



ΚΕΝΤΡΟ ΕΡΕΥΝΑΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
(Κ.Ε.ΕΠ.ΕΚ.)

SCIENCE AND EDUCATION
RESEARCH CENTER
(S.E.R.C.)

Ἡὼς

ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ
ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Eos

JOURNAL OF SCIENTIFIC
AND EDUCATIONAL RESEARCH



ΤΟΜΟΣ 4 • Αθήνα 2016, Τεύχος 2

VOLUME 4 • Athens 2016, Section 2

SCIENCE AND EDUCATION RESEARCH CENTER (S.E.R.C.)

Eos

JOURNAL OF SCIENTIFIC AND EDUCATIONAL RESEARCH

Volume 5 • Athens 2016

ISSN 1790-5168

EDITORIAL BOARD

Th. Exarchakos, Professor
Emeritus, University of Athens

Ath. Trilianos, Professor
Emeritus, University of Athens

A. Katsiki-Givalou, Professor
Emeritus, University of Athens

K. Skordoulis, Professor
University of Athens

D. Daskalakis, Professor
University of Athens

G. Drakos, Professor
Emeritus, University of Athens

G. Leontsinis, Professor
Emeritus, University of Athens

D. Mattheou, Professor
Emeritus, University of Athens

Ath. Papas, Professor Emeritus
University of Athens

Ar. Raptis, Professor
Emeritus, University of Athens

G. Dimakos, Professor
Emeritus, University of Athens

I. Mylonakou-Keke,
Assoc. Professor

University of Athens

G. Baralis,
Assoc. Professor
University of Athens

EXECUTIVE BOARD

Th. Exarchakos

Ath. Trilianos

A. Katsiki-Givalou

K. Skordoulis

SECRETARY

M. Koudouna

P. Maniatis

S.E.R.C. Journal EOS, 20 Ippokratous str., 10680 Athens,
tel.: 210 3688523, email: texarcha@primedu.uoa.gr or gmparalis@primedu.uoa.gr
Copyright @ 2013, S.E.R.C.

ΚΕΝΤΡΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ (Κ.Ε.ΕΠ.ΕΚ.)

Ήως

ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Τόμος 5 • Αθήνα 2016

ISSN 1790-5168

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Θ. Εξαρχάκος, Ομ. Καθηγητής,
Πανεπιστήμιο Αθηνών

Αθ. Τριλιανός, Ομ. Καθηγητής,
Πανεπιστήμιο Αθηνών

Α. Κατσίκη-Γκίβαλου, Ομ. Καθηγή-
τρια, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Κ. Σκορδούλης, Καθηγητής,
Πανεπιστήμιο Αθηνών

Α. Δασκαλάκης, Καθηγητής,
Πανεπιστήμιο Αθηνών

Γ. Δράκος, Ομ. Καθηγητής,
Πανεπιστήμιο Αθηνών

Γ. Λεοντσίνης, Ομ. Καθηγητής,
Πανεπιστήμιο Αθηνών

Α. Ματθαίου, Ομ. Καθηγητής,
Πανεπιστήμιο Αθηνών

Αθ. Παπάς, Ομ. Καθηγητής,
Πανεπιστήμιο Αθηνών

Αρ. Ράπτης, Ομ. Καθηγητής,
Πανεπιστήμιο Αθηνών

Γ. Δημάκος, Ομ. Καθηγητής,
Πανεπιστήμιο Αθηνών

Η. Μυλονάκου-Κεκέ,
Αναπλ. Καθηγήτρια
Πανεπιστήμιο Αθηνών

Γ. Μπαραλής,
Αναπλ. Καθηγητής
Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΕΚΤΕΛΕΣΤΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Θ. Εξαρχάκος

Αθ. Τριλιανός

Α. Κατσίκη-Γκίβαλου

Κ. Σκορδούλης

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Μ. Κουδούνα

Π. Μανιάτης

Κ.Ε.ΕΠ.ΕΚ., Περιοδικό **ΗΩΣ**, Ιπποκράτους 20, Αθήνα, ΤΚ 10680
Τηλ.: 210 3688523, e-mail: texarcha@primedu.uoa.gr ή gmparalis@primedu.uoa.gr
Copyright @ 2013, Κ.Ε.ΕΠ.ΕΚ

ΤΑ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ Η ΕΠΙΠΑΡΑΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ

Ιωάννα- Ιώ Θεοδωρίτση

Ψυχολόγος MSc,
iotheodoritsi@gmail.com

Αλέξανδρος-Σταμάτιος Αντωνίου

Επίκουρος Καθηγητής Π.Τ.Δ.Ε.- ΕΚΠΑ,
as_antoniou@primedu.uoa.gr

Περίληψη

Η ΔΕΠ-Υ συγκαταλέγεται ανάμεσα στις πιο συχνές αναπτυξιακές διαταραχές της παιδικής ηλικίας. Πέρα από τα πρωτογενή συμπτώματα της διαταραχής, το παιδί με ΔΕΠ-Υ συχνά έρχεται αντιμέτωπο και με τα δευτερογενή συμπτώματα που συνδέονται με την αντίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος και τα βιώματά του. Τέτοια συμπτώματα είναι: το στρες, το άγχος, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η σχολική αποτυχία, καθώς και διάφορα προβλήματα συμπεριφοράς. Η πιθανή εμφάνιση δευτερογενών προβλημάτων ή η συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ με κάποια άλλη διαταραχή, είναι δυνατό να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την όλη εξέλιξη και πορεία της διαταραχής. Είναι γεγονός, ότι η ΔΕΠ-Υ επηρεάζει όχι μόνο το ίδιο το παιδί αλλά και τα ευρύτερα συστήματα που συνδέονται με αυτό, όπως την οικογένεια και το σχολικό περιβάλλον. Στο παρόν άρθρο θα γίνει αναφορά: στη σύνδεση του στρες με τη ΔΕΠ-Υ στα διάφορα στάδια της ζωής του παιδιού, τη συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με άλλες διαταραχές, τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το παιδί με ΔΕΠ-Υ στο σχολικό πλαίσιο και τις κοινωνικές σχέσεις με τους συνομηλίκους, τη σύνδεση της ΔΕΠ-Υ με τον σχολικό εκφοβισμό καθώς και τους παράγοντες που προκαλούν στρες στους γονείς των παιδιών αυτών.

Λέξεις-κλειδιά: δευτερογενή συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, στρες και ΔΕΠ-Υ, ΔΕΠ-Υ και δυσκολίες στο σχολικό και οικογενειακό περιβάλλον

Abstract

ADHD is among the most common developmental disorders of childhood. Besides the dominant symptoms of the disorder, children with ADHD often face secondary symptoms. Such symptoms are stress, anxiety, low self-esteem, school failure, as well as various behavioral problems. The aforementioned secondary symptoms, can actually influence the development and the course of the disorder. It is a fact that ADHD, not only influences the child but it also affects the school and the family environment. The purpose of this article is to provide useful information based on scientific research and studies concerning ADHD and stress, comorbidity of ADHD, influence of ADHD on school environment and social relationships, ADHD and bullying as well as factors that cause stress and anxiety in parents of children with ADHD.

Keywords: secondary symptoms of ADHD, stress & ADHD, ADHD & difficulties in school and family environment

Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα/ ΔΕΠ-Υ

Η ΔΕΠ-Υ συγκαταλέγεται μεταξύ των πλέον συχνών αναπτυξιακών διαταραχών της παιδικής ηλικίας. Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν ότι το 8-12% των παιδιών που παραπέμπονται σε ιατροπαιδαγωγικά κέντρα και κέντρα ψυχικής υγείας παγκοσμίως, εκδηλώνει συμπτώματα που αφορούν στη ΔΕΠ-Υ (Rappley, 2005), ενώ συγκεκριμένα για την Ελλάδα το σχετικό ποσοστό αφορά το 7-9,5% των παιδιών (Palili et al., 2011). Η συγκεκριμένη διαταραχή είναι πολυπαραγοντική και συνδέεται με γενετικούς, περιβαλλοντικούς και νευροψυχολογικούς παράγοντες (Nigg, 2006). Ως προς το φύλο, πολλές έρευνες καταθιστούν φανερό το υψηλότερο ποσοστό της ΔΕΠ-Υ στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια (Nussbaum, 2012). Προκύπτει όμως, ότι τα κορίτσια εμφανίζουν πιο συχνά συμπτώματα που αφορούν στην απροσεξία (Biederman et al., 2005) καθώς και άλλα εσωτερικευμένα συμπτώματα όπως η απόσυρση, το άγχος και η κατάθλιψη (Quinn, 2008) εν συγκρίσει προς τα αγόρια. Από την άλλη μεριά, τα αγόρια με ΔΕΠ-Υ, είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν εξωτερικευμένες διαταραχές όπως η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή και η Διαταραχή Διαγωγής νωρίς στην παιδική τους ηλικία σε σχέση με τα κορίτσια (Roy et al., 2014).

Η ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζεται από τρεις βασικές κατηγορίες συμπτωμάτων:

- Συμπτώματα που αφορούν στη δυσκολία συγκέντρωσης και παρατεταμένης διατήρησης της προσοχής
- Συμπτώματα που αφορούν στην αυξημένη κινητική δραστηριότητα

• Συμπτώματα που αφορούν στη μειωμένη ικανότητα αναστολής των αυθόρμητων αντιδράσεων (Burns et al., 2001).

Σύμφωνα με το DSM-IV, οι τρεις αυτές κατηγορίες περιγράφονται αντίστοιχα ως: *Απροσεξία, Υπερκινητικότητα και Παρορμητικότητα*. Τα ελλείμματα στις παραπάνω κατηγορίες, αποτελούν τα κυρίαρχα συμπτώματα της διαταραχής και έχουν -κατά βάση- οργανική αιτιολογία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Σε κάποια παιδιά υπερισχύουν τα συμπτώματα της μιας ή της άλλης κατηγορίας ενώ σε άλλα εμφανίζονται όλα τα συμπτώματα με την ίδια σοβαρότητα. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ετερογένεια στην κλινική εικόνα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Wahlstedt et al., 2009).

Πέρα από τα πρωτογενή συμπτώματα της διαταραχής, το παιδί με ΔΕΠ-Υ έρχεται αντιμέτωπο συχνά και με τα δευτερογενή συμπτώματα τα οποία συνδέονται με την αντίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος και τα βιώματά του. Η ΔΕΠ-Υ έχει συνδεθεί με μια σειρά από αναπτυξιακές, συναισθηματικές, κοινωνικές και σχολικές δυσκολίες που είναι επιπρόσθετες των κυρίαρχων συμπτωμάτων της διαταραχής (Becker et al., 2011). Ορισμένα από τα δευτερογενή συμπτώματα είναι τα εξής: το στρες, το άγχος (Tarver et al., 2014), η χαμηλή αυτοεκτίμηση (Garner et al., 2013), η σχολική αποτυχία (Kawabata et al., 2012. Wu & Gau, 2013), τα διάφορα προβλήματα συμπεριφοράς (Edbom, 2006. Garner et al., 2013) και τα χαμηλότερα επίπεδα ποιότητα ζωής που παρατηρούνται στα παιδιά και τους εφήβους με ΔΕΠ-Υ (Bussing et al., 2010. Danckaerts et al., 2010).

Προγεννητικό Στρες & ΔΕΠ-Υ

Είναι γεγονός ότι η ΔΕΠ-Υ και το στρες, συνδέονται μεταξύ τους με πολλούς τρόπους και σε διαφορετικές χρονικές στιγμές. Η σχέση μεταξύ ΔΕΠ-Υ και στρες φαίνεται να εντοπίζεται ήδη από ένα πολύ πρώιμο στάδιο, αυτό της κύησης. Βάσει των σχετικών ερευνών, η ΔΕΠ-Υ δεν οφείλεται σε έναν και μόνο αιτιολογικό παράγοντα αλλά σχετίζεται με πολύ περισσότερους. Συγκεκριμένα, σημαντικός αριθμός γενετικών (Castellanos & Tannock, 2002), περιβαλλοντικών (Durstun et al., 2009) και νευροψυχολογικών (Nigg et al., 2005) παραγόντων προκύπτει ότι συνδέεται άμεσα με την παθογένεση της ΔΕΠ-Υ. Ένας δε από τους προγεννητικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες, που μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην εκδήλωση της διαταραχής, είναι και το μητρικό στρες (O' Connor et al., 2003).

Σύμφωνα, με σχετική έρευνα, τα υψηλά επίπεδα μητρικού στρες -στους 8 μήνες κύησης (32 εβδομάδες) βρέθηκε να διπλασιάζουν, τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια- τον κίνδυνο για εμφάνιση συμπτωμάτων υπερκινητικότητας, ελλειμματικής προσοχής και συναισθηματικών διαταραχών κατά την ηλικία των 4 και 7 ετών (O' Connor et al., 2003). Μελέτη του 2003, κατέληξε στο

συμπέρασμα ότι, τα υψηλά επίπεδα κορτιζόλης της μητέρας κατά την κύηση, συνδέονται με την εμφάνιση «δύσκολων» ιδιοσυγκρασιακών χαρακτηριστικών του μωρού, νευρικότητα και έντονο κλάμα κατά τους πρώτους 5 μήνες της ζωής του (De Weerth et al., 2003). Άλλη μελέτη αναφέρει ότι οι αυξημένες ορμόνες του στρες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, συνδέονται με δυσκολίες στην ιδιοσυγκρασία του παιδιού μέχρι την ηλικία των 3 ετών (Wadhwa et al., 2001). Σε έρευνα που συνέκρινε παιδιά ηλικίας 9 ετών, των οποίων οι μητέρες είχαν βιώσει έντονο στρες κατά την εγκυμοσύνη, φάνηκε ότι τα παιδιά αυτά εμφάνιζαν περισσότερα ελλείμματα στην προσοχή σε σχέση με συνολικά τους παιδιά, των οποίων οι μητέρες εμφάνιζαν χαμηλά επίπεδα στρες κατά την εγκυμοσύνη (King & Laplante, 2005).

Συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με άλλες διαταραχές

Τα πρωτογενή συμπτώματα της διαταραχής, συχνά ενεργοποιούν με τη σειρά τους νέα προβλήματα μέσω της αλληλεπίδρασης με διάφορους περιβαλλοντικούς παράγοντες που συνήθως ορίζονται ως δυσχερείς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Η πιθανή εμφάνιση δευτερογενών προβλημάτων ή η συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ με κάποια άλλη διαταραχή, είναι δυνατόν να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την όλη εξέλιξη και πορεία της διαταραχής. Έχει παρατηρηθεί ότι η ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει τα υψηλότερα ποσοστά συννοσηρότητας, εν συγκρίσει με άλλες διαταραχές της παιδικής ηλικίας. Σύμφωνα με αρκετούς ερευνητές, η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, χωρίς τη συνύπαρξη κάποιας άλλης διαταραχής, αποτελεί μάλλον ένα σπάνιο γεγονός στην κλινική πράξη (Kadesjo & Gillberg, 2001. Tarver et al., 2014).

Σύμφωνα με μεγάλο αριθμό ερευνών, διαπιστώνεται ότι η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει συχνότερα με την Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή, την Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή και τη Διαταραχή Tourette (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Ωστόσο, άλλες έρευνες έχουν δείξει τη συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ με διαταραχές εσωτερίκευσης (διαταραχές άγχους και διάθεσης, κ.α.) στο 25% των παιδιών τα οποία είχαν διαγνωστεί με τη διαταραχή, ενώ το 20-25% από αυτά πληρούσαν και τα κριτήρια για τη διάγνωση των μαθησιακών δυσκολιών (Barkley, 2006). Στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν επίσης παρατηρηθεί διαταραχές, τόσο στην ποιότητα, όσο και στη διάρκεια του ύπνου, σε ποσοστό 56% σε σχέση με το 23% των τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών (Andreou et al., 2003).

Επιπλέον, φαίνεται να υπάρχει μια στενή σύνδεση ανάμεσα στη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ με μια σειρά από δυσμενείς παράγοντες που αφορούν στην υγεία του παιδιού, συμπεριλαμβανομένης της κακοποίησης (Ryan-Krause, 2010) στις διάφορες μορφές της όπως σωματική, συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση αλλά και παραμέληση (Fuller-Thomson & Lewis, 2015). Σε σχετική μελέτη βρέθηκε ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εκτίθενται πιο συχνά σε σωματική

και συναισθηματική κακοποίηση και παραμέληση εν συγκρίσει με τα παιδιά εκείνα που δεν εμφανίζουν τη διαταραχή (Hadianfard, 2014), ενώ ο κίνδυνος γίνεται ακόμη μεγαλύτερος στην περίπτωση της συννοσηρότητας της ΔΕΠ-Υ με την Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (Ford et al., 2000).

Τέλος, πρόσφατες έρευνες καταδεικνύουν σύνδεση της ΔΕΠ-Υ με την παιδική παχυσαρκία (Holtkamp et al., 2004. Lam & Yang, 2007. Waring & Lapane, 2008), με τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ να παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση παχυσαρκίας (Agranat-Meget et al., 2005. Byrd, Pagoto & Anderson, 2012. Kim et al., 2011). Η εν λόγω σχέση φαίνεται να οφείλεται σε συμπεριφορές που αφορούν τον τρόπο ζωής των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Lingineni et al., 2012), όπως οι διαταραγμένες διατροφικές τους συνήθειες, η παράλειψη γευμάτων, η μη τήρηση προγράμματος και ρουτίνας (Ptacek et al., 2016) αλλά και εξαιτίας του γεγονότος ότι δεν συμμετέχουν σε οργανωμένες και απαιτητικές αθλητικές δραστηριότητες (Kim et al., 2011).

Αγχώδεις και Συναισθηματικές διαταραχές και ΔΕΠ-Υ

Οι αγχώδεις διαταραχές και η ΔΕΠ-Υ αποτελούν δύο από τις πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας. Η έρευνα έχει δείξει, ότι οι δύο αυτές διαταραχές συνυπάρχουν περίπου στο 25-40% των περιπτώσεων (Tannock, 2000). Επιπλέον, έχει τεκμηριωθεί ερευνητικά και η συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ με τις διαταραχές διάθεσης (Wilens et al., 2001). Η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με την κατάθλιψη φαίνεται να οδηγεί σε μεγαλύτερες ψυχοκοινωνικές δυσκολίες (Blackman et al., 2005) και χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής (Klassen et al., 2004). Επιπλέον, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε έφηβες προέκυψε ότι η κατάθλιψη λειτουργεί διαμεσολαβητικά μεταξύ ΔΕΠ-Υ και αυτοκτονικότητας (Cho et al., 2008). Άλλη μελέτη επίσης έδειξε ότι η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με διαταραχές όπως η κατάθλιψη και η δυσθυμία αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα που αυξάνει τον κίνδυνο για αυτοκτονία (Balazs et al., 2014).

Σε έρευνα των Bowen και συνεργατών (2008), εξετάστηκαν τα κλινικά χαρακτηριστικά παιδιών, τα οποία εμφάνιζαν συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με τις διαταραχές άγχους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, περίπου το 50% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, εμφάνιζαν συνυπάρχουσες αγχώδεις διαταραχές, ενώ περίπου το 20% των παιδιών με αγχώδεις διαταραχές, εμφάνιζαν συννοσηρότητα με τη ΔΕΠ-Υ. Σύμφωνα με τη μελέτη, τα παιδιά που εμφάνιζαν συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με αγχώδεις διαταραχές, εμφάνιζαν πιο συχνά σχολική φοβία και διαταραχές της διάθεσης, είχαν περισσότερα προβλήματα προσοχής και -επιπλέον- παρουσίαζαν πιο περιορισμένες κοινωνικές δεξιότητες, σε σύγκριση με τα παιδιά που εμφάνιζαν μόνο ΔΕΠ-Υ ή μόνο αγχώδεις διαταραχές.

Επίσης, τα παιδιά, τα οποία εμφάνιζαν συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με διαταραχές άγχους, παρουσίαζαν πιο σοβαρά και έντονα συμπτώματα. Συγκε-

κριμένα, τα εν λόγω παιδιά φαίνεται να είχαν περισσότερο άγχος, πιο πολλά καταθλιπτικά συμπτώματα, καθώς και περισσότερα προβλήματα προσοχής. Τα παραπάνω ερευνητικά αποτελέσματα, επιβάλλουν στοχευμένες παρεμβάσεις για την επιτυχή διαχείριση και αντιμετώπιση του πολύπλοκου φαινομένου της συννοσηρότητας και των δυσμενών συνεπειών της για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Bowen et al., 2008).

Στη διεθνή βιβλιογραφία, έχει δοθεί πολύ μικρότερη έμφαση στη μελέτη της συννοσηρότητας της ΔΕΠ-Υ και των αγχώδων διαταραχών παρά την ερευνητικά τεκμηριωμένη διαπίστωση ότι η συνύπαρξή τους είναι πολύ συχνή (Schatz & Rostain, 2006. Taurines et al., 2010). Τα ερευνητικά δεδομένα για τη συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ, τόσο με τις αγχώδεις διαταραχές, όσο και με τις διαταραχές της διάθεσης είναι αρκετά περιορισμένα και πολλές φορές αντιφατικά μεταξύ τους. Το γεγονός αυτό οφείλεται, μεταξύ άλλων, και στη δυσκολία διάκρισης των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και του άγχους στην παιδική ηλικία καθώς οι εν λόγω διαταραχές εκφράζουν ένα αρκετά ευρύ φάσμα συναισθηματικών προβλημάτων (Jarrett & Ollendick, 2008).

Από την ανασκόπηση της συναφούς βιβλιογραφίας προκύπτει ότι η συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ με τις διαταραχές εξωτερίκευσης (εναντιωματική προκλητική διαταραχή, διαταραχή διαγωγής, αντικοινωνική διαταραχή κ.ά.) είναι πολύ μεγαλύτερη σε σχέση με τις αγχώδεις διαταραχές, ανερχόμενη μάλιστα στο 50% των περιπτώσεων σε ορισμένες μελέτες. Ωστόσο, η συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ και των διαταραχών άγχους δεν θα πρέπει να υποτιμάται. Το ερευνητικό πεδίο της συνύπαρξης της ΔΕΠ-Υ με τις αγχώδεις διαταραχές απαιτεί περαιτέρω μελέτη, δεδομένου ότι μπορεί να προσφέρει σημαντικές πληροφορίες, όσον αφορά την αιτιολογία, την εκτίμηση και τελικά τη θεραπεία της ΔΕΠ-Υ (Jarrett & Ollendick, 2008).

Συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ και στρες στα παιδιά

Έρευνες έχουν επισημάνει ότι η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ φαίνεται να αποτελεί στρεσογόνο παράγοντα για τα ίδια τα άτομα, τα οποία περιγράφουν τα μαθητικά τους χρόνια ως ιδιαίτερα μοναχικά και θυμούνται να προσπαθούν να αντεπεξέλθουν με γονείς, συμμαθητές και δασκάλους όπως και να νιώθουν συχνά απομονωμένοι και με χαμηλή αυτοεκτίμηση (Shattell et al, 2008. Travell & Visser, 2006) Πολλά από τα συμπτώματα της διαταραχής, όπως η δυσκολία συγκέντρωσης και προσοχής, η υπερκινητικότητα και οι ελλείψεις οργανωτικές δεξιότητες, δημιουργούν συχνά στα παιδιά απογοήτευση, θυμό και απελπισία, συναισθήματα που με τη σειρά τους συμβάλλουν στο καθημερινό άγχος που συνοδεύει τη διαταραχή.

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, είναι συχνά ευερέθιστα και ευέξαπτα, λόγω της δυσκολίας τους να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος αλλά και

λόγω των συχνών παρατηρήσεων που δέχονται, τόσο στο σπίτι όσο και στο σχολείο με αποτέλεσμα να υιοθετούν συχνά προκλητική και αντιδραστική συμπεριφορά (Barkley, 2006). Οι εκρήξεις θυμού και η επιθετική συμπεριφορά, αποτελούν πιο συχνά και πιο έντονα φαινόμενα στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Ο θυμός των παιδιών αυτών, εκδηλώνεται κάτω από αφορμές που δεν είναι σημαντικές, έχει μεγαλύτερη διάρκεια και ένταση και υποχωρεί πολύ πιο δύσκολα από ό,τι στα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά (Chacko et al., 2009).

ΔΕΠ-Υ και Προβλήματα στο Σχολικό Πλαίσιο

Σε ότι αφορά τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και τις σχολικές τους επιδόσεις, παρατηρείται ότι, τα παιδιά αυτά, συναντούν αρκετές δυσκολίες, γεγονός που αντανακλάται και στην αντίληψη που έχουν για τον εαυτό τους. Ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, μπορεί να εμφανίζει μεγάλη δυσκολία στο να παραμείνει ήσυχο ακόμη και όταν αντιμετωπίζει το ενδεχόμενο της τιμωρίας (Barkley, 2005). Επιπλέον, το παιδί με ΔΕΠ-Υ προκειμένου να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις και τους κανόνες της τάξης και να παραμείνει καθιστό, μπορεί να κουνιέται συνεχώς στην καρέκλα του, θέλοντας με αυτό τον τρόπο να ικανοποιήσει την ανάγκη που νιώθει για κινητικότητα (Wright et al., 2009). Η έντονη προσπάθεια για υποχρεωτική ακινησία οδηγεί το παιδί σε κατάσταση υπερδιέγερσης και έντασης. Οι διαδικασίες αυτές επιφορτίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ με στρες, καθώς νιώθουν ότι δυσκολεύονται να ακολουθήσουν τους κανόνες της τάξης, ενώ η ίδια η μαθησιακή διαδικασία γίνεται για τα παιδιά αυτά, πολύ πιο δύσκολη εν συγκρίσει προς τους υπόλοιπους συμμαθητές τους.

Επίσης, η ελλειμματική προσοχή που εμφανίζουν αυτά τα παιδιά, συνδέεται στενά με τη δυσκολία τους να ακολουθήσουν οδηγίες για την επιτυχή ολοκλήρωση ενός έργου (Barkley, 2006). Συνεπώς, αποτυγχάνουν συχνά να ολοκληρώσουν τις σχολικές ασκήσεις ή άλλες δραστηριότητες που διέπονται από συγκεκριμένους κανόνες. Επιπρόσθετα, στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, παρατηρείται ταχεία απώλεια του ενδιαφέροντός τους ως προς αυτά που ασχολούνται. Επίσης, απογοητεύονται εύκολα και εγκαταλείπουν γρήγορα την προσπάθεια, καθώς δεν διαθέτουν την απαιτούμενη υπομονή και επιμονή, για να ολοκληρώσουν το εκάστοτε έργο που τους ανατίθεται (Hoza et al., 2001).

Τα παιδιά που εμφανίζουν τη συγκεκριμένη διαταραχή, έχουν συχνά την τάση να απαντούν βιαστικά στις ερωτήσεις με αποτέλεσμα να κάνουν λάθη και να τις παρερμηνεύουν (APA, 2000). Το γεγονός αυτό, δημιουργεί εσφαλμένη εντύπωση στον εκπαιδευτικό, αναφορικά με τις γνώσεις και τις δυνατότητες του παιδιού. Έχει διαπιστωθεί ερευνητικά, ότι οι εκπαιδευτικοί κρατούν μια πιο αρνητική στάση απέναντι στα παιδιά αυτά αξιολογώντας τα πιο αυστηρά εν συγκρίσει με τους υπόλοιπους συμμαθητές τους (Batzle et al., 2010). Επιπλέον, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν μια διασπαστική συμπεριφορά

που συχνά προκαλεί αναστάτωση στην τάξη ή παρασύρει τους υπόλοιπους μαθητές γεγονός που δημιουργεί ρήξη και προβλήματα στις σχέσεις τους με τους δασκάλους τους (Du Paul & Stoner, 2003).

Όλα τα παραπάνω, οδηγούν τους μαθητές με ΔΕΠ-Υ σε έντονες δυσκολίες, οι οποίες και αυξάνονται συνεχώς με το πέρασμα του χρόνου. Λογικό επακόλουθο, τα αισθήματα απογοήτευσης και ματαίωσης, καθ' όσον οι μαθητές αυτοί διαπιστώνουν, ότι οι προσπάθειές τους δεν επαρκούν και δεν αποδίδουν. Η διαδικασία της μάθησης για τα παιδιά αυτά, συνδέεται συχνά με συναισθήματα άγχους, αποτυχίας, αποφυγής και έντονου θυμού. Η διαδικασία της μελέτης και της προετοιμασίας των παιδιών με ΔΕΠ-Υ για το σχολείο, αποτελεί συχνά μια κουραστική και αρνητική εμπειρία λόγω των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν αλλά και των συγκρούσεων τους με τους γονείς. (Rogers et al., 2009). Οι συνεχείς παρατηρήσεις που δέχονται τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, η μη ικανοποιητική απόδοση και οι μειωμένες σχολικές επιδόσεις αποτελούν αρνητικές εμπειρίες που συνδέονται με έντονα συναισθήματα απογοήτευσης και προσωπικής απαξίας οδηγώντας σε χαμηλή αυτοεκτίμηση (Trenting & Hinshaw, 2001).

ΔΕΠ-Υ και Προβλήματα στις Κοινωνικές Σχέσεις με τους Συνομηλίκους

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, εκτός από τις δυσκολίες στις σχολικές επιδόσεις και τις τεταμένες σχέσεις με τους δασκάλους και τους γονείς, συναντούν ιδιαίτερες δυσκολίες και ως προς τις κοινωνικές δεξιότητες και τις σχέσεις με τους συνομηλίκους (Bussing et al., 2010. Mikami, 2010). Έρευνες έχουν δείξει ότι τα παιδιά αυτά, εμφανίζουν προβλήματα προσαρμογής και δυσκολίες ένταξης στην ομάδα των συνομηλίκων τους από πολύ μικρή ηλικία (Handen & Valdes, 2007. Normand et al., 2013). Μελέτη των Hoza και συνεργατών (2005) έδειξε ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν δυσκολίες στις κοινωνικές συναλλαγές με τους συνομηλίκους τους, καθώς βιώνουν συχνά απορριπτική συμπεριφορά εκ μέρους αυτών, σε ποσοστό 52% έως 82%. Στην ίδια μελέτη, που πραγματοποιήθηκε σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ, ηλικίας από 7 έως 9 ετών, φάνηκε ότι μόνο το 1% των παιδιών αυτών, χαρακτηριζόταν ως δημοφιλές από τα υπόλοιπα παιδιά.

Σε άλλη μελέτη βρέθηκε ότι τα παιδιά αυτά, έχουν πιο λίγες φιλικές σχέσεις (Normand et al., 2013) που χαρακτηρίζονται από πολλές εντάσεις, αστάθεια και μικρότερη διάρκεια σε σχέση με τις φιλικές σχέσεις που διατηρούν τα υπόλοιπα παιδιά (Blachman & Hinshaw, 2002). Είναι σαφές λοιπόν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν αρκετές δυσκολίες ως προς τις κοινωνικές τους σχέσεις (Danckaerts et al., 2010), εμφανίζουν φτωχές κοινωνικές δεξιότητες και δυσκολεύονται συχνά να ακολουθήσουν τους κανόνες μιας ομάδας αλλά και να αποτελέσουν μέλος αυτής (Murray-Close et al., 2010).

Μια συνθήκη στην οποία τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται ιδιαίτερα, είναι τα παιχνίδια με τα υπόλοιπα παιδιά. Λόγω της παρορμητικής τους συμπεριφοράς, τα παιδιά αυτά φέρονται πιο εγωκεντρικά, δυσκολεύονται να ακολουθήσουν τους κανόνες των παιχνιδιών καθώς και να συνεργαστούν ή να μοιραστούν πράγματα με τα υπόλοιπα παιδιά, γεγονός που τα οδηγεί σε ρήξη με τους συνομηλίκους τους (Cordier et al., 2010. Normand et al., 2011). Επιπλέον, σε περίπτωση που χάσουν δυσκολεύονται να διαχειριστούν την κατάσταση και ξεσπάνε σε θυμό (Murray-Close et al., 2010).

Οι αυξημένες κινητικές ανάγκες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, τα πειράγματα στους συμμαθητές, οι ζημιές και η αναστάτωση μέσα στην τάξη σε συνδυασμό με την παρορμητικότητα που εμφανίζουν, δημιουργούν ένταση και ανησυχία στα υπόλοιπα παιδιά. Πολλές φορές, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εκδηλώνουν προκλητική συμπεριφορά, αγνοούν τον κίνδυνο και γενικότερα είναι απρόσεκτα, με αποτέλεσμα συχνά να χτυπούν και να τραυματίζονται, αλλά και να δημιουργούν αναστάτωση σε όποιον βρίσκεται γύρω τους (Barkley, 2002).

Ένα ιδιαίτερο ζήτημα, το οποίο επηρεάζει τις σχέσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ με τους συνομηλίκους τους, είναι οι συναισθηματικές δυσκολίες που εμφανίζουν, όπως έλλειψη αυτοελέγχου και δυσκολία ρύθμισης και έκφρασης των συναισθημάτων τους (Barkley, 2006). Επίσης, συχνά είναι οξύθυμα και ευερέθιστα, σε συνθήκες που δεν απαιτούν τέτοιου είδους αντιδράσεις και τις οποίες δυσκολεύονται ιδιαίτερα να διαχειριστούν (Anastopoulos et al., 2010). Ακόμη, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης (Cordier et al., 2011) και ανοχής στη ματαίωση των επιθυμιών τους, συγκριτικά με τα υπόλοιπα παιδιά (Martel, 2009), χαρακτηριστικά τα οποία αποδεικνύονται άμεσα συνδεδεμένα με την εκδήλωση αντιδραστικής και επιθετικής συμπεριφοράς (Anastopoulos et al., 2010).

Είναι προφανές, ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν πολλά ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες. Συχνά μάλιστα, εμφανίζουν επίτηδες μια πιο προκλητική συμπεριφορά, για να τραβήξουν την προσοχή επάνω τους και να μην νιώθουν μόνα. Επίσης, εμφανίζουν συχνά εναντιωματική και προκλητική συμπεριφορά, ως μέσο αντίδρασης στις επικρίσεις που τους γίνονται.

Εξαιτίας όλων των προαναφερθέντων αλλά και των συμπτωμάτων της ίδιας της διαταραχής, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ όλων των παραπάνω, αλλά και των συμπτωμάτων της ίδιας της διαταραχής, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να αποτελέσουν θύτες του σχολικού εκφοβισμού. Πολλά από τα συμπτώματα της διαταραχής, έχουν άμεση σύνδεση με τη συμπεριφορά του εκφοβισμού (Bacchini et al., 2008). Σε μελέτη των Ivarsson et al. (2005) φάνηκε ότι τα παιδιά που ήταν θύτες σχολικού εκφοβισμού εμφάνιζαν περισσότερα εξωτερικευμένα συμπτώματα και υπερκινητικότητα, ένιωθαν αναποτελεσματικά και είχαν διαπροσωπικά προβλήματα.

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να αποτελέσουν όμως και θύματα σχολικού εκφοβισμού. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση, το στρες και οι διαταραχές εσωτερικευ-

σης που προκύπτουν ως αποτέλεσμα των δυσλειτουργικών διαπροσωπικών σχέσεων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αλλά και η ακαδημαϊκή υπο-επίδοση και η διαφορετικότητα, που εμφανίζουν σε σχέση με τον μέσο όρο, συνιστούν σημαντικούς παράγοντες θυματοποίησης σε σχέση με τον σχολικό εκφοβισμό (Meltzer et al., 2011).

Μεγάλος αριθμός επιστημονικών ερευνών έχει δείξει ότι η θυματοποίηση συνδέεται με δυσκολίες προσαρμογής στο σχολικό περιβάλλον, όπως μοναξιά, σχολική φοβία, αίσθημα ανασφάλειας, δυσκολίες συγκέντρωσης, άγχος, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη και αποφευκτική συμπεριφορά (Reijntjes et al., 2010), δηλαδή δυσκολίες οι οποίες σχετίζονται άμεσα με τη ΔΕΠ-Υ. Κατά συνέπεια, συνάγεται ότι ΔΕΠ-Υ και σχολικός εκφοβισμός εμφανίζουν σημαντικό βαθμό συνάφειας η οποία άλλωστε χρήζει περαιτέρω επιστημονικής διερεύνησης.

Παράγοντες που προκαλούν στρες στους γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ

Οι γονείς παιδιών και εφήβων με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν καθημερινά συνεχείς προκλήσεις και αυξημένο γονεϊκό άγχος (Deault, 2010), ενώ παράλληλα έχουν μειωμένη αίσθηση αυτο-αποτελεσματικότητας (Maniadaki et al., 2005). Η καθημερινότητα της οικογένειας ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ, αποτελεί σαφώς μια δύσκολη πραγματικότητα, καθώς συχνά εκδηλώνονται δυσλειτουργίες και διαμάχες στις σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της (Biederman, 1992. Flores et al., 2014).

Τα συμπτώματα που εμφανίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι επίμονα και εντοπίζονται σε πολλά και διαφορετικά πλαίσια (Ferrin & Taylor, 2011), γεγονός που δυσκολεύει αρκετά τους γονείς (APA, 2013). Επιπλέον, τα παιδιά και οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν ελλείμματα σε βασικούς τομείς της ζωής τους, όπως οι ακαδημαϊκές επιδόσεις και οι κοινωνικές σχέσεις (Becker et al., 2012), τομείς που φαίνεται να απασχολούν ιδιαίτερα τους γονείς. Το αποτέλεσμα πρόσφατης μετα-ανάλυσης, η οποία αναφέρει ότι οι γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ βιώνουν πολύ υψηλότερα επίπεδα γονεϊκού στρες σε σχέση με τους γονείς των τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών (Theule, 2013), επιβεβαιώνει απολύτως τις υποθέσεις της επιστημονικής κοινότητας.

Το παιδί με ΔΕΠ-Υ καθυστερεί συχνά να ανταποκριθεί στα ερεθίσματα που δέχεται από το περιβάλλον του και αναπτύσσει περιορισμένες δεξιότητες αυτοελέγχου, γεγονός που επηρεάζει πολλούς τομείς της ζωής του (Du Paul & Stoner, 2003) και κυρίως επηρεάζει την αλληλεπίδραση που έχει με τους γονείς του (Finzi-Dottan et al., 2010). Συνεπώς, η έλλειψη αυτοελέγχου και η δυσκολία διαχείρισης και έκφρασης των συναισθημάτων (Barkley, 2006), οδηγούν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ σε ευερεθιστότητα, έντονες συναισθηματικές

αντιδράσεις και θυμό (Anastopoulos et al., 2010), γεγονός που ευνοεί την ανάπτυξη και τη διατήρηση δυσλειτουργικών σχέσεων, ανάμεσα στα παιδιά αυτά και τα μέλη της οικογένειάς τους (Cunningham, 2007). Μια πρόσθετη αιτία, η οποία μπορεί να προκαλέσει αναστάτωση ανάμεσα στα παιδιά με ΔΕΠΥ και τους γονείς τους, είναι οι ανεπαρκείς οργανωτικές ικανότητες που αυτά εμφανίζουν καθώς χάνουν συχνά τα πράγματά τους, δίνουν την εντύπωση ότι ξεχνούν εύκολα και δεν τακτοποιούν το δωμάτιό τους γεγονός που πυροδοτεί εκρήξεις (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Παρόμοιες συνθήκες και δυσκολίες εμφανίζονται και κατά τη διαδικασία της μελέτης, την οποία τα παιδιά συχνά προσπαθούν να αποφύγουν, παραιτούνται εύκολα και αναζητούν συνεχώς υποστήριξη, γεγονός που δημιουργεί σύγκρουση με τους γονείς και αυξάνει τα μαθησιακά κενά των μαθητών με ΔΕΠ-Υ (Cunningham, 2007). Οι ανωτέρω διαδικασίες φαίνεται να κουράζουν πολύ τους γονείς και να τους δημιουργούν αισθήματα άγχους και ανησυχίας. Η προετοιμασία για το σχολείο αποτελεί μια δύσκολη και χρονοβόρα διαδικασία γεμάτη ένταση, διαπληκτισμούς και έλλειψη συνεργασίας, ενώ οι γονείς αναφέρουν μειωμένη αίσθηση αυτο-αποτελεσματικότητας και συχνά αποφεύγουν τη διαδικασία και αποσύρονται (Rogers et al., 2009).

Επιπλέον, η υπερκινητική συμπεριφορά που εμφανίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, μπορεί συχνά να προκαλέσει αναστάτωση σε διάφορες καθημερινές δραστηριότητες της οικογένειας, όπως το φαγητό και οι επισκέψεις (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012). Επίσης, σε σχετική έρευνα βρέθηκε ότι οι γονείς δυσκολεύονται ιδιαίτερα να υποστηρίξουν και να βοηθήσουν τα παιδιά τους να διατηρήσουν τις φιλίες τους (Wilkes-Gillan et al., 2014), ενώ επιδιώκουν λιγότερο συχνά να κανονίζουν συναντήσεις για παιχνίδι με φίλους των παιδιών τους, σε σχέση με τους γονείς των τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών (Mikami et al., 2010).

Ένας ακόμη λόγος, ο οποίος δημιουργεί άγχος στους γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι η άγνοια κινδύνου και η τολμηρή συμπεριφορά που αυτά εμφανίζουν. Το γεγονός αυτό σε συνάρτηση με την υπερκινητικότητά τους, τα οδηγεί σε πιο συχνούς τραυματισμούς και ατυχήματα (κατάγματα, δηλητηριάσεις, ήπιες εγκεφαλικές κακώσεις, πτώσεις και τραυματισμούς με το ποδήλατο κ.α.), αναλογικά με τα υπόλοιπα παιδιά (Adeyemo et al., 2014. Barkley, 2002. Hurtig et al., 2016. Pastor & Reuben, 2006). Μεγάλος αριθμός ερευνών, έχει συνδέσει τη ΔΕΠ-Υ με αυξημένο αριθμό πτώσεων και κακώσεων των δοντιών στα παιδιά (Veloso-Mota et al., 2016. Herguner et al., 2015. Thikkurissy, et al., 2012). Συνεπώς, οι γονείς αισθάνονται ότι πρέπει να είναι διαρκώς σε ετοιμότητα, ώστε να προλαμβάνουν τυχόν τραυματισμούς των παιδιών τους. Παρατηρείται αρκετά συχνά το φαινόμενο οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ να έχουν και οι ίδιοι τη διαταραχή αν και το γεγονός όμως ότι σε αρκετές περιπτώσεις δεν υπάρχει διάγνωση για τους ίδιους, φαίνεται να οδηγεί σε αυξη-

μένο κίνδυνο οικογενειακών συγκρούσεων και αρνητικών αλληλεπιδράσεων ανάμεσα σε εκείνους και τα παιδιά τους (Ginsberg et al., 2014).

Ερευνητικά ευρήματα αναφέρουν ότι, σε σχέση με τους γονείς των τυπικώς αναπτυσσόμενων παιδιών, οι γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ, νιώθουν μειωμένη γονεϊκή εκτίμηση και ικανοποίηση αλλά και μειωμένη αίσθηση αυτο-αποτελεσματικότητας (Doshi et al., 2012). Επιπλέον, εμφανίζουν αυξημένη ανησυχία και αίσθημα ανεπάρκειας, υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, καθώς και άλλων συναισθηματικών δυσκολιών (Maniadaki et al., 2005), ειδικότερα όταν υπάρχει συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ με προβλήματα διαγωγής (Deault, 2010). Επιπλέον, ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν ότι οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχουν συχνά χαμηλή αυτοεκτίμηση, προτιμούν να αλληλεπιδρούν λιγότερο συχνά με τα παιδιά τους και χαρακτηρίζονται από μειωμένη στοργική στάση απέναντί τους (Eving et al., 2014). Το γεγονός αυτό κάνει συχνά τους γονείς να έχουν επικριτική στάση απέναντι στο παιδί γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε εχθρική αντιμετώπιση και πιο αυστηρές τακτικές επίλυσης των συγκρούσεων (Edwards et al., 2001). Έχει, ακόμη, παρατηρηθεί ότι ορισμένοι γονείς μη μπορώντας να διαχειριστούν επιτυχώς τις όποιες καταστάσεις συνοδεύουν τη διαταραχή των παιδιών τους, κάποιες φορές καταφεύγουν σε σωματική τιμωρία, γεγονός που δημιουργεί ένα φαύλο κύκλο επιδεινώνοντας τα συμπτώματα της διαταραχής (Becker & McCloskey, 2002).

Εξαιτίας των παραπάνω προβλημάτων, οι γονείς συχνά τείνουν να είναι απορριπτικοί, να εφαρμόζουν αυστηρές ποινές (Pires et al., 2012) και λιγότερες ανταμοιβές καθώς και να είναι περισσότερο αρνητικοί με τα παιδιά τους, γεγονός το οποίο δε βοηθά, ούτε την έκβαση της διαταραχής, ούτε και τις μεταξύ τους σχέσεις (Finzi-Dottan et al., 2010). Για όλους τους προαναφερθέντες λόγους, οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχουν ανάγκη υποστήριξης, ενώ απαραίτητη κρίνεται και η εφαρμογή στοχευμένων προγραμμάτων, τόσο για τη διαχείριση του στρες, όσο και για την υποβοήθηση και την ενίσχυση του γονεϊκού τους ρόλου.

Βιβλιογραφικές παραπομπές

- [1] Adeyemo, B. O., Biederman, J., Zafonte, R., Kagan, E., Spencer, T. J., Uchida, M. et al. (2014). Mild traumatic brain injury and ADHD: A systematic review of the literature and meta-analysis. *Journal of Attention Disorders*, 18, 576–584.
- [2] Agranat-Meged, A. N., Deitcher, C., Goldzweig, G., Leibenson, L., Stein, M. & Galili-Weisstub, E. (2005) Childhood obesity and attention deficit/hyperactivity disorder: A newly described co-morbidity in obese hospitalized children. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 357–359.
- [3] American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5™)*. Washington DC: APA.
- [4] American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical*

- Manual of Mental Disorders*. (4th ed., rev.). Washington DC: APA.
- [5] Anastopoulos, A. D., Smith, T. F., Garrett, M. E., Morrissey-Kane, E., Schatz, N. K., Sommer, J. L. et al. (2010). Self-regulation of emotion, functional impairment, and comorbidity among children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 13(6), 640-648.
- [6] Andreou, C., Karapetsas, A., Agapitou, P. & Gourgoulisanis, K. (2003). Verbal intelligence and sleep disorders in children with ADHD. *Perceptual and Motor Skills*, 96, 1283-1288.
- [7] Bacchini, D., Affuso, G. & Trotta, T. (2008). Temperament, ADHD and peer relations among schoolchildren: The mediating role of school bullying. *Aggressive Behavior*, 34, 447-459.
- [8] Balazs, J., Miklosi, M., Keresztesy, A., Dallos, G. & Gadoros, J. (2014). Attention-deficit hyperactivity disorder and suicidality in a treatment naive sample of children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 152-154, 282-287.
- [9] Barkley, R. A. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for diagnosis and treatment* (3rded.). New York: Guilford Press.
- [10] Barkley, R. A. (2005). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.
- [11] Barkley, R. A. (2002). Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(12), 10-15.
- [12] Barkley, R. A., Du Paul, G., & McMurray, M. B. (1990). A comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(6), 775-789.
- [13] Batzle, C., Weyandt, L., Janusis, G. & Deviett, T. (2010). Potential impact of ADHD with stimulant medication label on teacher expectations. *Journal of Attention Disorders*, 14(2), 157-166.
- [14] Becker, S. P., Luebke, A. M. & Langberg, J. M. (2012). Co-occurring mental health problems and peer functioning among youth with attention-deficit/hyperactivity disorder: a review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15, 279-302.
- [15] Becker, A., Roessner, V., Breuer, D., Dopfner, M. & Rothenberger, A. (2011). Relationship between quality of life and psychopathological profile: Data from an observational study in children with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(2), 267-275.
- [16] Becker, K. B. & McCloskey, L. A. (2002). Attention and conduct problems in children exposed to family violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 83-91.
- [17] Biederman, J., Kwon, A., Aleardi, M., Chouinard, V. A., Marino, T., Cole, H. et al. (2005). Absence of gender effects on attention deficit hyperactivity disorder: Findings in nonreferred subjects. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1083-1089.
- [18] Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., Benjamin, J., Krifcher, B., Moore,

- C. et al. (1992). Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. Patterns of comorbidity in probands and relatives psychiatrically and pediatrically referred samples. *Archives of General Psychiatry*, 49, 728-738.
- [19] Blachman, D. R. & Hinshaw, S. P. (2002). Patterns of friendship among girls with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 625-640.
- [20] Blackman, G. L., Ostrander, R. & Herman, K. C. (2005) Children with ADHD and depression: a multisource, multi-method assessment of clinical, social, and academic functioning. *Journal of Attention Disorders*, 8, 195-207.
- [21] Bowen, R., Chavira, D., Bailey, K., Stein, M. T. & Stein M. B. (2008): Nature of anxiety comorbid with attention deficit hyperactivity disorder in children from a pediatric primary care setting. *Psychiatry Research*, 157(1-3), 201-209.
- [22] Burns, L. G., Boe, B., Walsh, J. A., Sommers-Flanagan, R. & Teegarden, L. A. (2001). A confirmatory factor analysis on the DSM-IV ADHD and ODD symptoms: What is the best model for the organization of these symptoms? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 339-349.
- [23] Bussing, R., Mason, D. M., Bell, L., Porter, P. & Garvan, C. (2010). Adolescent outcomes of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 595-605.
- [24] Byrd, H. C. M., Pagoto, C. & Anderson, S. E. (2012) Attention-deficit/hyperactivity disorder and obesity in US males and females, age 8-15 years: National health and nutrition examination survey 2001-2004. *Pediatric Obesity*, 8, 445-453.
- [25] Castellanos, F. X. & Tannock, R. (2002). Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: The search for endophenotypes. *Nature Reviews*, 3, 617-628.
- [26] Chacko, A., Wakschlag, L., Hill, C., Danis, B. & Espy, K. (2009). Viewing preschool disruptive behavior disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder through a developmental lens: what we know and what we need to know. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, 627-643.
- [27] Cho, S. C., Kim, J. W., Choi, H. J., Kim, B. N., Shin, M. S., Lee, J. H. et al. (2008). Associations between symptoms of attention deficit hyperactivity disorder, depression, and suicide in Korean female adolescents. *Depression and Anxiety*, 25, 142-146.
- [28] Cordier, R., Bundy, A., Hocking, C. & Einfeld, S. (2010). Empathy in the play of children with ADHD. *OTJR, Occupation Participation and Health*, 30(3), 122-132.
- [29] Cunningham, C. E. (2007). A family-centered approach to planning and measuring the outcome of interventions for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 676-694.

- [30] Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E. J., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Döpfner, M., Hollis, C. et al. (2010). The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 83-105.
- [31] Deault, L. C. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry and Human Development*, 41, 168-192.
- [32] De Weerth, C., Van Hees, Y. & Buitelaar, J. K. (2003). Prenatal maternal cortisol levels and infant behavior during the first five months. *Early Human Development*, 74 (2), 139-151.
- [33] Doshi, J. A., Hodgkins, P., Kahle, J., Sikirica, V., Cangelosi, M. J., Setyawan, J. et al. (2012) Economic impact of childhood and adult attention deficit/hyperactivity disorder in the United States. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 990-1002.
- [34] Douglas, V. I., & Parry, P. A. (1994). Effects of reward and non-reward on attention and frustration in attention deficit disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 281-302.
- [35] Du Paul, G. J. & Stoner, G. (2003). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies* (2nded.). New York: Guilford Press.
- [36] Durston, S., Seeuw, P. & Staal, W. G. (2009). Imaging genetics in ADHD: A focus on cognitive control. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 33, 674-689.
- [37] Edbom, T. (2006). Long-term relationships between symptoms of attention deficit hyperactivity disorder and self-esteem in a prospective longitudinal study of twins. *Acta Paediatrica*, 95, 650-657.
- [38] Edwards, G., Barkley, R., Laneri, M., Fletcher, K. & Metevia, L. (2001). Parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 557-572.
- [39] Evinç, S. G., Gençöz, T., Foto Özdemir, D., Akdemir, D., Karadağ, F. & Unal, F. (2014). Child maltreatment and associated factors among children with ADHD: A comparative study. *Turkish Journal of Pediatrics*, 56, 11-22.
- [40] Ferrin, M. & Taylor, E. (2011). Child and caregiver issues in treatment of attention deficit-hyperactivity disorder: Education, adherence and treatment choice. *Future Neurology*, 6, 399- 413.
- [41] Finzi-Dottan, R., Triwitz, Y. S. & Golubchik, P. (2010). Predictors of stress-related growth in parents of children with ADHD. *Research in Developmental Disabilities*, 32 (2), 510-519.
- [42] Flores, S. M., Salum, G. A. & Manfro, G. G. (2014). Dysfunctional family environments and childhood psychopathology: the role of psychiatric comorbidity. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 36(3), 147-51.
- [43] Ford, J. D., Racusin, R., Ellis, C. G., Daviss, W. B., Reiser, J., Fleischer, A. et al. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and post-traumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention

- deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreatment*, 5(3), 205-217.
- [44] Fuller-Thomson, E. & Lewis, D. A. (2015). The relationship between early adversities and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Abuse & Neglect*, 47, 94-101.
- [45] Garner, A. A., O'Connor, B. C., Narad, M. E., Tamm, L., Simon, J. & Epstein, J. N. (2013). The relationship between ADHD symptom dimensions, clinical correlates, and functional impairments. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 34(7), 469-477.
- [46] Ginsberg, Y., Quintero, J., Anand, E., Casillas, M. & Upadhyaya, H. P. (2014). Underdiagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients: A review of the literature. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 16(3), doi:10.4088/PCC.13r01600.
- [47] Hadianfard, H. (2014). Child abuse in group of children with attention deficit-hyperactivity disorder in comparison with normal children. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 2(2), 77.
- [48] Handen, B. L. & Valdes, L. (2007). Preschoolers with developmental disabilities: A comparison of an ADHD and a Non ADHD group. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 19, 579-592.
- [49] Herguner, A., Erdur, A. E., Basciftci, F. A. & Herguner, S. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in children with traumatic dental injuries. *Dental Traumatology*, 31, 140-143.
- [50] Holtkamp, K., Konrad, K., Müller, B., Heussen, N., Herpertz, S., Herpertz-Dahlmann, B. et al. (2004) Overweight and obesity in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 28, 685-689.
- [51] Hoza, B., Mrug, S., Gerdes, A.C., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. M. & Gold, J. A. (2005). What aspects of peer relationships are impaired in children with ADHD? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 411-423.
- [52] Hoza, B., Pelham, W. E., Waschbusch, D. A., Kipp, H. & Owens, J. S. (2001). Academic task persistence of normally achieving ADHD and control boys: Self evaluations, and attributions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 271-283.
- [53] Hurtig, T., Ebeling, H., Jokelainen, J., Koivumaa-Honkanen, H. & Taanila, A. (2016). The association between hospital-treated injuries and ADHD symptoms in childhood and adolescence: A follow-up study in the Northern Finland birth cohort 1986. *Journal of Attention Disorders*, 20, 3-10.
- [54] Ivarsson, T., Broberg, A. G., Arvidsson, T. & Gillberg, C. (2005). Bullying in adolescence: Psychiatric problems in victims and bullies as measured by the Youth Self Report (YSR) and the Depression Self-Rating Scale (DSRS). *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 365-373.
- [55] Jarrett M. & Ollendick, T. (2008). A conceptual review of the comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety: implications for future research and practice. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1266-1280.

- [56] Kadesjo, B., & Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 487-492.
- [57] Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2012). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα, Θεωρητικές Προσεγγίσεις & Θεραπευτική αντιμετώπιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- [58] Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- [59] Kawabata, Y., Tseng, W. L. & Gau, S. S. (2012). Symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and social and school adjustment: The moderating roles of age and parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(2), 177-188.
- [60] Kim, J., Mutyala, B., Agiovlasitis, S. & Fernhall, B. (2011) Health behaviors and obesity among US children with attention deficit/ hyperactivity disorder by gender and medication use. *Preventive Medicine*, 52, 218-222.
- [61] King, S., & Laplante, D. P. (2005). The effects of prenatal maternal stress on children's cognitive development: Project Ice Storm. *Stress*, 8(1), 35-45.
- [62] Klassen, A. F., Miller, A. & Fine, S. (2004). Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 114, 541-547.
- [63] Lam, L. T. & Yang, L. (2007) Overweight/obesity and attention deficit/hyperactivity disorder tendency among adolescents in China. *International Journal of Obesity*, 31, 584-590.
- [64] Lingineni, R. K., Biswas, S., Ahmad, N., Jackson, B. E., Bae, S. & Singh, K. P. (2012). Factors associated with attention deficit/hyperactivity disorder among US children: Results from a national survey. *BMC Pediatrics*, 12(50), 1-10.
- [65] Maniadaki, K., Sonuga-Barke, E., Kakouros, E. & Karaba, R. (2005). Maternal emotions and self-efficacy beliefs in relation to boys and girls with ADHD. *Child Psychiatry and Human Development*, 35(3), 245-263.
- [66] Martel, M. M. (2009). Research Review: A new perspective on attention-deficit hyperactivity disorder: Emotion dysregulation and trait models. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 1042-1051.
- [67] Meltzer, H., Vostanis, P., Ford, T., Bebbington, P. & Dennis, M. S. (2011). Victims of bullying in childhood and suicide attempts in adulthood. *European Psychiatry*, 26, 498-503.
- [68] Mikami A. (2010). The importance of friendship for youth with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(2), 181-198.
- [69] Mikami, A., Jack, A., Emeh, C. & Stephens, H. (2010). Parental influences on children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: I. Parental behaviors associated with children's peer relationships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 721-736.
- [70] Murray-Close, D., Hoza, B., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Swanson, J., Jensen, P. S. et al. (2010). Developmental processes in peer problems of

- children with attention-deficit/hyperactivity disorder in the multimodal treatment study of children with ADHD: Developmental cascades and vicious cycles. *Development and Psychopathology*, 22, 785-802.
- [71] Nigg, J. T. (2006). *What causes ADHD? Understanding what goes wrong and why*. New York: The Guilford Press.
- [72] Nigg, J. T., Willcutt, E. G., Doyle, A. E. & Sonuga-Barke, E. J. S. (2005). Causal heterogeneity in attention-deficit/hyperactivity disorder: Do we need neuro-psychologically impaired subtypes? *Biological Psychiatry*, 57, 1224-1230.
- [73] Normand, S., Schneider, H. B., Lee, M. D., Maisonneuve, M. F., Chupetlovska-Anastasova, A. et al. (2013). Continuities and changes in the friendships of children with and without ADHD: A longitudinal, observational study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(7), 1161-1175.
- [74] Normand, S., Schneider, B., Lee, M., Maisonneuve, M., Kuehn, S. & Robaey, P. (2011). How do children with ADHD (mis)manage their real-life dyadic friendships? A multi-method investigation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(2), 293-305.
- [75] Nussbaum, N. L. (2012). ADHD and female specific concerns: A review of the literature and clinical implications. *Journal of Attention Disorders*, 16, 87-100.
- [76] O' Connor, T. G., Heron, J., Golding, J., Glover, V. & the ALSPAC Study Team (2003). Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(7), 1025-1036.
- [77] Palili A., Kolaitis G., Vassi, I., Veltsista A., Bakoula, C. & Gika, A. (2011). Inattention, hyperactivity, impulsivity- epidemiology and correlations: A nationwide Greek study from birth to 18 years. *Journal of Child Neurology*, 26(2) 199-204.
- [78] Pastor, P. N. & Reuben, C. A. (2006). Identified attention deficit/hyperactivity disorder and medically attended, nonfatal injuries: US school-age children, 1997-2002. *Ambulatory Pediatrics*, 6, 38-44.
- [79] Pires, T. O., Silva, C. M. & Assis, S. G. (2012). Family environment and attention deficit hyperactivity disorder. *Revista de Saúde Pública*, 46(4), 624-632.
- [80] Ptacek, R., Stefano, G. B., Weissenberger, S., Akotia, D., Raboch, J., Papezova, H. et al. (2016) Attention deficit hyperactivity disorder and disordered eating behaviors: links, risks, and challenges faced. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 571-579.
- [81] Quinn, P. O. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and its comorbidities in women and girls: An evolving picture. *Current Psychiatry Reports*, 10, 419-423.
- [82] Rappley M. D. (2005). Clinical practice. Attention deficit-hyperactivity disorder. *The New England Journal of Medicine*, 352(2), 165-173.
- [83] Reijntjes, A., Kamphuid, J. H., Prinzie, P. & Telch, M. J. (2010). Peer victimization and internalizing problems in children: A meta-analysis of

- longitudinal studies. *Child Abuse & Neglect*, 34, 244-252.
- [84] Rogers, M. A., Wiener, J., Marton, L. & Tannock, R. (2009). Parental involvement in children's learning: Comparing parents of children with and without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of School Psychology*, 47, 167-185.
- [85] Roy, A., Oldehinkel, A. J., Verhulst, F. C., Ormel, J., & Hartman, C. A. (2014). Anxiety and disruptive behavior mediate pathways from attention-deficit/hyperactivity disorder to depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75, 108-113.
- [86] Ryan-Krause, P. (2010). Attention deficit hyperactivity disorder: Part I. *Journal of Pediatric Health Care*, 24, 194-198.
- [87] Schatz, D. B. & Rostain, A. L. (2006). ADHD with Comorbid Anxiety: A Review of the Literature. *Journal of Attention Disorders*, 10, 141-149.
- [88] Shattell, M. M., Bartlett, R. & Rowe, T. (2008). "I have always felt different": The experience of attention-deficit/hyperactivity disorder in childhood. *Journal of Pediatric Nursing*, 23, 49-57.
- [89] Tannock, R. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder with anxiety disorders. In T.E. Brown (ed.), *Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and adults* (pp.125-170). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- [90] Tarver, J., Daley, D. & Sayal, K. (2014) Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): An updated review of the essential facts. *Child: Care, Health and Development*, 40, 762-774.
- [91] Taurines, R., Schmitt, J., Renner, T., Conner, A. C., Warnke, A. & Romanos, M. (2010). Developmental comorbidity in attention-deficit/hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2(4), 267-289.
- [92] Theule, J., Wiener, J., Jenkins, J. & Tannock, R. (2013). Parenting stress in families of children with ADHD: a meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21, 3-17.
- [93] Thikkurissy, S., McTigue, D. J. & Coury, D. L. (2012). Children presenting with dental trauma are more hyperactive than controls as measured by the ADHD rating scale IV. *Pediatric Dentistry*, 34, 28-31.
- [94] Travell, C. & Visser, J. (2006). "ADHD does bad stuff to you": Young people's and parents' experiences and perceptions of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Emotional and Behavioural Difficulties*, 11, 205-216.
- [95] Trenting, J. J. & Hinshaw, S. P. (2001). Depression and self - esteem in boys with ADHD: associations with comorbid aggression and explanatory attributional mechanisms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 23-39.
- [96] Veloso-Mota, I., Soares, M. E., Homem, M. A., Marques, L. S., Ramos-Jorge, M. L. & Ramos-Jorge, J. (2016). Signs of attention deficit/hyperactivity disorder as a risk factor for traumatic dental injury among schoolchildren: a case-control study. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 26, 471-476.

- [97] Wadhwa, P. D., Sandman, C. A., & Garite, T. J. (2001). The neurobiology of stress in human pregnancy: Implications for prematurity and development of the fetal central nervous system. *Progress in Brain Research*, 133, 131-142.
- [98] Wahlstedt, C., Thorell, L. B., & Bohlin, G. (2009). Heterogeneity in ADHD: Neuropsychological pathways, comorbidity and symptom domains. *Journal of Abnormal Childhood Psychology*, 37, 551-564.
- [99] Waring, M. E. & Lapane, K. L. (2008). Overweight in children and adolescents in relation to attention-deficit/ hyperactivity disorder: Results from a national sample. *Pediatrics*, 122, 1-6.
- [100] Wilens, T. E., Spencer, T. J., Biederman, J., Girard, K., Doyle, R., Prince, J. et al. (2001). A controlled clinical trial of bupropion for attention deficit hyperactivity disorder in adults. *American Journal of Psychiatry*, 158, 282-288.
- [101] Wilkes-Gillan, S., Bundy, A., Cordier, R. & Lincoln, M. (2014). Eighteen month follow-up of a play-based intervention to improve the social play skills of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61(5), 299-307.
- [102] Wright, C., Shelton, D. & Wright, M. (2009). A contemporary review of the assessment, diagnosis and treatment of ADHD. *Australian Journal of Learning Difficulties*, 14(2), 199-214.
- [103] Wu, S. & Gau, S. S. (2013). Correlates for academic performance and school functioning among youths with and without persistent attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 34(1), 505-515.