. E., & Loo, S. (2005). Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: Findings from multiplex families. *American Journal of Psychiatry*, *162*(9), 1621-1628.

Μεσσήνης, Λ. & Καστελλάκης, Α. (2006). *Γνωστική ποκατασταση Νευροψυχολογικών Διαταραχών*. Αθήνα : Εκδόσεις ΦΙΛΟΜΑΘΕΙΑ.

Nutt, D. J., Fone. K., Asherson. P., Bramble. D., Bramble. P., Matthews. K., Morris. K. A., Santosh. P., Sonuga-Barke. E., Taylor. E., Weiss. M., & Young. S. (2007). Evidence-based guidelines for management of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents in transition to adult services and in adults: recommendations from the British Association for Psychopharmacology [Electronic version]. *Journal of Psychopharmacology*, *21*, 10-41

Pary, R., Lewis, S., Matuschka, P. R., Rudzinskiy, P., Safi, M., & Lippmann, S. (2002). Attention deficit disorder in adults. *Annals of Clinical Psychiatry*, *14*, 105.

Peter, T. (1999). *Attention-deficit/hyperactivity disorder in the drug and alcohol clinic*. *Drug Alcohol Rev* *18*,337-344

Rubia, K., Overmeyer, S., Taylor, E., Brammer, M., Williams, S. C.R., Simmons, A., & Bullmore, E. T. (1999). Hypofrontality in Attention Deficit

Hyperactivity Disorder During Higher-Order Motor Control: A Study With Functional MRI [Electronic version] . *American Journal of Psychiatry* ,156, 891-896

Sandberg, S. (2002). *Hyperactivity and Attention Disorder of Childhood: Historical development*. Cambridge :Child and Adolescent Psychiatry.

Schweitzer JB, Faber TL, Grafton ST, Tune LE, Hoffman JM, Kilts CD (2000): Alterations in the functional anatomy of working memory in adult attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 157,278 –280.

Seager, M. C., & O'Brien, G. (2003). Attention deficit hyperactivity disorder: Review of ADHD in learning disability: The *diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning Disabilities/Mental retardation*[DC-LD] criteria for diagnosis. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 26-32.

Stevens, H. E. (2010). In this Issue/Abstract thinking: Prefrontal cortex: Disorders and development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 203-205.

Tamam, L., Karakus, G., & Ozpoyraz, N. (2008). Comorbidity of adult attention-deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder: Prevalence and clinical correlates. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 7, 385-394.

Tucker, P. (1999). Attention-deficit/hyperactivity disorder in the drug and alcohol clinic. *Drug and Alcohol Review*, 18, 337-345.

Turner, D. C., Blackwell, A. D., Dowson, J. H., McLean, A., & Sahakian, B. J. (2005). Neurocognitive effects of methylphenidate in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychopharmacology - Berlin*, 178, 286-296.

US Department of Health and Human Services.(1999) A report of the Surgeon General. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services: National Institute for Mental Health.

Ward, M.F., Wender, P.H., & Reimherr, F.W.(1993),The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*,150,885-890

Wender,P.H., Reimherr, F.W., & Wood, D.R.(1981).Attention Deficit Disorder ('Minimal Brain Dysfunction') in Adults. *Archives of General Psychiatry*,38,449-456

Wilson, J. J., & Levin, F. R. (2001). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and substance use disorders. *Current Psychiatry Reports*, 3, 497-507.

Xenitidis, K., & Maltezos, S. (2009). Attention deficit hyperactivity disorder in adults with learning disabilities. *Psychiatry*, 8, 402-404.

Young, S., & Bramham, J. (2007). *ADHD in adults: A psychological guide to practice*. West Sussex England: John Wiley & Sons Ltd.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

0=Καθόλου 1=Μόνο λίγο 2=Κάπως 3=Μέτρια 4=Αρκετά πολύ 5=Πάρα πολύ

1.Έχεις την αίσθηση ότι δεν έχεις πετύχει πολλά, ότι δεν έχεις φτάσει τους στόχους σου, ανεξάρτητα από όσα έχεις πραγματικά κατορθώσει;

0 1 2 3 4 5

2.Δυσκολεύομαι να διαβάσω το γραπτό υλικό εκτός και αν είναι πολύ ενδιαφέρον.

0 1 2 3 4 5

3.Ειδικά σε ομάδες, δυσκολεύομαι να μένω επικεντρωμένος σε αυτά που λέγονται στις συζητήσεις.

0 1 2 3 4 5

4.Νευριάζω γρήγορα, είμαι οξύθυμος.

0 1 2 3 4 5

5. Στο σπίτι, στη σχολή πιάνω τον νου μου να αφαιρείται από τις δουλειές που είναι βαρετές ή δύσκολες.

0 1 2 3 4 5

6. Υπάρχει πολύ βαβούρα στο κεφάλι μου.

0 1 2 3 4 5

7.Δεν μπορώ να σταματήσω να ονειροπολώ.

0 1 2 3 4 5

8. Βρίσκομαι σε απογοήτευση για το ανοργάνωτο τρόπο λειτουργίας του μυαλού μου.

0 1 2 3 4 5

9.Είμαι ευερέθιστος και αναστατώνομαι από μικρές ενοχλήσεις.

0 1 2 3 4 5

10.Λέω πράγματα χωρίς να σκέφτομαι και αργότερα τα μετανιώνω.

0 1 2 3 4 5

11.Παίρνω αποφάσεις γρήγορα χωρίς να σκέπτομαι αρκετά για τις πιθανές αρνητικές συνέπειες.

0 1 2 3 4 5

12.Οι σχέσεις μου με τους ανθρώπους δυσκολεύονται από την τάση μου να μιλώ πρώτα και να σκέφτομαι αργότερα.

0 1 2 3 4 5

13.Η διάθεση μου έχει ανεβοκατεβάσματα.

0 1 2 3 4 5

14.Δυσκολευομαι να προγραμματίσω με ποια σειρά να κάνω τις εργασίες ή τις δραστηριότητες όταν είναι πολλές.

0 1 2 3 4 5

15.Εύκολα αναστατώνομαι.

0 1 2 3 4 5

16.Φαίνεται πως είμαι ευαίσθητος και πολλά πράγματα με αναστατώνουν.

0 1 2 3 4 5

17.Είμαι σχεδόν πάντοτε σε κίνηση.

0 1 2 3 4 5

18.Είμαι πιο άνετος όταν κινιέμαι παρά όταν κάθομαι ακίνητος.

0 1 2 3 4 5

19. Σε συζητήσεις αρχίζω να απαντώ σε ερωτήσεις πριν αυτές έχουν ολοκληρωθεί.

0 1 2 3 4 5

20. Συνήθως κάνω πάνω από μια εργασία τη φορά, και αποτυγχάνω να ολοκληρώσω πολλές από αυτές.

0 1 2 3 4 5

21. Ακόμα και όταν κάθομαι ήσυχα, συνήθως κουνάω τα χέρια μου ή τα πόδια μου.

0 1 2 3 4 5

22. Σε ομαδικές δραστηριότητες είναι δύσκολο για μένα να περιμένω τη σειρά μου.

0 1 2 3 4 5

23. Το μυαλό μου γεμίζει τόσο πολύ που είναι δύσκολο για αυτό να λειτουργήσει.

0 1 2 3 4 5