

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**



**ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ:**

**«ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ & ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ  
ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ»**

**ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ:**

**ΓΙΑΝΑΖΟΓΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΑΜ: 19175**

**ΠΑΠΑΖΑΧΟΠΟΥΛΟΥ ΚΑΤΕΡΙΝΑ ΑΜ: 19174**

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:**

**Σιαφάκα Βασιλική, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια**

**ΙΩΑΝΝΙΝΑ**

**2022**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**



**ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ:**

**«ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ & ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ  
ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ»**

**ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ:**

**ΓΙΑΝΑΖΟΓΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΑΜ: 19175**

**ΠΑΠΑΖΑΧΟΠΟΥΛΟΥ ΚΑΤΕΡΙΝΑ ΑΜ: 19174**

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:**

**Σιαφάκα Βασιλική, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια**

**ΙΩΑΝΝΙΝΑ**

**2022**

**«ADHD & COMORBIDITY BETWEEN  
ADHD AND ANXIETY DISORDERS»**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την επιβλέπουσα καθηγήτριά μας, Βασιλική Σιαφάκα, για την καθοδήγηση που μας προσέφερε και το χρόνο που διέθεσε δίνοντάς μας χρήσιμες συμβουλές και οδηγίες για την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας. Στο ίδιο πλαίσιο ευγνωμοσύνης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους τους καθηγητές του Τμήματος Λογοθεραπείας, για τη συμβολή τους στην διαμόρφωση της επαγγελματικής μας ταυτότητας στα χρόνια της φοίτησής μας στο Τμήμα..

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γονείς μας για την οικονομική και συναισθηματική τους υποστήριξη, καθώς και τους συγγενείς και τους φίλους για την ηθική υποστήριξη σε όλο το διάστημα των σπουδών μας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας, είναι μία από τις συχνότερες διαταραχές που συναντώνται στην παιδική ηλικία. Πρόκειται για μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή με βασικά, ή όπως ονομάζονται πυρηνικά, συμπτώματα απροσεξίας, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας. Ακολουθεί το άτομο για όλη του τη ζωή, η κλινική της εικόνα διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία, με την λειτουργικότητα να κυμαίνεται από ελάχιστα έως πολύ επηρεασμένη. Συνυπάρχει εξαιρετικά συχνά με πλήθος διαταραχών, όπως Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος, Διαταραχές Διάθεσης, Διπολικές Διαταραχές, Γλωσσικές και Μαθησιακές Διαταραχές και Διαταραχές Ελέγχου των Παρορμήσεων. Η διαφοροδιάγνωσή της από αυτές, αλλά και από άλλες διαταραχές, συχνά, καθίσταται αναγκαία. Οι Αγχώδεις Διαταραχές είναι μία από τις διαγνωστικές κατηγορίες που συχνά συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ/Υ. Αποτελούν την πιο διαδεδομένη υποομάδα ψυχικών διαταραχών με τον υπερβολικό φόβο, το άγχος, και την αποφυγή επίμονων και βλαβερών καταστάσεων να τις χαρακτηρίζει. Εντοπίζονται συχνά, τα συμπτώματά τους μπορεί να έχουν πρόωμη εκδήλωση, και χαρακτηρίζονται από υψηλό επιπολασμό. Ωστόσο, είναι δύσκολο να διαφοροποιηθούν από την ΔΕΠ/Υ λόγω της υψηλής επικάλυψης των συμπτωμάτων των δύο αυτών διαταραχών. Άτομα με ΔΕΠ/Υ, έχουν αυξημένη πιθανότητα να εκδηλώσουν διαταραχές άγχους, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται μελλοντικά η κλινική εικόνα, η πρόγνωση και η θεραπεία της ΔΕΠ/Υ. Τέλος, τόσο η ΔΕΠ/Υ όσο και οι Αγχώδεις Διαταραχές είναι μακροχρόνιες αναπτυξιακές διαταραχές και η διακύμανση ως προς την ανταπόκριση στη θεραπεία μπορεί να ποικίλει με την πρόωμη παρέμβαση, τη φαρμακολογική θεραπεία και τις γνωσιακές-συμπεριφορικές παρεμβάσεις να αποτελούν ορισμένες από αυτές.

**ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ: ΔΕΠ/Υ, αγχώδεις διαταραχές, συννοσηρότητα, διαφοροδιάγνωση, θεραπεία**

## **ABSTRACT**

Attention Deficit Hyperactivity Disorder is one of the most common disorders that we meet in childhood. It is a neurodevelopmental disorder with core symptoms of inattention, hyperactivity and impulsivity. It follows the person for their entire life, its clinical picture varies according to age with functionality ranging from minimally to severely affected. It is extremely common with several disorders such as Autism Spectrum Disorders, Mood Disorders, Bipolar Disorders, Learning Disorders, and Impulse Control Disorders. Its differential diagnosis from these and other disorders often becomes necessary. Anxiety disorders are one of the diagnostic categories that often coexist with ADHD. They are the most common subgroup of mental disorders characterized by excessive fear, anxiety, and avoidance of persistent and harmful situations. They are frequently detected, their symptoms have an early onset, and they are characterized by a high prevalence. However, they are difficult to differentiate from ADHD because of the high overlap of symptoms of these disorders. People with ADHD have an increased possibility of developing anxiety disorders, which affects the clinical picture, prognosis and treatment of ADHD in the future. Finally, both ADHD and anxiety disorders are long-term developmental disorders, and variation in treatment response can vary, with early intervention, pharmacological treatment, and cognitive-behavioral interventions being some of them.

**KEY-WORDS: ADHD, anxiety disorders, comorbidity, differential diagnosis, treatment**

## Περιεχόμενα

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b> .....	<b>3</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	<b>4</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>5</b>
<b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ</b> .....	<b>8</b>
<b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ</b> .....	<b>9</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ</b> .....	<b>9</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΕΛΛΕΙΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ &amp; ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ(ΔΕΠ/Υ)</b> .....	<b>10</b>
1.1 Ιστορική αναδρομή.....	10
1.2 Ορισμός της ΔΕΠ/Υ.....	12
1.3 Αιτιολογία της ΔΕΠ/Υ.....	13
1.4 Επιδημιολογία της ΔΕΠ/Υ .....	17
1.5 Διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ/Υ.....	20
1.6 Τύποι της ΔΕΠ/Υ.....	27
1.7 Κλινική εικόνα της ΔΕΠ/Υ.....	29
1.8 Διαφοροδιάγνωση της ΔΕΠ/Υ.....	36
1.8.1 Διαφοροδιάγνωση της ΔΕΠ/Υ από τις ΔΑΦ .....	36
1.8.2 Διαφοροδιάγνωση της ΔΕΠ/Υ από το σύνδρομο Tourette.....	41
1.8.3 Διαφοροδιάγνωση της ΔΕΠ/Υ από την τυπική ζωνρότητα.....	42
1.9 Νοημοσύνη στην ΔΕΠ/Υ.....	45
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΔΕΠ/Υ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΥΡΟΤΗΤΑ ΜΕ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ...</b>	<b>48</b>
Εισαγωγή.....	48
2.1 Επισκόπηση των διαταραχών άγχους .....	49
2.2 Άγχος και ΔΕΠ/Υ στην προσχολική ηλικία .....	55
2.3 Αγχώδεις Διαταραχές και ΔΕΠ/Υ στην παιδική ηλικία και την εφηβεία .....	57
2.4 Αγχώδεις Διαταραχές και ΔΕΠ/Υ στους ενήλικες .....	61
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΕΠ/Υ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ</b> .....	<b>65</b>
3.1 Συννοσηρότητα της ΔΕΠ/Υ με Μαθησιακές Δυσκολίες.....	65
3.2 Συννοσηρότητα της ΔΕΠ/Υ με Διαταραχές Ελέγχου των Παρορμήσεων .....	70
3.3 Συννοσηρότητα της ΔΕΠ/Υ με τις Διαταραχές Κατάθλιψης .....	75
3.4 Συννοσηρότητα της ΔΕΠ/Υ με τις Διπολικές Διαταραχές.....	78
3.5 Συννοσηρότητα της ΔΕΠ/Υ με τις Γλωσσικές Διαταραχές.....	83
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ</b> .....	<b>86</b>

Εισαγωγή.....	86
4.1 Πρώιμη παρέμβαση.....	86
4.1.1 Πρώιμη παρέμβαση στη ΔΕΠ/Υ.....	87
4.1.2 Πρώιμη παρέμβαση στις αγχώδεις διαταραχές.....	89
4.2 Φαρμακοθεραπεία.....	90
4.2.1 Φαρμακοθεραπεία στη ΔΕΠ/Υ.....	90
4.2.2 Φαρμακοθεραπεία στις αγχώδεις διαταραχές.....	93
4.2.3 Φαρμακοθεραπεία σε συννοσηρή ΔΕΠ/Υ και άγχος.....	95
4.3 Συμπεριφορική-Γνωσιακή παρέμβαση.....	97
4.3.1 Γνωσιακή-Συμπεριφορική παρέμβαση στη ΔΕΠ/Υ.....	99
4.3.2 Γνωσιακή-συμπεριφορική παρέμβαση στις αγχώδεις διαταραχές.....	101
4.3.3 Γνωσιακή Συμπεριφορική παρέμβαση στη ΔΕΠ/Υ με συννοσηρή αγχώδη διαταραχή.....	103
<b>ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>105</b>
<b>ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>105</b>
<b>ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ.....</b>	<b>114</b>



## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Συχνότητα της ΔΕΠ/Υ ανά ηλικιακή ομάδα

Πίνακας 2: Συχνότητα της ΔΕΠ/Υ σύμφωνα με το φύλο

Πίνακας 3: Ποσοστά εμφάνισης συμπτωμάτων (Cheklist for Autism Spectrum Disorder)

Πίνακας 4: Αναλογία γυναικών προς άνδρες των ποσοστών επικράτησης για αγχώδεις διαταραχές

Πίνακας 5: Ο μέσος όρος ηλικίας των γονέων κατά τη γέννηση περιστατικών με και χωρίς συννοσηρότητα αγχώδους διαταραχής

Πίνακας 6: Ψυχιατρικές συννοσηρότητες σύμφωνα με υποτύπους ΔΕΠ/Υ

Πίνακας 7: Συμπτωματολογία Διαταραχών Διασπαστικής Συμπεριφοράς (πρώην κατηγορία της ΔΕΠ/Υ)

Πίνακας 8: Ομοιότητες & διαφορές μεταξύ της ΔΕΠ/Υ και της μανίας με βάση τα κριτήρια του DSM

Πίνακας 9: Ιστορικό καρδιαγγειακού προσυμπτωματικού ελέγχου πριν από την έναρξη της φαρμακοθεραπείας

Πίνακας 10: Εκτιμήσεις επίδρασης CBT στις αγχώδεις διαταραχές

Πίνακας 11 : Δομή του Προγράμματος Cool Kids

## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ**

Εικόνα 1: Ο παγκόσμιος επιπολασμός της παιδικής ΔΕΠ/Υ με βάση την αναδρομική ανάκληση σε ενήλικες ηλικίας 18-44 ετών

Εικόνα 2: Αλληλεπικαλυπτόμενα και διακριτικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ/Υ και των κοινών ψυχιατρικών συννοσηροτήτων

## **ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ**

ΔΕΠ/Υ: Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας

ΕΜΔ: Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες

ΚΕΚ: Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις

ΕΠΔ: Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή

FDA: Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων

PFS: Preschool First Step

GAD: Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή

SAD: Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους

PD: Διαταραχή Πανικού

ATX: Ατομοξετίνη

CBT: Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία

NICE: Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Αλληλεγγύης

AD: Αγχώδεις διαταραχές

SUD: Διαταραχή χρήσης ουσιών

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΕΛΛΕΙΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ & ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ(ΔΕΠ/Υ)

## 1.1 Ιστορική αναδρομή

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας, η οποία θεωρείται η περισσότερο μελετημένη νευροαναπτυξιακή διαταραχή, αποτέλεσε αντικείμενο έρευνας πολλά χρόνια πριν, με πρώτο τον Melchior Adam Weikard να αναφέρεται σε μια συμπεριφορική διαταραχή με υπερκινητικότητα και έλλειψη προσοχής ήδη από το 1775 (Barkley & Peters, 2012). Περιπτώσεις που σήμερα στην πλειοψηφία τους θα θεωρούνταν διαγνώσεις ΔΕΠ/Υ περιγράφει ο γιατρός Alexander Crichton το 1798 στο δεύτερο βιβλίο του, σε κεφάλαιο που αφορά την προσοχή και την διαταραχή της λειτουργίας αυτής (Palmer & Finger, 2001). Η περιγραφή που δίνει στην διαταραχή είναι «αδυναμία για συγκέντρωση με τον απαραίτητο βαθμό αφοσίωσης σε οποιοδήποτε θέμα». Τονίζει πως η ικανότητα της προσοχής αποσύρεται αδιάκοπα, σε μια διαταραχή που έρχεται με την γέννηση του ατόμου οπού και εκδηλώνεται σε νεαρή ηλικία ή, σε δεύτερη περίπτωση, είναι επίκτητη μετά από νευρική διαταραχή. Προσθέτει ότι ελαχιστοποιείται με την πάροδο του χρόνου και πως τα περιστατικά του εμφάνισαν δυσκολίες στο σχολείο (Palmer & Finger, 2001), δηλώσεις που θυμίζουν κριτήριά του DSM-4 για τον Απρόσεκτο τύπο της διαταραχής. Το 1902, ο George Still, Άγγλος παιδίατρος, παρατηρεί σε 43 παιδιά χαρακτηριστικά που πλέον περιγράφουν τα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ και τα ονομάζει έλλειμμα στην «ηθική βούληση» και τον «ηθικό έλεγχο» της συμπεριφοράς με προέλευση οργανική. Πιο συγκεκριμένα, ο επιστήμονας αυτός σε διαλέξεις του μιλάει για παιδιά με «παθολογική ανικανότητα παρατεταμένης προσοχής, ανησυχία, υπερκινητικότητα, βίαια ξεσπάσματα, καταστροφικότητα, χορικές κινήσεις, ήσσονες συγγενείς ανωμαλίες» επιμένοντας όμως πως πηγή όλων αυτών είναι ηθική υπόθεση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016). Το 1917-1918 ξεσπά επιδημία εγκεφαλίτιδας στις Ηνωμένες

Πολιτείες Αμερικής και αφήνει τα παιδιά που έχουν αναρρώσει από αυτήν με τα πρωτογενή συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ, απροσεξία, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα (Ebaugh, 1923, Stryker, 1925). Πολλά χρόνια αργότερα το 1947 οι Strauss και Lehtinen για την προέλευση της ΔΕΠ/Υ αναπτύσσουν μια θεωρία «εγκεφαλικής βλάβης» αφού μελέτησαν παιδιά που είχαν αναρρώσει είτε από εγκεφαλίτιδα είτε από τραυματισμό στο κεφάλι (Strauss & Lehtinen, 1947). Ο Kessler αλλάζει τον όρο εγκεφαλική βλάβη με τον όρο «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία» (Kessler, 1980). Το 1960 η υπερκινητικότητα ορίζεται ως μια κατάσταση στην οποία το παιδί εκτελεί δραστηριότητες με ταχύτερο ρυθμό σε σύγκριση με τον φυσιολογικό ρυθμό που ακολουθεί το τυπικώς αναπτυσσόμενο μέσο παιδί (Chess, 1960).

Όσον αφορά στο DSM (Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών), η κάθε έκδοση του περιλαμβάνει ένα τμήμα αφιερωμένο στην διαταραχή με μικρές ή και μεγάλες αλλαγές να γίνονται ανά τα έτη. Σε αντίθεση με προηγούμενα χρόνια, οι ειδικοί ξεκίνησαν να εστιάζουν περισσότερο στα συμπτώματα και στην συμπεριφορά των περιστατικών που παρατηρούσαν πάρα στον λόγο που τα προκάλεσε (Braswell & Bloomquist, 1991). Έτσι προκύπτει η επόμενη ονομασία του συνδρόμου, αυτή που βρίσκεται στο DSM-2 του 1968, «Υπερκινητική Αντίδραση στην Παιδική Ηλικία» που αφορά ιδιαιτέρως μικρά παιδιά με τα ακόλουθα συμπτώματα: αεικινησία, εύκολη διάσπαση, μειωμένη διάρκεια προσοχής, τα οποία εξασθενούν στην εφηβεία (APA, 1968). Η Virginia Douglas και οι συνεργάτες της το 1972 μετατοπίζουν το ενδιαφέρον, που ως τότε εστίαζε στην υπερκινητικότητα, στην διάσπαση της προσοχής υποστηρίζοντάς πως αυτό είναι το σύμπτωμα που κυριαρχεί και ταυτόχρονα προσθέτει και το στοιχείο της παρορμητικότητας. Το DSM-3 έρχεται αρκετά αναθεωρημένο και διαφοροποιημένο με βάση αυτά τα νέα στοιχεία, αλλάζει την ονομασία σε «Διαταραχή της Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα» και διευκολύνει στην διάγνωση της (APA, 1980). Στο DSM-4 (1994) η υπερκινητικότητα είναι κομμάτι της διαταραχής όπως φαίνεται στον τίτλο «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα», οι έρευνες στρέφονται στο στοιχείο της παρορμητικότητας και γίνεται διαχωρισμός της διαταραχής σε 3 τύπους η διάκριση των οποίων γίνεται με βάση ποιο από τα 3 πρωτογενή συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ έχει τον εξέχοντα ρόλο στο συγκεκριμένο περιστατικό:

- i. Συνδυασμένος τύπος με τα 3 συμπτώματα να έχουν ίση επιρροή.

- ii. ΔΕΠ/Υ με προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο τύπο με τα συμπτώματα της ελλειμματικής προσοχής εμφανώς σοβαρότερα.
- iii. ΔΕΠ/Υ με προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό- Παρορμητικό τύπο με τα αντίστοιχα συμπτώματα να έχουν την μεγαλύτερη βαρύτητα. (APA, 1994)

Η ΔΕΠΥ στην 4<sup>η</sup> και προτελευταία έκδοση του DSM, άνηκε στην κατηγορία των διασπαστικών διαταραχών μαζί με τις Διαταραχές Διαγωγής και την Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (APA, 1994). Οι δυο τελευταίες αποτελούν πλέον στο DSM-5 τις Διαταραχές Ελέγχου των Παρορμήσεων μαζί με την Διαλείπουσα Εκρηκτική Διαταραχή, την Κλεπτομανία και την Πυρομανία, χωρίς η ΔΕΠ/Υ να εντάσσεται μαζί τους στην νέα αυτή κατηγοριοποίηση. Η ΔΕΠ/Υ στο DSM-4 ανήκε σε άλλη μια κατηγορία, την « Διαταραχές που συνήθως διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά κατά την βρεφική, παιδική ή εφηβική ηλικία» η οποία πλέον δεν υφίσταται. (APA, 2013).

## 1.2 Ορισμός της ΔΕΠ/Υ

Έχουν κατά καιρούς αποδοθεί πολλοί διαφορετικοί όροι για τη διαταραχή με τον κάθε τίτλο και ορισμό που τη περιγράφει να κατευθύνει στο ποιο χαρακτηριστικό της θεωρούνταν εξέχων και σε ποια αίτια την απέδιδαν την δεδομένη στιγμή. Τις δεκαετίες του 1950- 1960 η υπερκινητικότητα ήταν το σύμπτωμα που κατείχε τον κεντρικό ρολό, το 1970 την θέση αυτής πήρε το στοιχείο της έλλειψης προσοχής και αρκετά χρόνια αργότερα έγινε λόγος για τα συμπτώματα της παρορμητικότητας. Ενδεικτικά κάποιοι οροί ήταν : «Υπερκινητική Παρορμητική Διαταραχή », «Οργανική Ανησυχία», «Ελάχιστη Εγκεφαλική Δυσλειτουργία», «Υπερκινητικότητα».

Σήμερα η ΔΕΠ/Υ, διεθνώς γνωστή ως Attention Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD, ορίζεται ως μια νευροαναπτυξιακή, νευροβιολογική, παιδοψυχιατρική διαταραχή της παιδικής ηλικίας που μπορεί να συνεχιστεί για μεγάλο ποσοστό περιστατικών να υφίσταται και μετά την ενηλικίωση, μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορους συνδυασμούς συμπτωμάτων για κάθε έναν από τους τρεις πιθανούς διαχωρισμούς της, αναλόγως το περιστατικό.

Η συχνότητα της στον μαθητικό πληθυσμό είναι μεγαλύτερη από κάθε άλλη διαταραχή, 5-7%, με τα αγόρια να υπερτερούν σε αυτήν την ομάδα 3 προς 1. Πυρηνικά συμπτώματα της είναι η διάσπαση προσοχής, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα. Τα συμπεριφορικά προβλήματα είναι φανερά, ωστόσο συχνά παραβλέπονται ως τυπικά λαθεμένα και δεν παραπέμπονται τα άτομα που τα εκδηλώνουν.

Τα χαρακτηριστικά της εμποδίζουν την λειτουργικότητα σε διάφορους τομείς της καθημερινότητας της, καθιστούν δύσκολη την συνύπαρξη με τους υπολοίπους, οικογένεια και μη, αλλά δυσχεραίνουν και την διαδικασία της μάθησης κανόνων και συμπεριφορών χωρίς αυτό να συνεπάγεται ότι η διαταραχή είναι δυσκολία ή διαταραχή της μάθησης.

Για το DSM, η εμφάνιση προτύπων απροσεξίας, η διαταραγμένη εστίαση προσοχής, η υπερκινητικότητα και η παρορμητική συμπεριφορά, που πληρούν τα κριτήρια του διαγνωστικού και στατιστικού εγχειρίδιου, λαμβάνει την διάγνωση της ΔΕΠΥ όταν τα πρότυπα που εμφανίζουν παιδιά στο ίδιο αναπτυξιακό επίπεδο διαφέρουν (Δαβαζόγλου & Κόκκινος, 2011). Η διαταραχή ποικίλει από άτομο σε άτομο όχι μόνο στην συμπτωματολογία αλλά και στην σοβαρότητα αυτής με παιδιά να λαμβάνουν την διάγνωση ενώ είναι ήσυχα και ντροπαλά αλλά και παιδιά υπερβολικά ανήσυχα και δύσκολα ελέγξιμα.

### **1.3 Αιτιολογία της ΔΕΠ/Υ**

Το ζήτημα της αιτιολογίας της ΔΕΠ/Υ χαρακτηριζόταν μέχρι πρόσφατα ως ασαφές και αβέβαιο. Παρόλο που αποτελεί μια από τις διαταραχές που εμφανίζονται με την μεγαλύτερη συχνότητα στον παιδικό πληθυσμό, και παρά τη εκτεταμένη ερευνά που έχει διεξαχθεί στο όνομα της εξακολουθούν να μην υπάρχουν απαντήσεις για όλα τα ερωτήματα που την αφορούν.

Όταν αρχίσαν οι συζητήσεις σχετικά με τα αίτια της διαταραχής, δόθηκαν διάφορες εξηγήσεις για την προέλευση των συμπτωμάτων. Μεταξύ άλλων ο George Still, ο οποίος ήταν από τους πρώτους που την μελέτησαν τόσο ενδελεχώς, μιλάει για

ελλιπή αυτοέλεγχο και ηθική, μια υπόθεση που απέχει σημαντικά από τα σημερινά δεδομένα. Αργότερα θέση παίρνουν οι εγκεφαλικές βλάβες μετά την επιδημία εγκεφαλίτιδας το 1917-1918 και οι σκέψεις επεκτείνονται σε παρόμοιες αίτιες όπως διάφορες λοιμώξεις, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις (ΚΕΚ) (Chadwick et al., 1981) ή προγεννητικές και προγεννητικές βλάβες (Harris, 1995).

Οι έρευνες εστίασαν και εστιάζουν περισσότερο στον τρόπο που ο εγκέφαλος αναπτύσσεται και λειτουργεί. Η νευρολογική βάση της ΔΕΠ/Υ στηρίζεται στην εκδήλωση της νωρίς στην ζωή του ατόμου, με συμπτώματα που έχουν διάρκεια ενώ συμβάλει σε αυτόν τον συσχετισμό και η συχνή συννοσηρότητα της με άλλες αναπτυξιακές διαταραχές που έχουν συναφή αιτιοπαθογένεια, αλλά και η θετική της ανταπόκριση σε φαρμακοθεραπεία.

Από τον 18<sup>ο</sup> αιώνα γίνονταν υποθέσεις από τους επιστήμονες για την νευροβιολογική βάση της διαταραχής με τον Alexander Crichton (1798) και άλλους να παίρνουν θέση. Επίσημη παραδοχή αυτής της άποψης δεν είχε γίνει μέχρι προσφάτως, μέχρι δηλαδή την ένταξη της ΔΕΠ/Υ στην κατηγορία των νευροαναπτυξιακών διαταραχών στο DSM-5 (APA, 2013). Πλέον όλες οι έρευνες δείχνουν πως πρόκειται για αποτέλεσμα γενετικής προδιάθεσης σε συνδυασμό με περιβαλλοντικές επιδράσεις, συνδυασμός που οδηγεί σε λειτουργικές και δομικές αλλαγές στον εγκέφαλο χωρίς να είναι όμως ξεκάθαροι οι ακριβείς μηχανισμοί αυτών (Cortese, 2012).

Μελέτες νευροχημικών συστημάτων αφορούνται από τα θετικά αποτελέσματα που φάνηκαν στα συμπτώματα της διαταραχής μετά από χορήγηση φαρμάκων που στόχευαν σε αυτά τα συγκεκριμένα συστήματα του εγκέφαλου. Πραγματοποιήθηκαν βιοχημικές μελέτες των νευροδιαβιβαστών και των μεταβολικών τους στο αίμα, στα ούρα, το εγκεφαλονωτιαίο υγρό ατόμων με ΔΕΠ/Υ και χωρίς. Τα αποτελέσματα δείχνουν εμπλοκή νευροδιαβιβαστών στην αιτιολογία, αναφερόμενα κυρίως σε αυτά της ντοπαμίνης και της νορεπιφρίνης. Για την εμφάνιση της διαταραχής τονίζεται ότι προϋπόθεση είναι η συμμετοχή παραπάνω του ενός νευροδιαβιβαστή ή μιας μόνο εγκεφαλικής περιοχής.

Μελέτες λειτουργικής νευροαπεικόνισης φωτίζουν περαιτέρω την υπόθεση. Στην περιοχή του ραβδωτού σώματος σημειώνεται μειωμένη ροή αίματος η οποία όμως αυξανόταν μετά από χορήγηση φαρμάκου, της μεθυλφαινιδάτης. Το συγκεκριμένο

φάρμακο έχει προταθεί μεταξύ άλλων για την αντιμετώπιση των βασικών συμπτωμάτων της διαταραχής (Lou et al., 1989). Επίσης μειωμένος εμφανίστηκε και ο μεταβολισμός της γλυκόζης κυρίως στους μετωπιαίους λοβούς αλλά και γενικά στον εγκέφαλο (Zametkin et al., 1990, 1993).

Αξίζει να αναφερθεί πως, στην επιδημική εγκεφαλίτιδα (η οποία άφηνε συμπτώματα που θυμίζουν σε μεγάλο βαθμό την ΔΕΠΥ στους αναρρώσαντες) ως εστία της βλάβης κατηγορήθηκε κυρίως το ραβδωτό σώμα και τα βασικά γάγγλια, περιοχές που μελέτες πράγματι απέδειξαν πως εμπλέκονται σε άτομα που έχουν ΔΕΠ/Υ χωρίς να έχουν προσβληθεί από την φλεγμονή αυτή.

Τα αποτελέσματα μαγνητικών τομογραφιών υψηλής ανάλυσης φανερώνουν πως οι εγκεφαλικές περιοχές των ατόμων με ΔΕΠ/Υ εκτός από λειτουργικά διαφέρουν και δομικά (Castellanos et al., 1996). Κυρία διαφορά φάνηκε πως είναι ως προς το μέγεθος μερών των κροταφικών λοβών, μέρη δηλαδή μικρότερα του φυσιολογικού. Γενικά σημειώθηκε μικρότερος όγκος στον συνολικό εγκέφαλο σε περιπτώσεις να φτάνει έως και 8% σε διαφορά. Περιοχές που βρέθηκαν επίσης αλλιώτικες ήταν οι βρεγματικοί λοβοί, το μεσολόβιο η παρεγκεφαλίδα και τα βασικά γάγγλια ( Kaplan & Stevens, 2002· Valera, Faraone, Murray & Seidman, 2007), η αμυγδαλή (Plessen et al., 2006) και ο θάλαμος (Ivanov et al., 2010). Μειωμένη βρέθηκε η φαιά ουσία στον μετωπιαίο φλοιό ο οποίος ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για γνωστικές διαδικασίες, όπως η προσοχή και η οργάνωση.

Κατά την διάρκεια νευροψυχολογικών δοκιμασιών σημειώθηκε μειωμένη δραστηριοποίηση σε περιοχές προμετωπιαίες (Hale, Bookheimer, McGough, Phillips & McCracken, 2007· Scheneider et al., 2010). Οι περιοχές αυτές έχουν ερευνηθεί σε σχέση με αυτήν διαταραχή καθώς αφορούν λειτουργίες (παρορμητικότητα, οργάνωση, μνήμη, προσοχή) που είναι διαταραγμένες σε άτομα με την διαταραχή. Άλλες περιοχές από την άλλη, φάνηκαν να υπερλειτουργούν.

Στην Ελλάδα, έρευνα σε τέτοια άτομα δείχνει σε μεγάλο ποσοστό σαφή παθολογικά νευρολογικά σημεία που αφορούν την παρεγκεφαλίδα και την ύπαρξη μαλακών σημείων (Συρίγου, Παπαβασιλείου, 2001). Εγκεφαλικές βλάβες, διάχυτες ή πολυεστιακές μεταξύ άλλων είναι ικανές να οδηγήσουν σε διαταραχή της προσοχής.



Η κληρονομικότητα είναι ένα θέμα που έχει απασχολήσει πλήθος ερευνητών της διαταραχής. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν πως ένα παιδί με γονιό διαγνωσμένο με ΔΕΠ/Υ έχει πιθανότητα 57% για εμφάνιση της διαταραχής, αν έχει αδελφό/ή με ΔΕΠ/Υ 32% πιθανότητα ενώ όταν πρόκειται για δίδυμα η πιθανότητα αυξάνεται αξιοσημείωτα, στο 70% έως και 80% (Barkley (2015).

Περιβαλλοντικοί προγεννητικοί, περιγεννητικοί και μεταγεννητικοί παράγοντες έχουν διερευνηθεί καταλήγοντας στο ότι μπορεί να επηρεάζουν τα συμπτώματα και την σοβαρότητα αυτών, χωρίς όμως να είναι απολύτως σαφές το ποσοστό αυτής της επιρροής και ο τρόπος που συμβαίνει. Από αυτούς τους παράγοντες κάποιοι είναι ο μειωμένος καρδιακός ρυθμός στον τοκετό, η μικρή περίμετρος κεφαλιού στην γέννηση που αφορούν το χαρακτηριστικό της υπερκινητικότητας (Taylor, 1995) το κάπνισμα της μητέρας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και το αυξημένο στρες αυτής (Glover, 2011), η χρήση ουσιών (Linnet et al., 2003). Το χαμηλό βάρος γέννησης και η προωρότητα θεωρούνται ως ενοχοποιητικοί για την αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης του Απρόσεχτου τύπου της διαταραχής (Bhutta, Cleves, Casey, Cradock & Anand, 2002).

Άλλοι παράγοντες που έχουν ερευνηθεί είναι ο υπερθυρεοειδισμός και η μειωμένη συγκέντρωση μιας πρωτεΐνης μεταξύ άλλων. Παράγοντες όμως που, όπως φαίνεται, ισχύει η επιρροή τους μόνο σε άτομα με συγκεκριμένο γονότυπο.

Στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που έχουν αναλυθεί, βρίσκεται αρχικά η οικογενειακή κατάσταση: η σχέση μητέρας – παιδιού ειδικά στα πρώτα χρόνια της ζωής με την υπόθεση που συνδέει αυτήν την σχέση με τα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ να είναι κάπως διφορούμενη, διότι μια διαταραγμένη σχέση μοιάζει τόσο με μερικό αίτιο όσο και με αποτέλεσμα της διαταραχής. Γενικότερα το περιβάλλον, σχολείο, γειτονιά, σπίτι, είναι ικανό να επηρεάσει τον τρόπο που θα εκδηλωθούν οι προδιαθέσεις και τα γονίδια ενισχύοντας ή ελαττώνοντας την έκφρασή τους. Φαίνεται πως χωρίς αυτό, το περιβάλλον, θα μπορούσαν να έχουν διαφορετικό έως καθόλου αντίκτυπο (Mill & Petronis, 2008).

Καταληκτικά, στο θέμα που αφορά την αιτιολογία της ΔΕΠ/Υ, θα μπορούσε να ειπωθεί πως είναι μια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από ετερογένεια και συσχετίζεται κυρίως με διαταραχή περιοχών του εγκεφάλου που αφορούν τα

συμπτώματα της. Υπάρχει επίσης ένα γενετικό υπόβαθρο, με βαθμό συσχέτισης του γενετικού παράγοντα με την ΔΕΠ/Υ .80 κατά προσέγγιση (Smith et al., 2006). Το περιβάλλον ασκεί επιρροή στην ήδη υπάρχουσα διαταραχή χωρίς όμως να την προκαλεί. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες στον τρόπο που αυτή εκφράζεται και στις συνοδές εκδηλώσεις της.

## 1.4 Επιδημιολογία της ΔΕΠ/Υ

Η ΔΕΠ/Υ είναι μια από τις συχνότερες νευροαναπτυξιακές διαταραχές της παιδικής ηλικίας. Η συχνότητα της, στις περισσότερες έρευνες πληθυσμών, υπολογίζεται στο 5-7%. Το ποσοστό που αναγράφεται στο DSM-V είναι το 5% του παιδικού πληθυσμού και για τους ενήλικες χαμηλότερο, στο 2,5% (APA, 2013), δηλαδή 1 στα 20 παιδιά πληροί τα κριτήρια για την διάγνωση της διαταραχής. Τα ποσοστά που δίνονται ποικίλουν από ερευνά σε ερευνά λόγω της διαφορετικής μεθοδολογίας που χρησιμοποιείται στην αξιολόγηση του δείγματος, σε συχνή υποδιάγνωση της διαταραχής κυρίως στο γυναικείο φύλο αλλά και στην υπερδιάγνωση στο ανδρικό ενώ η συνύπαρξη και άλλων διαταραχών στο προσκήνιο δυσχεραίνει περισσότερο τον σαφή εντοπισμό των συμπτωμάτων και την αντιστοίχιση αυτών με την σωστή διαταραχή. Ο αριθμός των διαγνωσμένων περιστατικών αυξήθηκε σε σύγκριση με προηγούμενα έτη.

Η διαταραχή διαγιγνώσκεται κυρίως στην παιδική ηλικία (6-12 ετών) με τον εντοπισμό της να καθίσταται δυσκολότερος νωρίτερα στην προσχολική ηλικία ή αργότερα στην εφηβική. Γνωστό είναι πως με το πέρας του χρόνου και όσο το άτομο πλησιάζει προς την ενηλικίωση τα συμπτώματα γίνονται ηπιότερα ή και σε περιπτώσεις ελάχιστα φανερά. Σε σχέση με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, μπορεί να ποικίλει. Υπάρχει όμως, μια προτίμηση στα χαμηλότερα κοινωνικοπολιτισμικά στρώματα, γεγονός που πιθανώς αντανακλά την επίδραση του περιβάλλοντος στην διαταραχή, κυρίως στην ένταση των συμπτωμάτων (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Η διαταραχή μπορεί να εκδηλωθεί και στα δυο φύλα. Όσον αφορά την διαφορά συχνότητας εμφάνισης της διαταραχής μεταξύ των φύλων, οι απόψεις ποικίλουν. Έρευνες έχουν διαπιστώσει πως η συχνότητα στα κορίτσια μειονεκτεί

έναντι των αγοριών ακόμα και με αναλογία 1 : 2-9 (APA, 2000). Το μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας στηρίζεται σε μελέτη των συμπτωμάτων αγοριών. Λίγοι αλλά υφιστάμενοι, βρίσκουν μη άξια αναφοράς διαφορά μεταξύ των δυο φύλων στην συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ/Υ. Εκείνοι που εντάσσονται με την πρώτη άποψη που αναφέρθηκε, προσθέτουν πως στα αγόρια με την διαταραχή είναι πολύ συχνότερα τα προβλήματα συμπεριφοράς. Παρατηρήθηκε συχνά προκλητική, διασπαστική, επιθετική συμπεριφορά (Gaub & Carlson, 1997) και κατ' επέκταση υψηλότερα ποσοστά συννοσηρότητας με τις διαταραχές διαγωγής. Όταν η σύγκριση γίνεται με παιδιά τυπικής ανάπτυξης, τότε είναι συχνότερη η εμφάνιση διαταραχών διαγωγής στα άτομα με ΔΕΠ/Υ ανεξαρτήτως φύλου. Τα κορίτσια δείχνουν να είναι σημαντικά λιγότερο υπερκινητικά, με λιγότερο συχνή εκδήλωση συμπεριφορικών και επικοινωνιακών δυσκολιών (Jensen, 1999· Biederman et al., 1999) αλλά εκδηλώνουν μεγαλύτερο άγχος, μαθησιακά και γλωσσικά προβλήματα (Berry et al., 1985· Sharp et al., 1997).

Πίνακας 1: Συχνότητα της ΔΕΠ/Υ ανά ηλικιακή ομάδα

Year	Overall	Ages 4-11	Ages 12-17
2015-2016	10.2	7.7	13.5
2013-2014	9.4	7.9	11.3
2011-2012	9.6	7.7	12.0
2009-2010	9.0	6.9	11.9
2007-2008	8.1	6.1	10.8
2005-2006	7.5	6.0	9.3
2003-2004	7.3	5.8	9.3
2001-2002	7.2	5.9	8.9
1999-2000	6.5	5.3	8.2
1997-1998	6.1	5.3	7.2

Πηγή: Xu et al., 2018

Πίνακας 2: Συχνότητα της ΔΕΠ/Υ σύμφωνα με το φύλο

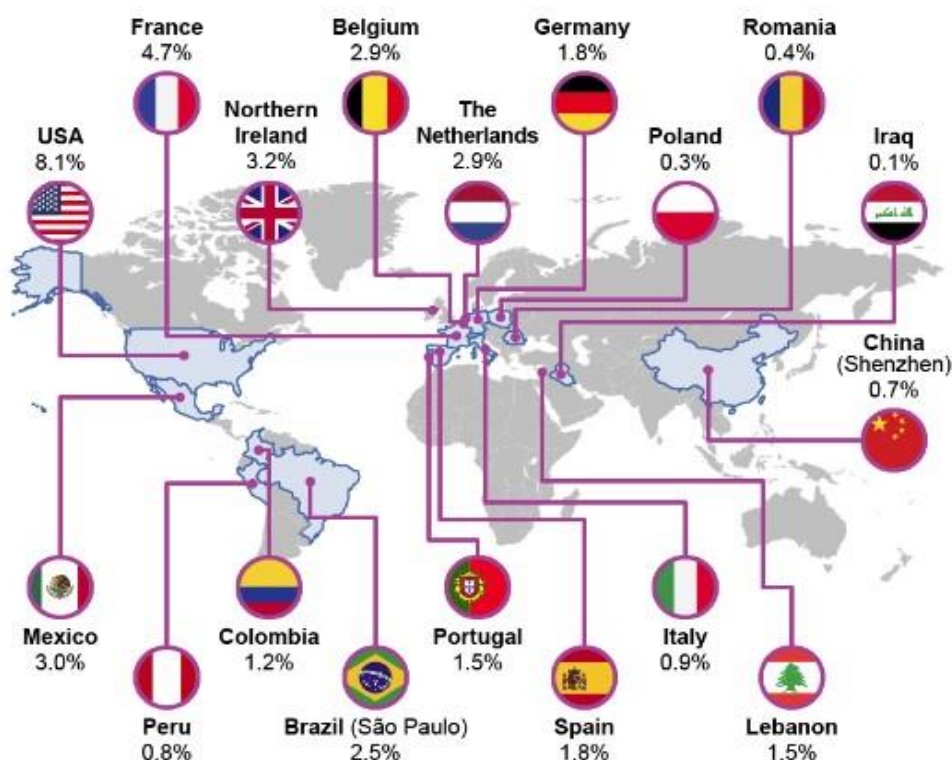
Year	Boys	Girls
2015-2016	14.0	6.3
2013-2014	12.8	5.8
2011-2012	13.6	5.4
2009-2010	12.2	5.7
2007-2008	11.3	4.8
2005-2006	10.6	4.2
2003-2004	10.2	4.3
2001-2002	10.3	4.0
1999-2000	9.4	3.4
1997-1998	9.0	3.1

Πηγή: (Xu et al., 2018)

Μια ολοκληρωμένη ανασκόπηση μελετών που σχετίζονται με τη ΔΕΠ/Υ, δείχνει ότι έχει αναφερθεί επικράτηση 6,1% για αυτή τη διαταραχή στη Βόρεια Αμερική, 12,3% στη Νότια Αμερική, 8,9% στην Αφρική, 4,2% στην Ασία, 4,8% στην Αυστραλία και 2,5% στην Μέση Ανατολή. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελετών που πραγματοποιήθηκαν σε διάφορες πόλεις του Ιράν, έχει αναφερθεί ότι ο επιπολασμός της ΔΕΠ/Υ είναι μεταξύ 3,2% και 23,6% (Hamidzadeh et al., 2021). Τα ποσοστά επικράτησης στη Νορβηγία, τη Γερμανία και την Ισπανία έχουν εκτιμηθεί ότι είναι 1,9%, 1,8% και 5,4%, αντίστοιχα. Μια επιδημιολογική μελέτη 20 χωρών από τις Έρευνες Ψυχικής Υγείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας διαπίστωσε ότι σε χώρες υψηλού εισοδήματος και στις χώρες χαμηλού ή μεσαίου εισοδήματος, τα ποσοστά επικράτησης της ΔΕΠ/Υ σε παιδιά και εφήβους ήταν αντίστοιχα υψηλότερα

στις ΗΠΑ (8,1%) και χαμηλότερα στο Ιράκ (0,1%), την Πολωνία (0,3%) και τη Ρουμανία (0,4%) (Fayyad et al., 2016).

Εικόνα 1: Ο παγκόσμιος επιπολασμός της παιδικής ΔΕΠ/Υ με βάση την αναδρομική ανάκληση σε ενήλικες ηλικίας 18-44 ετών



Πηγή: Fayyad et al., 2016

## 1.5 Διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ/Υ

Για τις αλλαγές από την προηγούμενη προς την 5<sup>η</sup> και τελευταία έκδοση του DSM εργάστηκε μια ομάδα που ανέλαβε την τότε υπάρχουσα κατηγορία «Διασπαστικές Διαταραχές» μαζί με την ΔΕΠ/Υ με την συμβολή της παγκόσμιας επιστημονικής κοινότητας σε μια διαδικτυακή διαδικασία ανταλλαγής γνώμων. Οι κατηγορίες «Διασπαστικές Διαταραχές» και «Διαταραχές που συνήθως διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά κατά την βρεφική, παιδική ή εφηβική ηλικία» στις οποίες εντασσόταν η ΔΕΠ/Υ καταργούνται και έτσι τοποθετείται στην νέα κατηγορία «Νευροαναπτυξιακές Διαταραχές» μέσα στην οποία ανήκουν επίσης οι «Νοητικές

Αναπηρίες», οι «Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ)», οι «Κινητικές Διαταραχές», και η «Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή».

Ακολουθούν τα κριτήρια του DSM-5 που πρέπει να πληρούνται για την διάγνωση της διαταραχής:

1. Ένα επίμονο μοτίβο απροσεξίας και/ή υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας, το οποίο παρεμβαίνει στην λειτουργία του ατόμου, ή την ανάπτυξη του όπως χαρακτηρίζεται από το (1) και/ή το (2):
  1. Απροσεξία: Έξι ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες, σε βαθμό που είναι ασύμφωνος με το αναπτυξιακό επίπεδο και που έχει αρνητική επίδραση άμεσα στις κοινωνικές και ακαδημαϊκές / επαγγελματικές δραστηριότητες:

Τα συμπτώματα δεν αποτελούν αποκλειστικά εκδήλωση εναντιωματικής συμπεριφοράς, αντιδραστικότητας, εχθρότητας ή αποτυχίας κατανόησης των εργασιών ή των οδηγιών. Για εφήβους μεγαλύτερης ηλικίας ή άτομα άνω των 17 ετών, απαιτείται η παρουσία τουλάχιστον πέντε συμπτωμάτων.

1. Συχνά αποτυγχάνει να επικεντρώσει την προσοχή σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες, τη δουλειά ή κατά τη διάρκεια άλλων δραστηριοτήτων (για παράδειγμα, παραβλέπει ή δεν προσέχει λεπτομέρειες, η δουλειά δεν είναι ακριβής).
2. Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του/της σε εργασίες ή δραστηριότητες παιχνιδιού (για παράδειγμα, δυσκολεύεται να παραμείνει συγκεντρωμένος/η κατά τη διάρκεια μαθημάτων, συζητήσεων ή μακροσκελούς ανάγνωσης).
3. Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του/της απευθύνεται ο λόγος (για παράδειγμα, το μυαλό φαίνεται να είναι αλλού, ακόμα και εν απουσία οποιουδήποτε εμφανούς περισπασμού).
4. Συχνά δεν ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και αποτυγχάνει να ολοκληρώσει την σχολική εργασία, δουλείες που του/της ανατίθενται ή καθήκοντα στον εργασιακό χώρο (για παράδειγμα ξεκινάει κάποια εργασία αλλά γρήγορα χάνει

το επίκεντρο της προσοχής του/της και ευκολά υπεισέρχονται στην προσοχή του/της παράπλευρα ερεθίσματα).

5. Συχνά δυσκολεύεται να οργανώσει εργασίες και δραστηριότητες (για παράδειγμα δυσκολεύεται να διαχειριστεί διαδοχικές εργασίες, δυσκολεύεται να διατηρήσει υλικά και προσωπικά αντικείμενα σε τάξη, η δουλειά του/της είναι ακατάστατη και ανοργάνωτη , δυσκολεύεται στην διαχείριση του χρόνου, αποτυγχάνει στην τήρηση προθεσμιών).
6. Συχνά αποφεύγει, αποστρέφεται ή δείχνει απροθυμία να εμπλακεί σε εργασίες που απαιτούν παρατεταμένη πνευματική προσπάθεια (για παράδειγμα, σχολική εργασία ή προπαρασκευή των μαθημάτων στο σπίτι ή, για τους μεγαλύτερους σε ηλικία εφήβους ή τους ενήλικες, προετοιμασία αναφορών, συμπλήρωση εντύπων, ανασκόπηση μακροσκελών άρθρων).
7. Συχνά χάνει αντικείμενα απαραίτητα για εργασίες ή δραστηριότητες (για παράδειγμα, σχολικό υλικό, μολυβιά, βιβλία, εργαλεία, πορτοφόλια, κλειδιά, χαρτιά εργασιών, γυαλιά οράσεως, κινητά τηλεφώνά).
8. Συχνά η προσοχή του/της διασπάται ευκολά από εξωτερικά ερεθίσματα (για τους μεγαλύτερους σε ηλικία εφήβους και τους ενήλικες, μπορεί να περιλαμβάνονται άσχετες σκέψεις).
9. Συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες (για παράδειγμα, δουλειές και θελήματα, ενώ οι μεγαλύτεροι σε ηλικία έφηβοι και οι ενήλικες, μπορεί να ξεχνούν την ανταπόδοση τηλεφωνημάτων, την πληρωμή λογαριασμών, την τήρηση προγραμματισμένων συναντήσεων).

2. Υπερκινητικότητα & Παρορμητικότητα: Έξι ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες, σε βαθμό που είναι ασύμφωνος με το αναπτυξιακό επίπεδο και που έχει αρνητική επίδραση άμεσα στις κοινωνικές και ακαδημαϊκές/ επαγγελματικές δραστηριότητες:

Τα συμπτώματα δεν αποτελούν αποκλειστικά εκδήλωση εναντιωματικής συμπεριφοράς, αντιδραστικότητας, εχθρότητας ή αποτυχίας κατανόησης των εργασιών ή των οδηγιών. Για εφήβους μεγαλύτερης ηλικίας ή άτομα άνω των 17 ετών, απαιτείται η παρουσία τουλάχιστον πέντε συμπτωμάτων.

1. Συχνά κινεί νευρικά ή χτυπάει τα χεριά και τα ποδιά ή στριφογυρίζει στη θέση του/της.
  2. Συχνά σηκώνεται από τη θέση του/της σε περιστάσεις οπού αναμένεται να παραμείνει καθιστός/ή (για παράδειγμα σηκώνεται από την θέση του/της στην τάξη, στο γραφείο ή σε άλλο χώρο εργασίας ή σε άλλες περιστάσεις, στις οποίες απαιτείται να παραμείνει καθιστός/ή.
  3. Συχνά τρέχει εδώ και εκεί και σκαρφαλώνει σε περιστάσεις οπού δεν αρμόζει. (Σε εφήβους ή σε ενήλικες αυτό μπορεί να περιορίζεται σε συναίσθημα ανησυχίας.)
  4. Συχνά δεν μπορεί να παίζει ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου
  5. Συχνά βρίσκεται σε διαρκεί κίνηση και ενεργεί σαν να «κινείται από μηχανή» (για παράδειγμα δε μπορεί ή νιώθει άβολα να κάθεται ακίνητος/η για παρατεταμένο χρονικό διάστημα, όπως σε εστιατόρια, συναντήσεις κτλ. Και οι άλλοι μπορεί να τον/ την βλέπουν ως αεικίνητο/η και δύσκολο να τον/την ακολουθήσουν).
  6. Συχνά μιλά πολύ και ακατάπαυστα
  7. Συχνά απαντά απερίσκεπτα πρώτου ολοκληρωθεί η ερώτηση (για παράδειγμα, συμπληρώνει τις προτάσεις των ανθρώπων, δε μπορεί να περιμένει τη σειρά του/της ( για παράδειγμα σε μια ουρά).
  8. Συχνά διακόπτει ή παρεμβαίνει στους άλλους (για παράδειγμα παίρνει τον λόγο απρόσκλητα σε συζητήσεις, παιχνίδια ή δραστηριότητες, μπορεί να αρχίσει να χρησιμοποιεί τα πράγματα των άλλων χωρίς να ζητήσει ή να πάρει την άδεια τους ενώ οι έφηβοι και οι ενήλικες μπορεί να παρέμβουν απρόσκλητοι ή να συνεχίσουν αυτό που κάνουν οι άλλοι).
- 
2. Μερικά συμπτώματα απροσεξίας ή υπερκινητικότητα – παρορμητικότητας ήταν παρόντα πριν την ηλικία των 12 ετών.
  3. Μερικά συμπτώματα απροσεξίας ή Υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας είναι παρόντα σε δυο ή περισσότερα πλαίσια (για παράδειγμα στο σπίτι, στο σχολείο ή στην εργασία, με φίλους ή συγγενείς ή σε άλλες δραστηριότητες).



4. Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι τα συμπτώματα επηρεάζουν ή μειώνουν την ποιότητα της κοινωνικής ακαδημαϊκής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας.
5. Τα συμπτώματα δεν εμφανίζονται αποκλειστικά στην διάρκεια της πορείας σχιζοφρένειας ή άλλης ψυχωτικής διαταραχής και δεν εξηγούνται καλύτερα με κάποια άλλη ψυχική διαταραχή. ( για παράδειγμα, διαταραχή της διάθεσης, διαταραχή του άγχους, αποσυνδεδετική διαταραχή, διαταραχή της προσωπικότητας, δηλητηρίαση από ουσίες ή απόσυρση).

➤ Προσδιορίστε εάν πρόκειται για :

*314.02 (F90.2) Συνδυασμένη παρουσία:* Όταν πληρούνται αμφότερα τα Κριτήρια A1 (απροσεξίας) και A2 (υπερκινητικότητα – παρορμητικότητα) κατά τους τελευταίους 6 μήνες.

*314.00 (F90.0) Προεξάρχουσα Απρόσεκτη παρουσία:* Όταν πληρείται το Κριτήριο A1 (απροσεξίας) αλλά δεν πληρείται το κριτήριο A2 (υπερκινητικότητα – παρορμητικότητα) κατά τους τελευταίους 6 μήνες.

*314.01 (F90.1) Προεξάρχουσα Υπερκινητική – Παρορμητική παρουσία:* Όταν πληρείται το Κριτήριο A2 (υπερκινητικότητα – παρορμητικότητα) αλλά δεν πληρείται το Κριτήριο A1 (απροσεξίας) τους τελευταίους 6 μήνες.

➤ Προσδιορίστε εάν βρίσκεται:

*Σε μερική ύφεση:* όταν όλα τα κριτήρια πληρούνταν στο παρελθόν ενώ κατά τους τελευταίους 6 μήνες πληρούνται λιγότερα κριτήρια και τα συμπτώματα εξακολουθούν να οδηγούν σε έκπτωση της κοινωνικής, ακαδημαϊκής, επαγγελματικής λειτουργικότητας.

➤ Προσδιορίστε τον τρέχοντα βαθμό βαρύτητας της διαταραχής:

*Ηπία:* Υπάρχουν λίγα ή και καθόλου συμπτώματα που υπερβαίνουν σε αριθμό εκείνον που απαιτείται προκειμένου να δοθεί η διάγνωση και τα συμπτώματα οδηγούν σε μικρού βαθμού έκπτωση στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα.

*Μέτρια:* Ο αριθμός των συμπτωμάτων ή της έκπτωσης της λειτουργικότητας κυμαίνονται αναμεσά στο «ηπία» και στο «σοβαρή».

*Σοβαρή:* Υπάρχουν πολλά συμπτώματα που υπερβαίνουν σε αριθμό εκείνον που απαιτείται για να δοθεί η διάγνωση ή μερικά συμπτώματα είναι ιδιαίτερα σοβαρά ή τα συμπτώματα οδηγούν σε σημαντική έκπτωση στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα.

Για να δοθεί η διάγνωση, οι εκδηλώσεις της διαταραχής να είναι παρούσες σε περισσότερα από ένα πλαίσια. Η επιβεβαίωση της εκδήλωσης των συμπτωμάτων σε διαφορετικά πλαίσια δεν μπορεί να γίνει σωστά χωρίς την συμβολή ατόμων παρόντων στα πλαίσια αυτά. Οι ενδείξεις της διαταραχής μπορεί να είναι ελάχιστες ή να απουσιάζουν εντελώς όταν το άτομο λαμβάνει συχνές αμοιβές για την κατάλληλη συμπεριφορά, όταν βρίσκεται υπό στενή παρακολούθηση, όταν βρίσκεται σε ένα καινούριο πλαίσιο, όταν εμπλέκεται σε ιδιαίτερα ενδιαφέρουσες δραστηριότητες, όταν διεγείρεται συστηματικά από εξωτερικά ερεθίσματα (για παράδειγμα μπροστά σε οθόνες υπολογιστών) ή όταν αλληλοεπιδρά σε καταστάσεις ένας προς έναν (για παράδειγμα στο γραφείο του κλινικού). (APA, 2013)

Τα συμπτώματα της Απροσεξίας δεν οφείλονται σε ανυπακοή ή έλλειψη κατανόησης. Η υπερκινητικότητα στους ενήλικες μπορεί να εκδηλώνεται με ανησυχία και εξουθένωση των γύρω με την δραστηριότητα τους. Η παρορμητικότητα απευθύνεται σε βεβιασμένες αποφάσεις χωρίς προεργασία και σκέψη που μπορούν να θέσουν το άτομο ακόμα και σε κίνδυνο. Επίσης η τελευταία μπορεί να εκδηλωθεί με κοινωνική παρεμβατικότητα και λήψη σοβαρών αποφάσεων χωρίς αναλογισμό των μετέπειτα συνέπειων. (APA, 2013)

Παρακάτω αναφέρονται συνοδά χαρακτηριστικά που συμπληρώνουν την διάγνωση. Ήπιες καθυστερήσεις στην γλωσσική, κινητική και γλωσσική ανάπτυξη, χωρίς απαραίτητα να συνυπάρχουν με την ΔΕΠ/Υ, είναι συχνές. Μπορεί να υπάρχει μικρή ανοχή στην αναβλητικότητα, ευερεθιστότητα ή συχνές εναλλαγές του συναισθήματος. Η εργασιακή ή ακαδημαϊκή απόδοση είναι συχνά επηρεασμένη ακόμα και χωρίς την παρουσία Ειδικών Μαθησιακών Δυσκολιών. Πιθανόν είναι, τα άτομα με την διαταραχή να παρουσιάζουν γνωστικά προβλήματα σε δοκιμασίες προσοχής, εκτελεστικών λειτουργιών και μνήμης χωρίς αυτές οι σταθμισμένες δοκιμασίες να αποτελούν διαγνωστικό δείκτη. Στην νεαρή ενήλικη ζωή η διαταραχή είναι συνυφασμένη με υψηλό ρίσκο απόπειρας αυτοκτονίας, ειδικά όταν συνδυάζεται με διαταραχές του συναισθήματος, χρήσης ουσιών ή διαγωγής. (APA, 2013)

Βιολογικοί δείκτες για να τεθεί η διάγνωση δεν υπάρχουν. Σε σύγκριση με άτομα χωρίς ΔΕΠ/Υ, έχουν διάφορες ως προς τα βραδέα κύματα του ΗΕΓ, μειωμένο όγκο στον σύνολο του εγκέφαλου, και ενδέχεται καθυστερημένη ωρίμανση του προμετωπιαίου φλοιού χωρίς όλα αυτά να είναι ασφαλείς ενδείξεις για να δοθεί η διάγνωση. Σπάνια, σε περίπτωση γνωστής γενετικής αίτιας, εξακολουθεί να είναι απαραίτητη η διάγνωση της διαταραχής. (APA, 2013)

Οι αλλαγές που έγιναν για την αναθεωρημένη έκδοση του DSM πάνω στο θέμα της ΔΕΠ/Υ ήταν σημαντικές για την καλύτερη κατανόηση και διάγνωση της διαταραχής και αντικατοπτρίζουν την συνεχή προσπάθεια και έρευνα της επιστημονικής κοινότητας. Η ένταξη της στην κατηγορία νευροαναπτυξιακών διαταραχών μαζί με άλλες κατευθύνει στην αιτιολογία αυτής. Φαίνεται πιο ξεκάθαρα ότι αφορά το άτομο και μετά την ενηλικίωση πάρα την έναρξη της σε μικρή ηλικία (APA, 1994, APA,2013).

Οι ενήλικες είναι άτομα με ΔΕΠ/Υ και όχι άτομα με την διαταραχή της ΔΕΠ/Υ σε «μερική ύφεση». Καταργούνται ο τίτλος «τύποι της διαταραχής» που προσέδιδε έναν χαρακτήρα μονιμότητας στην διάγνωση και έρχονται οι προεξάρχουσες παρουσίες, δηλαδή η αποσαφήνιση του ποια πρωτογενή συμπτώματα

της ΔΕΠ/Υ περιγράφουν την κλινική εικόνα του περιστατικού την εκάστοτε χρονική περίοδο. Η κατώτερη δυνατή ηλικία για διάγνωση ανεβαίνει από τα 7 στα 12 έτη και η διαταραχή παίρνει διαστάσεις με αναγκαία να γίνεται η δήλωση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων (APA, 1994, APA,2013).

Επιπρόσθετα, δεν γίνεται αναφορά στην λειτουργικότητα του ατόμου στα κριτήρια της διαταραχής και σταματά να τονίζεται τόσο έντονα η δυσκολία που έπρεπε να προκαλεί η διαταραχή στην καθημερινότητα του ατόμου ώστε να θεωρείται η διάγνωση ολοκληρωμένη. Λαμβάνεται υπόψη στο DSM-5 η διαφοροποίηση που αναγκαίο είναι να γίνεται μεταξύ ενήλικων ή μεγαλύτερων εφήβων και παιδιών, με τα 5 συμπτώματα (έναντι των 6) να θεωρούνται απαραίτητα και αρκετά. Βοηθιέται ο ειδικός που θα κάνει την διάγνωση με παραδείγματα να συνοδεύουν τα κριτήρια και να αναφέρονται και στις μεγαλύτερες ηλικίες όπου είναι απαραίτητο. (APA, 1994, APA,2013)

## **1.6 Τύποι της ΔΕΠ/Υ**

Μέχρι τις αναθεωρήσεις που έγιναν στο DSM-5 η διαταραχή χωριζόταν σε 3 τύπους και το κάθε περιστατικό λάμβανε διάγνωση με αναφορά σε έναν από αυτούς αναλόγως από ποιον περιγράφονταν καλύτερα τα χαρακτηριστικά και η κλινική εικόνα που παρουσίαζε. Η επιστημονική κοινότητα όμως, εξέφρασε, εκτός από συμφωνία, διαφωνία για αυτήν την κατάταξη καθώς προσέδιδε μονιμότητα στην διάγνωση μιας διαταραχής που στις περισσότερες περιπτώσεις άλλαζε πρόσωπο από τη μια χρονική περίοδο στην άλλη καθιστώντας την παλιότερη κατηγοριοποίηση μη ισχύουσα. Με διατήρηση των ονομασιών, η αλλαγή έρχεται για την λέξη «τύπος» που αντικαθίσταται

από την λέξη «παρουσία». Η τελευταία αφαιρεί την εντύπωση σταθερότητας που έδινε η μέχρι τότε ονομασία του διαχωρισμού. Ο προσδιορισμός γίνεται πλέον με αυτές τις κατηγορίες :

*314.02 (F90.2) Συνδυασμένη παρουσία:* Όταν πληρούνται αμφότερα τα Κριτήρια A1 (απροσεξίας) και A2 (υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας) κατά τους τελευταίους 6 μήνες.

*314.00 (F90.0) Προεξάρχουσα Απρόσεκτη παρουσία:* Όταν πληρείται το Κριτήριο A1 (απροσεξίας) αλλά δεν πληρείται το κριτήριο A2 (υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας) κατά τους τελευταίους 6 μήνες.

*314.01 (F90.1) Προεξάρχουσα Υπερκινητική – Παρορμητική παρουσία:* Όταν πληρείται το Κριτήριο A2 (υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας) αλλά δεν πληρείται το Κριτήριο A1 (απροσεξίας) τους τελευταίους 6 μήνες.

Σχετικά με τον διαχωρισμό σε τύπους, έχει αποδειχθεί πως δεν διέπονται από σταθερότητα στο πέρασμα του χρόνου, κάνοντας έτσι την αναγκαιότητα ύπαρξης τους στην διάγνωση αμφιλεγόμενη (Hinshaw, 2001· Milich, Balentine & Lynam, 2001). Πιθανόν ήταν να δοθεί διάγνωση της διαταραχής με αναφορά σε συγκεκριμένο τύπο για την δεδομένη χρονική στιγμή και αυτό να διαφοροποιηθεί έπειτα από καιρό (Lahey, Pelham, Loney, Lee & Willcutt, 2005· Todd, Huang & Henderson, 2008).

Άλλοι πάλι, με απόψεις που έχουν διατυπωθεί πριν την αλλαγή από τύπους σε παρουσίες, εντάσσονται με την άποψη πως η ΔΕΠ/Υ με Προεξάρχουσα Απρόσεκτη παρουσία διαφέρει σημαντικά από τις δυο άλλες της διαταραχής, σε σημείο που θα μπορούσε να ταξινομείται σε διαφορετική κατηγορία και όχι ως υποκατηγορία της ΔΕΠ/Υ (Barkley, 1990, Goodyear & Hynd, 1992· Adams, Milich, & Fillmore, 2010· Roberts & Milich, 2013). Η αντίθεση κυρίως φαίνεται στην κλινική εικόνα τους, στις συμπεριφορές που συνοδεύουν την διαταραχή, στην ανταπόκριση της στη θεραπεία και στην πορεία που ακολουθούν. Σπάνια είναι ευερέθιστα, με εναντιωματική συμπεριφορά όπως συνηθίζεται στους άλλους δυο τύπους. Αντιθέτως, είναι

συνεσταλμένα, απόμακρα, φοβισμένα και ιδιαίτερα αφηρημένα, χαρακτηριστικά που δεν είναι φανερά σε παιδιά με άλλους τύπους της διαταραχής. Η συννοσηρότητα του Απρόσεκτου Τύπου με άλλες διαταραχές αφορά κυρίως τις διαταραχές άγχους ή διάθεσης αντί για τις διαταραχές ελέγχου παρορμήσεων που είναι αρκετά κοινές ως συνοδές των τύπων που περιλαμβάνουν τα κριτήρια της απροσεξίας - παρορμητικότητας (Gadow, Sprafkin, & Weiss, 2004)

Επιπλέον, είχε ειπωθεί πως ο απρόσεχτος τύπος της διαταραχής δεν είναι ιδιαίτερα συχνός στην προσχολική ηλικία (Egger & Angold, 2006· Lahey et al., 2005). Έρευνες από παλιά έχουν υποστηρίξει την μεταβλητότητα των τύπων στο πέρασμα του χρόνου και σημειώνουν πως ο υπερκινητικός – παρορμητικός τύπος προηγείται με εμφάνιση στην προσχολική ηλικία και ακολουθεί ο απρόσεχτος τύπος στην σχολική ηλικία, δημιουργώντας έτσι μια θεωρία για μια διαταραχή χωρισμένη σε αναπτυξιακά στάδια που δεν έχει όμως επιβεβαιωθεί (Hart et al., 1996· Loeber, Green, Lahey, Christ, & Frick, 1992).

## **1.7 Κλινική εικόνα της ΔΕΠ/Υ**

Την κλινική εικόνα της διαταραχής αυτής όπως ήδη αναφέρθηκε, την χαρακτηρίζει ποικιλομορφία. Ο τρόπος που εκφράζεται σε ένα άτομο μπορεί να είναι εντελώς διαφορετικός για ένα άλλο. Το γενετικό υπόβαθρο που μοιράζονται τα περιστατικά είναι παρόμοιο για την πρόκληση της ΔΕΠ/Υ, ο συνδυασμός όμως των συμπτωμάτων που την συντελούν διαφέρει οδηγώντας σε μια από τις υποκατηγοριοποιήσεις σε προεξάρχουσες παρουσίες συμπτωμάτων (πρώην τύποι) ενώ η σοβαρότητα τους μπορεί να είναι από μικρή έως μεγάλη. Διαφοροποιείται η κλινική εικόνα επίσης από τα συνοδά συμπτώματα και από πιθανές συννοσηρότητες που συχνά συνοδεύουν την διάγνωση.

Η εικόνα του περιστατικού θα εξαρτηθεί όπως φαίνεται από πλήθος παραγόντων που μπορεί να αφορούν το ίδιο το άτομο αλλά και το περιβάλλον του.

Άξιο αναφοράς ρολό διαδραματίζει το τελευταίο, το οποίο έχει την ικανότητα να επηρεάσει θετικά ή αρνητικά την γενετική προδιάθεση, όσον αφορά την έκφραση αυτής, την σοβαρότητα αλλά και την πορεία του ατόμου. Θέση έχει και το φύλλο, σε μια διαταραχή που παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ αγοριών και κοριτσιών. Προστίθεται στην εξίσωση το κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον με το οποίο το παιδί αλληλοεπιδρά αλλά ακόμα περισσότερο και το οικογενειακό και η στάση που αυτό υιοθετεί απέναντι στην διαταραχή του παιδιού με συχνά μεγάλο αντίκτυπο στην κατάστασή του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Τα συμπτώματα διαφοροποιούνται επίσης στην πορεία της ζωής του ατόμου, από ηλικία σε ηλικία μπορεί να αλλάζουν λίγο ή πολύ μέχρι και σε σημείο να τεθεί διαφορετική διάγνωση για τον προσδιορισμό των συμπτωμάτων με την προεξάρχουσα παρουσία (314.02 ή 312.00 ή 314.01). Η υπερκινητικότητα, η απροσεξία, η παρορμητικότητα ή ο συνδυασμός αυτών είναι τα βασικά, πυρηνικά, συμπτώματα και όσα αυτά συνεπάγονται, σε βαθμό που δεν αναλογεί στην χρονολογική τους ηλικία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Αναλυτικότερα, παρατηρείται δυσκολία στο να διατηρηθεί η προσοχή και η αφοσίωση σε μια δραστηριότητα/ σε ένα αντικείμενο για το χρονικό διάστημα που απαιτείται και θεωρείται εύκολα εφικτό για να παιδί τυπικής ανάπτυξης. Δυσκολία στον έλεγχο της συμπεριφοράς και των παρορμήσεων σε διάφορα πλαίσια που θέτουν κανόνες και προϋποθέτουν συγκεκριμένους τρόπους διαγωγής. Η εκδήλωση τέτοιων συμπτωμάτων συμβαίνει εντονότερα σε δομημένες δραστηριότητες που απαιτούν πνευματική συμμετοχή, επαναλαμβάνονται, δεν κινούν το ενδιαφέρον του παιδιού και ούτε προσφέρουν τα απαραίτητα κίνητρα για συμμετοχή (Μανιαδάκη, 2012).

Το παιδί με ΔΕΠ/Υ εκδηλώνει την συμπτωματολογία του σε πλήθος περιστάσεων, αν όχι σε όλες, ποσό μάλλον στο σπίτι του και στα οικεία πρόσωπα του. Μιλώντας για την παιδική ηλικία και για παιδιά που δεν έχουν μόνο συμπτώματα απροσεξίας, οι γονείς μπορεί να έχουν να αντιμετωπίσουν ένα παιδί με δυσκολίες σε διάφορους τομείς, συνήθως ένα παιδί αντιδραστικό, υπερκινητικό, ευερέθιστο, ανήσυχο ακόμα και φορές κατά την διάρκεια του ύπνου του. Ένα παιδί που δεν συμμορφώνεται με τους κανονισμούς, δεν υπακούει σε εντολές, που δεν μπορεί να συγκεντρωθεί στα έργα που του ανατίθενται ή να φέρει εις πέρας τις σχολικές υποχρεώσεις του χωρίς την συνοδεία δραμάτων και μεγάλης παρότρυνσης.

Ο χρόνος που χρειάζονται για να ολοκληρώσουν μια διαδικασία μπορεί να κυλά διαφορετικά. Υπάρχουν πιθανώς πολλές αφαιρέσεις, άσκοπες διακοπές στην ροή μιας σειράς ενεργειών η οποία είτε θα συνεχιστεί είτε θα αφηθεί ημιτελής. Με μια λέξη, άθελα του, χρονοτριβεί. Έτσι συχνά είναι αργοπορημένο, ανοργάνωτο, απροετοίμαστο. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2016)

Τα χαρακτηριστικά της διαταραχής και ο τρόπος που αυτή εκδηλώνεται διαφοροποιούνται σημαντικά στην διάρκεια της ζωής του ατόμου. Μπορεί η διάγνωση ενός παιδιού να σταματήσει να πληρείται αργότερα στην ζωή του (Von Stauffenberg & Campbell, 2007). Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων επίσης αλλάζει όσο το άτομο μεγαλώνει. Λιγότερο φαίνεται πως αλλάζουν τα συνοδά προβλήματα της κατηγορίας αυτής (Lavinge et al., 1998· Mathiesen & Sanson, 2000). Το σύμπτωμα με την μεγαλύτερη σταθερότητα είναι αυτό της απροσεξίας ενώ για τα συμπτώματα υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας ο κανόνας είναι πως μειώνονται σε σοβαρότητα με το πέρασμα του χρόνου ( Biederman, Mick, Faraone, 2000· Rohde, Barbosa, et al., 2001).

Την μεταβλητότητα των συμπτωμάτων υποδεικνύει και η αλλαγή από το DSM-4 στην 5<sup>η</sup> έκδοση, όπου οι τύποι της ΔΕΠ/Υ παύουν να υφίστανται και στην θέση των περιγραφών αυτών ο τίτλος που ορίζεται είναι οι προεξάρχουσες παρουσίες, οι οποίες δηλώνουν ποιο πρωτογενές χαρακτηριστικό είναι αυτό που παρουσιάζεται εντονότερα την περίοδο που το παιδί λαμβάνει την διάγνωση. Η διαπίστωση ύπαρξης επιπλέον διαταραχής ταυτόχρονα με την ΔΕΠ/Υ σημαίνει αλληλοεπηρεασμός αυτών και τροποποίηση των συμπτωμάτων συνήθως με αρνητικό πρόσημο.

Η διάγνωση δεν είναι δυνατόν να δοθεί πριν τα 12 έτη. Παρόλα αυτά έχουν παρατηρηθεί κάποια σημάδια ήδη από την βρεφική ηλικία που μπορεί να προϊδεάσουν τον ειδικό για μια αργότερη εκδήλωση αναπτυξιακών προβλημάτων (Thomas & Chess, 1977). Έρευνες κάνουν λόγο για δύσκολα βρέφη, βρέφη δηλαδή που είναι δυσκολότερα στον χειρισμό τους, απαιτητικά, απροσάρμοστα, με πιο έντονα ξεσπάσματα κλάματος χωρίς να τα έχει δοθεί αφορμή (Wolff, 1969), με μεγαλύτερη κινητικότητα, κακή, ευερέθιστη διάθεση με αναφορά των γονέων όταν τα περιγράφουν μέχρι και σε αυξημένη κινητικότητα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.



Η κατάσταση αυτή συχνά γίνεται κύκλος, με τους γονείς να γίνονται ανά περίπτωση ελαστικοί, αδιάφοροι, αποστασιοποιημένοι ή και αγανακτισμένοι από την δυσκολία που τους προκαλούν οι συμπεριφορές αυτές (Goldstein, 1998), έπειτα περνούν στο παιδί, το οποίο καταλαβαίνει την στάση τους, αρνητικά συναισθήματα και το επηρεάζουν σε βαθμό μεγαλύτερο από ότι ίσως θα περίμεναν διαμορφώνοντας εκ νέου την συμπεριφορά του. Δεδομένα δείχνουν μη ασφαλή δεσμό μητέρας – βρέφους, που αργότερα εκδήλωσε την διαταραχή, καθώς αυτές βίωναν δυσκολία στην ανατροφή και στο χειρισμό των παιδιών αυτών με συνέπεια να επιδρά αυτό στον ψυχισμό τους και συχνά να γίνεται έκδηλο απέναντι στο παιδί (Battle & Lacy, 1972).

Έρευνες που αφορούν την κληρονομικότητα έγιναν σε βρέφη όπου ένας από τους δυο γονείς είχε ΔΕΠ/Υ και διαπιστώθηκαν μικρές αλλά μη αμελητέες διαφορές με τα βρέφη της ομάδας ελέγχου ως προς την προσοχή, την κινητικότητα (Ninowski, 2010) και την νευροαναπτυξιακή ωριμότητα (Auerbach et al., 2005). Προγεννητικοί και περιγεννητικοί παράγοντες φαίνεται πως παίρνουν θέση επίσης σε συμπτώματα της διαταραχής (Galera et al., 2011).

Για την προσχολική ηλικία η εμφάνιση της ΔΕΠ/Υ υπολογίζεται σε ποσοστό 3,3%. Ο Barkley (1981) σημειώνει πως για έως και 70% των περιπτώσεων που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ/Υ, η διάγνωση μπορούσε να δικαιολογηθεί ήδη από πριν της σχολικής ηλικίας. Η διάκριση μεταξύ φυσιολογικών συμπεριφορών ενός παιδιού αυτής της ηλικίας με τα συμπτώματα της διαταραχής ίσως είναι αρκετά δύσκολη σε αυτήν την ηλικία λόγω κυρίως της αυξημένης ενέργειας και του εντόνου ενθουσιασμού τους, φυσιολογικά σημάδια στα περισσότερα παιδιά (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Τα τρία βασικά συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ είναι παρόντα στην πλειοψηφία των τυπικά αναπτυσσομένων παιδιών χωρίς ΔΕΠ/Υ απλώς βρίσκονται σε μικρό βαθμό και δεν κινούν υποψίες. Για να το κάνουν αυτό, θα πρέπει να είναι εξαιρετικά έντονα κάνοντας φανερή μια απόκλιση από το τυπικά αναμενόμενο (Campbell & Ewing, 1990). Ούτως ή άλλως πρόκειται για μια περίοδο ραγδαίας ανάπτυξης των παιδιών από την μια μέρα στην άλλη, μια περίοδο που μέσα σε αυτήν ωριμάζει η ικανότητα ελέγχου συμπεριφορών (Jones, Rothbart, & Posner, 2003) όπως αυτών που σε μεγάλο βαθμό συντελούν την ΔΕΠ/Υ.

Σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα η συχνότερη ανεπίσημη διάγνωση αφορά την συνδυαστική παρουσία των συμπτωμάτων της ΔΕΠ/Υ και λιγότερο συχνή αυτήν της απροσεξίας (Galera et al., 2011) η οποία τελευταία όμως είναι δύσκολο να αξιολογηθεί σε αυτό το στάδιο. Τα παιδιά περιγράφονται απαιτητικά, μη συνεργάσιμα, ακούραστα, υπερκινητικά, ανυπάκουα, ανεξέλεγκτα. Η αδεξιότητα και παρορμητικότητα τακτικά τα οδηγεί σε ατυχήματα (Barkley, 2002). Έχουν συχνά προβλήματα στον γλωσσικό και κοινωνικό τομέα. Όσον αφορά τον γλωσσικό, καθυστερούν στην ανάπτυξη και την κατάκτηση γλωσσικών οροσήμων, και υστερούν κυρίως στον τομέα της πραγματολογίας γεγονός που τα οδηγεί σε δυσκολία επικοινωνιακή. Αυτό με την σειρά του τα απομονώνει κοινωνικά, τα εμποδίζει από ομαδικά παιχνίδια και σύναψη φιλικών σχέσεων (Papaeliou, Maniadaki, & Kakouros, 2015).

Η σχολική είναι η επίσημη ηλικία για την διάγνωση της διαταραχής. Η διαταραχή γίνεται αντιληπτή όχι μόνο στους γονείς αλλά και στους δάσκαλους οι οποίοι είναι πλέον ενημερωμένοι για την διαταραχή και μπορούν να συμβουλευσουν τους γονείς σχετικά με τα βήματα που μπορούν να ακολουθήσουν παρόλο που δεν είναι λίγες οι φορές που πέφτουν έξω σχετικά με την ύπαρξη της διαταραχής.

Με την ένταξη των παιδιών στο Δημοτικό σχολείο έρχεται και ένα πλήθος προσαρμογών, νέων υποχρεώσεων και καθηκόντων στα οποία το παιδί πρώτη φορά καλείται να ανταποκριθεί. Οι απαιτήσεις αυξάνονται, το παιδί πρέπει να μάθει να προσέχει, να μένει ακίνητο για πολύ ώρα αλλά και ήσυχο ώστε να μην εμποδίζει την ομαλή διεξαγωγή του μαθήματος αλλά ταυτόχρονα να λαμβάνει γνώση. Τότε όπως γίνεται κατανοητό, γίνονται έκδηλες οι δυσκολίες του ως προς αυτές τις απαιτήσεις ενώ ταυτόχρονα αρκετά συχνά γίνονται ταυτόχρονα εμφανείς μαθησιακές δυσκολίες των παιδιών είτε ειδικές είτε όχι. Η απόδοση τους είναι κατώτερη τόσο σε σύγκριση με το αναπτυξιακό τους επίπεδο τόσο και με τους συνομήλικους τους χωρίς την διαταραχή (DuPaul & Volpe, 2009). Η επιτυχία στο σχολείο χρειάζεται οργάνωση, προσπάθεια, προσοχή, αφοσίωση, επιμονή και υπομονή, χαρακτηριστικά που απουσιάζουν συχνά από αυτά τα παιδιά.

Η περιγραφή της συμπεριφοράς τους μέσα στην τάξη είναι η εξής: συχνά κουνιούνται όσο βρίσκονται καθιστοί, σηκώνονται ή και περιφέρονται στην τάξη. Διακόπτουν τους συμμαθητές και τους δάσκαλους, απαντούν σε ερωτήσεις χωρίς να τους ζητηθεί, μιλούν σε ακατάλληλες στιγμές διακόπτοντας την διεξαγωγή του

μαθήματος, κάνουν φασαρία. Από την άλλη τα αυτά με λιγότερο υπερκινητική παρουσία της διαταραχής, συνηθίζουν να κοιτάζουν έξω από τα παράθυρα, να παρατηρούν οτιδήποτε στην τάξη εκτός από τον εκπαιδευτικό, να μην αντιδρούν όταν τους απευθύνεται ο λόγος καθώς εκείνη την στιγμή η σκέψη τους βρίσκεται κάπου αλλού.

Η συμπεριφορά του κατά την ώρα του μαθήματος αλλά και η έλλειψη σωστών επικοινωνιακών και κοινωνικών προτύπων τα απομακρύνει από το σύνολο των συμμαθητών τους σε μια στιγμή που έχουν ανάγκη από φιλία και συντροφιά και παιχνίδι. Μπορεί να τα οδηγήσει σε εσωστρέφεια, ντροπαλότητα, αμηχανία ή από την άλλη όψη του νομίσματος, σε θυμό, εμπλοκή σε καυγάδες, διενέξεις με συμμαθητές και δάσκαλους.

Στην εφηβεία η πλειοψηφία των παιδιών, 65% με 80% σε ποσοστό, εξακολουθεί να εμφανίζει τα συμπτώματα της διαταραχής συνήθως με διαφοροποιήσεις ως προς την εκδήλωση, την σοβαρότητα και τον αριθμό τους (Barkley & Fischer et al., 1993· Mick et al., 2011). Γενικά παρατηρείται υποχώρηση των συμπτωμάτων. Αυξημένες είναι σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό οι πιθανότητες έναρξης σεξουαλικής δραστηριότητας από νωρίς η οποία συχνά μπορεί να γίνεται ανησυχητική (Flory et al., 2006), η χρήση ναρκωτικών ουσιών και η κατάχρηση αλκοόλ (Brook & Boaz, 2005).

Οι σχολικές απαιτήσεις αυξάνονται απότομα και το παιδί πρέπει πλέον να τις αντιμετωπίσει πιο αυτόνομα. Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ φαίνεται πως βιώνουν πολύ συχνότερα άγχος σε αυτήν την ηλικία, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση (Brook & Boaz, 2005) είναι συχνό φαινόμενο η ένταξη σε μη ευνοϊκές για αυτούς ομάδες, η παραβατικότητα η και εγκατάλειψη του σχολείου (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Για να τεθεί διάγνωση στους ενήλικες είναι απαραίτητη η ύπαρξη εγκύρων αναλυτικών πληροφοριών από την παιδική του ηλικία. Αυτό όπως γίνεται αντιληπτό είναι εξαιρετικά δύσκολο. Οι πλειοψηφία των παιδιών με ΔΕΠ/Υ εξακολουθεί να εμφανίζει την διαταραχή και μετά την ενηλικίωση (Tamam, Karaku, & Ozpouraz, 2008).

Η διαφοροδιάγνωση των διπολικών και των αγχωδών διαταραχών από την ΔΕΠ/Υ είναι αρκετά απαιτητική διαδικασία σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα ενώ η συννοσηρότητα με αυτές είναι ιδιαίτερα συχνή. Η παρουσία συμπτωμάτων απροσεξίας είναι κυρίαρχη σε σχέση με της υπερκινητικότητας που μειώνεται φανερά (McGough & Barkley, 2004). Επαγγελματικά αντιμετωπίζουν περισσότερα εμπόδια και έχουν μειωμένες πιθανότητες αποκατάστασης (Barkley et al., 2006). Συχνά επίσης έχουν αυξημένο άγχος για την οικονομική τους κατάσταση (Brook, Zhang & Seltzer, 2013). Επίσης ως γονείς, εμφανίζουν συχνά συμπεριφορές ασυνέπειας και ανευθυνότητας (Johnstotn, Mash, Miller & Ninowski, 2012). Έρευνες δείχνουν πως έως και το 80% θα διαγνωστεί με μια επιπλέον ψυχική διαταραχή (Sobanski et al., 2007).

## 1.8 Διαφοροδιάγνωση της ΔΕΠ/Υ

### 1.8.1 Διαφοροδιάγνωση της ΔΕΠ/Υ από τις ΔΑΦ

Η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) είναι μια νευροβιολογική διαταραχή, με την οποία το άτομο γεννιέται, μπορεί να γίνει αντιληπτή ήδη από τους πρώτους μήνες της ζωής του και θα εξακολουθήσει να το ακολουθεί για όλη την υπόλοιπη. Την χαρακτηρίζουν πλήθος συμπτωμάτων που εντάσσονται σε ένα συνεχές από ηπίας ως μεγάλης σοβαρότητας. Σε αυτή την διάγνωση έχουν συγχωνευτεί οι παλιότερες υποκατηγορίες του αυτισμού (Αυτιστική Διαταραχή, Σύνδρομο Rett, Σύνδρομο Asperger, Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές μη προσδιοριζόμενες αλλιώς). Έχει παρατηρηθεί μεγάλη αύξηση στον αριθμό των διαγνώσεων σε σχέση με προηγούμενα χρόνια (Zablotsky et al., 2015) αλλά και αύξηση των διαγνώσεων συννοσηρότητας με την ΔΕΠ/Υ (Blumberg et al., 2012).

Μέχρι το 2013 το DSM επισήμαινε πως η ύπαρξη της ΔΕΠ/Υ σε ένα άτομο απέκλειε την ύπαρξη της ΔΑΦ στο ίδιο, και το αντίστροφο. Αν τα συμπτώματα της απροσεξίας, υπερκινητικότητας συνέβαιναν κατά αποκλειστικότητα σε ένα παιδιά με ΔΑΦ τότε δεν δινόταν η διάγνωση της ΔΕΠ/Υ, αλλά τα συμπτώματα ήταν απόρροια της πρώτης διαταραχής (ΔΑΦ). Με την τελευταία αναθεώρηση του DSM αυτό είναι ένα από τα κριτήρια που αλλάζουν. Παύει να είναι αναγκαία η διαφοροδιάγνωση των διαράχων για την ύπαρξη της μιας ή της άλλης και έτσι ανοίγεται ο δρόμος για την αναγνώριση της πιθανής συννοσηρότητας που μπορεί να εμφανίσουν μεταξύ τους. Αυτή σε έρευνες έχει υπολογιστεί από 28% έως και 78% (de Bruin, Ferdinand, Meester, de Nijs, & Verheij, 2007· Gadow, DeVincent, Pomeroy, & Azizian, 2005· Hattoriet al., 2006).

Πρόκειται για δυο διαταραχές που παρουσιάζουν πλήθος ομοιοτήτων. Είναι συχνότερες στα αγόρια με σημαντική διάφορα, έχουν χρόνο έναρξης την προσχολική ηλικία, γεννητική προδιάθεση και αυξημένη συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές. Συχνά είναι επίσης τα συνοδά προβλήματα τους. Είναι πολύ πιθανό το άτομο που έχει διαγνωστεί με μια από αυτές τις διαταραχές να εκδηλώσει διαταραχές λογού και ομιλίας, μαθησιακές δυσκολίες ή και δυσκολίες συντονισμού των κινήσεων. Τα γνωστικά, συμπεριφορικά προβλήματα οδηγούν σε κακές σχολικές και κοινωνικές

επιδόσεις. Ενώ οι επικοινωνιακές και κοινωνικές δεξιότητες στερούνται τυπικότητας και στις δυο διαταραχές, αυτές της ΔΕΠ/Υ είναι αρκετά ηπιότερες (Geurts et al., 2009).

Μια από τις ομοιότητες έχει να κάνει με την κινητική ανάπτυξη των παιδιών αυτών. Φαίνεται πως η ηλικία κατάκτησης βασικών κινητικών οροσήμων είναι καθυστερημένη σε σχέση με την τυπική. Οι δυσκολίες είναι όμοιες και στον τομέα του οπτικοκινητικού συντονισμού αυξάνοντας τις πιθανότητες να υπάρχουν κοινοί παράγοντες κίνδυνου για τις δυο διαταραχές (Reiersen et al., 2008). Οι ΔΕΠ/Υ κ ΔΑΦ εμφανίζουν υψηλή συννοσηρότητα με την Αναπτυξιακή Διαταραχή Συντονισμού των Κινήσεων. Στην περίπτωση της συννοσηρότητας των δυο διαταραχών που αναλύονται σε αυτήν την ενότητα, ερευνά έχει δείξει ότι καθίσταται αυξημένη η πιθανότητα εμφάνισης Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής και Διαταραχής Διαγωγής (Mulligan et al., 2009).

Στα συμπτώματα που αλληλεπικαλύπτονται συχνότερα στις 2 διαταραχές ανήκουν η διαταραγμένη προσοχή, η υπερκινητικότητα, τα συμπεριφορικά και κοινωνικά προβλήματα (APA, 2000· Mayes & Calhoun, 2004, 2006,2007,2011). Επίσης συχνά τις συνοδεύουν ευερεθιστότητα, θυμός (Brereton et al., 2006· Connor Steeber, & McBurret, 2010). Δυσλειτουργία εκτελεστικών διεργασιών (Corbett, Constantine, Hendren, Rocke, & Ozonoro, 2009), αργός ρυθμός επεξεργασίας και δυσγραφία (Mayes & Calhoun, 2004, 2007), μαθησιακές δυσκολίες κυρίως στην γραπτή έκφραση (Mayes & Calhoun, 2006, 2007) με συνηθισμένο φαινόμενο την γλωσσική καθυστέρηση (Mayes & Calhoun, 1999, 2011) ή ακόμα και τις διαταραχές ύπνου (Mayes, Calhoun, Bixler, & Vgontzas, 2009).

Σε ερευνά που περιελάμβανε περιστατικά που συνδύαζαν τις δυο διαταραχές, παρατηρήθηκαν παραπάνω συμπτώματα της διαταραχής της ΔΕΠ/Υ από αυτά που ορίζονται ως απαραίτητα για να πληρούν την διάγνωση, και η πλειοψηφία αυτών εντάσσονταν στο άκρο της αυξημένης σοβαρότητας ενώ συχνότερη ήταν επίσης, η συνδυασμένη παρουσία των συμπτωμάτων της ΔΕΠ/Υ (πρώην συνδυαστικός τύπος) (Levy, Hay, Bennet, & McStephen, 2005· Mayes et al., 2009). Η παρουσία της ΔΕΠ/Υ είναι ικανή να μεγιστοποιήσει τα χαρακτηριστικά της ΔΑΦ (Yerys et al., 2009). Άξιο αναφοράς είναι πως τα άτομα με συνδυασμό αυτών των διαταραχών είχαν συχνότερα συμπεριφορικά και επικοινωνιακά συμπτώματα, συναισθηματικές διαταραχές και άλλες ψυχοπαθολογίες όταν συγκρίνονταν με περιστατικά που είχαν διαγνωστεί μόνο

με την μια από τις δυο διαταραχές ξεχωριστά (Chen et al., 2015· Gadow, DeVincent, & Schneider, 2009· Tang et al., 2013).

Κάποια συμπτώματα έχουν συνδεθεί και για τις 2 διαταραχές με γενετικά αίτια και περιβαλλοντικές επιδράσεις, πρόωρη γέννηση και λήψη συγκεκριμένων φαρμάκων από μέρος της μητέρας (Taurines et al., 2012). Περιοχές που έχουν ενοχοποιηθεί στον εγκέφαλο των ατόμων για την μια ή την άλλη διαταραχή βρίσκονται σε ιδιαίτερα κοντινή απόσταση μεταξύ τους (Rommelse, Franke, Geurts & Hartman, 2010).

Με αφορμή όλες αυτές τις ομοιότητες έχουν υποστηριχθεί διάφορες απόψεις με λιγότερη ή περισσότερη απήχηση από τις οποίες καμία δεν έχει επισημοποιηθεί από τα διαγνωστικά εγχειρίδια. Έρευνες λένε πως ανήκουν στο ίδιο φάσμα διαταραχής όπου στο ένα άκρο, το ηπιότερο, βρίσκεται η ΔΕΠ/Υ ενώ στο άλλο, το σοβαρότερο, βρίσκεται η ΔΑΦ (Gargaro, Rinehart, Bradshaw, Tonge, & Sheppard, 2011· Van der Meer et al., 2012). Άλλες δείχνουν πως είναι μικρή η συσχέτιση των γενετικών επιδράσεων για την εκδήλωση τους (Cross- Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium, 2013). Μια διαφορετική άποψη είναι πως μια ομάδα παιδιών με ΔΕΠ/Υ με ξέχωρη συμπτωματολογία και αιτιολογία από αυτές της κλασσικής ΔΕΠ/Υ εμφανίζει συμπτώματα αυτισμού (Neale & Kendler, 1995). Μια νεότερη παραθέτει πως οι αντισταθμιστικές μέθοδοι που χρησιμοποιεί ο εγκέφαλος για να προσαρμοστεί στις διαφορετικές λειτουργίες που έχουν προκληθεί λόγω ανωμαλιών είναι κοινές στις δυο διαταραχές αλλά συμβαίνουν σε διαφορετικές χρονικές στιγμές της ανάπτυξης οδηγώντας έτσι σε διαφορετικές εκδηλώσεις των διαταραχών (Denniw et al., 2013· Johnson, 2012).

Σε περιπτώσεις συννοσηρότητας είναι δύσκολο στην πράξη, λόγω των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΑΦ, να διαγνωστεί η ΔΕΠ/Υ με προεξάρχουσα την απρόσεκτη παρουσία. Ωστόσο είναι δυνατόν να διακριθούν τα συμπτώματα των δυο άλλων τύπων - παρουσίας που αφορούν την υπερκινητικότητα και τον παρορμητισμό. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2016)

Οι ομοιότητες είναι πολλές και μπορούν να δώσουν την εντύπωση πως ο διαχωρισμός αυτών των διαταραχών και επομένως η διαφοροδιάγνωση σε ένα περιστατικό είναι δύσκολη. Αυτό δεν είναι αλήθεια καθώς άλλες τόσες και παραπάνω

είναι οι διάφορες τους. Ξεκινώντας με τα πρωτογενή χαρακτηριστικά της ΔΕΠ/Υ, η δυσκολία σε αυτήν όταν αναφερόμαστε στο σύμπτωμα της προσοχής είναι να μείνει αυτή συγκεντρωμένη για κάποιο χρονικό διάστημα σε μια συγκεκριμένη συνθήκη. Στις ΔΑΦ για το ίδιο σύμπτωμα, η δυσκολία έγκειται στο να μετατοπιστεί η προσοχή από μια συνθήκη σε μια άλλη κάθε φορά που είναι απαραίτητο. Η υπερκινητικότητα στις ΔΑΦ διαφοροποιείται ποιοτικά καθώς οι κινήσεις είναι στερεοτυπικές και επαναλαμβανόμενες. Τα άτομα με ΔΑΦ αντιμετωπίζουν πολύ συχνότερα αισθητηριακά συμπτώματα και σωματικές ενοχλήσεις, έχουν μεγάλη ευαισθησία σε αισθητηριακά ερεθίσματα όπως ήχους, υφές, φώτα, μυρωδιές. Εντονότερα κοινωνικά προβλήματα, ποικιλία εμμονών με συγκεκριμένες συνήθειες και περιορισμένα ενδιαφέροντα. Συνηθίζουν να αποσυντονίζονται μπροστά στις αλλαγές και την πολυκοσμία. Πολλές κινήσεις τους είναι στερεοτυπικές και επαναλαμβάνονται άσκοπα. Όταν το καλούν ή απευθύνονται σε αυτό συχνά μένει αδιάφορο ενώ η βλεμματική επαφή του μπορεί να είναι αδιάκριτα έντονη ή και εντελώς απύσχα. Άλλες συμπεριφορές της ΔΑΦ περιλαμβάνουν υπερβολικές αντιδράσεις όπως φόβου ή ολική απουσία του συναισθήματος αυτού. Έντονες είναι οι συναισθηματικές διαταραχές, με έλλειψη εν συναίσθησης, κυκλοθυμία, ξεσπάσματα θυμού και θλίψης (Mayes, Calhoun, Mayes and Molitoris, 2012).

Στο θέμα της διαταραγμένης επικοινωνίας, η ΔΑΦ διαφοροποιείται από αυτή της ΔΕΠ/Υ καθώς τα συμπτώματα είναι σοβαρότερα και σταθερότερα σε παιδιά χαμηλής λειτουργικότητας. Παρατηρούνται παλινδρομήσεις, ενώ τα αναπτυξιακά γλωσσικά ορόσημα κατακτιούνται μη τυπικά ή δεν κατακτιούνται καθόλου. Μπορούν να υπάρχουν ασυνήθιστες, επαναλαμβανόμενες παράγωγες ήχων σε ακατάλληλες στιγμές, έντονα επηρεασμένη πραγματολογία, ηχολαλία, κραυγές, στερεοτυπικές λέξεις άγνωστης προέλευσης που στερούνται νοήματος. (Mayes, Calhoun, Mayes and Molitoris, 2012).

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται τα ποσοστά που δοθήκαν μετα από ερευνά των παιδιών με τα αναγραφόμενα συμπτώματα του Checklist for Autism Spectrum Disorder:



ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Ποσοστά εμφάνισης συμπτωμάτων (Checklist for Autism Spectrum Disorder)

**Table 3**  
Percent of children who have each symptom on the Checklist for Autism Spectrum Disorder.

CASD symptoms	LFA (n = 324)	HFA (n = 523)	ADHD-C (n = 112)	ADHD-I (n = 46)	Typical (n = 63)
<b>Problems with social interaction</b>					
Social isolation or difficulty making friends	100	96	26	13	3
Limited reciprocal interaction (e.g., poor eye contact)	88	79	5	2	3
Self-absorbed, in own world	89	83	1	0	3
Socially indiscriminate, insensitive behavior	75	74	39	24	6
Problems with social skills	100	98	56	26	2
<b>Perseveration</b>					
Obsessions (e.g., restricted interests and fixations)	94	96	1	0	2
Repetitive play (e.g., lining up toys)	87	65	2	0	3
Distress with change	89	95	24	13	13
Stereotypies (e.g., hand flapping or toe walking)	90	72	6	4	5
<b>Somatosensory disturbance</b>					
Crave movement (e.g., climbing, jumping, or spinning)	71	51	10	0	0
Unresponsive to verbal input (e.g., to name)	81	83	31	26	11
Hypersensitive to sounds, smell, or light	68	77	12	24	5
Distress with commotion or crowds	48	45	5	15	2
Fascination with repetitive movements (e.g., fans)	51	28	0	0	2
Abnormal sensory inspection (e.g., mouthing, smelling)	65	47	7	2	2
Tactile defensiveness	64	68	24	20	8
High pain tolerance	57	39	8	0	0
Sleep disturbance	61	66	48	28	13
Picky eater	70	69	26	15	6
<b>Atypical communication and development</b>					
Language regression or slowing after 1 year	52	20	0	0	0
Normal motor and delayed speech milestones	83	63	20	9	3
Communication impairment	98	85	4	4	2
Atypical, repetitive vocalizations or speech	92	86	4	0	5
Special abilities (e.g., memory, visual-mechanical)	77	87	0	0	11
<b>Mood disturbance</b>					
Overreactivity, meltdowns, aggression	91	92	63	30	11
Moody, emotionally labile	76	76	42	11	0
Problems with empathy or expressing emotions	64	58	12	2	0
Unusual fears	38	42	2	2	5
<b>Problems with attention and safety</b>					
Selective attention	97	98	21	20	5
Poor safety awareness	85	69	46	4	3
Mean total CASD score	23.0	21.1	5.5	3.0	1.3
SD	3.2	3.4	3.1	2.6	1.8
Range	15-30	15-29	0-13	0-10	0-7

Πηγή: Mayes, Calhoun, Mayes and Molitoris, 2012

Σημείωση: στον πίνακα οι συντομογραφίες των τεσσάρων ομάδων του δείγματος έχουν ως εξής:

- LFA (low functioning Autism) / Αυτισμός Χαμηλής Λειτουργικότητας,
- HFA (high functioning Autism) / Αυτισμός Υψηλής Λειτουργικότητας,
- ADHD-C ΔΕΠ/Υ με προεξάρχουσα την συνδυαστική παρουσία συμπτωμάτων
- ADHD-I ΔΕΠ/Υ με προεξάρχουσα την απρόσεκτη παρουσία

Συμπερασματικά, τα πρωτογενή χαρακτηριστικά συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ μπορεί πράγματι να συναντώνται συχνά σε άτομα με διάγνωση ΔΑΦ ενώ τα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ που προαναφέρθηκαν σπανίζουν στην κλινική εικόνα της ΔΕΠ/Υ καθιστώντας εφικτή την διαφοροδιάγνωση των διαταραχών. (Cadenas et al., 2020)

### 1.8.2 Διαφοροδιάγνωση της ΔΕΠ/Υ από το σύνδρομο Tourette

Το σύνδρομο Gilles de la Tourette (Τουρέτ) ανήκει στις διαταραχές μυοσπασμάτων, κινητικές και νευροαναπτυξιακές διαταραχές. Σε αυτό εντοπίζονται και τα δυο είδη μυοσπασμάτων, ηχητικών και κινητικών, για τουλάχιστον έναν χρόνο. Σχετικά με τα μυοσπάσματα, πρόκειται για ξαφνικές ταχείες χωρίς ρυθμό και σκοπό στερεοτυπικές συσπάσεις των μυών κατ' επανάληψη. Επιδεινώνονται σε ορισμένες συνθήκες και σε άλλες ηρεμούν. Για να τεθεί η διάγνωση πρέπει το άτομο να είναι κάτω των 18 ετών και να έχουν αποκλειστεί άλλες αίτιες που θα ήταν ικανές να τα προκαλέσουν όπως ασθένειες ή χρήση ουσιών.

Οι διαταραχές μυοσπασμάτων, στις οποίες εντάσσεται το Σύνδρομο Τουρέτ, παρουσιάζουν γενικά μεγάλη συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές και ειδικά με την ΔΕΠ/Υ. Αυτές, παρουσιάζονται στα παιδιά την ΔΕΠ/Υ σε ποσοστό περίπου 20% (Gillberg et al., 2004). Από την άλλη, σε παιδιά με διαταραχή μυοσπασμάτων δίνεται σε ποσοστό 50% και η διάγνωση της ΔΕΠ/Υ (Kurlan et al., 2002· Rothenberger, Roessner, Banaschewski, & Leckman, 2007).

Συχνό πόρισμα ερευνών αποτελεί η συνύπαρξη όχι μόνο της ΔΕΠ/Υ με το σύνδρομο Τουρέτ, αλλά και της Ιδιοψυχαναγκαστικής Διαταραχής μαζί (Mathews & Grados, 2011) και πως στην συγκεκριμένη συνθήκη που οι τρεις τους μαζί εμφανίζονται στο ίδιο άτομο υπάρχει κάποιο κοινό παθοφυσιολογικό υπόβαθρο (O'Rourke et al, 2011). Η τελευταία θεωρία δεν έχει διαπιστωθεί όσον αφορά μόνο τις ΔΕΠ/Υ και Τουρέτ, κάτι που δίνει την εντύπωση πως η Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή είναι ο συνδεδετικός κρίκος (Mathews & Grados, 2011). Ας μην παραλειφθεί πως επιβεβαιώθηκε η αυξημένη διάγνωση Διαταραχών Άγχους σε άτομα που αντιμετωπίζουν ταυτόχρονα Διαταραχές Μυοσπασμάτων και ΔΕΠ/Υ (Carter et al., 2000· Roessner, Becker, Banaschewski, & Rothenberger, 2007).

Οι δυο διαταραχές, εκτός από διαφορές ως προς τα συμπτώματα τους έχουν και όσον αφορά την ηλικία έναρξης. Η ΔΕΠ/Υ διαγιγνώσκεται στην παιδική ηλικία στα 12 έτη με πιθανή την εμφάνιση της νωρίτερα χωρίς όμως τη δυνατότητα επίσημης διάγνωσης της. (APA, 2013). Το Σύνδρομο Τουρέτ από την άλλη, πρέπει να ξεκινήσει

υποχρεωτικά πριν την ενηλικίωση του ατόμου (18 έτη) οποιαδήποτε στιγμή. Της ΔΕΠ/Υ τα συμπτώματα, για να τεθεί η διάγνωση, πρέπει να είναι παρόντα για το λιγότερο 6 μήνες ενώ του Συνδρόμου Τουρέτ για τουλάχιστον 12 μήνες. Στα άτομα με το τελευταίο, την εμφάνιση του συμπτώματος προηγείται δυσφορία και ενόχληση γεγονός που δεν έχει παρατηρηθεί σε άτομα με ΔΕΠ/Υ (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005)

### **1.8.3 Διαφοροδιάγνωση της ΔΕΠ/Υ από την τυπική ζωνρότητα**

Ένα φαινόμενο που παρατηρείται συχνά σχετικά με την διαταραχή της ΔΕΠ/Υ, είναι η σύγχυση αυτής της διαταραχής, από μη ενημερωμένα άτομα, με μια φυσιολογική συμπεριφορά ενός παιδιού ζωνρού, παραπάνω κινητικού ή ακόμα και κακομαθημένου. Είναι αλήθεια πως μέχρι έναν βαθμό τα χαρακτηριστικά που θεωρούνται συμπτώματα στην διαταραχή αυτή να εμφανίζονται σε πολλά παιδιά σε μικρότερο βαθμό μη καθιστώντας τα παθολογικά και επομένως χωρίς αυτά τα παιδιά να πληρούν τα κριτήρια της διαταραχής. Πολύ συχνά, τα όρια μεταξύ τυπικού και παθολογικού είναι δύσκολο να διευκρινιστούν ειδικά απέναντι σε παιδιά μικρότερης ηλικίας, για αυτό και η διάγνωση δεν είναι επιτρεπτή μέχρι τα 12 έτη. (Κάκουρος, 2001)

Η διαφορά στην συμπεριφορά ενός παιδιού τυπικής ανάπτυξης και ενός με ΔΕΠ/Υ εκτός από ποσοτική είναι και ποιοτική. Για ένα τυπικά ζωνρό παιδί δεν είναι όλες οι περιστάσεις ίδιες, είναι σε θέση να αντιληφθεί και να προσαρμόσει την συμπεριφορά του, ιδίως την κινητικότητα και παρορμητικότητα του, αναλόγως την φορά έτσι ώστε να μην προκαλεί την ενόχληση των γύρω του. Αντίθετα, το παιδί με την διάγνωση της διαταραχής δεν είναι ικανό να ελέγχει τη συμπεριφορά του έστω και για μικρό χρονικό διάστημα ακόμα και όταν γνωρίζει ότι το πλαίσιο απαιτεί αυτή την ρύθμιση ειδάλως ενέχει ο κίνδυνος της επίπληξης/ τιμωρίας. Το παιδί με παθολογική υπερκινητικότητα θα κουνιέται ακόμα και όταν βρίσκεται καθιστό σε μια καρεκλά (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2016).

Συνηθίζεται η αδεξιότητα των παιδιών με ΔΕΠ/Υ να αφορά όχι μόνο την αδρή αλλά και την λεπτή κινητικότητα (Carte et al., 1996· Seidman et al., 1997). Η υπερκινητικότητα εκδηλώνεται συχνά ακόμα και όταν τα παιδιά κοιμούνται σύμφωνα με μητέρες κάτι που δεν συμβαίνει στα παιδιά τυπικής ανάπτυξης που είναι απλώς ζωντά. Η ΔΕΠ/Υ επιπλέον έρχεται με ένα σύνολο συνοδών συμπτωμάτων που επηρεάζουν διάφορες πτυχές της ζωής του ατόμου κάτι που επίσης δεν είναι το ίδιο συχνό φαινόμενο σε ζωντά παιδιά. Η γλωσσική καθυστέρηση για παράδειγμα που καθόλου σπάνια συνοδεύει την διαταραχή αποτελεί και ένα από τα αίτια παραπομπής τους. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2016)

Σε θέματα συγκέντρωσης, ενώ τα τυπικά ζωντά παιδιά δεν καταθέτουν ιδιαίτερη προσπάθεια για να την επιτύχουν, τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ εκτός από το ότι πρέπει να τα παρακινούν ισχυρά κίνητρα, αναγκαία είναι και η καταβολή μεγάλης προσπάθειας από μέρους τους. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2016).

Παρατηρείται μεγαλύτερη ευερεθιστότητα που επιδεινώνεται από την αρνητική συχνά αντιμετώπιση τους από το περιβάλλον. Λόγω των ελλειμάτων και των συμπεριφορών που εκδηλώνουν, συχνά αποτυγχάνουν σε πλήθος δοκιμασιών με τις οποίες έρχονται αντιμέτωπα στην καθημερινότητα τους. Το περιβάλλον που επιλεγεί αυστηρές πρακτικές, τιμωρίες και στερείται υπομονής και μεθοδικότητας προκαλεί στο παιδί αρνητικά συναισθήματα που αναλόγως την ψυχοσύνθεση του μπορούν να εκφραστούν ποικιλοτρόπως. Η μη ικανοποιητική ανταπόκριση τους σε αιτήματα αλλά και οι επιπλήξεις που δέχονται από τους γύρω τους μπορεί να προκαλέσει προκλητική και αντιδραστική συμπεριφορά (Barkley, 1990). Γίνεται κατανοητό λοιπόν πως τα συμπεριφορικά προβλήματα είναι περισσότερο κοινά σε παιδιά με ΔΕΠ/Υ παρά σε ζωντά παιδιά χωρίς την διάγνωση της συγκεκριμένης διαταραχής (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2016).

Τα τρία πρωτογενή συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ, υπερκινητικότητα, απροσεξία, παρορμητικότητα, είναι χαρακτηριστικά που παρατηρούνται συχνά σε παιδιά όλων των ηλικιών κυρίως πριν και κατά την διάρκεια του Δημοτικού σχολείου. Προκειμένου να γίνει αντιληπτή μια απόκλιση από το τυπικά αναπτυσσόμενο παιδί που δεν μπορεί να λάβει διάγνωση της διαταραχής θα βοηθούσε να διερωτηθεί κανείς την ένταση με την οποία εκδηλώνονται τα συμπτώματα και αν η σοβαρότητα τους είναι αξιοσημείωτη. Επιπλέον μπορεί να βοηθήσει τον εντοπισμό παθολογίας η παρατήρηση

της συχνότητας εμφάνισης τέτοιων συμπεριφορών αλλά και το αν διέπονται από σταθερότητα στον χρόνο. Σημαντικό είναι να διατηρείται η λειτουργικότητα του παιδιού πάνω κυρίως στο κοινωνικό, ακαδημαϊκό και επικοινωνιακό κομμάτι προκειμένου να θεωρηθεί απλώς ζωνρό ή απρόσεχτο χωρίς να πληρεί τα κριτήρια της διαταραχής. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2016).

Είναι τυπικό, ένα παιδί να έχει αυξημένα αποθέματα ενέργειας σε σύγκριση με άλλα παιδιά ή να χρειάζεται περισσότερη προσπάθεια για να συγκεντρωθεί και να μείνει αφοσιωμένο χωρίς να αφήνει αυτές τις συνθήκες να το κρατάνε πίσω. Ακόμα ένα παιδί που εμφανίζει στοιχεία παρορμητισμού, χωρίς όμως να παραβιάζει όρια και κανόνες, εντάσσεται πάλι στην σφαίρα του φυσιολογικού (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2016)

Η λειτουργικότητα ενός παιδιού πολλές φορές θα κριθεί με υποκειμενικά κριτήρια καθώς το εκάστοτε περιβάλλον έχει διαφορετικές προσδοκίες και απαιτήσεις. Κάποιο παιδί που ζει σε μια απαιτητική κοινωνία και οικογένεια θα παραπεμπόταν για διάγνωση ευκολότερα έπειτα από την παραμικρή ανησυχητική ένδειξη ενώ κάποιο άλλο σε διαφορετική περίπτωση περιβάλλοντος θα θεωρούνταν απολυτά φυσιολογικό και δεν θα κινούσε υποψίες. Η διάγνωση της ΔΕΠ/Υ για κάθε ένα από τα πυρηνικά συμπτώματα που την στελεχώνουν, περιλαμβάνει πλήθος επιπροσθέτων που απαιτείται να τηρούνται. Δεν επιδρούν όλα με τον ίδιο τρόπο στην λειτουργικότητα, κάποια την επηρεάζουν έντονα και άλλα λίγο, έως καθόλου.

Το παιδί χωρίς ΔΕΠ/Υ αν και ζωνρό, είναι ικανό να κάνει αυτό που του ζητείται ώστε να μην διαταράσσει το πλαίσιο στο οποίο βρίσκεται, να μην δημιουργεί ενόχληση στους γύρω του και να ακολουθήσει τους κανόνες. Μπορεί να διατηρήσει εστιασμένη την προσοχή του αν το θέλει. Η διαφορά στο παιδί που έχει την διαταραχή, βρίσκεται στο ότι και να θέλει, πιθανότατα δεν είναι ικανό να ελέγξει τέτοιες συμπεριφορές και ακόμα και αν καταφέρει να το κάνει αυτή η συμμόρφωση θα του προκαλέσει δυσφορία. Στην όψη του θα είναι φανερή η δυσκολία του να φερθεί όπως οι συνομήλικοί του.

Ένα επιπλέον στοιχείο που πιθανότατα θα βοηθούσε στον διαχωρισμό της τυπικότητας από την παθολογία είναι τα συνοδά προβλήματα που συνοδεύουν την τελευταία. Κυριότερα είναι αυτά που αφορούν την γλώσσα και την συμπεριφορά ενώ

δεν είναι καθόλου σπάνια ο συνδυασμός παραπάνω από μιας διαταραχής στο ίδιο άτομο. Ο λόγος ίσως καθυστερεί να αναπτυχθεί, και η ομιλία εμφανίζει θέματα αρθρωτικά, συντακτικά κ.α. αναλόγως το περιστατικό (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2016).

Κάπως έτσι, γονείς, δάσκαλοι και φροντιστές συντελούν μαζί με τους ειδικούς μια ομάδα που μέσω της παρατήρησης του παιδιού θα οδηγήσουν σε μια ασφαλή και αξιόπιστη διάγνωση όπως και στην κατάλληλη αντιμετώπιση του περιστατικού.

## **1.9 Νοημοσύνη στην ΔΕΠ/Υ**

Σύμφωνα με τον Barkley (1995) η νοητική ανάπτυξη ενός παιδιού με ΔΕΠ/Υ μπορεί να επηρεαστεί είτε λόγω της μη τυπικής ανάπτυξης γνωστικών δεξιοτήτων είτε περισσότερο από τον τρόπο που αυτές οι δεξιότητες χρησιμοποιούνται συνήθως αναποτελεσματικά (Barkley, 1995).

Ερώτημα αποτελεί για πολλούς ερευνητές αν τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ έχουν χαμηλότερη νοημοσύνη από τα υπόλοιπα όπως συνηθίζουν να δείχνουν οι κλίμακες μέτρησης της νοημοσύνης. Οι δοκιμασίες που περιλαμβάνονται στα τεστ νοημοσύνης παρόλα αυτά, δεν είναι φτιαγμένες για παιδιά των οποίων η προσοχή και η συγκέντρωση δεν λειτουργούν κατά φύση. Η βαθμολογία τους φαίνεται να διαμορφώνεται χαμηλότερα μάλλον λόγω τμημάτων των τεστ που απαιτούν ικανότητες οι οποίες υπολειτουργούν σε άτομα με την διαταραχή. Ο δείκτης νοημοσύνης τους προκύπτει να υπολείπεται κατά 7-15 μονάδες από τον μέσο ορό των «φυσιολογικών» παιδιών της αντίστοιχης ηλικίας (Faraone et al., 1993· Fidler et al., 1990). Πιο πρόσφατες έρευνες μειώνουν αυτή την διαφορά στις 9 μονάδες (Frazier, Demaree, & Youngstrom, 2004).

Όπως είναι για κάθε ανθρώπου την πορεία σημαντική η νοημοσύνη του, ένα παραπάνω σε όσους έχουν την διαταραχή καθώς όταν ο δείκτης νοημοσύνης είναι υψηλός, μπορεί να λειτουργήσει ως αντιστάθμιση στα ελλείμματα βοηθώντας το παιδί να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες που του προκαλεί η ΔΕΠ/Υ ή έστω να τις κάνει λιγότερο φανερές (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2000)

Αρκετές κλίμακες μέτρησης αξιολογούν περισσότερο τις ακαδημαϊκές γνώσεις των παιδιών (Bohline, 1985). Οι μαθησιακές δυσκολίες που καθόλου σπάνια αντιμετωπίζουν τα παιδιά με την διαταραχή της ΔΕΠ/Υ πιθανώς διαδραματίζουν ρολό στην χαμηλότερη τους επίδοση καθώς έχει διαπιστωθεί από παλιότερα πως παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες δυσκολεύονται παραπάνω σε τέτοιου είδους αξιολογήσεις (Barkley, DuPaul, et al., 1990).

Άτομα με υψηλή νοημοσύνη επεξεργάζονται τα ερεθίσματα και δρουν διαφορετικά απέναντι στην καθημερινότητα τους, συχνά με τρόπο που μπορεί να μοιάζει να μιμείται τα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ. Είναι ένας πληθυσμός για τον οποίο η υπερδιάγνωση ή η εσφαλμένη διάγνωση της ΔΕΠ/Υ συμβαίνει (Webb & Latimer, 1993). Πάρα την ύπαρξη συμπτωμάτων υπερκινητικότητας, παρορμητικότητας και απροσεξίας που μπορεί να εμφανιστεί, τα παιδιά αυτά δεν την εμφανίζουν σε πολλά πλαίσια ούτε όταν τα ενδιαφέρει αυτό με το οποίο ασχολούνται την δεδομένη στιγμή (Cadenas et al., 2020).

Μία μελέτη εξέτασε το γνωστικό προφίλ μεγάλου δείγματος με ομάδες να αποτελούν άτομα με ΔΕΠ/Υ και μέση ή υψηλή νοημοσύνη και χωρίς ΔΕΠ/Υ με μέση και υψηλή νοημοσύνη. Το πόρισμα ήταν πως άτομα με ΔΕΠ/Υ και υψηλή νοημοσύνη απέδιδαν καλύτερα από άτομα χωρίς την διαταραχή αλλά με μέση νοημοσύνη. Επιβεβαίωσε επίσης πως τα γνωστικά ελλείμματα που συνδυάζονται με την διαταραχή της ΔΕΠ/Υ γίνονται λιγότερο αντιληπτά (Miloni, Chaim, Cavallet, et al., 2017).

Σχετικά με την συννοσηρότητα της ΔΕΠ/Υ με την Νοητική Αναπηρία, παρατηρούνται ενδιαασμοί από τους επιστήμονες όταν έρχεται η στιγμή να αναλύσουν μια τέτοια διάγνωση. Ως Νοητική Αναπηρία ορίζεται στο DSM-5 ο δείκτης νοημοσύνης μικρότερος ή ίσος των 70 μονάδων με ταυτόχρονα έκπτωση της προσαρμοστικότητας σε τουλάχιστον δυο τομείς, εμφανίζεται στην αναπτυξιακή περίοδο και ο βαθμός σοβαρότητας μπορεί να ποικίλει (APA, 2013).

Στην περίπτωση της Νοητικής Αναπηρίας ισχύει το φαινόμενο της «διαγνωστικής υπερσκίασης», δηλαδή την τάση να δικαιολογούνται όλες οι συμπεριφορές ατόμων της ομάδας αυτής από το χαμηλό νοητικό δυναμικό χωρίς περαιτέρω διερεύνησή (Jopp & Keys, 2001· Mason & Scior, 2004). Το DSM-4

πρότεινε την διάγνωση της ΔΕΠ/Υ σε αυτήν την ομάδα όταν τα συμπτώματα της εμφανίζονταν σε υπερβολικό βαθμό για την νοητική του ηλικία.

Διαφορετικά δεδομένα, δείχνουν πως η ΔΕΠ/Υ εμφανίζεται με μεγάλη συχνότητα στον πληθυσμό με Νοητική Αναπηρία, με συννοσηρότητα από 18 έως 40% (Pearson & Aman, 1994) ποσοστό που όσο χαμηλώνει ο δείκτης νοημοσύνης τόσο ανεβαίνει (Voigt, Barbaresi, Colligan, Weaver, & Katusic, 2006). Μια μελέτη σημειώνει πως είναι η διαταραχή που εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα με νοητική αναπηρία (Stromme & Diseth, 2000), ενώ σε μια δεύτερη πως η Νοητική Αναπηρία αυξάνει κατά 10 φορές την πιθανότητα να εκδηλωθεί ΔΕΠ/Υ (Emerson, 2003).

Παιδιά με Νοητική Αναπηρία εμφανίζουν σε ορισμένες περιπτώσεις συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ αν και το ποσοστό συννοσηρότητας είναι δύσκολο να γίνει σαφές, σιγουρά όμως δεν είναι αμελητέο και είναι συχνότερη η διαταραχή στην ομάδα αυτών των ατόμων σε σύγκριση με τον τυπικό πληθυσμό.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΔΕΠ/Υ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΥΡΟΤΗΤΑ ΜΕ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

### Εισαγωγή

Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν την πιο διαδεδομένη υποομάδα ψυχικών διαταραχών (Penninx, Pine, Holmes and Reif, 2021) και η ηλικία έναρξής τους είναι αρκετά μικρή, καθώς μπορεί να εμφανιστούν από την ηλικία των 2 ετών (Krone and Newcorn, 2015). Η μη αντιμετώπισή τους έχει ως αποτέλεσμα την επιμονή της διαταραχής και στην ενήλικη ζωή του ασθενούς, λόγω της ασταμάτητης και μακρόχρονης πορείας που εμφανίζει. Ο υπερβολικός φόβος, το άγχος και η αποφυγή επίμονων και βλαβερών καταστάσεων, αποτελούν ορισμένα από τα βασικά χαρακτηριστικά τους. Η ύπαρξη διαταραχών άγχους μπορεί να επηρεαστεί άμεσα είτε από γενετικούς είτε από περιβαλλοντικούς παράγοντες ενώ συχνή είναι και η συνύπαρξή τους με άλλες διαταραχές (Penninx, Pine, Holmes and Reif, 2021).

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα, αποτελεί μία νευροψυχιατρική διαταραχή η οποία επηρεάζει την λειτουργικότητα παιδιών και εφήβων. Η ΔΕΠ/Υ συχνά είναι χρόνια και φτάνει μέχρι την ενηλικίωση. Τα άτομα που πάσχουν από τη διαταραχή χαρακτηρίζονται από πρόωμη έναρξη αναπτυξιακά ανώμαλων και μειωμένων επιπέδων απροσεξίας, υπερκινητικότητας ή/και παρορμητικότητας. Τα συμπτώματα ξεκινούν από μικρή ηλικία και περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων έλλειψη προσοχής και συγκέντρωσης, αποδιοργάνωση και δυσκολία στην ολοκλήρωση εργασιών (Magnus, Nazir, Anilkumar and Shaban, 2022). Συχνά εμφανίζει συννοσηρότητα με αγχώδεις διαταραχές, μαθησιακές δυσκολίες, κατάθλιψη και ψυχιατρικές διαταραχές (Schatz and Rostain, 2006).

Η ΔΕΠ/Υ είναι μια διαταραχή η οποία είναι δύσκολο να διαφοροποιηθεί από το άγχος. Δεδομένης της υψηλής επικάλυψης των συμπτωμάτων της ΔΕΠ/Υ και του άγχους, τα παιδιά συχνά πληρούν τα κριτήρια συμπτωμάτων τόσο για ΔΕΠ/Υ όσο και για μία αγχώδη διαταραχή, όπως αποδεικνύεται από τα υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας σε επιδημιολογικά και κλινικά δείγματα. Κατά την αξιολόγηση για ΔΕΠ/Υ ή άγχος, είναι απαραίτητο να προσδιοριστεί εάν τα συμπτώματα της μιας διάγνωσης επικαλύπτονται ή προκαλούν συμπτώματα της άλλης (Krone and Newcorn, 2015).

Άτομα με αγχώδεις διαταραχές έχουν το διπλάσιο κίνδυνο να εμφανίσουν χαρακτηριστικά της ΔΕΠ/Υ συγκριτικά με τον υπόλοιπο πληθυσμό (Krone and Newcorn, 2015). Αντίστοιχα, άτομα με ΔΕΠ/Υ έχουν αυξημένη πιθανότητα να εκδηλώσουν διαταραχές άγχους, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται μελλοντικά η κλινική εικόνα, η πρόγνωση και η θεραπεία της ΔΕΠ/Υ (D'Agati, Curatolo and Mazzone, 2019).

## 2.1 Επισκόπηση των διαταραχών άγχους

Οι αγχώδεις διαταραχές λαμβάνουν ολοένα και μεγαλύτερη προσοχή, λόγω της αυξημένης συχνότητας, της πρώιμης ηλικίας εμφάνισης, της τάσης για υποτροπή για μεγάλο χρονικό διάστημα και της φύσης που προκαλεί αναπηρία. Καθώς είναι οι πιο διαδεδομένες, έχει γίνει συσχέτιση με τεράστιο κόστος υγειονομικής περίθαλψης. Έχει επιβεβαιωθεί πως ένας στους 14 ανθρώπους πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια για μία αγχώδη διαταραχή. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) ανέφερε ότι, το 2015, οι αγχώδεις διαταραχές κατατάχθηκαν στην έκτη θέση μεταξύ όλων των ψυχικών και σωματικών ασθενειών παγκοσμίως και στην τέταρτη θέση στις ιδιαίτερα ανεπτυγμένες χώρες. Συγκαταλέγονται επομένως στις χρόνιες ασθένειες με τις μεγαλύτερες επιπτώσεις στη ζωή των ασθενών (n.d.).

Πληθυσμιακές έρευνες έχουν δείξει πως ποσοστό της τάξεως του έως και 33,7% του πληθυσμού, θα επηρεαστεί από μία αγχώδη διαταραχή κατά τη διάρκεια της ζωής του (Bandelow and Michaelis, 2015). Σε μελέτη σχετικά με την επίπτωση και τον επιπολασμό των αγχωδών διαταραχών από το 1990 έως το 2019, παρατηρήθηκε πως ενώ το συνολικό ποσοστό επιβάρυνσης των αγχωδών διαταραχών με βάση την ηλικία παρέμεινε σταθερό τις δεκαετίες που μελετήθηκαν, ο απόλυτος αριθμός αυξήθηκε κατά 50% από το 1990 (Yang et al., 2021).

Ο επιπολασμός των αγχωδών διαταραχών στις γυναίκες είναι περίπου διπλάσιος από ότι στους άντρες. Ως πιθανά αίτια έχουν εξεταστεί οι ψυχοκοινωνικοί

παράγοντες (σεξουαλική κακοποίηση σε μικρή ηλικία), καθώς και γενετικοί και νευροβιολογικοί παράγοντες. Ο πίνακας παρακάτω αποδίδει την αναλογία γυναικών προς άνδρες σχετικά με το ποσοστό επικράτησης για αγχώδεις διαταραχές, υπολογισμένη από τα ποσοστά επικράτησης που λήφθηκαν από επιδημιολογικές έρευνες (Bandelow and Michaelis, 2015).

Πίνακας 4: Αναλογία γυναικών προς άνδρες των ποσοστών επικράτησης για αγχώδεις διαταραχές

Female-to-male ratio of prevalence rates for anxiety disorders (calculated from the prevalence rates reported in major epidemiological surveys). ECA, Epidemiologic Catchment Area Program; NCS-R, National Comorbidity Survey-Replication; ESEMeD, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders

Study	ECA <sup>40</sup>	NCS-R <sup>3</sup>	ESEMeD <sup>41</sup>	Wittchen et al <sup>44</sup>	
	1 month	Lifetime	12 months	Lifetime	12 months
Panic disorder	2.3	2.1	1.7	1.6	1.8
GAD		1.7	2.6	1.8	2.1
Agoraphobia		1.6	3.0	1.8	3.1
SAD		1.2	1.6	1.5	2.1
Specific phobia	2.2	1.8	2.6	2.1	2.4
All anxiety disorders*	2.1	1.5	2.3	1.8	2.1

\* Note that before the introduction of DSM-5, obsessive-compulsive disorder and post-traumatic stress disorder were included in the anxiety disorders

Πηγή: Bandelow and Michaelis, 2015

Οι αγχώδεις διαταραχές συχνά συνυπάρχουν με κατάθλιψη, αλκοολισμό και άλλες καταχρήσεις ουσιών καθώς και με διαταραχές προσωπικότητας. Σημαντική είναι η διαφοροδιάγνωσή τους από άλλες παθήσεις όπως καρδιακές, του θυρεοειδή, αναπνευστικές αλλά και παθήσεις στερητικής μορφής όπως εξίσου σημαντική είναι και η αντιμετώπιση τους για την αποφυγή επανεμφάνισης σε μελλοντικό χρόνο (Craske and Stein, 2016).

Οι αγχώδεις διαταραχές σε παθολογικό επίπεδο χωρίζονται ανάλογα με την χαρακτηριστική ομαδοποίηση των συμπτωμάτων. Η αναφορά για τη κατηγοριοποίηση των ψυχικών διαταραχών είναι το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο (DSM-V) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας.

Οι κατηγορίες είναι οι εξής :

- Επιλεκτική αλαλία
- Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού
- Ειδικές φοβίες
- Κοινωνική Αγχώδης Διαταραχή (ή Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους)
- Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
- Διαταραχή πανικού
- Αγοραφοβία (Penninx, Pine, Holmes and Reif, 2021)

**Επιλεκτική αλαλία:** Σύμφωνα με το DSM-5, επιλεκτική αλαλία είναι μία διαταραχή κατά την οποία το άτομο αποτυγχάνει να μιλήσει σε συγκεκριμένες κοινωνικές καταστάσεις (π.χ. σχολείο) όπου υπάρχει η προσδοκία της επικοινωνίας παρόλο που σε άλλες καταστάσεις επικοινωνεί. Εάν ο ασθενής δεν εκπέμπει φωνητικές εκφράσεις κανενός είδους (π.χ. βήχας, κλάμα, γέλιο ή ομιλία) σε οποιαδήποτε κατάσταση, χρησιμοποιείται ο όρος «ολική αλαλία». Η απουσία της ομιλίας θα πρέπει να υφίσταται για τουλάχιστον ένα μήνα, εκτός του πρώτου μήνα στο σχολείο και η επιφυλακτικότητα που μπορεί να εκφραστεί μεταξύ άλλων και με τη διακοπή ή άρνηση έκφρασης της ομιλίας μπορεί να θεωρηθεί φυσιολογική από αναπτυξιακή άποψη. Τέλος, στο DSM-5 διευκρινίζεται ότι αυτή η αποτυχία του παιδιού να εκφράσει λόγο, δεν αποδίδεται αιτιολογικά σε έλλειψη γνώσης ή στην αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος με την ομιλούμενη γλώσσα στην όποια κοινωνική κατάσταση (American

Psychiatric Association, 2013). Μέσος όρος ηλικίας εμφάνισης είναι στην προσχολική ηλικία, μικρότερη των 5 ετών (Penninx, Pine, Holmes and Reif, 2021).

**Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού:** Σύμφωνα με το DSM-5, η διαταραχή άγχους αποχωρισμού χαρακτηρίζεται από αναπτυξιακά ακατάλληλο και υπερβολικό άγχος σχετικά με τον αποχωρισμό του ατόμου από τα άτομα με τα οποία είναι συνδεδεμένο, έχει διάρκεια τουλάχιστον τέσσερις εβδομάδες στα παιδιά και στους εφήβους και τυπικά έξι μήνες στους ενήλικες (American Psychiatric Association, 2013). Αρχικά είχε θεωρηθεί ότι η εμφάνιση της συγκεκριμένης διαταραχής θα έπρεπε αυστηρά να κυμαίνεται ανάμεσα στην σχολική και εφηβική ηλικία. Πλέον, θεωρείται ότι η εμφάνισή της συμβαίνει συνήθως μετά την ενηλικίωση (Schiele and Domschke, 2021). Ο επιπολασμός του στη διάρκεια της ζωής είναι 4,8%. Μία αξιολόγηση που διεξήχθη από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) αποκάλυψε ότι, μεταξύ 38.993 ενηλίκων σε 18 διαφορετικές χώρες, η ηλικία εμφάνισης της διαταραχής άγχους αποχωρισμού ήταν άνω των 18 ετών στο 43,1% των περιπτώσεων (Silove et al., 2015).

**Ειδικές φοβίες:** Η ειδική φοβία είναι ένας υπερβολικός και επίμονος φόβος για ένα συγκεκριμένο αντικείμενο, κατάσταση ή δραστηριότητα και τυπικά διαρκεί έξι μήνες ή και παραπάνω (American Psychiatric Association, 2013). Τύποι ειδικής φοβίας περιλαμβάνουν τα ζώα (έντομα, αράχνες, σκύλους), το φυσικό περιβάλλον ή δυνάμεις της φύσης (καταιγίδες, ύψη, πλημμύρες) κ.α. (Craske and Stein, 2016). Μέσος όρος ηλικίας εμφάνισης είναι στην παιδική ηλικία, περίπου στο όγδοο έτος (Penninx, Pine, Holmes and Reif, 2021). Η ειδική φοβία επηρεάζει περίπου το 5% έως 10% του πληθυσμού των ΗΠΑ. Η φοβία των ζώων, η φοβία του φυσικού περιβάλλοντος και ο τύπος φοβίας από τραυματισμό με έγχυση αίματος τείνουν να έχουν κορύφωση στην παιδική ηλικία, ενώ υπάρχει κορύφωση στην πρώιμη ενήλικη ζωή για τη φοβία καταστάσεων (Samra and Abdijadid, 2022).

**Κοινωνική αγχώδης διαταραχή:** Ένα άτομο με κοινωνική αγχώδη διαταραχή έχει σημαντικό άγχος ή φόβο για μία ή περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις κατά τις

οποίες το άτομο μπορεί ή όχι να βρίσκεται υπό έλεγχο από άλλους (American Psychiatric Association, 2013). Το 1966, η κοινωνική φοβία διαφοροποιήθηκε για πρώτη φορά από την αγοραφοβία και τις συγκεκριμένες φοβίες. Η έκθεση σε μια τέτοια κοινωνική κατάσταση προκαλεί σχεδόν πάντα φόβο ή άγχος στο άτομο που επηρεάζεται και το άτομο βιώνει ανησυχία ότι θα κριθεί αρνητικά. Οι μελέτες για οικογένειες και δίδυμα υποδηλώνουν ότι ο ρόλος του γενετικού παράγοντα ως αιτιολογικού παράγοντα στην κοινωνική αγχώδη διαταραχή πιστεύεται ότι εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι γενετικοί δείκτες ήταν δύσκολο να αναγνωριστούν. Η γονική μέριμνα που είναι υπερβολικά ελεγκτική ή παρεμβατική μπορεί να οδηγήσει σε αναστολή της ιδιοσυγκρασίας στα παιδιά, αυξάνοντας τον κίνδυνο για κοινωνική αγχώδη διαταραχή. Τα δυσμενή και αγχωτικά γεγονότα της ζωής μπορεί επίσης να αυξήσουν τον κίνδυνο. Αυτά τα άτομα συχνά αποφεύγουν τις κοινωνικές καταστάσεις που φοβούνται ή τις υπομένουν με έντονο άγχος (Rose and Tadi, 2022). Τέλος, χαρακτηριστικά της κοινωνικής αγχώδη διαταραχής είναι το έντονο κοκκίνισμα, η τάση για εμετό, η διάρκειά της τουλάχιστον για έξι μήνες και η εμφάνισή της στην πρώιμη εφηβεία.(Penninx, Pine, Holmes and Reif, 2021).

**Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή:** Η συγκεκριμένη διαταραχή χαρακτηρίζεται από επίμονο και υπερβολικό άγχος και ανησυχία για όχι μικρότερο διάστημα των έξι μηνών. Το άτομο θα πρέπει να παρουσιάζει σημαντική αδυναμία ελέγχου του άγχους που το διακατέχει και πρέπει να χαρακτηρίζεται από ένα τουλάχιστον κλινικό χαρακτηριστικό στα παιδιά και τρία στους ενήλικες. Τα κλινικά αυτά χαρακτηριστικά είναι το άγχος, η κούραση, η δυσκολία συγκέντρωσης, η ευερεθιστικότητα, οι διαταραχές ύπνου και η μυϊκή ένταση(American Psychiatric Association, 2013). Χαρακτηρίζεται από διάρκεια έξι μηνών και άνω και ο μέσος όρος εμφάνισης θεωρείται στην ηλικία των τριάντα ετών(Penninx, Pine, Holmes and Reif, 2021).

**Διαταραχή πανικού:** Διαταραχή πανικού μπορεί να συμβεί αναπάντεχα και σχεδόν σε οποιαδήποτε κατάσταση (Scantamburlo, G. and Ansseau, M., 2004). Μπορεί

να εμφανιστεί κατά τη διάρκεια μίας άλλης αγχώδη διαταραχής καθώς και γενικότερα να συνυπάρξει με οποιαδήποτε ψυχική διαταραχή γενικότερα (American Psychiatric Association, 2013). Οικογενειακές μελέτες έχουν δείξει ότι οι συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών με διαταραχές πανικού έχουν τριπλάσιο έως πενταπλάσιο κίνδυνο να αναπτύξουν οι ίδιοι μια τέτοια διαταραχή, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Οικογενειακή ομαδοποίηση παρατηρείται επίσης στη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και στις συγκεκριμένες φοβίες (Silove et al., 2015). Η συγκεκριμένη διαταραχή εμφανίζεται στην ενήλικη ζωή με μέσο όρο την ηλικία των εικοσιπέντε ετών (Penninx, Pine, Holmes and Reif, 2021). Κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου μπορεί να υπάρξει:

- Αίσθημα γρήγορων και δυνατών καρδιακών παλμών
- Εφίδρωση
- Τρόμος ή τρέμουλο
- Αίσθημα δυσκολίας κατά την αναπνοή ή αίσθημα ασφυξίας
- Αίσθημα πνιγμονής
- Πόνος στο στήθος
- Αίσθημα ιλίγγου, ζάλης ή λιποθυμίας
- Ναυτία ή κοιλιακοί πόνοι
- Ρίγος ή αίσθημα υπερβολικής ζέστης
- Αποπροσωποίηση
- Αποπραγματοποίηση
- Φόβος πως το άτομο θα χάσει τον έλεγχο
- Φόβος θανάτου (American Psychiatric Association, 2013).

Πίνακας 5: Αγχώδεις διαταραχές και οι εκδηλώσεις τους, σύμφωνα με τη Διεθνή Ταξινόμηση Νοσημάτων

Κλινικές εκδηλώσεις αγχώδων διαταραχών σύμφωνα με το ICD-10 (4)

Αγχώδης διαταραχή	Κλινικές ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ
Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (F41.1)	Ανήσυχη ανησυχία, ένταση, και φόβοι για καθημερινά γεγονότα και προβλήματα
Διαταραχή πανικού (F41.0)	Επαναλαμβανόμενες και απροσδόκητες κρίσεις πανικού (κρίσεις άγχους) με σωματικές εκδηλώσεις (αίσθημα παλμών, δύσπνοια, εφίδρωση, παραισθησία, ναυτία) και ψυχικές (φόβος που κυμαίνεται έως θανάσιμο φόβο, φόβος απώλειας ελέγχου, αίσθημα αποξένωσης)
Διαταραχή πανικού με αγοραφοβία (F40.01)	Επαναλαμβανόμενες και απροσδόκητες κρίσεις πανικού συν αγοραφοβία
Αγοραφοβία (F40.0)	Φοβίες που περιλαμβάνουν φόβους να φύγουν από το σπίτι, μπαίνοντας στα καταστήματα, πλήθη και δημόσιοι χώροι, ή να ταξιδεύει μόνος σε τρένα, λεωφορεία ή αεροπλάνα
Κοινωνική φοβία (F40.1)	Ο φόβος του ελέγχου από άλλα άτομα που οδηγεί στην αποφυγή κοινωνικών καταστάσεων. Οι πιο διάχυτες κοινωνικές φοβίες συνήθως συνδέονται με χαμηλή αυτοεκτίμηση και φόβο για κριτική. Μπορεί να εμφανιστούν ως παράπονο κοκκινίσματος, τρόμος χεριών, ναυτία, ή επείγουσα σύρρηση
Ειδική φοβία (F40.2)	Φόβος ή/και αποφυγή ορισμένων αντικειμένων ή καταστάσεων. Τύποι: ζώα, φυσικά γεγονότα (βροντές κ.λπ.), αίμα, ενέσεις, βλάβη, ή άλλες καταστάσεις ή αντικείμενα που προκαλούν πυροδότηση
Επιλεκτική αλαλία (F94.0)	Γλωσσική ικανότητα σε ορισμένες περιπτώσεις, αλλά αποτυχία να μιλήσει σε άλλες (προσδιορίσιμες) καταστάσεις
Άγχος αποχωρισμού (F93.0)	Μη ρεαλιστική και επίμονη ανησυχία για ανεπιθύμητα συμβάντα που μπορεί να συμβούν στους πιο σημαντικούς άλλους του ασθενούς, ή για την πιθανή απώλεια του ίδιου

Πηγή: ICD-10

## 2.2 Άγχος και ΔΕΠ/Υ στην προσχολική ηλικία

Οι αγχώδεις διαταραχές και η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα, τείνουν να κάνουν την εμφάνισή τους σε νεαρή ηλικία κάτι που οδηγεί στην χρονιότητα και την μόνιμη βλάβη (Overgaard et al., 2014). Βρίσκονται ανάμεσα στις πιο κοινές ψυχιατρικές διαταραχές με ποσοστό συννοσηρότητας 25%(D'Agati, Curatolo and Mazzone, 2019). Πιο συγκεκριμένα, το ποσοστό



συννοσηρότητάς τους κατά την σχολική ηλικία εντοπίζεται στο 25%-40% (Overgaard et al., 2014), κάτι που μπορεί να επηρεάσει τα συμπτώματα και την πρόγνωση της ΔΕΠ/Υ με πολλούς τρόπους. Ωστόσο, ο τρόπος με τον οποίο οι δύο αυτές διαταραχές συνυπάρχουν και αναπτύσσονται δεν έχει αναγνωριστεί πλήρως. Οι περισσότερες μελέτες που ερευνούν την συννοσηρότητα μεταξύ των δύο αυτών διαταραχών, έχουν αφοσιωθεί στην σχολική και εφηβική ηλικία αντιθέτως όμως, η μεγαλύτερη βιβλιογραφία που αφορά την εσωτερίκευση και εξωτερίκευση των συμπτωμάτων τους, τονίζει ότι πρέπει η συννοσηρότητα των δύο αυτών διαταραχών να μελετηθεί και κατά τη διάρκεια των προσχολικών χρόνων ενός παιδιού (Gair et al., 2021).

Έχουν προταθεί δύο αιτιολογικές εξηγήσεις για την ανάπτυξη της συννοσηρότητας ΔΕΠ/Υ/άγχους που επικεντρώνονται στις αμφίδρομες επιδράσεις της ΔΕΠ/Υ και του άγχους (Gair et al., 2021).

1. Τα συμπτώματα του άγχους επιδεινώνουν τα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ όπως η ανησυχία ή η διάσπαση προσοχής ( επιδράσεις άγχους )

2. η αρνητική κοινωνική ανατροφοδότηση και οι μειωμένες εκτελεστικές λειτουργίες που σχετίζονται με συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ συμβάλλουν στην ανάπτυξη συμπτωμάτων άγχους ( επιδράσεις ΔΕΠ/Υ).

### **Από 18 μηνών έως 3.5 ετών**

Πρώιμα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ/Υ και των αγχωδών διαταραχών είναι δυνατό να εντοπιστούν από την ηλικία των 18 μηνών. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι υπάρχει μέτρια συνέχεια στα χαρακτηριστικά του άγχους και της ΔΕΠ/Υ από την ηλικία των 18 μηνών έως τα 3½ έτη, τόσο όταν αυτά τα συμπτώματα εμφανίζονται μόνα τους όσο και μαζί στην ηλικία των 3½ ετών (Overgaard et al., 2014).

### 3 ετών έως 6 ετών

Το 2015, διενεργήθηκε έρευνα σε άτομα προσχολικής ηλικίας η οποία είχε ως στόχο να εξετάσει εάν το άγχος εμφανίζεται πιο συχνά όταν υπάρχει ταυτόχρονα η συμπτωματολογία της ΔΕΠ/Υ, εάν η συμπτωματολογία των αγχωδών διαταραχών διαφέρει ανάλογα με την ύπαρξη ή μη της ΔΕΠ/Υ και τέλος εάν τα συμπτώματα, η σοβαρότητα και η μορφή της ΔΕΠ/Υ επηρεάζεται με την ύπαρξη κάποιας αγχώδη διαταραχής. Τα αποτελέσματα δείχνανε πως ήταν συχνότερα τα συμπτώματα αγχωδών διαταραχών, συγκεκριμένα άγχους αποχωρισμού και φοβίες, στα παιδιά με συμπτώματα ΔΕΠ/Υ συγκριτικά με την ομάδα πληθυσμού χωρίς συμπτωματολογία ΔΕΠ/Υ. Εν συνεχεία, στα παιδιά τα οποία εμφανίζουν συμπτώματα ΔΕΠ/Υ, ένα ποσοστό 33% εμφάνισε και συμπτώματα άγχους. Στα παιδιά με συμπτώματα και από τις δύο διαταραχές, η συμπτωματολογία ΔΕΠ/Υ ήταν πιο έντονη σε σύγκριση με τα παιδιά που είχαν συμπτώματα ΔΕΠ/Υ αλλά όχι συμπτώματα αγχωδών διαταραχών. Συμπερασματικά, οι δύο διαταραχές μπορούν να αναπτυχθούν παράλληλα, ως δύο διακριτές και διαφορετικές διαταραχές επηρεάζοντας την ένταση της συμπτωματολογίας (Overgaard, Aase, Torgersen and Zeiner, 2012).

Το 2021 διενεργήθηκε έρευνα σε παιδιά προσχολικής ηλικίας η οποία είχε ως στόχο να εξετάσει την αμφίδρομη σχέση μεταξύ της ΔΕΠ/Υ και των διαταραχών άγχους. Πιο συγκεκριμένα, μελετήθηκε κατά πόσο τα συμπτώματα του άγχους επηρεάζουν τη συμπτωματολογία της ΔΕΠ/Υ και αντίθετα κατά πόσο το αρνητικό κοινωνικό υπόβαθρο και οι μειωμένες εκτελεστικές λειτουργίες που σχετίζονται με την συμπτωματολογία της ΔΕΠ/Υ μπορούν να επηρεάσουν την συμπτωματολογία των διαταραχών άγχους. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνανε ότι κατά την προσχολική ηλικία, η ύπαρξη συμπτωματολογίας της ΔΕΠ/Υ, μπορεί να οδηγήσει σε πρόωμη εμφάνιση άγχους, ωστόσο όμως η παρουσία μίας αγχώδης διαταραχής δεν προϋποθέτει εμφάνιση συμπτωμάτων της ΔΕΠ/Υ (Gair et al., 2021).

## **2.3 Αγχώδεις Διαταραχές και ΔΕΠ/Υ στην παιδική ηλικία και την εφηβεία**

Η παιδική ηλικία και η εφηβεία είναι η κύρια φάση κινδύνου για την ανάπτυξη συμπτωμάτων και διαταραχών άγχους, που κυμαίνονται από παροδικά ήπια συμπτώματα έως σοβαρές αγχώδεις διαταραχές. Περίπου 15%-20% των παιδιών και των εφήβων πληρούν τα κριτήρια για μια αγχώδη διαταραχή, αλλά εκτιμήσεις έως και 31,9% έχουν αναφερθεί μεταξύ των νέων ηλικίας 13-18 ετών (Beesdo, Knappe and Pine, 2009).

Με τη ΔΕΠ/Υ, τα παιδιά είναι απρόσεκτα, υπερκινητικά και παρορμητικά σε πολλά περιβάλλοντα, ενώ με τις αγχώδεις διαταραχές, αυτά τα συμπτώματα είναι πιο περιστασιακά και θα αυξηθούν ως αποτέλεσμα σε μια κατάσταση που προκαλεί άγχος. Τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ συχνά περιγράφουν ότι είναι απρόσεκτα, αποσπάται η προσοχή τους και δεν μπορούν να διατηρήσουν την εστίασή τους σε οποιαδήποτε δεδομένη εργασία. Αντίθετα, οι νέοι με αγχώδεις διαταραχές περιγράφουν ότι δυσκολεύονται να δώσουν προσοχή επειδή έχουν πάρα πολλά στο μυαλό τους και δυσκολεύονται να εγκαταλείψουν τις ανησυχίες, και τους φόβους τους. Ενώ τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ αποσπώνται από εξωτερικά ερεθίσματα, τα παιδιά με αγχώδεις διαταραχές συχνά αποσπώνται από τις δικές τους σκέψεις και εσωτερικά ερεθίσματα (Chiu, Falk and Walkup, 2015).

Παρά τις διαφορές στα συμπτώματα, τα ποσοστά συννοσηρότητας είναι υψηλά. Ωστόσο, οι γενετικές και περιβαλλοντικές επιρροές που αποτελούν τη βάση αυτής της συνύπαρξης δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς. Η ΔΕΠ/Υ εμφανίζει ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή (15,5%–34,9%) και κοινωνική φοβία (3,2%) σε σχέση με άλλες διαγνώσεις άγχους (π.χ. Ειδική Φοβία 2,3%-7,7%)(Anastopoulos et al., 2016).

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε παιδιά και εφήβους ηλικίας 6 - 16 ετών, η οποία εξετάζει τον επιπολασμό της συννοσηρότητας των αγχωδών διαταραχών μεταξύ ασθενών που διαγνώστηκαν πρόσφατα με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ), έδειξε πως το 27,6% των ασθενών που διαγνώστηκαν με ΔΕΠ/Υ εμφάνισαν συννοσηρότητα με αγχώδη διαταραχή. Ο επιπολασμός της αγχώδους διαταραχής βρέθηκε υψηλότερος στα κορίτσια έναντι των αγοριών. Συγκεκριμένα, ο επιπολασμός της συννοσηρότητας της ΔΕΠ/Υ ήταν 39,4% στα κορίτσια και 24,8% στα αγόρια. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε συμφωνία με το

γεγονός πως οι γυναίκες εμφανίζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα αγχώδεις διαταραχές, όπως προαναφέρθηκε.

Η ηλικία των μητέρων και των πατέρων τη στιγμή της γέννησης των περιπτώσεων με συννοσηρότητα ΔΕΠ/Υ και αγχώδους διαταραχής, βρέθηκε να είναι σημαντικά χαμηλότερη από την ηλικία γονέων των παιδιών με ΔΕΠ/Υ χωρίς συννοσηρή αγχώδη διαταραχή. Λαμβάνοντας υπόψη ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν πιο δύσκολη περίοδο βρεφικής και παιδικής ηλικίας σε σύγκριση με τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά, πιστεύεται ότι οι νέοι γονείς με ανεπαρκή εμπειρία ζωής θα αισθάνονται απελπισμένοι, και ανίκανοι. Θεωρήθηκε ότι οι γονείς μπορεί να επιδεικνύουν υπερπροστατευτική στάση λόγω του άγχους τους, μπορεί να εφαρμόζουν άκαμπτες μεθόδους τιμωρίας λόγω του αισθήματος ανικανότητάς τους ή μπορεί να εκδηλώνουν αρνητική στάση απέναντι στα παιδιά τους λόγω απόγνωσης. Καθένα από αυτά θα μπορούσε να διευκολύνει την ανάπτυξη αγχωδών διαταραχών στα παιδιά (Gümüş, Çakin Memik and Ağaoğlu, 2015).

*Πίνακας 5: Ο μέσος όρος ηλικίας των γονέων κατά τη γέννηση περιστατικών με και χωρίς συννοσηρότητα αγχώδους διαταραχής*

The average age for the parents during the birth of cases with and without AD comorbidity

Parental age	AD				No AD			
	Mean	Median	SD	Min-max	Mean	Median	SD	Min-max
Mother	23.9	23	4.9	16-37	26	25	5.2	15-38
Father	27.9	27	5.7	18-44	29.9	30	5.1	19-45

Πηγή: GÜMÜŞ, ÇAKIN MEMİK and AĞAOĞLU, 2015

Σε δείγμα ελέγχου μεγέθους 14.825 ασθενών ηλικίας 4 έως 17 ετών βρέθηκε ποσοστό 52% με τουλάχιστον μία ψυχική διαταραχή ταυτόχρονα με την ύπαρξη της ΔΕΠ/Υ, ενώ το 26.2% είχε δύο ή περισσότερες διαταραχές, με τις διαταραχές συμπεριφοράς να είναι οι πιο συχνές (16.5%) (Jensen and Steinhausen, 2015). Σε μία μελέτη με αντίστοιχο αντικείμενο σε παιδιά ηλικίας 8 ετών έως 15 ετών με ΔΕΠ/Υ, το 49,7% διαγνώστηκε μόνο με ΔΕΠ/Υ, ενώ το 50,3% είχε τουλάχιστον μία συννοσηρή διαταραχή. Όταν εξετάστηκαν λεπτομερέστερα, 126 συμμετέχοντες (38,7%) είχαν συννοσηρότητα με μία ψυχιατρική διαταραχή, 29 συμμετέχοντες (8,9%) είχαν συννοσηρότητα με δυο ψυχιατρικές διαταραχές, 9 συμμετέχοντες (2,8%) είχαν με τρεις ή περισσότερες διαταραχές (Irci et al., 2020)

Πίνακας 6: Ψυχιατρικές συννοσηρότητες σύμφωνα με υποτύπους ΔΕΠ/Υ

Comorbidities	Participants (n)	%
ADHD without comorbidity	162	49.7
ODD	83	25.7
Behavior disorder	10	3.1
Major depression	43	13.2
OCD	31	9.5
Anxiety disorder	20	6.1
Asperger syndrome	11	3.4
Tourette syndrome	6	1.8
Trichotillomania	4	1.2
Bipolar disorder	2	0.6
Selective mutism	2	0.6
Enuresis and encopresis	2	0.6

ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder; ADHD-I: Attention Deficit Hyperactivity Disorder Inattentive Type; ADHD-H: Attention Deficit Hyperactivity Disorder Hyperactive Type; \*p<0.05; ODD: Oppositional Defiant Disorder; OCD: Obsessive Compulsive Disorder.

Πηγή: Irci et al., 2020

## 2.4 Αγχώδεις Διαταραχές και ΔΕΠ/Υ στους ενήλικες

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ) είναι μια ψυχιατρική διαταραχή που σχετίζεται με σημαντική προσωπική και κοινωνική επιβάρυνση. Ενώ η ΔΕΠ/Υ είναι καλά αναγνωρισμένη στον παιδιατρικό πληθυσμό, η εστίαση έχει μετατοπιστεί για να συμπεριλάβει την αναγνώριση και τη διαχείριση της πάθησης στους ενήλικες. Συχνά, η ΔΕΠ/Υ ενηλίκων έχει μια πιο ετερογενή κλινική εικόνα που ξεπερνά τα τυπικά κινητικά συμπτώματα που περιγράφονται στους παιδιατρικούς πληθυσμούς και περιλαμβάνει ένα ευρύτερο φάσμα συναισθηματικής απορρύθμισης και λειτουργικής έκπτωσης. Ο επιπολασμός της ΔΕΠ/Υ στην ενήλικη ζωή εκτιμάται ότι είναι μεταξύ 2%-7% (Van Ameringen, Mancini, Simpson and Patterson, 2010). Η κλινική παρουσίαση της ΔΕΠ/Υ διαφέρει ουσιαστικά μεταξύ παιδιών και ενηλίκων. Ενώ τα παιδιά συχνά παραπέμπονται λόγω προβλημάτων συμπεριφοράς ή ακαδημαϊκών δυσκολιών, οι ενήλικες παρουσιάζουν κοινωνικές ή εργασιακές αναπηρίες, αντικοινωνικές συμπεριφορές ή προβλήματα κατάχρησης ουσιών. Ο σχετικός επιπολασμός των ατόμων με ΔΕΠ-Υ διαφέρει επίσης μεταξύ παιδιών και ενηλίκων. Η πλειονότητα των παιδιών παρουσιάζεται ως υπερκινητική και απρόσεκτη, ωστόσο κατά την ενηλικίωση τα άτομα χαρακτηρίζονται κυρίως απρόσεκτα. Οι ενήλικες που πάσχουν από ΔΕΠ/Υ είναι πιο πιθανό να έχουν διαπροσωπικά και οικογενειακά προβλήματα, να εμπλακούν σε τροχαίο ατύχημα (δύο

έως τέσσερις φορές), να έχουν συνυπάρχουσα ψυχοπαθολογία (75%), να εγκαταλείψουν το σχολείο (35%) και να αντιμετωπίζουν δυσκολία στην εύρεση εργασίας (RA, 2002).

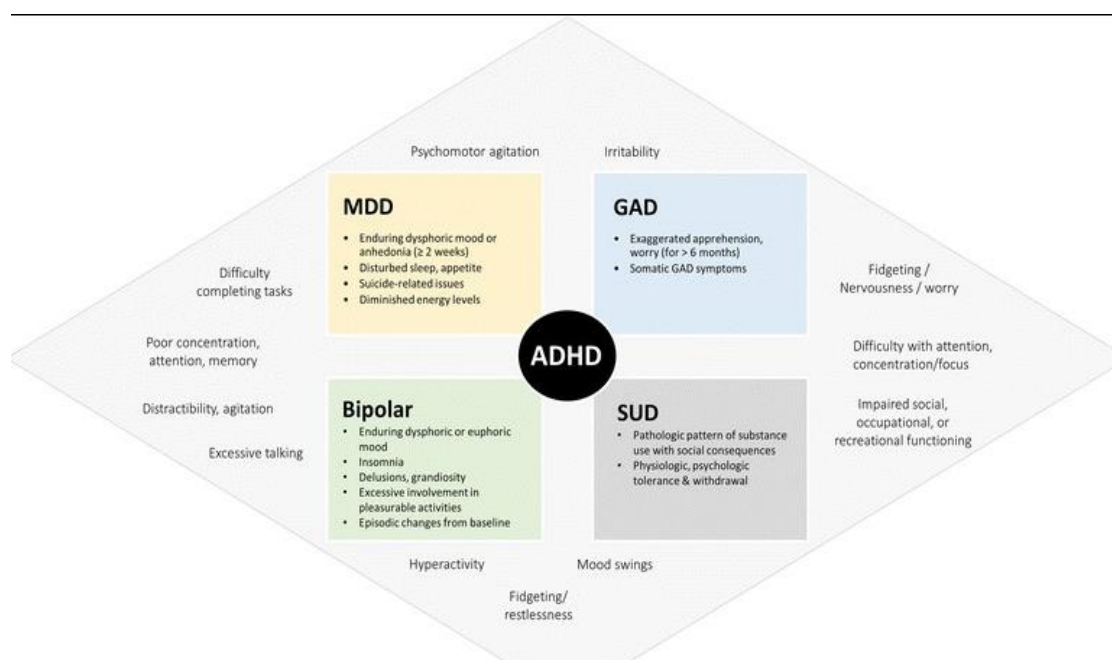
Το 80% των ενηλίκων με ΔΕΠ/Υ έχουν τουλάχιστον μία συνυπάρχουσα ψυχιατρική διαταραχή, συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών διάθεσης και άγχους, διαταραχών χρήσης ουσιών (SUD) και διαταραχών προσωπικότητας. Αυτό μπορεί να περιπλέξει τον εντοπισμό και τη διάγνωση της ΔΕΠ/Υ σε ενήλικες και παρά τη συνεχιζόμενη κλινική διαμάχη, το μεγαλύτερο μέρος των στοιχείων υποδηλώνει ότι η ΔΕΠ/Υ παραμένει υπό-αναγνωρισμένη και υποθεραπευμένη στον ενήλικο πληθυσμό. Παρά τις προκλήσεις της αναγνώρισης της ΔΕΠ/Υ σε ενήλικες με περίπλοκες κλινικές εκδηλώσεις, υπάρχουν διαθέσιμες αποτελεσματικές θεραπείες που έχουν αποδειχθεί ότι βελτιώνουν τα κλινικά και λειτουργικά αποτελέσματα, συμπεριλαμβανομένων σημαντικών στοιχείων της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας όπως οι κοινωνικές σχέσεις, η απόδοση στο χώρο εργασίας και οι γονικές δεξιότητες (Katzman et al., 2017).

Οι πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές που συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ στους ενήλικες είναι η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές, η διπολική διαταραχή, διαταραχές χρήσης ουσιών και οι διαταραχές προσωπικότητας (Katzman et al., 2017).

Η ΔΕΠ/Υ έχει υψηλό επιπολασμό συννοσηρότητας με τη διπολική διαταραχή. Τα ποσοστά συννοσηρότητας ΔΕΠ/Υ στη διπολική διαταραχή έχουν εκτιμηθεί μεταξύ 9,5% και 21,2%, και τα ποσοστά συννοσηρότητας διπολικής διαταραχής στη ΔΕΠ/Υ μεταξύ 5,1% και 47,1% (Wingo and Ghaemi, 2007). Έχει προταθεί πως η συννοσηρή ΔΕΠ/Υ οδηγεί σε μια πρόωμη ηλικία έναρξης της διπολικής διαταραχής. Αυτό υποστηρίζεται από αντίστοιχη μελέτη, όπου το 65% των ατόμων με ΔΕΠ/Υ (ασθενείς με ΔΕΠ/Υ ενηλίκων και ασθενείς με ΔΕΠ/Υ μόνο παιδικής ηλικίας ) είχαν πρόωμη έναρξη διπολικής διαταραχής (σε ηλικία κάτω των 18 ετών) και υψηλότερο αριθμό προηγούμενων συναισθηματικών ή καταθλιπτικών επεισοδίων από εκείνους χωρίς συννοσηρή ΔΕΠ/Υ εφ' όρου ζωής. Ως συμπέρασμα, η ΔΕΠ-Υ είναι μια συχνή συννοσηρότητα στους ασθενείς με διπολική διαταραχή, επηρεάζει αρνητικά την πορεία της νόσου και διαταράσσει την κοινωνική προσαρμογή των ασθενών (Tamam, Karakus and Ozpoyraz, 2008).

Η συννοσηρότητα ΔΕΠ/Υ είναι πιο συχνή σε άτομα με πρωτογενή διάγνωση κοινωνικής φοβίας παρά σε άτομα με διαταραχή πανικού. Τα άτομα με αγχώδεις διαταραχές που έχουν συννοσηρή ΔΕΠ/Υ, τείνουν να έχουν πιο σοβαρά συμπτώματα άγχους, μικρότερη ηλικία έναρξης συμπτωμάτων άγχους και συχνότερες πρόσθετες συννοσηρές ψυχιατρικές διαταραχές και χρήσεις ουσιών από εκείνα που δεν έχουν συννοσηρότητα. Η ΔΕΠ/Υ, συχνά διαγιγνώσκεται αργότερα σε άτομα που έχουν συννοσηρό άγχος από ότι σε άτομα χωρίς άγχος, πιθανώς επειδή η παρουσία άγχους μπορεί να αναστείλει την παρορμητικότητα (Katzman et al., 2017).

Εικόνα 2: Αλληλεπικαλυπτόμενα και διακριτικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ/Υ και των κοινών ψυχιατρικών συννοσηροτήτων



Πηγή: Katzman et al., 2017

Μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε σε άτομα ηλικίας 18 έως 22 ετών, ανίχνευσε σημαντικά υψηλότερα ποσοστά συνολικής συννοσηρότητας μεταξύ των φοιτητών με καθορισμένη ΔΕΠ/Υ, με το 55,0% να εμφανίζει τουλάχιστον μία διάγνωση συννοσηρότητας και το 31,8% να εμφανίζει δύο ή περισσότερες, σε σχέση με τα αντίστοιχα ποσοστά διαγνώσεων μη ΔΕΠ/Υ μεταξύ των φοιτητών σύγκρισης, που ήταν 11,2% και 4,0%, αντίστοιχα. Αυτές οι διαφορές στα συνολικά ποσοστά



συννοσηρότητας οφείλονταν, σε μεγάλο βαθμό, στην αυξημένη παρουσία Καταθλιπτικών και Αγχωδών Διαταραχών, ιδιαίτερα Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής και Γενικευμένης Αγχώδης Διαταραχής, μεταξύ των μαθητών με ΔΕΠ/Υ. Στην ομάδα της ΔΕΠ/Υ, παρατηρήθηκαν διαφορεικά ποσοστά συννοσηρότητας ως συνάρτηση του τύπου παρουσίασης της ΔΕΠ/Υ και του φύλου, αλλά όχι της κατάστασης γεωγραφικής/φυλετικής ποικιλομορφίας (Anastopoulos et al., 2016).

Σε μελέτη αναφορικά με τη συννοσηρότητα ΔΕΠ/Υ και αγχωδών διαταραχών, εξετάστηκε ο επιπολασμός της ΔΕΠ/Υ σε ένα δείγμα αγχώδους διαταραχής. Το ποσοστό της ΔΕΠ/Υ ενηλίκων ήταν 27,9% και η μέση ηλικία του δείγματος ήταν  $33,1 \pm 12,5$  έτη. Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες (63,6%) και άγαμοι (49,5%). Οι πιο συχνές διαταραχές που σχετίζονται με τη ΔΕΠ/Υ ήταν η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (53,8%), η κοινωνική φοβία (38,5%), η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (23,1%) και οι διαταραχές ελέγχου παρορμήσεων (30,8%). Τα άτομα με ΔΕΠ/Υ είχαν υψηλότερες βαθμολογίες σοβαρότητας συμπτωμάτων για ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και ανέφεραν μια σημαντικά μικρότερη ηλικία έναρξης της κατάθλιψης σε σύγκριση με εκείνες χωρίς. Ο επιπολασμός της ΔΕΠ/Υ ενηλίκων ήταν υψηλότερος στο δείγμα της κλινικής μας για τις αγχώδεις διαταραχές από ό,τι βρέθηκε στον γενικό πληθυσμό (Van Ameringen, Mancini, Simpson and Patterson, 2010).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΕΠ/Υ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

### **3.1 Συννοσηρότητα της ΔΕΠ/Υ με Μαθησιακές Δυσκολίες**

Καθόλου λίγες δεν είναι οι έρευνες που κάνουν λόγο για την αυξημένη συννοσηρότητα της ΔΕΠ/Υ με τις μαθησιακές δυσκολίες και τις Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες. Το πόρισμα αυτό δεν ακούγεται παράξενο αν αναλογιστεί κανείς το πώς μόνο τα πρωτογενή συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ (διάσπαση προσοχής, υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα) επηρεάζουν γενικότερα έναν μαθητή. Σε μια σχολική τάξη, κάνοντας την προσοχή του να διασπάται σε στιγμές που είναι απαραίτητη λειτουργία για να ακολουθήσει την φυσιολογική ροή του μαθήματος χωρίς κενά και παύσεις, είτε προκαλώντας στο παιδί ανησυχία, ανάγκη για εκτόνωση της ενέργειας του οδηγώντας το σε άσκοπη κινητικότητα όταν πρέπει να βρίσκεται καθιστό σε ένα θρανίο είτε όταν η παρορμητικότητα του το κάνει να απαντά και να διακόπτει χωρίς να του ζητηθεί, να μιλά την ώρα που θα έπρεπε να παρακολουθεί σιωπηλό.

Οι χαμηλές σχολικές επιδόσεις που συνήθως απορρέουν από την κατάσταση που δημιουργεί αυτή η συννοσηρότητα προβληματίζουν τους γονείς, που βλέπουν ένα παιδί με φυσιολογικό νοητικό δυναμικό έως και υψηλό, με κίνητρα και όρεξη για προσπάθεια να αποτυγχάνει ακόμα και μέσα σε ένα πολύ υποστηρικτικό περιβάλλον. Αυτό τους οδηγεί σε αναζήτηση βοήθειας, αν δεν σπεύσουν οι καθηγητές του παιδιού να τους συμβουλευθούν ήδη προς αυτήν την κατεύθυνση. Τακτικά παίρνουν χαμηλότερες από τον μέσο όρο βαθμολογίες στα τεστ και στους ελέγχους προόδου (DuPaul & Stoner, 2003). Έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να επαναλάβουν την ίδια σχολική τάξη ή ακόμα, να παρατήσουν το σχολείο (Barkley, Murphy, & Fischer, 2008). Λιγότερες είναι και η πιθανότητες ένταξης τους στη τριτοβάθμια εκπαίδευση ενώ αν τα καταφέρουν και μπουν πολλές είναι οι περιπτώσεις που δεν φτάνουν μέχρι την αποφοίτηση (Manuzza, Gittelman, Bessler, Malla, & LaPadula, 1993). Πολλές φορές από αυτή τη παραπομπή, για μαθησιακές δυσκολίες, καταλήγει να προκύπτει η διάγνωση της ΔΕΠ/Υ, η παρουσία της οποίας πιθανόν δεν είχε γίνει αντιληπτή μέχρι εκείνη την στιγμή.

Το ποσοστό που δίνεται από την πλειοψηφία των ερευνών για την συννοσηρότητα της ΔΕΠ/Υ με τις μαθησιακές δυσκολίες είναι 20 έως 30% ενώ σε πιο πρόσφατες έρευνες το ποσοστό αυτό μεγαλώνει σε 45%. Σε διάφορες χώρες δίνουν ένα πολύ μεγαλύτερο ποσοστό, για την ίδια συννοσηρότητα, σημειώνοντας πως περίπου το 70% κλινικού δείγματος παιδιών με ΔΕΠ/Υ εμφάνιζε και μαθησιακές δυσκολίες ταυτόχρονα με τις περισσότερες περιπτώσεις να αφορούν την ανάγνωση, έπειτα τον γραπτό λόγο και τελευταία τα μαθηματικά. Από την άλλη, φαίνεται πως τα παιδιά με Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες παρουσιάζουν πολλές φορές στοιχεία της ΔΕΠ/Υ, διάσπαση της προσοχής και αυξημένη κινητικότητα.

Σε επισκόπηση ερευνών από τους DuPaul και Stoner (2003) τονίστηκε πως περίπου 1 στα 3 παιδιά με ΔΕΠ/Υ εκδηλώνουν μαθησιακές δυσκολίες. Για τα τυπικά παιδιά το ποσοστό εμφάνισης των τελευταίων ήταν από 0% έως 22% σε αντίθεση με τους συμμαθητές με ΔΕΠ/Υ που ήταν κατά τρεις φορές πιο πιθανές οι μαθησιακές δυσκολίες. Σε άλλη μελέτη ο επιπολασμός της ΔΕΠ/Υ σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες ήταν κατά επτά φορές μεγαλύτερος από ότι στον υπόλοιπο πληθυσμό (Polanczyk, Silva de Lima, Lessa Horta, Biederman, & Rodhe, 2007).

Στην αναζήτηση για αυτήν την συννοσηρότητα έχουν διατυπωθεί διάφορες θεωρίες στηριζόμενες σε έρευνα και παρατήρηση. Λέγεται πως συσχέτιση υπάρχει κυρίως με τα συμπτώματα της απροσεξίας που αφορούν εντονότερα τις ακαδημαϊκές δεξιότητες από ότι τα αλλά συμπτώματα της διαταραχής (Masseti et al., 2008). Έχουν επίσης αναγνωριστεί από μελετητές συγκεκριμένα αλληλόμορφα γονίδια που ίσως προειδοποιούν για αυξημένο ρίσκο πιθανότητας των δυο αυτών διαταραχών (Willcut et al., 2002) ενώ μελέτες σε διδύμους δείχνουν γενετική συσχέτιση μεταξύ της διαταραχής και των μαθησιακών δυσκολιών (Saudino et Plomin, 2007) και κυρίως με την υπερκινητική προεξάρχουσα παρουσία της διαταραχής (Saudino & Plomin, 2007).

Για τις δυσκολίες μάθησης, το Εθνικό Συλλογικό Συμβούλιο για τις Δυσκολίες Μάθησης στις ΗΠΑ το 1994 έδωσε τον εξής ορισμό:

« Δυσκολίες μάθησης, είναι ένας γενικός ορός που αναφέρεται σε μια ετερογενή ομάδα διαταραχών που εκδηλώνονται με σημαντικές δυσκολίες στην απόκτηση και χρήση δεξιοτήτων ακρόασης, ομιλίας, ανάγνωσης, γραφής, σκέψης ή και μαθηματικών. Οι διαταραχές αυτές είναι εσωτερικές στο άτομο και πιθανώς

ευθύνεται για αυτές δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος. Μπορούν να υφίστανται για όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου που τις φέρει.

Προβλήματα αυτορρύθμισης της συμπεριφοράς, κοινωνικής αντίληψης και κοινωνικής αλληλεπίδρασης μπορεί να συνυπάρχουν με τις δυσκολίες μάθησης αλλά δεν αποτελούν από μόνα τους μια δυσκολία μάθησης.

Αν και αυτές μπορούν να συνυπάρχουν με άλλες μειονεκτικές συνθήκες όπως αισθητηριακή ανεπάρκεια, νοητική υστέρηση, σοβαρή συναισθηματική διαταραχή, ή με εξωτερικές επιρροές όπως πολιτισμικές διάφορες, ανεπαρκής ή ακατάλληλη διδασκαλία, οι μαθησιακές δυσκολίες δεν είναι το αποτέλεσμα τέτοιων και παρομοίων συνθηκών ή επιρροών. »

Οι μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να είναι από ήπιες έως και πολύ σοβαρές με τα χαρακτηριστικά να εμφανίζουν μεγάλη ποικιλότητα, από άτομο σε άτομο. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων υπαίτιοι θεωρούνται παράγοντες περιβαλλοντικοί και συναισθηματικοί. Έχουν κατηγορηθεί και παράγοντες γενετικοί, νευροβιολογικοί, γνωσιακοί για την προέλευση τους. Δυσλειτουργία σε γνωστικές λειτουργίες όπως αυτές της προσοχής, του λογού και σε εκτελεστικές διεργασίες έχουν επίσης κατηγορηθεί.

Έρευνες και θεωρητικές προσεγγίσεις κάνουν λόγο για συσχέτιση των δυσκολιών μάθησης με συναισθηματικές διαταραχές με αβέβαιο το ποιο αποτελεί την αίτια και ποιο την συνέπεια (Κανδαράκη, 2004). Οι συσχετίσεις αφορούν τον ψυχισμό του παιδιού με την βαρύτητα να δίνεται στο άγχος, το οποίο εκδηλώνεται με αρνητικά συναισθήματα όπως θυμού, φόβου, απόσυρσης, μοναχικότητας όπως και με εμφανή ή μη ψυχοσωματικά συμπτώματα.

Ειδικές θεωρούνται οι μαθησιακές δυσκολίες για τις οποίες ευθύνονται νευρολογικά και οργανικά αίτια (στην κατηγορία αυτών των αίτιων ανήκει και η ΔΕΠ/Υ και οι ΔΑΦ). Οι γενικές ή μη ειδικές μαθησιακές δυσκολίες οφείλονται σε αίτια περιβαλλοντικά όπως μπορούν να λογιστούν τα μειωμένα κίνητρα, οι περιορισμένες ευκαιρίες η ελλιπής υποστήριξη κ.α. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2009).

Οι Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες (ΕΜΔ) εντάσσονται στις «νευροαναπτυξιακές διαταραχές». Σε προηγούμενη έκδοση, στο DSM-IV, οι

«Μαθησιακές Διαταραχές» ήταν η Διαταραχή της Ανάγνωσης, Διαταραχή των Μαθηματικών και Διαταραχή της γραπτής Έκφρασης διαχωρισμένες και ξεχωριστές μεταξύ τους ενώ πλέον ενωμένες αποτελούν την νέα κατηγορία και ο ειδικός είναι αυτός που έχει την υποχρέωση να σημειώσει ποιον/ ποιους τομείς από τους παραπάνω αφορά η διάγνωση των ΕΜΔ και ποια η βαρύτητα της διαταραχής.

Εκτός των τεσσάρων κριτηρίων που πρέπει να πληρούνται για να δοθεί η διάγνωση των ΕΜΔ επισημαίνεται και η ανάγκη της διαφοροδιάγνωσης της διαταραχής αυτής από μειωμένες ακαδημαϊκές ικανότητες που απορρέουν από την διαταραχή της ΔΕΠ/Υ λόγω του ότι οι δυσκολίες που προκύπτουν από την ΔΕΠ/Υ μάλλον οφείλονται σε λάθος αξιοποίηση των ακαδημαϊκών δεξιοτήτων και όχι σε ειδική δυσκολία εκμάθησης αυτών των δεξιοτήτων . Έτσι δεν τίθεται θέμα αιτιολογικής συνάφειας με την ΔΕΠ/Υ πάρα την ύποπτα αυξημένη συνύπαρξη των δυο διαταραχών. Το DSM-5 επιπλέον επισημαίνει ότι η απροσεξία που παρατηρείται και στις δυο διαταραχές είναι δυο διαφορετικές περιπτώσεις, καθώς, στις ΕΜΔ η απροσεξία που ενδεχομένως υπάρχει αφορά μόνο το σχολικό επίπεδο. Για την τελευταία άποψη έχουν δηλώσει την διαφωνία τους πλήθος ειδικών. Τέλος το DSM-V αφαιρεί το μέχρι την τελευταία έκδοση του κριτήριο που αφορούσε στην νοημοσύνη των περιστατικών το οποίο πλέον δεν είναι αναγκαίο να βρίσκεται σε αντίθεση με τις σχολικές επιδόσεις. (APA, 2013)

Αξίζει να σημειωθεί πως, τα γνωστικά ελλείμματα των παιδιών που συνδυάζουν ΕΜΔ και ΔΕΠ/Υ είναι πολύ μεγαλύτερα και καθιστούν τις προβλέψεις σχετικά με την πορεία του περιστατικού λιγότερο θετικές κυρίως όσον αφορά τον ακαδημαϊκό κλάδο (Willcut et al., 2005).

Η ΕΜΔ που καταφέρνει να σημειώσει το μεγαλύτερο ποσοστό συννοσηρότητας με την ΔΕΠ/Υ είναι αυτή που αφορά την ανάγνωση ( Δυσλεξία) με τις έρευνες να το φτάνουν από 18% έως και 45% ενώ ταυτόχρονα πολύ μεγάλο ποσοστό δίνεται για τα άτομα που έχουν Δυσλεξία και εμφανίζουν περίπου στο 50% συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ (McGee& Share, 1988· Shaywitz & Shaywitz, 1988). Η Δυσλεξία είναι η συχνότερη ΕΜΔ, αφορά την πλειοψηφία των περιστατικών της κατηγορίας. Πρόκειται για την αδυναμία του ατόμου να κατακτήσει την αυτοματοποιημένη αναγνωστική ικανότητα και δεν μπορεί να δικαιολογηθεί από προβλήματα νοητικής ανάπτυξης, αισθητηριακές δυσκολίες ή ανεπαρκείς προσπάθειες

(Sireteanu, Goertz, Bachert, Wandert, 2005). Οι δυσκολίες της Δυσλεξίας εξακολουθούν να υφίστανται και μετά την ενηλικίωση του ατόμου και οι επιδράσεις της δεν αφορούν μόνο την ανάγνωση. Η προσοχή αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ανάγνωσης για αυτό και ερευνάται η σύνδεση της με την ΔΕΠ/Υ και η τόσο συχνή συνύπαρξη της κυρίως με τον τύπο της Απροσεξίας (Willcutt & Pennington 2000· Mayes & Calhoun, 2007). Πλήθος ερευνών κάνουν υποθέσεις για το αν η μια διαταραχή προκαλεί ή προμηνύει την άλλη ή κατά ποσό επηρεάζονται από ίδιους μηχανισμούς (Barkley, Cunningham, Gordon, Faraone & Lewandowski, 1983· Pennington, 1991). Αυτές όμως έρχονται μεταξύ τους σε αντίθεση και τα στοιχεία τους θεωρούνται προς στιγμινή ανεπαρκή. (McGee & Share, 1988).

Η τόσο συχνή συννοσηρότητα της ΔΕΠ/Υ με διαταραχές λόγου και ομιλίας και με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες αλλά και η μεταξύ τους συννοσηρότητα δεν μοιάζει να είναι τυχαία και αυξάνει την ανάγκη για περαιτέρω ερευνά. Αναγκαία είναι η συνεργασία διαφορετικών ειδικοτήτων που θα αναλάβουν να κάνουν την δουλειά αυτή. Αυτό θα απαιτούσε κοινή δράση ψυχολόγων, ειδικών παιδαγωγών, λογοθεραπευτών σε μια ομάδα και όχι σε ξεχωριστές για την καλύτερη δυνατή ερμηνεία και συνδυασμό των δεδομένων ώστε να διαπιστωθεί ο αλληλοεπηρεασμός αυτών των διαταραχών η συνέπεια αυτού και η αντιμετώπιση που χρειάζεται.

Ακόμη και δίχως την διάγνωση της Δυσλεξίας ή κάποιας άλλης ΕΜΔ, φαίνεται πως τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ αντιμετωπίζουν περισσότερα εμπόδια στην γραφή και στην ανάγνωση τα οποία εντείνονται στη περίπτωση της παρουσίας ΕΜΔ. Η διαφορική διάγνωση γίνεται από ειδική ομάδα που θα μελετήσει την εικόνα και κατάσταση του παιδιού σε Κέντρα Διαφοροδιάγνωσης, Διάγνωσης και Υποστήριξης (ΚΕΔΔΥ) του Υπουργείου Παιδείας μετά συνήθως από συμβουλή των καθηγητών στους γονείς για παραπομπή. Όσο νωρίτερα γίνει αντιληπτή η αρχή του προβλήματος τόσο πιο θετική θα είναι η πρόγνωση με γονείς, εκπαιδευτικούς, ψυχολόγους και άλλους απαραίτητους ανά περίπτωση ειδικούς να συμμετέχουν στην πρόληψη και αντιμετώπιση προβλημάτων.

Παρόλο που η χορήγηση διεγερτικών σε άτομα με ΔΕΠ/Υ βοηθά στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, αυτή δεν είναι ικανή να βελτιώσει τις ακαδημαϊκές δεξιότητες όταν συνυπάρχει η διαταραχή με μαθησιακές δυσκολίες ή ΕΜΔ. Σε αυτήν την περίπτωση εκτός από φαρμακοθεραπεία θα χρειαστεί εντατική παρέμβαση και

κάλυψη όσων προλάβαν να χαθούν από την μη λειτουργική συμμετοχή στην εκπαιδευτική διαδικασία, και παροχή κίνητρων συνοδευόμενα από επιβράβευση θετικών συμπεριφορών (DuPaul & Stoner, 2003). Επιπρόσθετα βελτίωση των οργανωτικών ικανοτήτων, ώστε να αρκεί ο χρόνος για σχολική προετοιμασία (Langberg, Epstein, Urbanowicz, Simon, & Graham, 2008), χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών (Mautune, DuPaul, & Jiterna· Rabiner, Skinner, & Malone, 2010).

### **3.2 Συννοσηρότητα της ΔΕΠ/Υ με Διαταραχές Ελέγχου των Παρορμήσεων**

Μέχρις ότου γίνουν οι τροποποιήσεις του DSM-5 η κατηγορία διαταραχών Ελέγχου των Παρορμήσεων δεν υπήρχε και οι διαταραχές που ανήκαν σε αυτήν, μαζί με την ΔΕΠ/Υ εντάσσονταν στην ενότητα διαταραχών που ονομαζόταν «Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής και Διασπαστικής Συμπεριφοράς» ( Disruptive, Impulse – Control, and Contact Disorder) η οποία πλέον έχει καταργηθεί. Η νέα κατηγορία είναι η «Διαταραχές Διασπαστικής Συμπεριφοράς, Ελέγχου των Παρορμήσεων και Διαγωγής». Σε αυτήν δεν εντάσσεται πια η ΔΕΠ/Υ αλλά την συντελούν η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή, η Διαλείπουσα Εκρηκτική Διαταραχή, η Διαταραχή Διαγωγής, η Διαταραχή Αντικοινωνικής Προσωπικότητας, η Πυρομανία, Κλεπτομανία και άλλες. Οι τρεις πρώτες της κατηγορίας που αναλύθηκε είναι αυτές που εμφανίζουν αυξημένη συννοσηρότητα με την ΔΕΠ/Υ, μοιράζονται με αυτήν κάποια κοινά σημεία και επομένως πρέπει να διαφοροδιαγνωστούν όταν υπάρχει μόνο μια χωρίς την παρουσία της άλλης. (APA, 2013)

Το χαρακτηριστικό κοινό των διαταραχών αυτής της κατηγορίας είναι η δυσκολία του ατόμου να ελέγξει τα συναισθήματα και την συμπεριφορά του, γεγονός που συχνά το οδηγεί σε πράξεις δίχως να υπολογίζει κανόνες, συνάνθρωπους, νομούς. Συναντώνται συχνότερα στο ανδρικό φύλο, όπως και η ΔΕΠ/Υ, και κάνουν την εμφάνιση τους κυρίως στα παιδικά χρόνια, σπάνια αργότερα της εφηβείας. (APA, 2013)

Πρώτον, η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (ΕΠΔ), αποτελεί συνδυασμός νευρικού και ευερέθιστου συναισθήματος, εριστικής και επιθετικής συμπεριφοράς ή και εκδικητικής τάσης. Αρκεί να λαμβάνουν θέση μόνο σε ένα πλαίσιο χωρίς να αποκλείεται να συμβαίνει σε πολλά, να παρουσιάζονται συχνά για τουλάχιστον μισό έτος, και να μην μπορούν να χαρακτηριστούν τυπικά ως προς την σοβαρότητα. (APA, 2013) Στο DSM-5 αναφέρεται επίσης πως η συχνότερη συνύπαρξη της διαταραχής είναι με την ΔΕΠ/Υ και με την Διαταραχή Διαγωγής.

Για την διαφορική διάγνωση της ΕΠΔ με την ΔΕΠ/Υ πρέπει να εξακριβωθεί το εάν η αδυναμία συμμόρφωσης του ατόμου σε κανόνες δεν συμβαίνει μόνο κατά την διάρκεια προσπάθειας συγκέντρωσης της προσοχής του ή κατά την διάρκεια που είναι υποχρεούται σε ακινησία.

Πίνακας 7: Συμπτωματολογία Διαταραχών Διασπαστικής Συμπεριφοράς  
(πρώην κατηγορία της ΔΕΠ/Υ)

ΔΕΠΥ	ΕΠΔ	Δ. ΔΙΑΓΩΓΗΣ
ΑΙΣΘΗΜΑ ΑΝΥΣΗΧΙΑΣ	ΑΡΝΗΤΙΣΜΟΣ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΕΣ ΔΙΕΝΕΞΕΙΣ
ΧΑΜΗΛΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ	ΕΛΛΕΙΨΗ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΑΝΥΠΑΚΟΗ	ΣΚΛΗΡΟΤΗΤΑ ΣΕ ΕΜΒΙΑ ΟΝΤΑ
ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ	ΜΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΚΑΝΟΝΕΣ	ΕΝΤΟΝΑ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ
ΑΠΟΥΣΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΩΝ ΣΤΟΧΩΝ	ΠΡΟΚΛΗΤΙΚΟΤΗΤΑ & ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΕΜΠΡΗΣΜΟΙ & ΚΛΟΠΕΣ
ΕΜΠΛΟΚΗ ΣΕ ΚΑΥΓΑΔΕΣ	ΕΛΛΕΙΨΗ ΨΥΧΡΑΙΜΙΑΣ	ΦΥΓΗ ΑΠΟ ΤΟ ΣΠΙΤΙ
ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ	ΨΕΥΔΟΛΟΓΙΑ	ΨΕΥΔΟΛΟΓΙΑ



<b>ΚΑΚΕΣ ΣΧΟΛΙΚΕΣ ΕΠΙΔΟΣΕΙΣ</b>	<b>ΑΠΟΠΟΙΗΣΗ ΕΥΘΥΝΩΝ</b>	<b>ΣΧΟΛΙΚΕΣ ΑΠΟΥΣΙΕΣ</b>
<b>ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ</b>		<b>ΕΝΤΟΝΑ ΞΕΣΠΑΣΜΑΤΑ ΘΥΜΟΥ</b>
<b>ΧΑΜΗΛΟΣ ΒΑΘΜΟΣ ΑΝΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΜΑΤΑΙΩΣΗ</b>		<b>ΠΡΟΚΛΗΤΙΚΟΤΗΤΑ</b>
		<b>ΕΝΤΟΝΗ ΑΝΥΠΙΑΚΟΗ</b>

Πηγή: Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005

Συνεχίζοντας, η Διαλείπουσα Εκρηκτική Διαταραχή περιλαμβάνει ξεσπάσματα οργής μετά από κάποια αφορμή που θα δοθεί στο άτομο. Τα ξεσπάσματα διαρκούν μέχρι 30 λεπτά και συμβαίνουν τουλάχιστον δυο φορές ανά εβδομάδα για 3 το λιγότερο μήνες. Τα επεισόδια τακτικότερα είναι αυθόρμητα και ήπια με κανγάδες, φωνές, ύβρεις ενώ τα σοβαρότερα και πιο σπάνια μέσα στον χρόνο μπορούν να χαρακτηρίζονται ακόμα και από επιθέσεις σε βάρος ανθρώπων ή αγαθών και τραυματισμό τους. Την διάγνωση μπορούν να λάβουν μόνο άτομα άνω των 6 ετών που δεν εμφανίζουν τέτοιου είδους συμπεριφορές λόγω κάποιας άλλης αίτιας. Συχνό φαινόμενο όπως και στην προηγούμενη διαταραχή της κατηγορίας είναι η εκδήλωση Αγχώδους Διαταραχής στην πορεία αυτής. Για την διαφοροδιάγνωσης της με την ΔΕΠ/Υ το DSM-5 αναφέρει πως ένα παιδί με ΔΕΠ/Υ είναι ικανό να εκδήλωση διασπαστικές συμπεριφορές που θυμίζουν την διαταραχή αυτή με παραδείγματα να είναι η παρορμητικότητα και τα ξεσπάσματα κοινά στις δυο διαταραχές.

Για την Διαταραχή Διαγωγής, βασικά κριτήρια είναι η παραβίαση των δικαιωμάτων των άλλων και των κανόνων μέσω επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών θυμού με απότομη εκδήλωση. Η οργή μπορεί να απευθύνεται σε ανθρώπους, ζώα ή και αντικείμενα, μπορεί να φτάσει μέχρι κλοπές και βίαιες επιθέσεις, χρήση αντικειμένων ικανών να προκαλέσουν σωματική βλάβη και να λαμβάνει χώρο σε διαφορετικές

περιστάσεις και τοποθεσίες. Ένας συγκεκριμένος αριθμός κριτηρίων πρέπει να πληρούνται για την διάρκεια 12 μηνών και για άτομα ηλικίας έξι ετών και άνω. Διακρίνεται σε τύπο παιδικής έναρξης και τύπο εφηβικής, είτε πριν τα 10 έτη είτε μετά από αυτά και η σοβαρότητα μπορεί να είναι από ηπία ως σοβαρή. Είναι δυνατόν να συνυπάρχει με την ΔΕΠ/Υ αλλά για τον διαχωρισμό τους αρκεί να εξακριβωθεί το εάν οι διασπαστικές συμπεριφορές ξεπερνούν τα όρια και τους κανονικούς σε σημείο που γίνεται απαραίτητη η διερεύνηση ύπαρξης διαταραχής της Διαγωγής. (APA, 2013)

Σύμφωνα με το ICD-10 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας «βασικά χαρακτηριστικά των Διαταραχών Διαγωγής είναι η επαναλαμβανομένη και επιμονή αντικοινωνική επιθετική ή προκλητική διαγωγή. Στις πλέον ακραίες μορφές της η συμπεριφορά αυτή συνεπάγεται παρεκτροπές πιο βίαιες από τις αναμενόμενες για την ηλικία του παιδιού σύμφωνα με τα κοινωνικώς καθορισμένα όρια». Έχει βρεθεί πως είναι από τις συχνότερες μορφές διαταραχών στην παιδική ηλικία με τα συμπτώματα της πιο έντονα φανερά τα πρώτα εφηβικά χρόνια.

Η ομάδα των παιδιών με ΔΕΠ/Υ εμφανίζεται να είναι ιδιαίτερα επιρρεπής σε συμπεριφορές που περιγράφονται στα συμπτώματα της ομάδας διαταραχών που αναλύει αυτή η ενότητα. Πιο συγκεκριμένα για την συννοσηρότητα της με την Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή και την Διαταραχή Διαγωγής τα δεδομένα δίνουν πολύ υψηλά ποσοστά. 35% με 60% του συνολικού πληθυσμού παιδιών με ΔΕΠ/Υ πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια για την ΕΠΔ μέχρι τα 7 έτη και 20% για την Διαταραχή Διαγωγής (Elia, Ambrosini, & Berettini, 2008· Posner et al., 2007· Wilens, Biederman et al., 2002).

Φτάνοντας την ηλικία της εφηβείας το ποσοστό συννοσηρότητας με την Διαταραχή Διαγωγής ανεβαίνει στα 40% με 60% (Barkley, Fischer, et al., 1990) κάνοντας έτσι την ΔΕΠ/Υ να μοιάζει με πρόβλεψη για μια μετέπειτα εμφάνιση διαταραχής ελέγχου των παρορμήσεων με πολύ πιο συχνή αυτήν την συνύπαρξη σε αγόρια και κυρίως σε άτομα με προεξάρχουσα την συνδυαστική παρουσία συμπτωμάτων της ΔΕΠ/Υ (Kutche et al., 2004).

Στα παιδιά που συνδυάζουν την ΔΕΠ/Υ με τις διαταραχές της κατηγορίας η πρόγνωση είναι σαφώς δυσμενέστερη, ειδικά αν η έναρξη της συννοσηρότητας τοποθετείται νωρίς, πριν τα 10 έτη (McGee & Share, 1988). Τα συμπτώματα γίνονται

πιο εμφανή και οι ελλείψεις στον κάθε τομέα μεγαλύτερες. Έρευνες δείχνουν πιο επίμονες μορφές αντικοινωνικής ή ακόμα και παραβατικής συμπεριφοράς που μπορούν να ξεκινήσουν σε μικρότερη από το συνηθισμένο ηλικία (Biederman et al., 2011· Tandou & Luby, 2011· Sibley et al., 2011).

Η δυσμενής εξέλιξη των ατόμων με την συννοσηρότητα δεν αποτελεί τον κανόνα αλλά ούτε και την εξαίρεση. Παράγοντες που έχουν κατηγορηθεί για αυτήν την πορεία, πέρα από τα συμπτώματα των ιδίων των διαταραχών στο άτομο και στην λειτουργικότητα του, είναι και οι κακές σχολικές και κοινωνικές επιδόσεις που συχνά είναι επακόλουθες των διαταραχών, όπως και η απόρριψη που βιώνουν από το περιβάλλον τους το οποίο, κυρίως το οικογενειακό, έχει σοβαρό αντίκτυπο. Ο συνδυασμός όλων αυτών μπορεί να τα ωθήσει σε μη αποδέκτες έως και αξιόποινες πράξεις ή σε συμμετοχή σε ομάδες που θα τα παρασύρουν σε τέτοιου είδους δραστηριότητες (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2013).

Μελετήθηκαν τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα που μπορεί να έχουν οι διαταραχές διαγωγής και η ΔΕΠ/Υ για να βρεθεί πως υπάρχουν αρκετά όμοια επακόλουθα. Και οι δυο διαταραχές μπορούσαν να έχουν ως μακρινή συνέπεια αρνητικές επιδράσεις σε ακαδημαϊκό, επαγγελματικό και κοινωνικό τομέα, εκδήλωση ψυχικών διαταραχών ή διαταραχών χρήσης ουσιών αλλά και παραβατική συμπεριφορά, μη ολοκληρωμένη φοίτηση στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση και φτώχεια. Για την διαταραχή διαγωγής επίσης προστίθενται βίαιη συμπεριφορά, εγκυμοσύνη πριν την ηλικία των 23 ετών, Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας (Erskine et al., 2016).

Έρευνες επιπρόσθετα έχουν διαπιστώσει πως άτομα με ταυτόχρονα ΔΕΠ/Υ και Διαταραχή Διαγωγής ή ΕΠΔ που εμφανίστηκαν σε μικρή ηλικία έχουν αυξημένες πιθανότητες να εκδηλώσουν κάποια Αγχώδης Διαταραχή, Διαταραχή Διάθεσης ή να κάνουν χρήση ουσιών (Harbold et al., 2007· Vitola et al., 2012).

Εξακολουθεί να μην είναι σαφές ποια γονίδια και με ποιον τρόπο επηρεάζουν την εκδήλωση των διαταραχών αυτών στο ίδιο άτομο, όμως οι έρευνες ως τώρα έχουν δείξει πως υπάρχει κάποια γενετική προδιάθεση η οποία όταν έρθει σε αλληλεπίδραση με το περιβάλλον και εξωγενείς συνθήκες κατά την ανάπτυξη του παιδιού αυξάνει τις πιθανότητες συνεκδήλωσης ( Danforth, Connor, & Doerfler, 2014).

Το χαρακτηριστικό σύμπτωμα της υπερκινητικότητας που περιγράφει τόσο το άτομο με ΔΕΠ/Υ (εκτός αυτού με την προεξάρχουσα παρουσία απροσεξίας) όσο και ένα άτομο με ΕΠΔ ή Διαταραχή Διαγωγής, αλλά και κάποια ακόμα κοινά χαρακτηριστικά τους, έχουν έως κάποιο βαθμό γενετική βάση ( Biederman et al., 2012· Nemoda, Szekely, & Sasvari, 2011). Ορισμένα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ όταν συναντώνται σε υπερβολικό βαθμό προϋδεάζουν για μια μετέπειτα πιθανή εξέλιξη σε συννοσηρότητα.

### **3.3 Συννοσηρότητα της ΔΕΠ/Υ με τις Διαταραχές Κατάθλιψης**

Η κατηγορία που ονομάζεται «Διαταραχές Κατάθλιψης» είναι μια νέα κατηγορία του DSM-5. Μέχρι την αναθεωρημένη έκδοση του υπήρχε η κατηγορία «Διαταραχές της Διάθεσης» η οποία καταργείται και στην θέση της μπαίνουν καινούργιες που θα συμπεριλαμβάνουν τα περιεχόμενα αυτής, η «Διαταραχές Κατάθλιψης» και οι «Διπολικές Διαταραχές».

Η πρώτη νέα κατηγορία, περιλαμβάνει τέσσερις διαταραχές.

- i. Μείζων διαταραχή κατάθλιψης, με μείζονα επεισόδια και συνοδά συμπτώματα
- ii. Επίμονη διαταραχή κατάθλιψης, η οποία εκδηλώνεται με καταθλιπτική διάθεση τις περισσότερες ώρες της μέρας, συνοδά συμπτώματα και διάρκεια τουλάχιστον έναν χρόνο σε παιδιά και τουλάχιστον 2 χρόνια στους ενήλικες.
- iii. Διασπαστική διαταραχή απορρύθμισης της διάθεσης, που αφορά ανήλικους, χαρακτηρίζεται από σοβαρά ξεσπάσματα θυμού που επαναλαμβάνονται σταθερά και διαρκούν το λιγότερο έναν χρόνο χωρίς να έχει διακοπή η κατάσταση αυτή ούτε για τρεις μήνες μέσα σε αυτό το διάστημα.
- iv. Η Προεμμηνουρσιακή Δυσφορική διαταραχή που αφορά εξ ολοκλήρου τον κύκλο του γυναικείου φύλου.

Στην ενότητα αυτών των διαταραχών, θα συμπεριλαμβάνονταν όλα εκείνα τα παιδιά που λάμβαναν την διάγνωση της διπολικής διαταραχής ακόμα και όσο η ένταση

των συμπτωμάτων δεν ήταν τόσο σπουδαία ώστε να οδηγήσει σε μια τόσο σοβαρή γνωμάτευση που την συνοδεύει συχνά φαρμακοθεραπεία. Συμπτώματα που θύμιζαν και την διπολική αλλά και την καταθλιπτική διαταραχή αλλά στερούνταν της σοβαρότητας που χαρακτηρίζει την πρώτη με την πάροδο του χρόνου εξελίσσονταν συχνότερα σε κατάθλιψη παρά σε διπολική διαταραχή (Sebanski et al., 2010· Stringaris, & Goodman, 2009).

Υπάρχει επίσης η άποψη πως η Διασπαστική Διαταραχή Απορρύθμισης της Διάθεσης θα έπρεπε να ανήκει στην ίδια ενότητα με την ΔΕΠ/Υ λόγω της δυσκολίας που αντιμετωπίζουν και αυτά τα άτομα στον έλεγχο της συμπεριφοράς τους. Εκρήξεις τουλάχιστον τρεις φορές την βδομάδα και όσο αυτές δεν εκδηλώνονται το άτομο έχει ευερέθιστη διάθεση για την πλειοψηφία των ωρών της ημέρας. Θα πρέπει να γίνεται διαφοροδιάγνωση μεταξύ αυτής, της διπολικής διαταραχής με την ΔΕΠ/Υ σε συννοσηρότητα με Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (Pliszka, 2015).

Η συννοσηρότητα της ΔΕΠ/Υ με τις διαταραχές κατάθλιψης ποικίλει και εξαρτάται από το ποια διαταραχή θεωρείται η βασική με τα ποσοστά να κυμαίνονται ως και 50% για ορισμένες. Πιο συγκεκριμένα, σχετικά με αυτήν την ενότητα διαταραχών, η συχνότερη συνύπαρξη της φαίνεται να είναι με την Διασπαστική Διαταραχή Απορρύθμισης της Διάθεσης με το ποσοστό να φτάνει σε περιπτώσεις το 39% για την ΔΕΠ/Υ, χωρίς να διαδραματίζει σημαντική διάφορα ποια είναι η προεξάρχουσα παρουσία συμπτωμάτων της διαταραχής (Crystal, Ostrander, Chen, & August, 2001; Powers, Costigan, Eiraldi, & Left, 2004).

Επιδημιολογικά, τα ποσοστά κατάθλιψης είναι μικρότερα σε παιδιά προσχολικής ηλικίας και μεγαλύτερα όσο μεγαλώνει και το άτομο ενώ ακόμη μεγαλύτερα είναι σε ήδη ασθενείς άλλων παθήσεων ή διαταραχών, η ΔΕΠ/Υ αντιθέτως εκδηλώνεται νωρίς στην ζωή του ατόμου (Kessler, 2002).

Σε ενήλικες με ΔΕΠ/Υ, τα κριτήρια για επιπρόσθετη διάγνωση της Μείζονος Κατάθλιψης πληροί το 16% ως 31% (Wilens, Nierenberg, Rostain, & Spencer, 2008). Η πρόβλεψη είναι πως τα άτομα με ΔΕΠ/Υ έχουν 5,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν αργότερα και Μείζονα Κατάθλιψη σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό (Angold, Costello, & Erkanli, 1999).

Έχει διατυπωθεί πως τα αρνητικά γεγονότα ζωής και έκθεση σε περιβαλλοντικές συνθήκες που προκαλούν άγχος στα πρώτα χρόνια της ζωής έχουν συνδεθεί αιτιολογικά με την εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Nolen-Hoeksema, Girgus, & Seligman, 1992). Ένοχες θεωρούνται επίσης οι συγκρουσιακές σχέσεις με το οικείο περιβάλλον, κυρίως με τους γονείς και η δημιουργία αρνητικών γνωστικών σχημάτων τα οποία έχουν συνδεθεί με την εκδήλωση διαταραχών κατάθλιψης (Gerlsma, Emmelkamp, & Arrindell, 1990· Rapee, 1997· Stark, Humphrey, Crook, & Lewis, 1990· Walker, Garber, & Greene, 1993). Η θεώρηση του ίδιου του παιδιού σχετικά με το ποιο είναι το αίτιο αυτών που του συμβαίνουν από συμπτώματα ως και εξωτερικές συμπεριφορές άλλων προς αυτό είναι επίσης ένα σημαντικό στοιχείο για την κατανόηση των διαταραχών, η γνώμη τους δηλαδή για τον τρόπο που μπορούν να ελέγξουν αυτές τις καταστάσεις (Ostrander and Herman, 2006).

Στην ΔΕΠ/Υ στα γενετικά αίτια προστίθενται τα περιβαλλοντικά που αφορούν σε μεγάλο βαθμό την εκδήλωση συνοδών προβλημάτων, στα οποία αίτια ανήκει και η συμπεριφορά των γονέων και ο τρόπος με τον οποίο αυτοί ανατρέφουν τα διαγνωσμένα με την διαταραχή παιδιά τους. Γονείς παιδιών με ΔΕΠ/Υ συχνά χάνουν την υπομονή τους, επιπλήττουν έντονα, τιμωρούν και εκδηλώνουν αρνητικά συναισθήματα απέναντι στα παιδιά τους προσομοιάζουν γονείς παιδιών που αργότερα εκδηλώνουν κατάθλιψη (Rudolph et al., 2001).

Έχουν δημιουργηθεί διάφορες απόψεις σχετικά με αυτόν το καθόλου αμελητέο βαθμό συννοσηρότητας αυτών των διαταραχών με την ΔΕΠ/Υ. Οι κυριότερες αφορούν τα αρνητικά συναισθήματα που προκαλούνται σε αυτά από το περιβάλλον τους, σχολικό, οικογενειακό, κοινωνικό, τα οποία συσσωρεύονται με την πάροδο του χρόνου καταλήγοντας σε καταθλιπτικές εκδηλώσεις.

Άλλη θεωρία, παραθέτει πως παιδιά με ΔΕΠ/Υ και ακαδημαϊκές αποτυχίες εκδηλώνουν πιθανώς το «σύνδρομο πτώσης του ηθικού» με καταθλιπτική όψη μόνο στον χώρο του σχολείου (Cantwell, 1987). Τα παιδιά που δέχονται την απόρριψη των συνομήλικων τους λόγω των συμπτωμάτων τους φαίνεται πως είναι αυτά που συχνά οδηγούνται σε κατάθλιψη, μια υπόθεση που αφορά ειδικά το γυναικείο φύλο (Roy, Hartman, Veenstra, & Oldehinkel, 2015). την ίδια διάγνωση όμως συνηθίζουν να δέχονται και αυτά που αντιμετωπίζουν συγκρούσεις στο οικογενειακό περιβάλλον για

τις οποίες βαθύτερη αιτία είναι η διαταραχή τους ενώ έχουν διερευνηθεί και γενετικοί παράγοντες (Faraone & Biederman, 1997).

Είναι καίριας σημασίας η διαφοροδιάγνωση των διαταραχών διάθεσης από άλλες καθώς οι σοβαρές μορφές της πρώτης κατηγορίας μπορεί να οδηγήσουν σε εκτός από κακή ποιότητα ζωής, αυτοτραυματισμό μέχρι και αυτοκτονικές τάσεις. Σε παιδιά που βρίσκονται χρονολογικά πριν την είσοδο στην εφηβεία διαφορική διάγνωση αφορά τις Αγχώδεις Διαταραχές και τις Διαταραχές Διαγωγής, αργότερα δε και την χρήση ουσιών ως και από τα πρώιμα συμπτώματα της σχιζοφρένειας. (APA, 2013).

Η συνύπαρξη των διαταραχών που περιεγράφηκαν στην ενότητα αυτή, δυσχεραίνουν η μια τα συμπτώματα της άλλης και κάτ' επέκταση υπονομεύουν την ποιότητα ζωής του ατόμου. Η κατάθλιψη έχει πιο δυσοίωνη πρόβλεψη σε αυτή την περίπτωση (Daviss, 2008) και γενικά η θεραπεία και αντιμετώπιση συνδυασμού διαταραχών είναι πολύ πιο δύσκολη από την παρέμβαση σε αυτές μεμονωμένα. Για την κατάθλιψη η συνήθης επιλογή είναι συνδυασμός γνωσιακής – συμπεριφορικής θεραπείας μαζί με φαρμακευτική αγωγή με πολύ θετική ανταπόκριση γεγονός που δεν αποτελεί τον κανόνα όταν συνυπάρχει η ΔΕΠ/Υ (Rush et al., 2008). Η πετυχημένη και πρώιμη παρέμβαση στην ΔΕΠ/Υ μπορεί να προλάβει την εκδήλωση συνοδών διαταραχών κατάθλιψης ή αν όχι να προλάβει τότε έστω να αλλάξει την πορεία τους προς το καλύτερο (Knouse et al., 2013).

### **3.4 Συννοσηρότητα της ΔΕΠ/Υ με τις Διπολικές Διαταραχές**

Οι Διπολικές Διαταραχές αποτελούν πλέον στο DSM-5 μια ξεχωριστή διαγνωστική κατηγορία από παλιότερα που μοιράζονταν μια με τις διαταραχές κατάθλιψης. Η διπολική διαταραχή I και η διπολική διαταραχή II είναι αυτές που σχετίζονται κυρίως με την ΔΕΠ/Υ από το σύνολο των διαγνώσεων που διαθέτει η ενότητα αυτή. Τα κοινά συμπτώματα που μοιράζονται οι παρακάτω διαταραχές με την ΔΕΠ/Υ καθιστούν απαραίτητη την διαφοροδιάγνωση ή τον εντοπισμό ύπαρξης συννοσηρότητας τους. Πιο συγκεκριμένα:

Για τη διπολική διαταραχή τύπου I, αναγκαίο είναι να πληρούνται τα κριτήρια ενός τουλάχιστον μανιακού επεισοδίου το οποίο δεν έχει προκληθεί από άλλες πιθανές αιτίες. Το μανιακό επεισόδιο ορίζεται ως μια ευδιάκριτη περίοδος που την

χαρακτηρίζει κυρίως εναλλαγή συναισθημάτων με ευερέθιστη ή και εφοριακή διάθεση, υπερκινητικότητα και πλεόνασμα ενέργειας . Τα συμπτώματα αυτά είναι έντονα για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας και έχουν διάρκεια το λιγότερο μιας εβδομάδας. Η κατάσταση αυτή έχει εμφανείς επιδράσεις στη λειτουργικότητα του ατόμου. Στα παιδιά μπορεί να φαίνεται ως αδικαιολόγητη και εκτός πλαισίου χαρούμενη διάθεση μαζί με αλλά απαραίτητα συμπτώματα. Το μανιακό επεισόδιο μπορεί να ακολουθήσει μείζον καταθλιπτικό ή υπομανιακό επεισόδιο (APA,2013).

Τακτικά παρατηρούνται και αλλά συμπτώματα να συνοδεύουν την διαταραχή όπως απύεση ανάγκη για ύπνο, υπερβολική αυτοπεποίθηση, χωρίς αναστολές συμπεριφορά, ακατάπαυστη ομιλία, παρορμητικότητα και άλλα, απότομη έκφραση θυμού ή κατάθλιψη, βίαιη συμπεριφορά. Το θετικό οικογενειακό ιστορικό συνδέεται πολύ έντονα με την εμφάνιση της διαταραχής ενώ η συνηθέστερη ηλικία πρώτης εκδήλωσης είναι τα 18 έτη. (APA, 2013)

Η διαφοροδιάγνωση αφορά άλλες διπολικές διαταραχές, διαταραχή της προσωπικότητας, αγχώδεις διαταραχές αλλά και την ΔΕΠ/Υ καθώς τα χαρακτηριστικά του μανιακού επεισοδίου είναι σε μεγάλο βαθμό κοινά με μια σοβαρή έκδοση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ/Υ. Μοιράζονται παρόμοια γλωσσικά και επικοινωνιακά συμπτώματα, αποδιοργάνωση, γρηγορά εναλλασσόμενες ή και επαναλαμβανόμενες σκέψεις αλλά και ο διαταραγμένος ύπνος. (APA,2013)

Για τον δεύτερο τύπο της διπολικής διαταραχής, χρειάζεται η πραγματοποίηση υπομανιακού επεισοδίου τεσσάρων τουλάχιστον διαδοχικών ημερών, για την μεγαλύτερη διάρκεια της κάθε ημέρας από αυτές, και ενός τουλάχιστον μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου διάρκειας δυο εβδομάδων τουλάχιστον .

Το υπομανιακό επεισόδιο είναι περίοδος με εκδήλωση συμπτωμάτων εναλλαγής διάθεσης, αυξημένης ενεργητικότητας, ευερεθιστότητας ή και ευφορικής διάθεσης μαζί με την τήρηση των υπολοίπων κριτηρίων, που οδηγούν σε υπονόμηση της λειτουργικότητας, αναγκαίων για να δοθεί η διάγνωση.

Σχετικά με τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια, σηματοδοτούν αλλαγή στην εικόνα και λειτουργικότητα του ατόμου, με επιβεβαιωμένο κριτήριο την καταθλιπτική διάθεση ή την απώλεια ενδιαφερόντων και ανάγκης ευχαρίστησης μαζί με τουλάχιστον αλλά 5 συμπτώματα από τα 9 που παρατίθενται στο DSM-5. Από αυτά είναι κάποια το



διαταραγμένο πρόγραμμα ύπνου, η βίωση αρνητικών συναισθημάτων και σκέψεων για μεγάλο ποσοστό της ημέρας, διαταραχές της όρεξης για φαγητό, ψυχοκινητική αναστάτωση, κούραση, αδυναμία συγκέντρωσης. Τα επεισόδια αυτά στην διπολική διαταραχή τύπου ΙΙ συχνότερα και εκτενέστερα. Απαραίτητη είναι η διαφοροδιάγνωση από τη ΔΕΠ/Υ και σε αυτήν την περίπτωση.

Τα διαγνωστικά κριτήρια λοιπόν αυτών των διπολικών διαταραχών θυμίζουν σε σημεία εκείνα για την διάγνωση της ΔΕΠ/Υ. Αναλυτικότερα, συμπτώματα διάσπασης προσοχής, άσκοπης ακινησίας, ευερεθιστότητας, ακατάπαυστης ομιλίας τα οποία είναι βασικά συμπτώματα στην ΔΕΠ/Υ, είναι κοινά και στις διαγνώσεις των διπολικών διαταραχών. Ξαφνικές εναλλαγές του συναισθήματος φανερές με ξεσπάσματα συναντώνται τακτικά και στις δυο κατηγορίες. Ο καταιγισμός σκέψεων που είναι σύνηθες σύμπτωμα στις διπολικές είναι επίσης ένα συχνό φαινόμενο στους ενήλικες με ΔΕΠ/Υ (Asherson, 2005).

Πίνακας 8: Ομοιότητες & διαφορές μεταξύ της ΔΕΠ/Υ και της μανίας με βάση τα κριτήρια του DSM

ADHD	Mania
<p><b>Similar symptoms</b></p> <p><i>Destructibility</i></p> <p>Inattentive symptoms</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Easily distracted by extraneous stimuli.</li> <li>• Difficulty sustaining attention in tasks or play activities.</li> </ul> <p><i>Heightened motor activity</i></p> <p>Hyperactive symptoms</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fidgets with hands or feet or squirms in seat.</li> <li>• Leaves seat in classroom or in other situations in which remaining seated is expected.</li> <li>• Runs about or climbs excessively in situations where it is inappropriate.</li> <li>• Often "on the go" or often acts as if "driven by motor".</li> </ul> <p><i>Talkativeness</i></p> <p>Hyperactive symptoms</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Often talks excessively</li> </ul> <p><b>Similar associated features</b></p> <p><i>Mood lability/irritability</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Low frustration tolerance, temper outbursts, mood lability, dysphoria.</li> </ul> <p><b>Distinctive symptoms</b></p> <p>Inattentive symptoms</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fails to give close attention to details or makes careless mistakes in schoolwork, work, or other activities.</li> <li>• Does not seem to listen when spoken to directly.</li> <li>• Does not follow through on instructions and fails to finish school-work, chores or duties in the workplace.</li> <li>• Has difficulty organising tasks and activities.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoids, dislikes or is reluctant to engage in tasks that require sustained mental effort.</li> <li>• Loses things necessary for tasks or activities.</li> <li>• Forgetful in daily activities</li> </ul> <p>Hyperactivity/Impulsivity symptoms</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Has difficulty awaiting turn.</li> <li>• Has difficulty playing or engaging in leisure activities quietly.</li> <li>• Blurts out answers before questions have been completed.</li> <li>• Interrupts and intrudes on others.</li> </ul>	<p><b>Criteria B symptoms</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Distractibility (i.e. attention too easily drawn to unimportant or irrelevant external stimuli).</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Increased goal-directed activity or psychomotor agitation.</li> </ul> <p><b>Criteria B symptoms</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• More talkative than usual or pressure to keep talking.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mood may shift rapidly to anger or depression.</li> </ul> <p><b>Criterion A symptom</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A distinct period of abnormally or persistently elevated, expansive or irritable mood, lasting at least 1 week.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inflated self-esteem or grandiosity.</li> <li>• Excessive involvement in pleasurable activities that have a high potential for painful consequences.</li> <li>• Decreased need for sleep.</li> <li>• Flight of ideas or subjective experience that thoughts are racing.</li> </ul> <p>Miscellaneous</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychotic features</li> </ul>

Συγκρίνοντας τους δυο τύπους διπολικών διαταραχών και την ΔΕΠ/Υ, προκύπτουν κάποιες βασικές διαφορές που βοηθούν στην διαφοροδιάγνωση. Αρχικά, ένα παιδί με ΔΕΠ/Υ συγκρίνεται με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης και τις νόρμες που ισχύουν ώστε να διαπιστωθεί απόκλιση και έτσι να επιβεβαιωθεί η ύπαρξη προβλήματος. Τα συμπτώματα της ξεκινούν στην παιδική ηλικία, διαρκούν όλον τον χρόνο καθημερινά ενώ ακολουθεί το άτομο για όλη την ζωή του και ας ελαττωθεί η εκδήλωσή τους (Skirrow, Hosang, Farmer and Asherson, 2012).

Αντιθέτως, για την διπολική διαταραχή ελέγχεται η αλλαγή που έχει συμβεί στο ίδιο το άτομο, το οποίο δεν συμπεριφερόταν πάντοτε με αυτόν τον τρόπο μέχρι που εκδήλωσε τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της διαταραχής. Τα τελευταία είναι επεισοδιακά αντί για χρόνια, εμφανίζονται για συγκεκριμένες χρονικές περιόδους σε συγκεκριμένες και περιορισμένες χρονικές στιγμές στην ζωή του ατόμου, χαρακτηριστικό που πιθανώς αποτελεί την μεγαλύτερη διάφορα μεταξύ των διαταραχών (Asherson et al., 2007·Carlson, 1998· Leibenluft and Rich, 2008· Youngstrom et al.,2010).

Στις διαφορές τους ανήκουνε επίσης τα ψυχωτικά συμπτώματα των διπολικών διατάραχων, η μεγαλομανία, αλλά και τις ΔΕΠ/Υ οι δυσκολίες σχετικά με την συχνή αδυναμία ολοκλήρωσης ενεργειών που απαιτούν αφοσίωση, η δυσκολία ακολουθίας εντολών και κανονισμών μεταξύ άλλων (Skirrow, Hosang, Farmer and Asherson, 2012).

Σχετικά με την πιθανή συννοσηρότητα των διαταραχών αυτών, επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν πως σε άτομα με διπολική διαταραχή τύπου I τα ποσοστά της ΔΕΠ/Υ μπορούν να φτάσουν από 22% ως 61% (Birmaher et al.,2006· Delbello et al., 2004· Patel et al., 2006· Kowatch et al., 2005). Για τα ποσοστά εκδήλωσης της διπολικής διαταραχής στα πλαίσια της ΔΕΠ/Υ ωστόσο το ποσοστό πέφτει περίπου στο 2% (McGough et al., 2008). Σε ερευνά σε δείγμα ενήλικων φάνηκε συννοσηρότητα των διατάραχων σε ποσοστό 5% ως 20% (Wingo & Ghaemi, 2007· McIntyre et al., 2010). Ακόμη, έχει προταθεί πως η ΔΕΠ/Υ ίσως συμβαίνει να είναι πρόδρομος της μετέπειτα διπολικής διαταραχής (Hassan et al., 2011). Σε παιδιά με

ΔΕΠ/Υ σε αρκετές περιπτώσεις βρέθηκε θετικό οικογενειακό ιστορικό για διπολικές διαταραχές (Geller et al., 2006· Surman et al., 2011).

### 3.5 Συννοσηρότητα της ΔΕΠ/Υ με τις Γλωσσικές Διαταραχές

Η προσχολική είναι η ηλικία στην οποία οι γονείς αναμένουν να δουν τα παιδιά τους να αναπτύσσονται στον γλωσσικό τομέα και να ετοιμάζονται έτσι να ενταχθούν στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση που θα σηματοδοτήσει την αρχή του ταξιδιού προς την γνώση και μάθηση. Η ανάπτυξη αυτή διαφέρει ως προς τον τρόπο και ως προς τον χρόνο ανά περίπτωση παιδιού. Έτσι ορισμένα παιδιά χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να κατακτήσουν τα γλωσσικά ορόσημα χωρίς αυτό να αποτελεί απαραίτητα ανησυχητική ένδειξη. Όταν όμως η αργοπορία αυτή ξεπερνά κατά πολύ τον προκαθορισμένη οριακή ηλικία κατάκτησης τότε είναι που θορυβούνται οι γονείς και αναζητούν αίτια και βοήθεια.

Οι διαταραχές της γλώσσας ορίζονται ως δυσκολία στην κατάκτηση και χρήση της γλώσσας. Είναι πολλές και μπορούν να σχετίζονται με διαφορές πτυχές του λόγου με διαφορετικές βαρύτητες. Μπορεί να αφορούν αποκλίσεις ως προς την χρήση των λέξεων, τη σημασία του περιεχομένου των προτάσεων, το συντακτικό που χρησιμοποιούν στον λόγο τους, την γραμματική και άλλα.

Με αλλά λογία, τα προβλήματα μπορεί να εντοπίζονται στη φωνολογία, τη μορφολογία, τη σύνταξη, τη σημασιολογία, την πραγματολογία και τον συνδυασμό αυτών. Συνήθεις ηλικίες που απευθύνονται οι διαταραχές αυτές είναι από 3 έως 16 ετών (Παπαδάτος, 2010). Η γλώσσα μπορεί να είναι διαταραγμένη όσον αφορά την έκφραση ή την αντίληψη της, το συνδυασμό και των δυο, τον γραπτό ή/ και τον προφορικό λόγο.

Για την διάγνωση της διαταραχής, το γλωσσικό επίπεδο του παιδιού οφείλει να απέχει από το αναμενόμενο για την ηλικία του και να επηρεάζει αρνητικά τις ακαδημαϊκές/ επαγγελματικές, κοινωνικές, επικοινωνιακές ικανότητες του ατόμου. Είναι συνυφασμένες με έντονη κληρονομικότητα καθώς είναι πολύ πιθανό για το παιδί που τις αντιμετωπίζει να υπάρχει θετικό οικογενειακό ιστορικό για κάποια διαταραχή της κατηγορίας. Η συννοσηρότητα τους με άλλες νευροαναπτυξιακές διαταραχές, μεταξύ των οποίων και η ΔΕΠ/Υ, είναι εξαιρετικά συχνή ενώ αποτελούν επίσης ένα συχνό σύνοδο σύμπτωμα που υποστηρίζει την διάγνωση πλήθους διαταραχών (APA, 2013).

Είναι λογικό, ένα παιδί του οποίου η προσοχή διασπάται και δεν μπορεί εύκολα να την διατηρήσει για έναν σκοπό να χάνει ερεθίσματα από το περιβάλλον του με αποτέλεσμα να μην προσλαμβάνει ολοκληρωμένα τις πληροφορίες που είναι απαραίτητες, μεταξύ άλλων, και για την ανάπτυξη του λογού του παιδιού (DuPaul, Gormley and Laracy, 2012).

Δίνεται ένα ποσοστό από 6% έως και 35% πως τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ αργούν να μιλήσουν (Κάκουρος, 2001). Οι περισσότερες από τις δυσκολίες στην γλώσσα ξεπερνιούνται μέχρι την ενηλικίωση, κάποιες όμως επιμένουν και μετά το πέρας της ανήλικης ζωής. Έρευνες δείχνουν πως ενήλικες με ΔΕΠ/Υ έχουν διπλάσιες πιθανότητες για διάγνωση γλωσσικής διαταραχής από ότι ο υπόλοιπος πληθυσμός (Biederman, Monuteaux, Mich, Spencer, Wilens, Silva et al., 2006) ενώ τριπλάσιες είναι οι πιθανότητες σε άτομα με ΔΕΠ/Υ μικρότερης ηλικίας, κάτω των 18 ετών, ειδικά όταν η ΔΕΠ/Υ έχει προεξάρχουσα συνδυαστική παρουσία συμπτωμάτων.

Δεν κάνει επομένως ιδιαίτερη εντύπωση πως, τα περισσότερα παιδιά που θα βρεθούν με διάγνωση της ΔΕΠ/Υ, έχουν αρχικώς παραπεμφθεί λόγω προβλημάτων στην γλώσσα και όχι με αφορμή τα πρωτογενή συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ. Η γλωσσική διαταραχή με την συχνότερη εμφάνιση μαζί με την ΔΕΠ/Υ φαίνεται πως είναι η Ειδική Γλωσσική Διαταραχή (Specific Language Impairment / SLI) (Johnson et al., 1999; Tomblin et al., 1997).

Παιδιά με γλωσσική διαταραχή ή καθυστέρηση έχουν αυξημένες πιθανότητες για μετέπειτα εμφάνιση μαθησιακών δυσκολιών, οι οποίες πιθανότητες αυξάνονται επιπλέον όταν υπάρχει ταυτόχρονα και διάγνωση της ΔΕΠ/Υ (Scibberas et al., 2014).

Οι μεγαλύτερες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ/Υ αφορούν τον εκφραστικό λόγο και τον γλωσσικό τομέα της πραγματολογίας (Bishop & Baird, 2001). Η πραγματολογία ορίζει πως το νόημα εξαρτάται από τα συμφραζόμενα, γλωσσικά και εξωγλωσσικά, τις προηγούμενες γνώσεις ομιλητή και ακροατή, τους σκοπούς του ομιλητή, την περίσταση. Έρευνες φανερώνουν πως τα παιδιά αυτά αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην έναρξη, την διατήρηση, την εναλλαγή θεμάτων όπως και στην ομαλή λήξη μιας συζήτησης (Staikova, Gomes, Tartter, McCabe, & Halperin, 2013). Δεν σκέφτονται πολλές φορές πότε και ποσό πρέπει να μιλήσουν ώστε να είναι

επικοινωνιακά αποδεκτό, τότε κουράζουν τον συνομιλητή τους και ποια είναι τα χαρακτηριστικά ενός ποιοτικού διαλόγου (DuPaul, Gormley and Laracy, 2012).

Για τις δυσκολίες στην πραγματολογία, κατηγορείται ένα από τα πυρηνικά συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ, η παρορμητικότητα. Ενώ αυτό της απροσεξίας αφορά περισσότερο την ανάπτυξη του λεξιλογίου (Gremilliant & Martel, 2014).

Έχουν σημειωθεί επίσης ελλείμματα στην άρθρωση και την διάκριση των φωνημάτων ακουστικά, με φωνολογικές διεργασίες να παίρνουν μέρος στον λόγο τους με πραγματοποίηση αντικαταστάσεων, αλλοιωμένες εκφορές, αντιμεταθέσεις και απλοποιήσεις συμπλεγμάτων επηρεάζοντας έτσι την καταληπτότητα τους σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Τα γνωστικά ελλείμματα, η αργή επεξεργασία που πιθανώς υπάρχουν, η υπολειπουργία γνωστικών διεργασιών όπως αυτών της προσοχής, της συγκέντρωσης και της μνήμης δεν βοηθούν το παιδί να συλλέξει, να εμποδώσει, να κατανοήσει πληροφορίες ώστε στην συνέχεια να τις χρησιμοποιήσει καταλληλά. Από την άλλη πλευρά οι γονείς εύκολα ή δύσκολα κάποια στιγμή θα κουραστούν να προσπαθούν όταν βλέπουν το ίδιο το παιδί να μην προσπαθεί, να μην ανταποκρίνεται αλλά να αφαιρείται συνεχώς, να δείχνει να μην ακούει και να μη παρουσιάζει θέληση, οδηγώντας τους σε συντόμους διάλογους, εντολές, απότομο, επικριτικό ύφος όσο εκλείπει η αναγκαία υπομονή και επίμονη ενασχόληση. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Εκτός από την κοινωνική ζωή τους, οι δυσκολίες αυτές είναι δυνατόν να επιδράσουν αρνητικά και στη σχολική ζωή, καθιστώντας δύσκολη την συμμετοχή τους στην μαθητική διαδικασία και ταυτόχρονα δυσχεραίνοντας το έργο των καθηγητών και των συμμαθητών τους. Φαίνεται πως άτομα με αυτήν τη συννοσηρότητα όταν πρέπει να ανταποκριθούν σε προσδοκίες άλλων, ο λόγος τους στερείται οργάνωσης και ποσότητας, εμπεριέχει παύσεις, επαναλήψεις και άλλες εμφανείς δυσκολίες (Redmond, 2004).

Η πρώιμη εντόπιση των δυσκολιών στο παιδί είναι το κλειδί για την επιτυχή αντιμετώπιση του και μπορεί να προλάβει μεγάλο μέρος των ελλειμμάτων που δυνητικά θα εμφανιζόντουσαν με αυτήν την συνύπαρξη των διαταραχών, ΔΕΠ/Υ και γλωσσικών διαταραχών.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

### **Εισαγωγή**

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής (ΔΕΠ/Υ) απασχολεί παιδιά, εφήβους και ενήλικες. Οι αγχώδεις διαταραχές τόσο σε παιδιά όσο σε ενήλικες, είναι από τις διαταραχές που εμφανίζουν τη μεγαλύτερη συννοσηρότητα με την ΔΕΠ/Υ. Η παρουσία αυτών των συννοσηρών διαταραχών επηρεάζει την ακριβή διάγνωση αλλά και την κατάλληλη θεραπεία τόσο των πρωτοπαθών όσο και των συννοσηρών διαταραχών.

Για την ανάπτυξη μίας στοχευμένης έρευνας που μπορεί να παρέχει ουσιαστικά στοιχεία για τη διαχείριση της ΔΕΠ/Υ και των συννοσηρών αγχωδών διαταραχών, απαιτούνται αρκετές καινοτομίες. Πρώτον, τα συμπτώματα τα οποία είναι κοινά και στις δύο διαταραχές θα πρέπει να διακρίνονται από τα συμπτώματα τα οποία συναντάμε μεμονωμένα στην κάθε διαταραχή. Δεύτερον, αρκετά σημαντικός είναι ο προσδιορισμός του βαθμού στον οποίο η ύφεση των συμπτωμάτων της μίας διαταραχής οδηγεί σε βελτίωση της άλλης. Τρίτον, οι κλίμακες άγχους που δεν περιλαμβάνουν συσχετιζόμενα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ και γενικά σωματικά προβλήματα είναι απαραίτητες για να καθοριστεί εάν οι θεραπείες επηρεάζουν τη μία διαταραχή ή και τις δύο.

Τέλος, τόσο η ΔΕΠ/Υ όσο και οι αγχώδεις διαταραχές, είναι μακροχρόνιες αναπτυξιακές διαταραχές και η διακύμανση ως προς την ανταπόκριση στη θεραπεία μπορεί να εξαρτάται από τις δυσκολίες του ασθενούς τη δεδομένη στιγμή την οποία αναζητεί βοήθεια (Managing ADHD in Children, Adolescents, and Adults With Comorbid Anxiety in Primary Care, 2007).

### **4.1 Πρώιμη παρέμβαση**

#### 4.1.1 Πρώιμη παρέμβαση στη ΔΕΠ/Υ

Μία ευρέως διαδεδομένη άποψη που επικρατεί ανάμεσα στο γονικό πληθυσμό είναι ότι όταν υπάρχει καθυστέρηση στην ομιλία ενός παιδιού ή αδεξιότητα στη λεπτή και αδρή κινητικότητα του ή είναι υπερβολικά ζωνηρό και έχει δυσκολία στην συγκέντρωση, οι ίδιοι πιστεύουν ότι δεν πρέπει να δράσουν νωρίτερα από την ηλικία των 5-6 ετών. Πιο συγκεκριμένα, θεωρούν ότι πρόκειται για χαρακτηριστικά ανωριμότητας τα οποία καθώς μεγαλώνει το παιδί θα υποχωρήσουν. Επίσης, αρκετές είναι και οι περιπτώσεις στις οποίες οι δάσκαλοι συμβουλεύουν τους γονείς να μην δράσουν βιαστικά και να μην εντάξουν το παιδί τους σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα, καθώς θεωρούν ότι με την ανάπτυξη της ωριμότητάς του, το μέγεθος των δυσκολιών που βιώνει θα αντιμετωπιστεί. Αντιθέτως, όλα τα επιστημονικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι όταν η ανάπτυξη ενός παιδιού υστερεί σε έναν ή περισσότερους τομείς και διαφέρει από την αναπτυξιακή πορεία που θα αναμενόταν να έχει πέρα από το όριο που επιτρέπουν οι ατομικές διαφορές στην ανάπτυξη, τότε η απόκλιση αυτή βασίζεται σε κάποιο πιθανόν νευρολογικό αίτιο και απαιτεί περαιτέρω ανάλυση (Κακούρος, Μανιαδάκη, 2016).

Η πρώιμη παρέμβαση μπορεί να λειτουργήσει ως δευτερογενής πρόληψη στη ΔΕΠ/Υ. Η πρωτογενής πρόληψη αναφέρεται στην διακοπή της ανάπτυξης μίας διαταραχής πριν από την πλήρη εμφάνισή της. Η δευτερογενής πρόληψη αναφέρεται στην προσπάθεια διακοπής της εξελικτικής πορείας μίας διαταραχής με τις πρώτες ενδείξεις της ύπαρξής της, έτσι ώστε να μειωθεί η πιθανότητα εκδήλωσής της, να επιβραδυνθεί η εξέλιξή της, να τροποποιηθεί η δυσχερής πορεία της και να μειθούν οι επιπλοκές της στο μέλλον. Η πιο σύγχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ/Υ, περιλαμβάνει την εφαρμογή προγραμμάτων πρώιμης παρέμβασης που έχουν ως στόχο τη δευτερογενή πρόληψή της. Σε κλινικό επίπεδο, αυτό σημαίνει τον εντοπισμό βρεφών με υψηλές πιθανότητες εκδήλωσης ΔΕΠ/Υ πριν την έντονη εμφάνιση των συμπτωμάτων και την εφαρμογή κατάλληλων ψυχοπαιδαγωγικών προγραμμάτων, τα οποία περιλαμβάνουν τόσο τα παιδιά όσο και την οικογένειά τους (Sonuga-Barke and M Halperin, 2010)

Η πρώιμη παρέμβαση πραγματοποιείται σε μία ηλικία κατά την οποία η πλαστικότητα του εγκεφάλου είναι μεγάλη, γεγονός που την καθιστά αποτελεσματική. Η αποτελεσματικότητα της πρώιμης παρέμβασης οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι



συμβαίνει κατά τη διάρκεια μίας περιόδου όπου η πλαστικότητα του εγκεφάλου είναι μεγάλη. Η πλαστικότητα είναι μία εγγενής ιδιότητα του εγκεφάλου η οποία δίνει τη δυνατότητα δυναμικών τροποποιήσεων σε πολλαπλά επίπεδα νευρωνικής οργάνωσης, επιτρέποντας στον εγκέφαλο να επεξεργάζεται, να κωδικοποιεί και να αξιοποιεί τη νέα γνώση (Halperin and Healey, 2010). Κατά τη διάρκεια των δύο πρώτων χρόνων της ζωής, το τελικό μέγεθος του ανθρώπινου εγκεφάλου φτάνει στο 80%, ενώ οι διαδικασίες μυελίνωσης και της δημιουργίας των συνάψεων έχουν σημαντική ανάπτυξη (Feil et al., 2016).

Η αποτελεσματικότητα της πρώιμης παρέμβασης επιβεβαιώνεται μέσα από αρκετά ερευνητικά δεδομένα. Σύμφωνα με μία έρευνα της Hoekzema και των συνεργατών της (2011), έγινε χρήση προηγμένων απεικονιστικών μεθόδων και διαπιστώθηκε η αύξηση της φαιάς ουσίας σε περιοχές του προμετωπιαίου φλοιού που εμπλέκονται στην παθογένεση της ΔΕΠ/Υ σε παιδιά που είχαν διαγνωστεί με τη συγκεκριμένη διαταραχή και είχαν ενταχτεί σε πρόγραμμα ανάπτυξης συγκεκριμένων γνωστικών λειτουργιών. Συνεπώς, η χρήση ψυχοπαιδαγωγικών προγραμμάτων μπορεί να οδηγήσει όχι μόνο σε αλλαγές νευρωνικής λειτουργίας αλλά και σε δομικές αλλαγές του εγκεφάλου των παιδιών με ΔΕΠ/Υ, με αποτέλεσμα την διαφοροποίηση των ελλειμμάτων σε περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με την εκδήλωση της διαταραχής (Κακούρος, Μανιαδάκη, 2016).

Σύμφωνα με μία άλλη μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε το 2016, αξιολογήθηκε η χρησιμότητα εφαρμογής του προγράμματος «Preschool First Step» (PFS), ως θεραπεία δευτερογενούς πρόληψης, σε παιδιά 3-5 ετών που διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης της ΔΕΠ/Υ με συμπεριφορικά προβλήματα. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικά μεγαλύτερες κοινωνικές δεξιότητες και αρκετά λιγότερα προβλήματα συμπεριφοράς έπειτα από αναφορά δασκάλων και γονέων μετά το τέλος της παρέμβασης. Αν και δεν έχει σχεδιαστεί ειδικά για παιδιά προσχολικής ηλικίας που διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης της ΔΕΠ/Υ, η συγκεκριμένη συμπεριφορική θεραπεία φάνηκε χρήσιμη για τον συγκεκριμένο πληθυσμό (Morgan, Rapee and Bayer, 2016).

Συμπερασματικά, η προσχολική ηλικία αποτελεί την πλέον κύρια περίοδο για την εφαρμογή προγραμμάτων πρώιμης παρέμβασης και θεραπευτικής αντιμετώπισης, όχι μόνο της ΔΕΠ/Υ αλλά και άλλων νευροαναπτυξιακών διαταραχών. Συγκεκριμένα, η εκπαίδευση της οικογένειας στη χρήση κατάλληλων τεχνικών διαπαιδαγώγησης, μπορεί να οδηγήσει στην δημιουργία αντισταθμιστικών συνθηκών προκειμένου να σταματήσει η εκδήλωση της διαταραχής(Κακούρος, Μανιαδάκη, 2016).

#### **4.1.2 Πρώιμη παρέμβαση στις αγχώδεις διαταραχές**

Οι αγχώδεις διαταραχές εντοπίζονται συχνά, είναι εξουθενωτικές και εντοπίζονται πολλές φορές νωρίς στη ζωή του ατόμου. Έτσι, η πρώιμη παρέμβαση σε άτομα τα οποία διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης των αγχωδών διαταραχών μπορεί να έχει σημαντική μελλοντική επίδραση. Έχουν εντοπιστεί τόσο γενετικοί όσο και περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου για αγχώδεις διαταραχές στα παιδιά(Rapee et al., 2005), και η συμπεριφορική αναστολή και η επακόλουθη κοινωνική απόσυρση είναι ορισμένοι από αυτούς. Η συμπεριφορική αναστολή είναι μία ιδιοσυγκρασιακή προδιάθεση στην οποία το άτομο βιώνει αρνητικά συναισθήματα και αποφεύγει νέες καταστάσεις, αντικείμενα ή ανθρώπους και μπορεί να εντοπιστεί ήδη από την ηλικία των τεσσάρων μηνών σε ποσοστό περίπου 15% των βρεφών. Ο όρος κοινωνική απόσυρση, αναφέρεται στην διαρκή απομόνωση του ατόμου όταν έρχεται σε επαφή τόσο με γνωστούς όσο και με αγνώστους. Έχει αποδειχτεί ότι οι μητέρες κοινωνικά ανήσυχων παιδιών είναι πιο υπερπροστατευτικές, χειριστικές και παρεμβατικές από τις μητέρες τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών και αυτό το είδος γονικής συμπεριφοράς μπορεί να οδηγήσει σε μεταγενέστερο άγχος(Biederman and Hirshfeld-Becker, 2002).

Μέλη μίας ερευνητικής ομάδας, ξεκίνησαν να υποστηρίζουν την ιδέα της πρώιμης παρέμβασης σε παιδιά προσχολικής ηλικίας πριν από δύο δεκαετίες, με σκοπό να διδάξουν στα παιδιά και τους γονείς τους γνωστικές-συμπεριφορικές τεχνικές για τη διαχείριση του άγχους πριν από την έντονη εμφάνιση των συμπτωμάτων τους. Πιο συγκεκριμένα, εφαρμόστηκε μία γνωστική-συμπεριφορική τεχνική γονέα-παιδιού που ονομάζεται «Being Brave», και η ηλικιακή ομάδα που συμμετείχε ήταν τεσσάρων ετών. Η θεραπεία περιλάμβανε τη διδασκαλία των γονέων σχετικά με την κλιμακωμένη έκθεση του παιδιού σε καταστάσεις φόβου αλλά και τον τρόπο διδασκαλίας δεξιοτήτων αντιμετώπισης στα παιδιά τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν μείωση του ποσοστού

εμφάνισης μεταγενέστερου άγχους και θετική επίδραση στην εμφάνιση κατάθλιψης στην εφηβική ηλικία των κοριτσιών (Hirshfeld-Becker et al., 2011).

Μία ακόμη πρώιμη παρέμβαση είναι το ομαδικό πρόγραμμα γονέων Cool Little Kids και έχει ως στόχο την προστασία των παιδιών προσχολικής ηλικίας τα οποία διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης των αγχωδών διαταραχών. Αποτελείται από μικρές ομάδες γονέων και στοχεύει σε βασικούς παράγοντες που προκαλούν άγχος στα παιδιά όπως η υπερπροστατευτική συμπεριφορά των γονέων και το γονικό άγχος (Rapee et al., 2005). Σύμφωνα με δύο μελέτες που εξέτασαν την αποτελεσματικότητα του προγράμματος, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση των συμπτωμάτων άγχους στα παιδιά αλλά και στους ίδιους τους γονείς, με ορισμένα αποτελέσματα να διαρκούν μέχρι και την εφηβεία (Kennedy, Rapee and Edwards, 2009) (Chronis-Tuscano et al., 2018).

## **4.2 Φαρμακοθεραπεία**

### **4.2.1 Φαρμακοθεραπεία στη ΔΕΠ/Υ**

Η αποτελεσματική διαχείριση της ΔΕΠ/Υ είναι απαραίτητη και μπορεί να αποτελείται από φαρμακολογικές ή μη φαρμακολογικές θεραπείες, και τον συνδυασμό αυτών (Brown, Samuel and Patel, 2018). Η φαρμακοθεραπεία είναι από καιρό η καθιερωμένη θεραπεία για τη ΔΕΠ/Υ. Χωρίζεται σε δύο μεγάλες κατηγορίες που αποτελούνται από τα διεγερτικά ή μη διεγερτικά φάρμακα (Magnus, Nazir, Anilkumar and Shaban, 2022).

Τα διεγερτικά διασπώνται περαιτέρω σε αμφεταμίνες και μεθυλφαινιδάτες, αποτελούν τη βάση της θεραπείας για τη ΔΕΠ/Υ, πρόκειται για ουσίες που προκαλούν διέγερση του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και είναι αποτελεσματικά στο 70% περίπου του πληθυσμού. (Magnus, Nazir, Anilkumar and Shaban, 2022).. Στη διεθνή βιβλιογραφία, οι μελέτες της βραχυπρόθεσμης αποτελεσματικότητας των διεγερτικών στη μείωση πρωτογενών συμπτωμάτων της ΔΕΠ/Υ ξεκινούν από το 1970 και είναι οι περισσότερες που έχουν πραγματοποιηθεί για την αντιμετώπιση οποιασδήποτε αναπτυξιακής διαταραχής. Περίπου το 70-80% των παιδιών με ΔΕΠ/Υ,

ανταποκρίνονται θετικά στη θεραπεία με χρήση διεγερτικών φαρμάκων και παρατηρείται βελτίωση της συνολικής κλινικής εικόνας. Αντίστοιχα, παρόμοια αποτελέσματα έχουν αναδειχτεί όσον αφορά την ενήλικη ηλικιακή ομάδα (Κακούρος, Μανιαδάκη, 2016).

Σε μία έρευνα που έλαβε χώρα στα εξωτερικά ιατρεία του παιδονευρολογικού τμήματος παιδιατρικού νοσοκομείου στην Αττική, διαπιστώθηκε ότι η πλειοψηφία των παιδιών με ΔΕΠ/Υ που έλαβαν φαρμακευτική αγωγή με δραστική ουσία την μεθυλφαινιδάτη, χαρακτηρίστηκαν από τους γονείς τους ως βελτιωμένοι ως προς την ικανότητα συγκέντρωσης προσοχής, και ως προς την μείωση την υπερκινητικότητας (Κακούρος, Μανιαδάκη, 2016)

Υπάρχει όμως ένα ποσοστό της τάξεως του 10-30% των παιδιών, το οποίο μπορεί να μην δείξει θετική ανταπόκριση στο συγκεκριμένο τρόπο θεραπείας. Ένα θέμα το οποία απασχολεί σε μεγάλο βαθμό τις οικογένειες των παιδιών με ΔΕΠ/Υ, είναι οι παρενέργειες που μπορεί να εμφανίσει η χρήση φαρμακευτικής αγωγής(Κακούρος, Μανιαδάκη, 2016). Οι παρενέργειες των διεγερτικών περιλαμβάνουν αλλαγές στην αρτηριακή πίεση, κίνδυνο εξάρτησης και μείωση της όρεξης και του ύπνου(Magnus, Nazir, Anilkumar and Shaban, 2022). Επίσης, αρκετές είναι και οι ανησυχίες οι οποίες έχουν προκύψει ειδικά με καρδιακά συμβάντα έπειτα από χρήση διεγερτικών φαρμάκων, συμπεριλαμβανομένου και του ξαφνικού απροσδόκητου θανάτου. Συνεπώς, θα πρέπει να γίνεται αξιολόγηση για καρδιακές παθήσεις ή παράγοντες κινδύνου εμφάνισης καρδιακής νόσου πριν τη λήψη τους μέσω πλήρους ιατρικού ιστορικού και οικογενειακού ιστορικού (Brown, Samuel and Patel, 2018). Επίσης, υπήρξαν ανησυχίες σχετικά με την χρήση διεγερτικών σε ασθενείς με επιληπτικές κρίσεις, όμως πρόσφατες μελέτες δείξαν ότι η χρήση τους στη ΔΕΠ/Υ είναι ασφαλής όσον αφορά την επιληψία(Magnus, Nazir, Anilkumar and Shaban, 2022)

*Πίνακας 9: Ιστορικό καρδιαγγειακού προσυμπτωματικού ελέγχου πριν από την έναρξη της φαρμακοθεραπείας*

Screening parameters	Screening history
Symptoms*	Unusual fatigue associated with physical activity (more than or different from others) Pain, discomfort, or pressure in chest during exercise Pre-syncope or syncope during or after exercise, emotion, or startle Dizziness associated with exercise Shortness of breath associated with exercise (more than or different from others) Heart racing or skipped beats
Medical history and review of systems	Unexplained seizures* Detailed history of any congenital structural heart disease* Use of cardiac pacemaker or implanted cardiac defibrillator* History of Kawasaki disease* History of rheumatic fever*—known heart murmur Systemic hypertension Substance abuse, tobacco use Use of excessive caffeine or energy drinks Any previous recommendations to restrict physical activity
Family history*	Sudden or unexpected death of family members before age 50 years Coronary artery disease before age 50 years Family members using pacemaker or implanted cardiac defibrillator Family history of cardiomyopathies, long QT syndrome, short QT syndrome, or Brugada syndrome Family history of primary pulmonary hypertension

\*, positive screening should warrant further cardiac evaluation.

*Πηγή:* Brown, Samuel and Patel, 2018.

Στα μη διεγερτικά περιλαμβάνονται τα αντικαταθλιπτικά και οι α-αγωνιστές. Αποτελούν δεύτερη γραμμή για τη θεραπεία της ΔΕΠ/Υ και μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε ασθενείς που δεν ενδείκνυται η διεγερτική θεραπεία. Επίσης χρησιμοποιείται ως επαυξημένη θεραπεία σε συνδυασμό με διεγερτική και σε άτομα με συννοσηρή κατάθλιψη ή και άγχος (Geffen and Forster, 2017). Στην κατηγορία αυτή ανήκει η ατομοξετίνη η οποία είναι γνωστή ως αποτελεσματική για τη θεραπεία της ΔΕΠ/Υ και λειτουργεί ως αναστολέας επαναπρόσληψης νορεπινεφρίνης. Ωστόσο δεν θεωρείται τόσο αποτελεσματική όσο η χρήση των διεγερτικών ουσιών (Magnus, Nazir, Anilkumar and Shaban, 2022). Σε παιδιά και εφήβους με ΔΕΠ/Υ που έλαβαν θεραπεία με ατομοξετίνη, η αρχική ανταπόκριση μπορεί να είναι πιο αργή από αυτή που παρατηρείται με τα διεγερτικά φάρμακα. Η βελτίωση των συμπτωμάτων μπορεί να είναι εμφανή μετά από αρκετές εβδομάδες και μπορεί να συνεχιστεί για 2 μήνες (Brown, Samuel and Patel, 2018).

#### 4.2.2 Φαρμακοθεραπεία στις αγχώδεις διαταραχές

Οι φαρμακολογικές θεραπείες για τις αγχώδεις διαταραχές έχουν γίνει πιο ανεκτές, προσιτές και πολυάριθμες τον τελευταίο μισό αιώνα. Ταυτόχρονα, έρευνες έχουν οδηγήσει σε μία μεγαλύτερη κατανόηση των νευροβιολογικών μηχανισμών που εμπλέκονται στις αντιδράσεις χρόνιου άγχους και στρες, με αποτέλεσμα τη δημιουργία νέων προσεγγίσεων για τη θεραπεία τους. Παρόλα αυτά, θεωρείται ότι περίπου το 1/3 των ασθενών που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή με σύγχρονα αντικαταθλιπτικά δεν εμφανίζουν διάρκεια στην ύφεση των συμπτωμάτων άγχους που τους χαρακτηρίζουν (Farach et al., 2012).

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα αποτελούν τη φαρμακολογική θεραπεία πρώτης γραμμής για τις αγχώδεις διαταραχές. Σύμφωνα με τον Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA), οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης [SSRIs] και αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νορεπινεφρίνης [SNRI] έχουν αποδειχτεί αποτελεσματικοί για την θεραπεία αγχωδών διαταραχών όπως η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (GAD), η διαταραχή κοινωνικού άγχους (SAD) και η διαταραχή πανικού (PD) (Garakani et al., 2020). Χρειάζονται συνήθως 2 με 6 εβδομάδες για να έχουν κάποια σχετική επίδραση η οποία τυπικά ορίζεται ως τη βελτίωση τουλάχιστον του 25% της σοβαρότητας των συμπτωμάτων. Η εμφάνιση της πλήρους αποτελεσματικότητάς τους μπορεί να μην είναι ορατή για άλλες 4 με 6 εβδομάδες ή και περισσότερο (Farach et al., 2012). Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά [TCAs] ήταν από τις πρώτες κατηγορίες φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν για τις αγχώδεις διαταραχές, ωστόσο τώρα συνταγογραφούνται λιγότερο λόγω ανησυχιών για παρενέργειες όπως ξηροστομία, αύξηση βάρους, κατακράτηση ούρων και κίνδυνο θνησιμότητας έπειτα από υπερδοσολογία. Άλλες τρέχουσες θεραπείες για τις διαταραχές άγχους αποτελούν οι βενζοδιαζεπίνες, τα αντιψυχωσικά, τα αντισταμινικά και άλλα αγχολυτικά (Garakani et al., 2020).

Medication class	Mechanism of action	FDA approvals for anxiety disorder	Off-label uses	Therapeutic dose ranges (mg/day)
<b>SSRIs:</b>				
Fluoxetine	Selective 5-HT reuptake inhibitor (20)	PD	GAD, SAD	20–60
Sertraline		PD, SAD	GAD	50–200
Citalopram		None	GAD, PD, SAD	20–40
Escitalopram		GAD	PD, SAD	10–20
Paroxetine		PD, SAD, GAD	None	20–60
Paroxetine ER		PD, SAD	GAD	27–75
Fluvoxamine		None	GAD, PD, SAD	100–300
<b>SNRIs:</b>				
Duloxetine	5-HT, NE (and DA) reuptake inhibitor	GAD	PD, SAD	30–60
Venlafaxine (XR) (17)		GAD	PD, SAD	75–300
Desvenlafaxine		None	GAD, PD, SAD	50–100
<b>TCAs:</b>				
Clomipramine	NE and 5-HT reuptake inhibitor (20)	None	GAD, PD, SAD	100–250
Imipramine		None	GAD, PD, SAD	100–300
Desipramine		None	GAD, PD, SAD	100–200

*Key: 5-HT, Serotonin; AGP, Agoraphobia; DA, Dopamine; D<sub>2</sub>, dopamine-2 receptor; ER, XR, Extended Release; FDA, Food and Drug Administration; GAD, Generalized Anxiety Disorder; GABA, Gamma Aminobutyric Acid; H<sub>2</sub>, Histamine 1 receptor; MAO, Monoamine Oxidase; MAOI, Monoamine Oxidase Inhibitors; NE, Norepinephrine; PD, Panic Disorder; SSRI, Selective Serotonin Reuptake Inhibitor; SNRI, Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitor; SAD, Social Anxiety Disorder; TCA, Tricyclic Antidepressants.*

Πηγή : *Τρέχουσες θεραπείες για τις αγχώδεις διαταραχές* (Garakani et al., 2020).

Ωστόσο, όσον αφορά τους αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και τους αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης, αρκετά είναι τα μειονεκτήματα που μπορεί να εμφανίσουν. Πιο συγκεκριμένα, περίπου το 30-50% των ασθενών, μπορεί να εμφανίσει ήπιες και παροδικές παρενέργειες. Σε αυτές περιλαμβάνεται η ναυτία, η διάρροια, ο πονοκέφαλος, η αϋπνία, η νευρική και η ανησυχία. Αυτές οι παρενέργειες μπορούν να ελαχιστοποιηθούν με τη χρήση αρχικά χαμηλής δόσης και τη σταδιακή αύξησή της σε διάστημα 4-6 εβδομάδων. Αισθητές είναι και οι σεξουαλικές παρενέργειες που μπορεί να εμφανίσει το άτομο όπως η μείωση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος, η στυτική δυσλειτουργία και η ανοργασμία. Τέλος, έρευνες έχουν αναφέρει και τη συσχέτιση των ουσιών αυτών με τάση αυτοκτονίας για άτομα 24 ετών και κάτω (Farach et al., 2012).

### 4.2.3 Φαρμακοθεραπεία σε συννοσηρή ΔΕΠ/Υ και άγχος

Υπάρχει ένα ερώτημα σχετικά με το εάν οι συννοσηρές αγχώδεις διαταραχές μπορεί να αλλάξουν την ανταπόκριση της φαρμακοθεραπείας στη ΔΕΠ/Υ. Στην κλινική πράξη, υπάρχει υψηλός βαθμός μεταβλητότητας στη θεραπεία της ΔΕΠ/Υ, λόγω των συννοσηρών αγχωδών διαταραχών και του μεγάλου εύρους ηλικιών που επηρεάζονται από τη ΔΕΠ-Υ (Managing ADHD in Children, Adolescents, and Adults With Comorbid Anxiety in Primary Care, 2007).

Σύμφωνα με μια συστηματική ανασκόπηση η οποία διενεργήθηκε το 2017, βρέθηκαν πέντε μελέτες οι οποίες οι οποίες αφορούσαν την φαρμακοθεραπεία σε παιδιά και ενήλικες με ΔΕΠ/Υ και αγχώδεις διαταραχές. Οι δύο από αυτές αξιολογούσαν τη δραστική ουσία ατομοξετίνη (ATX), η άλλη τη δραστική ουσία δεσιπραμίνη, και οι άλλες δύο τη δραστική ουσία μεθυλφαινιδάτη με την φλουβοξαμίνη να περιλαμβάνεται σε μία από τις δύο δοκιμές (Villas-Boas et al., 2019). Η μεθυλφαινιδάτη ανήκει στα διεγερτικά φάρμακα ενώ η δεσιπραμίνη, η φλουβοξαμίνη και η ατομοξετίνη ανήκουν στα μη διεγερτικά (J, 2005, Maan, Rosani and Saadabadi, 2022), (Magnus, Nazir, Anilkumar and Shaban, 2022).

**Ατομοξετίνη:** Στην μελέτη του Adler et al (2009), η δραστική ουσία ατομοξετίνη εξετάστηκε σε ενήλικο πληθυσμό, με μέσο όρο ηλικίας 38 ετών. Τα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας ήταν η παρουσία της ΔΕΠ/Υ και της κοινωνικής αγχώδη διαταραχής καθώς και η ύπαρξη της γενικευμένης αγχώδη διαταραχής σε ποσοστό 23,3% του πληθυσμού (Villas-Boas et al., 2019). Στην παραπάνω μελέτη διαπιστώθηκε ότι η δραστική ουσία ατομοξετίνη, είναι αποτελεσματική όσον αφορά την αντιμετώπιση συμπτωμάτων της ΔΕΠ/Υ και της κοινωνικής αγχώδη διαταραχής, βελτιώνοντας ταυτόχρονα και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Ωστόσο, στον πληθυσμό με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, η ατομοξετίνη δεν φάνηκε ωφέλιμη (Adler et al., 2009). Σε άλλη μελέτη του Geller et al. (2007), η οποία διενεργήθηκε σε άτομα ηλικίας 8-17 ετών με ΔΕΠ/Υ και γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, κοινωνική αγχώδη διαταραχή ή διαταραχή άγχους αποχωρισμού, η δραστική ουσία ατομοξετίνη φάνηκε να ωφέλησε την ομάδα ασθενών που τη λάβανε συγκριτικά με την ομάδα που έλαβε το εικονικό φάρμακο «πλασέμπο», ωστόσο



βρέθηκαν συμπτώματα μειωμένης όρεξης φαγητού, απώλειας βάρους και αυξημένου καρδιακού σφυγμού(Villas-Boas et al., 2019).

**Μεθυλφαινιδάτη με φλουβοξαμίνη:** Οι Abikoff et al. (2005), εξέτασαν την διαδοχική φαρμακοθεραπεία σε πληθυσμό 6-17 ετών με ΔΕΠ/Υ και αγχώδη διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα, δοκίμασαν την χρήση της δραστικής ουσίας φλουβοξαμίνη σε πληθυσμό που έκανε ήδη χρήση της ουσίας μεθυλφαινιδάτη. Επίσης δοκίμασαν και τη χρήση εικονικού φαρμάκου σε πληθυσμό που έκανε ήδη χρήση της ουσίας μεθυλφαινιδάτη(Villas-Boas et al., 2019). Τα αποτελέσματα δεν έδειξαν κάποιο ιδιαίτερο όφελος της προσθήκης φλουβοξαμίνης στην ήδη διενεργούμενη θεραπεία(Abikoff et al., 2005).

**Μεθυλφαινιδάτη:** Όσον αφορά την ουσία μεθυλφαινιδάτη, οι Diamond et al. (1999), μελέτησαν την ανταπόκριση των ασθενών με ΔΕΠ/Υ στην συγκεκριμένη δραστική ουσία όταν υπάρχει συννοσηρότητα της διαταραχής με άλλες αγχώδη διαταραχές. Η έρευνα διενεργήθηκε σε πληθυσμό 6-12 ετών και τα αποτελέσματα δείχνανε ότι η παρουσία ή μη της συννοσηρότητας των δύο αυτών διαταραχών, δεν έχει καμία επιρροή στην ανταπόκριση των ασθενών με ΔΕΠ/Υ στη συγκεκριμένη θεραπεία(Diamond, Tannock and Schachar, 1999). Ωστόσο, τα δεδομένα για την χρησιμότητα της μεθυλφαινιδάτης έρχονται σε αντιπαράθεση σύμφωνα με την συσχετιζόμενη βιβλιογραφία. Άλλες μελέτες δείχνουν ότι η συγκεκριμένη δραστική ουσία φαίνεται να μειώνει την συμπτωματολογία της ΔΕΠ/Υ και της κοινωνικής αγχώδη διαταραχής, ωστόσο άλλες μελέτες δείχνουν η θεραπεία αυτή είναι λιγότερο αποτελεσματική όταν υπάρχουν και συμπτώματα άγχους ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση(Villas-Boas et al., 2019).

**Δεσιπραμίνη:** Η δράση της ουσίας δεσιπραμίνη μελετήθηκε από τους Biederman et al. (1993), σε πληθυσμό ηλικιακής ομάδας 6-17 ετών. Τα αποτελέσματα δείχνανε ότι η παρουσία ή μη συννοσηρών αγχωδών διαταραχών με ΔΕΠ/Υ δεν επηρέασε την ανταπόκριση των ασθενών με ΔΕΠ/Υ στην συγκεκριμένη θεραπεία.

Επίσης δεν βρέθηκε στατιστική διαφορά μεταξύ των ασθενών που λάβανε την δραστική ουσία και των ασθενών που λάβανε το εικονικό φάρμακο (BIEDERMAN et al., 1993).

Συμπερασματικά, λοιπόν, σύμφωνα με τις παραπάνω μελέτες, η ουσία η οποία αποδείχτηκε να είναι πιο αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της ΔΕΠ/Υ και των συννοσηρών αγχώδων διαταραχών είναι η ατομοξετίνη (Villas-Boas et al., 2019), η οποία όπως προαναφέρθηκε ανήκει στη μη διεγερτική θεραπεία.

### 4.3 Συμπεριφορική-Γνωσιακή παρέμβαση

**Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT):** Στην δεκαετία του 1960, ο Aaron Beck ανέπτυξε τη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία. Πρόκειται για ένα συνδυασμό δύο θεραπευτικών προσεγγίσεων, της γνωσιακής θεραπείας και της συμπεριφορικής θεραπείας (Chand, Kuckel and Huecker, 2022).

Η χρήση της CBT έχει μελετηθεί εκτενώς και βρέθηκε ότι είναι αποτελεσματική ως προς ένα μεγάλο αριθμό ψυχιατρικών διαταραχών όπως κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα, διατροφικές διαταραχές, κατάχρηση ουσιών και διαταραχές προσωπικότητας. Έχει επίσης αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματική ως συμπληρωματική θεραπεία για ψυχικές διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια και η διπολική διαταραχή. Η CBT έχει προσαρμοστεί και μελετηθεί για παιδιά, εφήβους, ενήλικες, ζευγάρια και οικογένειες. Η αποτελεσματικότητά της έχει επίσης αποδειχθεί στη θεραπεία μη ψυχιατρικών διαταραχών όπως το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, ημικρανία και άλλες καταστάσεις χρόνιου πόνου (Chand, Kuckel and Huecker, 2022).

Η CBT βασίζεται σε πολλές βασικές αρχές, όπως:

1. Τα ψυχολογικά προβλήματα βασίζονται, εν μέρει, σε λανθασμένους ή μη βοηθητικούς τρόπους σκέψης.

2. Τα ψυχολογικά προβλήματα βασίζονται, εν μέρει, σε μαθημένα πρότυπα μη βοηθητικής συμπεριφοράς.
3. Τα άτομα που υποφέρουν από ψυχολογικά προβλήματα μπορούν να μάθουν καλύτερους τρόπους να τα αντιμετωπίζουν, ανακουφίζοντας έτσι τα συμπτώματά τους και έχοντας καλύτερη διαχείριση της καθημερινότητάς τους.

Η θεραπεία CBT συνήθως περιλαμβάνει προσπάθειες αλλαγής προτύπων σκέψης. Αυτές οι στρατηγικές μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Αναγνώριση των στρεβλώσεων στις σκέψεις του ατόμου που του δημιουργεί προβλήματα και στη συνέχεια επαναξιολόγηση τους.
- Απόκτηση καλύτερης κατανόησης της συμπεριφοράς και των κινήτρων των άλλων.
- Χρήση δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων για την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων.
- Ανάπτυξη μεγαλύτερης αίσθησης εμπιστοσύνης στις δικές του ικανότητες.

Η θεραπεία CBT συνήθως περιλαμβάνει επίσης προσπάθειες αλλαγής προτύπων συμπεριφοράς. Αυτές οι στρατηγικές μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Αντιμετώπιση των φόβων αντί για την αποφυγή τους
- Χρήση παιχνιδιών ρόλου για την προετοιμασία μελλοντικών προβληματικών συναναστροφών με άλλους
- Χαλάρωση του νου και του σώματος του ατόμου

Ο ψυχολόγος και ο ασθενής/πελάτης συνεργάζονται, με συλλογικό τρόπο, για την κατανόηση του προβλήματος και την ανάπτυξη μιας στρατηγικής θεραπείας. Οι θεραπευτές CBT δίνουν έμφαση στο τι συμβαίνει στην τρέχουσα ζωή του ατόμου, παρά στο τι έχει οδηγήσει στις δυσκολίες του (What is Cognitive Behavioral Therapy?, 2017).

### 4.3.1 Γνωσιακή-Συμπεριφορική παρέμβαση στη ΔΕΠ/Υ

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αλληλεγγύης (NICE), συνιστάται πολυτροπική θεραπεία για παιδιά και νέους ενήλικες με ΔΕΠ/Υ. Αυτό περιλαμβάνει ενημέρωση και εκπαίδευση για τα αίτια και τις επιπτώσεις της ΔΕΠ/Υ, συμβουλές σχετικά με τις στρατηγικές γονικής μέριμνας, και υποστηρικτικά μέτρα στο σχολείο. Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία στους νέους για ΔΕΠ/Υ μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν η φαρμακοθεραπεία έχει βρεθεί ωφέλιμη αλλά παρόλα αυτά συνεχίζουν να υπάρχουν συμπτώματα της διαταραχής (Chand, Kuckel and Huecker, 2022). Οι τομείς που θα πρέπει να αντιμετωπιστούν είναι οι κοινωνικές δεξιότητες με συνομήλικους, οι επίλυση των προβλημάτων, η ικανότητα αυτοέλεγχου, ικανότητες ακουστικής κατανόησης και την διαχείριση και την έκφραση συναισθημάτων (NICE, 2018).

Οι γνωσιακές-συμπεριφορικές παρεμβάσεις στη ΔΕΠ/Υ περιλαμβάνουν παιχνίδι ρόλων, τεχνικές αυτοαξιολόγησης και αυτό-ενίσχυσης, τεχνικές επίλυσης προβλημάτων και εκπαίδευση στην αυτοκαθοδήγηση. Επίσης, περιλαμβάνουν άμεση εκπαίδευση του παιδιού όσον αφορά τη βελτίωση της προσοχής, της μνήμης εργασίας και των γνωστικών τους δεξιοτήτων (Κακούρος, Μανιαδάκη, 2016)

Η πλειονότητα των ατόμων στην παιδική ηλικία, πληρεί τα κριτήρια για την διατήρηση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ/Υ στην εφηβική τους ηλικία. Πιο συγκεκριμένα, αυτό εντοπίζεται σε ποσοστό 50%-80% των παιδιών. Σύμφωνα με την μελέτη των Cuffe et al. (2001), διαπιστώθηκε ότι παραπάνω από το 80% του δείγματος μαθητών σχολικής ηλικίας, όχι μόνο πληρούσε τα κριτήρια για ΔΕΠ/Υ μπαίνοντας στην εφηβεία, αλλά εμφάνισαν και σημαντική έκπτωση στην λειτουργικότητά τους. Επίσης, οι έφηβοι με ΔΕΠ/Υ, διατρέχουν υψηλό κίνδυνο για κατάχρηση ουσιών, αλκοόλ και συμμετοχή σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου όπως αντικοινωνικές καταστάσεις και ριψοκίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές. Συνεπώς, η εφηβεία είναι μία ηλικία στην οποία η ψυχοκοινωνική παρέμβαση μπορεί να είναι ιδιαίτερα ωφέλιμη λόγω του αυξημένου χρόνου αλληλεπίδρασης του παιδιού και του δασκάλου στο σχολικό περιβάλλον (Sprich, Burbridge, Lerner and Safren, 2015). Σύμφωνα με μία

συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που δημοσιεύτηκε από το 2008 έως το 2013, συμπεράθηκε ότι η συμπεριφορική εκπαίδευση γονέων, η συμπεριφορική παρέμβαση στο σχολείο και η συμπεριφορική εκπαίδευση των συνομήλικων ήταν από τις πιο βασικές θεραπείες (Evans, Owens and Bunford, 2013).

Η γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση παρέχει μία πολύ σημαντική βάση για την κατανόηση της επιρροής των αρνητικών βιωμάτων της ζωής στη λειτουργική έκπτωση και στην αυξημένη συναισθηματική αναταραχή στους ενήλικες με ΔΕΠ/Υ. Λόγω των ελλειμμάτων του ατόμου στην προσοχή, στην εκτελεστική λειτουργία και στον ανασταλτικό έλεγχο, η αποτυχία και η ανεπαρκής επίδοση σε διαφορετικούς λειτουργικούς τομείς, είναι κοινά χαρακτηριστικά σε άτομα με ΔΕΠ/Υ καθώς εισέρχονται στην ενήλικη ζωή. Σύμφωνα με το μοντέλο CBT, τέτοια επαναλαμβανόμενα βιώματα απογοήτευσης υπονομεύουν την αυτοαντίληψη και την αυτοεκτίμηση, οδηγώντας στο σχηματισμό αρνητικών πεποιθήσεων για τον εαυτό του, τα οποία αντίστοιχα οδηγούν στην έκφραση αρνητικών συναισθημάτων όπως η κατάθλιψη και το άγχος. Οι αρνητικές αυτοπεποιθήσεις μπορούν επίσης να οδηγήσουν στην υιοθέτηση στρατηγικών συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένης της άρνησης, της αναβλητικότητας και της ακραίας αποφυγής ως μέσο αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων. Εκτός από τις συναισθηματική φόρτωση, οι αρνητικές προσδοκίες για το μέλλον, η αναμονή της αποτυχίας και η μειωμένη αυτοπεποίθηση μπορούν επίσης να επηρεάσουν την κινητοποίηση του ατόμου (Lopez et al., 2018).

Η αποτελεσματικότητα της CBT στη ΔΕΠ/Υ ενηλίκων έχει αποδειχθεί σε αρκετές τυχαίοποιημένες μελέτες σχετικά με τις πτυχές των βασικών συμπτωμάτων, των συναισθημάτων, της αυτοεκτίμησης και των στρατηγικών διαχείρισης χρόνου. Μελέτες βρήκαν επίσης ότι η αποτελεσματικότητα της CBT ήταν μεγαλύτερη από την εκπαιδευτική υποστήριξη και τη γνωστική εκπαίδευση μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή. Σε σύγκριση με τη φαρμακευτική αγωγή, η CBT θα μπορούσε επίσης να βελτιώσει τα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ των ασθενών χωρίς προηγούμενη ιατρική θεραπεία, κάτι που μπορεί να υποδηλώνει ότι ο μηχανισμός της CBT δεν βασίζεται πλήρως στη φαρμακευτική αγωγή. Σύμφωνα με μία βιβλιογραφική ανασκόπηση των μελετών CBT για τη ΔΕΠ/Υ ενηλίκων διαπιστώθηκε ότι τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα στους ενήλικες ήταν περιορισμένα. Μέσω μίας μελέτης CBT η οποία διήρκεσε μόνο 12

εβδομάδες, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς ξέχασαν τις δεξιότητες που έμαθαν στη CBT και είχαν δυσκολίες στην εφαρμογή τους στην πράξη στην πραγματικότητα ζωή. Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν αναμνηστικές θεραπείες για την επίτευξη της διατήρησης των αποτελεσμάτων της CBT και έπειτα από μία ανασκόπηση 30 κλινικών δοκιμών διαπιστώθηκε ότι οι αναμνηστικές συνεδρίες χρησιμοποιήθηκαν προηγουμένως στη θεραπεία συμπεριφοράς για την επίτευξη διατηρητικών αποτελεσμάτων και μια ανασκόπηση 30 κλινικών δοκιμών κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι αναμνηστικές συνεδρίες ήταν χρήσιμες στη διατήρηση της αλλαγής συμπεριφοράς (Huang, Qian and Wang, 2015).

#### **4.3.2 Γνωσιακή-συμπεριφορική παρέμβαση στις αγχώδεις διαταραχές**

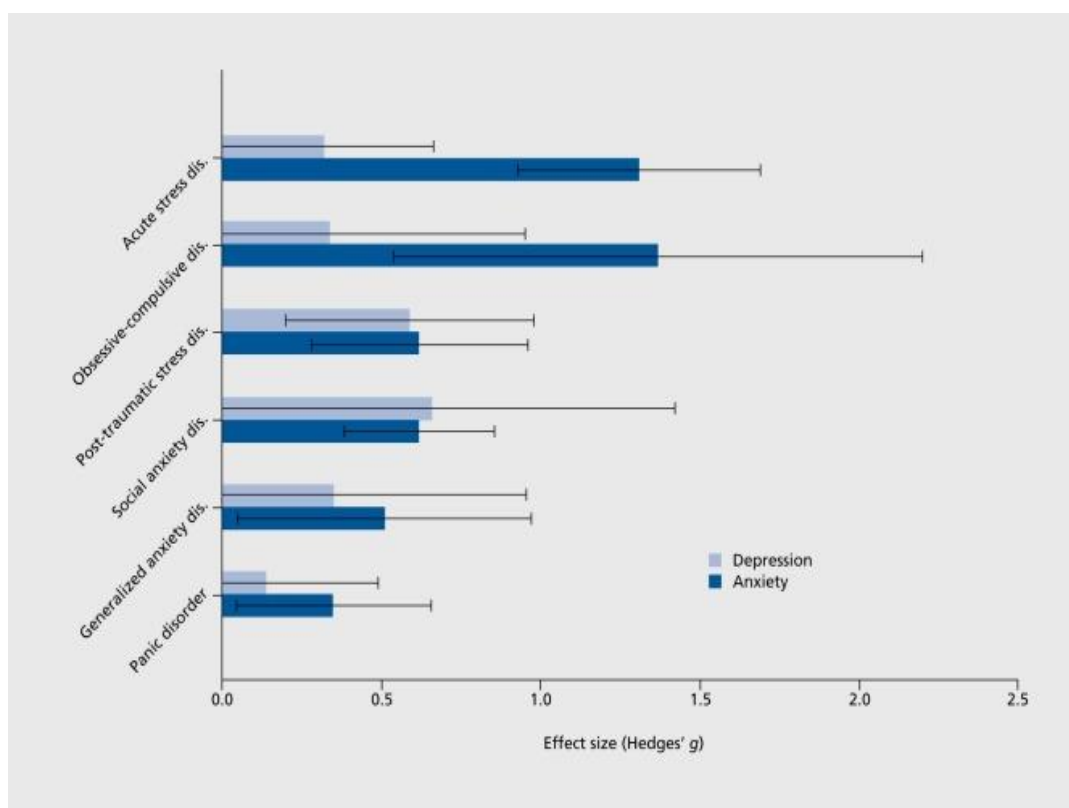
Η CBT αποτελεί μια αξιόπιστη θεραπεία πρώτης γραμμής για τις αγχώδεις διαταραχές με σημαντικές επιδράσεις και στα δευτερογενή συμπτώματα όπως οι διαταραχές ύπνου (Hofmann et al., 2012).

Η CBT για τις αγχώδη διαταραχές σε παιδιά και εφήβους, περιλαμβάνει πρώτον την βοήθεια του παιδιού να αναγνωρίσει τα συναισθήματα άγχους που βιώνει και τις σωματικές επιδράσεις που έχει πάνω του, δεύτερον να αναγνωρίσει τις σκέψεις ή τις καταστάσεις που του προκαλούν άγχος και τρίτον, να αναπτύξει δεξιότητες αντιμετώπισής του. Μία βασική τεχνική της CBT είναι η έκθεση, η οποία περιλαμβάνει τον έλεγχο και την αντιμετώπιση των φόβων σε μία αυξανόμενη ιεραρχία. Συνήθως, εφαρμόζονται και στρατηγικές εκπαίδευσης όπως το παιχνίδι ρόλων και η μοντελοποίηση. Επίσης, η συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση έχει προσαρμοστεί προκειμένου να περιλαμβάνει την οικογένεια του ατόμου στη θεραπεία. Αυτή η αλλαγή περιλαμβάνει την τροποποίηση των πεποιθήσεων των γονέων σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο θα μπορούσαν να βοηθήσουν το παιδί τους, την κατεύθυνσή τους προκειμένου να μπορούν να συνεισφέρουν στην αντιμετώπιση των αγχωδών διαταραχών του παιδιού τους και την βοήθεια των ίδιων να ξεπεράσουν το άγχος το οποίο βιώνουν σχετικά με την κατάσταση (James et al., 2018).

Γενικά θεωρείται ότι η CBT μπορεί να εφαρμοστεί όταν το παιδί φτάσει σε ένα συγκεκριμένο επίπεδο γνωστικής ανάπτυξης. Σύμφωνα με μία μελέτη (Hirshfeld-Becker, 2010), υπήρχαν θετικά αποτελέσματα εφαρμογής της τεχνικής σε ηλικίες 4-7 ετών, ωστόσο θεωρήθηκε ότι τα μικρά παιδιά μπορούν να ανταποκριθούν καλύτερα στα συμπεριφορικά παρά στα γνωστικά στοιχεία αυτής της παρέμβασης (James et al., 2018).

Σύμφωνα με 269 μετα-αναλυτικές ανασκοπήσεις που εξέτασαν την επίδραση της CBT σε μία ποικιλία διαταραχών, έδειξαν ότι όσον αφορά τις αγχώδεις διαταραχές, η αποτελεσματικότητά της ήταν αρκετά μεγάλη παρά την ετερογένεια τους ως προς την παθολογία και το επίπεδο σοβαρότητας τους. Πιο συγκεκριμένα, μεγάλα μεγέθη επίδρασης αναφέρθηκαν για τη θεραπεία ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής και τουλάχιστον μέτρια για τη θεραπεία κοινωνικής αγχώδη διαταραχής, διαταραχής πανικού, γενικευμένης αγχώδη διαταραχής και διαταραχή μετατραυματικού στρες (Hofmann et al., 2012) (Otte, 2011).

Πίνακας 10: Εκτιμήσεις επίδρασης CBT στις αγχώδεις διαταραχές



Πηγή: Otte, 2011.

### 4.3.3 Γνωσιακή Συμπεριφορική παρέμβαση στη ΔΕΠ/Υ με συννοσηρή αγχώδη διαταραχή

Το άγχος σε παιδιά με ΔΕΠ/Υ έχει αποδειχτεί ότι σχετίζεται με φτωχότερη παιδική και οικογενειακή λειτουργικότητα. Λίγες μελέτες έχουν εξετάσει εάν η CBT είναι αποτελεσματική στη θεραπεία του άγχους σε παιδιά με ΔΕΠ/Υ και συννοσηρό άγχος, με τις περισσότερες από αυτές να περιλαμβάνουν μικρά μεγέθη δειγμάτων. Σύμφωνα με μία μετα-ανάλυση των Jarrett και Ollendick (2012), αναφέρθηκαν σημαντικές βελτιώσεις στο άγχος και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της ΔΕΠ/Υ έπειτα από ένα πρόγραμμα CBT 10 εβδομάδων για παιδιά ηλικίας 8-12 ετών με ΔΕΠ/Υ και συννοσηρό άγχος.

Σύμφωνα με μία μικρή πιλοτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2018, εξετάστηκε η θεραπεία των συμπτωμάτων άγχους σε παιδιά με πρωτογενή ΔΕΠ/Υ. Χρησιμοποιήθηκε ένα πρόγραμμα γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας, πρόγραμμα Cool Kids, σε ηλικίες 8-12 ετών και περιλάμβανε και τη συμμετοχή της οικογένειας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι έπειτα από πέντε μήνες θεραπείας, είχε μειωθεί το ποσοστό των συμμετεχόντων που πληρούσαν τα κριτήρια αγχωδών διαταραχών, όπως και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων της ΔΕΠ/Υ. Επίσης, βελτιώθηκε η συμπεριφορά, η ποιότητα ζωής, ο ύπνος και οι γνωστικές λειτουργίες των συμμετεχόντων. Τέλος, σημαντική ήταν και η βελτίωση της ψυχικής υγείας των γονέων όπως και οι συμπεριφορές τους (Sciberras et al., 2019).

Πίνακας 11 : Δομή του Προγράμματος Cool Kids



---

*Session 1:* Psychoeducation, fears list/goals, worry scale, linking thoughts and feelings.

*Session 2:* Detective/realistic thinking, rewards.

*Session 3:* Detective/realistic thinking, design of first exposure hierarchy (stepladder).

*Session 4:* Parenting an anxious child (parent only session).

*Session 5:* Review of exposure progress, creative exposure, design of further stepladders.

*Session 6:* Review of exposure progress, simplified realistic thinking, in-session exposure.

*Session 7, 8 & 9:* Troubleshooting exposure, realistic thinking, parenting, in session exposure. Additional skills to facilitate progress: problem solving, relaxation, social skills, assertiveness, dealing with bullying, surfing emotions, testing predictions and expectations.

*Session 10:* Review goals, maintenance of gains, setbacks, future plans.

---

Πηγή: Sciberras et al., 2019

Επίσης, μικρές πιλοτικές μελέτες έχουν υποδείξει ότι η θεραπεία του άγχους σε παιδιά με άγχος και συννοσηρή ΔΕΠ/Υ με χρήση της CBT, έχει πολλά υποσχόμενα οφέλη (Sciberras et al., 2019). Μία πρόσφατη μελέτη παιδιών ηλικίας 5-18 ετών εξέτασε εάν η συννοσηρότητα της ΔΕΠ/Υ σε παιδιά με αγχώδης διαταραχές, επηρέαζε την έκβαση της θεραπείας με CBT. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όχι μόνο δεν επηρεάστηκε η ανταπόκριση των παιδιών στη θεραπεία, αλλά σημαντικές ήταν και η θετικές επιδράσεις που εντοπίστηκαν στα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ (Gould, Porter, Lyneham and Hudson, 2018).

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΚΑΚΟΥΡΟΣ, Ε., 2008. *ΤΟ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟ ΠΑΙΔΙ*.
2. ΜΑΝΙΑΔΑΚΗ, Κ. and ΚΑΚΟΥΡΟΣ, Ε., 2016. *Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ ΑΠΟ ΤΗ ΘΕΩΡΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ*.
3. ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ, Γ., 2010. *ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ*.
4. ΣΤΑΣΙΝΟΣ, Δ., 2013. *Η ειδική εκπαίδευση 2020*.

## ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Abikoff, H., McGough, J., Vitiello, B., McCracken, J., Davies, M., Walkup, J., Riddle, M., Oatis, M., Greenhill, L., Skrobala, A., March, J., Gammon, P., Robinson, J., Lazell, R., McMahon, D. and Ritz, L., 2005. Sequential Pharmacotherapy for Children With Comorbid Attention-Deficit/Hyperactivity and Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(5):418-427.
2. Adler, L., Liebowitz, M., Kronenberger, W., Qiao, M., Rubin, R., Hollandbeck, M., Deldar, A., Schuh, K. and Durell, T., 2009. Atomoxetine treatment in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 26(3):212-221.
3. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
4. Anastopoulos, A., DuPaul, G., Weyandt, L., Morrissey-Kane, E., Sommer, J., Rhoads, L., Murphy, K., Gormley, M. and Gudmundsdottir, B., 2016. Rates and Patterns of Comorbidity Among First-Year College Students With ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2):236-247.
5. Bandelow, B. and Michaelis, S., 2015. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3):327-335.

6. Barkley R. A. (2002). Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 63(12):10–15.
7. Beesdo, K., Knappe, S. and Pine, D., 2009. Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3):483-524.
8. Biederman, J., Baldessarini I, R., Wright, V., Keenan, K. and Faraone, S., 1993. A Double-blind Placebo Controlled Study of Desipramine in the Treatment of ADD: III. Lack of Impact of Comorbidity and Family History Factors on Clinical Response. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(1):199-204.
9. Brown, K., Samuel, S. and Patel, D., 2018. Pharmacologic management of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a review for practitioners. *Translational Pediatrics*, 7(1):36-47.
10. Bubier, J. and Drabick, D., 2009. Co-occurring anxiety and disruptive behavior disorders: The roles of anxious symptoms, reactive aggression, and shared risk processes. *Clinical Psychology Review*, 29(7):658-669.
11. Cadenas, M., Hartman, C., Faraone, S., Antshel, K., Borges, Á., Hoogeveen, L. and Rommelse, N., 2020. Cognitive correlates of attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents with high intellectual ability. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 12(1):6
12. Chand SP, Kuckel DP, Huecker MR. Cognitive Behavior Therapy. 2022 May 29. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan–. PMID: 29261869.
13. Chiu, A., Falk, A. and Walkup, J., 2016. Anxiety Disorders Among Children and Adolescents. *FOCUS*, 14(1):26-33.
14. Chronis-Tuscano, A., Danko, C., Rubin, K., Coplan, R. and Novick, D., 2018. Future Directions for Research on Early Intervention for Young Children at Risk for Social Anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(4):655-667.

15. Craske, M. and Stein, M., 2016. Anxiety. *The Lancet*, 388(10063):3048-3059.
16. Cuffe, S., Mckeown, R., Jackson, K., Addy, C., Abramson, R. and Garrison, C., 2001. Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a Community Sample of Older Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(9):1037-1044.
17. D'Agati, E., Curatolo, P. and Mazzone, L., 2019. Comorbidity between ADHD and anxiety disorders across the lifespan. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 23(4):238-244.
18. Dalrymple, R., McKenna Maxwell, L., Russell, S. and Duthie, J., 2019. NICE guideline review: Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management (NG87). *Archives of disease in childhood - Education & practice edition*, 105(5):289-293.
19. Diamond, I., Tannock, R. and Schachar, R., 1999. Response to Methylphenidate in Children With ADHD and Comorbid Anxiety. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(4):402-409.
20. Dickerson Mayes, S., L. Calhoun, S., D. Mayes, R. and Molitoris, S., 2012. Autism and ADHD: Overlapping and discriminating symptoms. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(1):277-285.
21. DuPaul, G., Gormley, M. and Laracy, S., 2012. Comorbidity of LD and ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 46(1):43-51.
22. Erskine, H., Norman, R., Ferrari, A., Chan, G., Copeland, W., Whiteford, H. and Scott, J., 2016. Long-Term Outcomes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(10):841-850.
23. Evans, S., Owens, J. and Bunford, N., 2013. Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(4):527-551.

24. Evans, S., Schultz, B., DeMars, C. and Davis, H., 2011. Effectiveness of the Challenging Horizons After-School Program for Young Adolescents With ADHD. *Behavior Therapy*, 42(3):462-474.
25. Farach, F., Pruitt, L., Jun, J., Jerud, A., Zoellner, L. and Roy-Byrne, P., 2012. Pharmacological treatment of anxiety disorders: Current treatments and future directions. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(8):833-843.
26. Fayyad, J., Sampson, N., Hwang, I., Adamowski, T., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L., Borges, G., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J., Hu, C., Karam, E., Lee, S., Navarro-Mateu, F., O'Neill, S., Pennell, B., Piazza, M., Posada-Villa, J., ten Have, M., Torres, Y., Xavier, M., Zaslavsky, A. and Kessler, R., 2016. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 9(1):47-65.
27. Feil, E., Small, J., Seeley, J., Walker, H., Golly, A., Frey, A. and Forness, S., 2016. Early Intervention for Preschoolers at Risk for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Preschool First Step to Success. *Behavioral Disorders*, 41(2):95-106.
28. Fernandez-Jaen A. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y retraso mental [Attention deficit hyperactivity disorder and mental retardation]. *Revista de neurologia*, 42(2):25-27
29. Gair, S., Brown, H., Kang, S., Grabell, A. and Harvey, E., 2021. Early Development of Comorbidity Between Symptoms of ADHD and Anxiety. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 49(3):311-323.
30. Garakani, A., Murrough, J., Freire, R., Thom, R., Larkin, K., Buono, F. and Iosifescu, D., 2020. Pharmacotherapy of Anxiety Disorders: Current and Emerging Treatment Options. *Frontiers in Psychiatry*, 11: 595584
31. Geffen, J. and Forster, K., 2017. Treatment of adult ADHD: a clinical perspective. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 8(1):25-32.
32. Geller, D., Donnelly, C., Lopez, F., Rubin, R., Newcorn, J., Sutton, V., Bakken, R., Paczkowski, M., Kelsey, D. and Sumner, C., 2007. Atomoxetine Treatment

- for Pediatric Patients With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder With Comorbid Anxiety Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(9):1119-1127.
33. Gould, K., Porter, M., Lyneham, H. and Hudson, J., 2018. Cognitive-Behavioral Therapy for Children With Anxiety and Comorbid Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(7):481-490.e2.
  34. Gumus, Y., Memik, N. and Agaoglu, B., 2015. Anxiety Disorders Comorbidity in Children and Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Noro Psikiyatri Arsivi*, 52(2):185-193.
  35. Halperin, J. and Healey, D., 2011. The influences of environmental enrichment, cognitive enhancement, and physical exercise on brain development: Can we alter the developmental trajectory of ADHD?. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3):621-634.
  36. Hamidzadeh, A., Kharatha, M., Bazghaleh, M., Basirinejad, H., Aghdam, N. F., & Ebrahimi, H. (2021). The prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder and its related risk factors among children at elementary school in Shahroud. *Journal of education and health promotion*, 10:341.
  37. Hirshfeld-Becker, D. and Biederman, J., 2002. Rationale and principles for early intervention with young children at risk for anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(3):161-72.
  38. Hirshfeld-Becker, D., Masek, B., Henin, A., Blakely, L., Pollock-Wurman, R., McQuade, J., DePetrillo, L., Briesch, J., Ollendick, T., Rosenbaum, J. and Biederman, J., 2010. Cognitive behavioral therapy for 4- to 7-year-old children with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(4):498-510.
  39. Hirshfeld-Becker, D., Micco, J., Mazursky, H., Bruett, L. and Henin, A., 2011. Applying Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety to the Younger Child. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2):349-368.

40. Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A. and Fang, A., 2012. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5):427-440.
41. Huang, F., Qian, Q. and Wang, Y., 2015. Cognitive behavioral therapy for adults with attention-deficit hyperactivity disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16(1):161.
42. Ipci, M., Inci Izmir, S., Turkcapar, M., Ozdel, K., Akyol Ardic, U. and Ercan, E., 2020. Psychiatric Comorbidity in Children and Adolescents with ADHD and in the subtypes of ADHD. *Archives of Neuropsychiatry*, 57(4):283-289.
43. Irons J. (2005). Fluvoxamine in the treatment of anxiety disorders. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 1(4):289–299.
44. James, A., Reardon, T., Soler, A., James, G. and Creswell, C., 2018. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10): CD013162.
45. Jarrett, M. and Ollendick, T., 2012. Treatment of comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety in children: A multiple baseline design analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(2):239-244.
46. Jensen, C. and Steinhausen, H., 2014. Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7(1):27-38.
47. Katzman, M., Bilkey, T., Chokka, P., Fallu, A. and Klassen, L., 2017. Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*, 17(1):302.
48. Kennedy, S., Rapee, R. and Edwards, S., 2009. A Selective Intervention Program for Inhibited Preschool-Aged Children of Parents With an Anxiety Disorder: Effects on Current Anxiety Disorders and Temperament. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(6):602-609.
49. Kessler, R., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C., Demler, O., Faraone, S., Greenhill, L., Howes, M., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T., Walters, E. and Zaslavsky, A., 2006. The Prevalence and Correlates of Adult

ADHD in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4):716-723.

50. Krone, B. and Newcorn, J., 2015. Comorbidity of ADHD and anxiety disorders. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults and Children*:98-110.
51. Lopez, P., Torrente, F., Ciapponi, A., Lischinsky, A., Cetkovich-Bakmas, M., Rojas, J., Romano, M. and Manes, F., 2018. Cognitive-behavioural interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3):CD010840.
52. Maan JS, Rosani A, Saadabadi A. Desipramine. 2022 May 2. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 29262158.
53. Magnus W, Nazir S, Anilkumar AC, et al. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. [Updated 2022 May 8]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441838/>
54. Morgan, A., Rapee, R. and Bayer, J., 2016. Prevention and early intervention of anxiety problems in young children: A pilot evaluation of Cool Little Kids Online. *Internet Interventions*, 4:105-112.
55. Ostrander, R. and Herman, K., 2006. Potential cognitive, parenting, and developmental mediators of the relationship between ADHD and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1):89-98.
56. Otte, C., 2011. Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(4):413-421.
57. Overgaard, K., Aase, H., Torgersen, S. and Zeiner, P., 2012. Co-Occurrence of ADHD and Anxiety in Preschool Children. *Journal of Attention Disorders*, 20(7):573-580.
58. Overgaard, K., Aase, H., Torgersen, S., Reichborn-Kjennerud, T., Oerbeck, B., Myhre, A. and Zeiner, P., 2014. Continuity in features of anxiety and attention



- deficit/hyperactivity disorder in young preschool children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(9):743-752.
59. Penninx, B., Pine, D., Holmes, E. and Reif, A., 2021. Anxiety disorders. *The Lancet*, 397(10277):914-927.
  60. Pliszka, S., Swanson, J., Carlson, C. and Swanson, J., 1999. ADHD with comorbid disorders: Clinical Assessment and Management 1st Edition. New York: Guilford Press.
  61. Rapee, R., Kennedy, S., Ingram, M., Edwards, S. and Sweeney, L., 2005. Prevention and Early Intervention of Anxiety Disorders in Inhibited Preschool Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3):488-497.
  62. Redmond, S., 2016. Language Impairment in the Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Context. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 59(1):133-142.
  63. Rose, G. M., & Tadi, P. (2022). Social Anxiety Disorder. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
  64. Samra, C. K., & Abdijadid, S. (2022). Specific Phobia. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
  65. Scantamburlo, G. and Ansseau, M., 2004. Panic attack. *Revue Medicale de Liege*, 59(5):293-6.
  66. Schatz, D. and Rostain, A., 2006. ADHD With Comorbid Anxiety. *Journal of Attention Disorders*, 10(2):141-149.
  67. Schiele, M. and Domschke, K., 2021. Trennungsangststörung. *Der Nervenarzt*, 92(5):426-432.
  68. Sciberras, E., Efron, D., Patel, P., Mulraney, M., Lee, K., Mihalopoulos, C., Engel, L., Rapee, R., Anderson, V., Nicholson, J., Schembri, R. and Hiscock, H., 2019. Does the treatment of anxiety in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) using cognitive behavioral therapy improve child and family outcomes? Protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 19(1):359.

69. Sciberras, E., Mulraney, M., Anderson, V., Rapee, R., Nicholson, J., Efron, D., Lee, K., Markopoulos, Z. and Hiscock, H., 2015. Managing Anxiety in Children With ADHD Using Cognitive-Behavioral Therapy: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Attention Disorders*, 22(5):515-520.
70. Silove, D., Alonso, J., Bromet, E., Gruber, M., Sampson, N., Scott, K., Andrade, L., Benjet, C., Caldas de Almeida, J., De Girolamo, G., de Jonge, P., Demyttenaere, K., Fiestas, F., Florescu, S., Gureje, O., He, Y., Karam, E., Lepine, J., Murphy, S., Villa-Posada, J., Zarkov, Z. and Kessler, R., 2015. Pediatric-Onset and Adult-Onset Separation Anxiety Disorder Across Countries in the World Mental Health Survey. *American Journal of Psychiatry*, 172(7):647-656.
71. Skirrow, C., Hosang, G., Farmer, A. and Asherson, P., 2012. An update on the debated association between ADHD and bipolar disorder across the lifespan. *Journal of Affective Disorders*, 141(2-3):143-159.
72. Sonuga-Barke, E. and Halperin, J., 2010. Developmental phenotypes and causal pathways in attention deficit/hyperactivity disorder: potential targets for early intervention?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4):368-389.
73. Sprich, S. E., Burbridge, J., Lerner, J. A., & Safren, S. A. (2015). Cognitive-Behavioral Therapy for ADHD in Adolescents: Clinical Considerations and a Case Series. *Cognitive and behavioral practice*, 22(2):116–126.
74. Tamam, L., Karakus, G. and Ozpoyraz, N., 2008. Comorbidity of adult attention-deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder: prevalence and clinical correlates. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258(7):385-393.
75. *The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 2007. Managing ADHD in Children, Adolescents, and Adults With Comorbid Anxiety in Primary Care. 09(02):129-138.
76. Van Ameringen, M., Mancini, C., Simpson, W. and Patterson, B., 2010. Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder in an Anxiety Disorders Population. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 17(4):221-226.

77. Villas-Boas, C., Chierrito, D., Fernandez-Llimos, F., Tonin, F. and Sanches, A., 2019. Pharmacological treatment of attention-deficit hyperactivity disorder comorbid with an anxiety disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 34(2):57-64.
78. Wingo, A. and Ghaemi, S., 2007. A Systematic Review of Rates and Diagnostic Validity of Comorbid Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Bipolar Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(11):1776-1784.
79. Yang, X., Fang, Y., Chen, H., Zhang, T., Yin, X., Man, J., Yang, L. and Lu, M., 2021. Global, regional and national burden of anxiety disorders from 1990 to 2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 30:e36.

## ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

1. Adhdhellas.org. n.d. *ADHD Hellas*. [online] Available at: <https://www.adhdhellas.org/>
2. Apps.who.int. n.d. [online] Available at: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=829EAD6A4E0473EBDE28F4FD23B8D556?sequence=1>>
3. CHADD. n.d. About ADHD - Symptoms, Causes and Treatment - CHADD. [online] Available at: <<https://chadd.org/about-adhd/overview>>
4. <https://www.apa.org>. 2017. What is Cognitive Behavioral Therapy?. [online] Available at: <<https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral>>