



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ: ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΔΕΠ-Υ: ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΜΕ ΑΓΧΩΔΕΙΣ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ»**

ΚΩΣΤΑΝΤΙΝΟΥ ΙΩΑΝΝΑ, ΑΜ: 908

ΤΖΕΛΗ ΑΝΝΑ, ΑΜ: 1050

**Επιβλέπουσα:
Σιαφάκα Βασιλική
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια**

ΙΩΑΝΝΙΝΑ

2024

**«ADHD: COMORBIDITY WITH ANXIETY DISORDERS
AND DEPRESSION »**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματοποιήθηκε με σκοπό να προσφέρει μια πολύπλευρη και ολοκληρωμένη προσέγγιση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας τόσο ως μια ξεχωριστή κλινική «οντότητα» όσο και ως μέρος μίας ψυχιατρικής συννοσηρής κατάστασης.

Με αυτήν, λοιπόν, την πτυχιακή εργασία ολοκληρώνεται ο κύκλος των προπτυχιακών μας σπουδών στο Τμήμα Λογοθεραπείας του Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Με την ολοκλήρωση της θα θέλαμε και εμείς με την σειρά μας να ευχαριστήσουμε θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μας, την κυρία Σιαφάκα Βασιλική, για την συνεχή βοήθεια και κατεύθυνση που μας προσέφερε καθ' όλη την διάρκεια της εργασίας μας. Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γονείς μας για την οικονομική και συναισθηματική τους υποστήριξη, καθώς και στους φίλους μας για την ηθική υποστήριξη σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εστιάζει στην πολυδιάστατη σύνδεση μεταξύ της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) και των ψυχιατρικών διαταραχών, με ιδιαίτερη έμφαση στις Αγχώδεις Διαταραχές και την Κατάθλιψη. Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται διεξοδικά η ΔΕΠ-Υ. Πρόκειται για μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή, η οποία εκδηλώνεται από πολύ μικρή ηλικία και ακολουθεί το άτομο έως και την ενηλικίωση του, με την κλινική της εικόνα να διαφοροποιείται ανάλογα με το αναπτυξιακό επίπεδο. Πρωτογενή συμπτώματα της αποτελούν η απροσεξία, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα. Ακολουθούν οι Αγχώδεις Διαταραχές οι οποίες συνιστούν τις πιο γνωστές ψυχικές διαταραχές, στις οποίες κυριαρχεί το ανεξέλεγκτο άγχος και ο έντονος φόβος ενώ η εμφάνιση της συμπτωματολογίας τους μπορεί να είναι πρόωμη. Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην Κατάθλιψη, η οποία αποτελεί μια από τις συχνότερες διαταραχές ψυχικής υγείας, με κύρια συμπτώματα τη χαμηλή διάθεση και την αποστροφή από δραστηριότητες, η οποία μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικία. Στη συνέχεια, παρουσιάζεται η συννοσηρότητα της ΔΕΠΥ με τις Αγχώδεις Διαταραχές και την Κατάθλιψη, η οποία επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν από αυτές τις διαταραχές και απαιτεί προσεκτική διερεύνηση και εξειδικευμένες παρεμβάσεις. Η εργασία αυτή αποσκοπεί να εξετάσει τη συννοσηρότητα της ΔΕΠΥ με τις αγχώδεις διαταραχές και την κατάθλιψη, καθώς και να παρουσιάσει τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους παρέμβασης για την αντιμετώπιση τους.

Λέξεις κλειδιά: ΔΕΠ-Υ, Αγχώδεις Διαταραχές, Κατάθλιψη, Συννοσηρότητα, Παρέμβαση, Θεραπεία.

ABSTRACT

The present thesis focuses on the multidimensional connection between Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and psychiatric disorders, emphasizing on Anxiety Disorders and Depression. The first chapter provides a complete analysis of ADHD, a neurodevelopmental disorder that appears from a very young age and persists into adulthood, with its clinical presentation varying according to the developmental level. The primary symptoms of ADHD include inattention, hyperactivity, and impulsivity. Following, Anxiety Disorders are considered to be one of the most well-known mental disorders, characterized by uncontrollable anxiety and intense fear, with symptoms that can appear early in life. The third chapter refers to Depression, one of the most common mental health disorders, characterized mainly by low mood and aversion to activities, which can occur at any age. Subsequently, the comorbidity of ADHD with Anxiety Disorders and Depression is presented, highlighting its impact on the quality of life of individuals suffering from these disorders, necessitating careful investigation and specialized interventions. This thesis aims at examining the comorbidity of ADHD with anxiety disorders and depression, as well as presenting the most effective intervention methods for their treatment.

Key words: ADHD, Anxiety Disorders, Depression, Comorbidity, Intervention, Therapy.

Πίνακας περιεχομένων

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT.....	5
ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΔΕΠ-Υ.....	9
1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΔΕΠ-Υ	9
1.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΕΠ-Υ	11
1.3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΔΕΠ-Υ	13
1.3.1 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	13
1.3.2 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	14
1.3.3 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	15
1.4. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΔΕΠ-Υ	15
1.5 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΕΠ-Υ	17
1.6. ΤΥΠΟΙ ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	22
1.7. ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΑΓΧΩΔΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	31
2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	31
2.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΓΧΩΔΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	33
2.3 ΤΥΠΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	35
2.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΑΓΧΩΔΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	43
2.5 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ.....	46
2.6 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΑΓΧΩΔΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	51
2.6 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	56
3.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	57
3.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	58
3.3 ΤΥΠΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	60
3.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	63
3.5 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ.....	65
3.6 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	67
3.7 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ.....	71
4.1 ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	71
4.2 ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	79
5.1 ΔΕΠ-Υ	79
5.2 ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	81
5.3 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	86
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	89
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	90
ΕΛΛΗΝΙΚΗ	90
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ.....	91
ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	100

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

ΔΕΠ-Υ: Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας
ΙΨΔ: Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή
SAD: Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους
GAD: Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
OCD: Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή
CBT: Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία
MBT: Θεραπεία βασισμένη στην ενσυνειδητότητα (εννότητα)
ACT: Θεραπεία Αποδοχής και Δέσμευσης
RPT: Άμεση Προσωπική Μεταμόρφωση
IEPS: Κλίμακα Αντίληψης Διαθεματικής Εκπαίδευσης
EMDR: Απευαισθητοποίηση και Επανεπεξεργασία μέσω οφθαλμικών κινήσεων
TCA: Τρικυκλικά Αντικαταθλιπτικά
MAOI: Αναστολείς μονοαμινοοξειδάσης
SSRI: Εκλεκτικοί Αναστολείς Επαναπρόσληψης Σεροτονίνης

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΔΕΠ-Υ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) συνιστά μία σοβαρή νευροαναπτυξιακή διαταραχή, της οποίας η συμπτωματολογία παρουσιάζεται συνηθέστερα κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Η πλήρης διερεύνηση της φύσης της διαταραχής, ωστόσο, παραμένει πρόκληση εδώ και αρκετές δεκαετίες για τους επιστήμονες (Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με ΔΕΠΥ, 2020). Ιστορικά, η πρώτη επιστημονικά καταγεγραμμένη αναφορά έγινε από τον Melchior Adam Weikard το 1775, στο σύγγραμμα του οποίου γινόταν λόγος για παιδιά και ενήλικες, οι οποίοι χαρακτηρίζονταν από μία συμπεριφορική διαταραχή με υπερκινητικότητα, έλλειψη προσοχής και παραίτηση (Barkley & Peters, 2012). Αμέσως μετά, ο γιατρός Alexander Crichton σε κεφάλαιο βιβλίου του που αφορά τις διαταραχές προσοχής, το 1798, αναφέρεται σε χαρακτηριστικά ατόμων τα οποία συνδέονται πλέον με τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ (Palmer & Finger, 2001). Ο ίδιος διαπιστώνει πως η απόσπαση της προσοχής μπορεί να οφείλεται σε μια διαταραχή κατά τη γέννηση του ατόμου ή, σε άλλη περίπτωση να είναι επίκτητη, έπειτα, από κάποια νευρολογική διαταραχή και τονίζει πως η εστιασμένη στις ανάγκες του ατόμου εκπαίδευση, σε νεαρή ηλικία μπορεί να αναβαθμίσει και να ενισχύσει την ικανότητα της προσοχής (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016). Ο παιδίατρος, George Still, σε μια σειρά διαλέξεων του το 1902, παρουσίασε περιστατικά παιδιών από την κλινική του εμπειρία, τα οποία χαρακτηρίζονται σήμερα από πρωτογενή γνωρίσματα της ΔΕΠ-Υ, δίνοντας τους την ονομασία άτομα με ελλείμματα στην «... αναστολή της βούλησης και στον ηθικό έλεγχο» της συμπεριφοράς με οργανική αιτιολογία. Ειδικότερα, ο Still αναφέρεται σε παιδιά, τα οποία ήταν προκλητικά, με έντονη επιθετικότητα και συχνά πρόβαλλαν αντίσταση στην πειθαρχία, με έντονες συναισθηματικές αυξομειώσεις και εκ γενετής ανωμαλίες, χαρακτηριστικά τα οποία επισήμανε ότι οφείλονταν σε ηθικούς μηχανισμούς, μιας και οι μηχανισμοί αυτοί δεν έχουν αναπτυχθεί πλήρως στα παιδιά λόγω της νεαρής τους ηλικίας (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016). Η εμφάνιση μιας εγκεφαλίτιδας το έτος 1917-1918 σε μεγάλο αριθμό ατόμων στην Αμερική οδήγησε σε συσχέτιση των ελλειμμάτων προσοχής και των γνωστικών συμπεριφορικών δυσλειτουργιών των παιδιών που είχαν αναρρώσει από αυτή, με εγκεφαλικές βλάβες

και έτσι η διαταραχή μετατράπηκε σε «Μετεγκεφαλιτιδική Διαταραχή Συμπεριφοράς» (Kessler, 1980, Wilmshurst, 2017). Την δεκαετία 1930-1940, άλλοι ερευνητές (Strauss & Lehtinen, 1947) υποστηρίζουν πως η προέλευση της ελλειμματικής προσοχής και της υπερκινητικότητας μπορεί να είναι το αποτέλεσμα βλαβών σε οποιοδήποτε μέρος του εγκεφάλου, εισάγοντας τον όρο «ελάχιστη εγκεφαλική βλάβη», εως ότου να τροποποιηθεί από τον Kessler σε «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία» (Kessler, 1980). Τις δεκαετίες 1950-1960 παρουσιάζεται για πρώτη φορά η έννοια του «Υπερκινητικού Συνδρόμου», η οποία ορίζεται ως «... μία κατάσταση στην οποία το παιδί εκτελεί δραστηριότητες χρησιμοποιώντας ταχύτερο ρυθμό από εκείνον ενός τυπικά αναπτυσσόμενου παιδιού» (Chess, 1960).

Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, γνωστό και ως DSM συνιστά ένα από τα ευρέως αναγνωρίσιμα ψυχιατρικά συστήματα ταξινόμησης και περιλαμβάνει ένα σύνολο πληροφοριών σχετικών με το είδος καθώς και τον αριθμό των συμπτωμάτων που είναι απαραίτητα για την ακριβή διάγνωση των ψυχικών διαταραχών. Η κάθε έκδοση του παρουσιάζει τροποποιήσεις ανά τα χρόνια, οι οποίες έχουν ως στόχο να εντάξουν τα νέα επιστημονικά δεδομένα για τις ψυχικές διαταραχές (Γεωργιάδη και σύν., 2020). Εν αντιθέσει με τα προηγούμενα έτη, οι κλινικοί άρχισαν να επικεντρώνουν το ενδιαφέρον τους στη συμπτωματολογία και στην ανάλυση της συμπεριφοράς των πασχόντων παρά στην αιτιολογία τους (Braswell & Bloomquist, 1991). Σύμφωνα με το DSM-II, η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται με την ονομασία «Διαταραχή υπερκινητικής αντίδρασης της παιδικής ηλικίας» (APA, 1968). Το DSM περιγράφει τη διαταραχή με τα εξής συμπτώματα: υπερβολική δραστηριότητα, αεικινήσια, περιορισμένο εύρος προσοχής, εύκολη διάσπαση και υποστηρίχθηκε ότι τα συμπτώματα αυτά συνήθως ξεπερνιούνται πριν από την εφηβεία (Braswell & Bloomquist, 1991). Η Douglas και οι συνεργάτες της το 1972 δημιούργησαν ένα προφίλ για τη ΔΕΠ-Υ που αποστρέφει το ενδιαφέρον από την υπερκινητικότητα και δίνει ιδιαίτερη έμφαση στα προβλήματα διατήρησης της προσοχής και στον έλεγχο της παρορμητικότητας, τονίζοντας ότι αυτά τα ελλείμματα αποτελούν το κυρίαρχο σύμπτωμα της διαταραχής. Έπειτα, από τα ευρήματα της Douglas και των συνεργατών της, η νέα αναθεωρημένη έκδοση του DSM-III αντικαθιστά τον όρο σε «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα» με κυριότερα τα προβλήματα διατήρησης της προσοχής και ελέγχου της παρόρμησης, τα οποία αποτέλεσαν επιπρόσθετα προσδιοριστικά χαρακτηριστικά των επιμέρους τύπων της διαταραχής

(APA, 1980). Στην 4^η έκδοση του DSM ο όρος της διαταραχής μετατρέπεται σε «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα» με την υπερκινητικότητα να αποτελεί κυρίαρχο κομμάτι της διαταραχής ενώ παράλληλα, γίνονται έρευνες για το στοιχείο της παρορμητικότητας. Κατά συνέπεια, σύμφωνα με το διαγνωστικό αυτό εγχειρίδιο επέρχεται ο διαχωρισμός της ΔΕΠ-Υ σε τρεις τύπους, η διάκριση των οποίων γίνεται σύμφωνα με ποιο από τα τρία πρωτογενή συμπτώματα της έχει τον κυριότερο ρόλο σε κάθε άτομο. Συγκεκριμένα:

1. Συνδυασμένος Τύπος, στον οποίο υπάρχει ισοδύναμη επιρροή και των τριών συμπτωμάτων.
2. ΔΕΠ-Υ με προεξέχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο με εμφανώς σοβαρότερη τη συμπτωματολογία της ελλειμματικής προσοχής.
3. ΔΕΠ-Υ με προεξέχοντα τον Υπερκινητικό-Παρορμητικό Τύπο με εμφανώς σοβαρότερη τη συμπτωματολογία της υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας (APA, 1994).

Επιπλέον, στο DSM-IV η ΔΕΠ-Υ μαζί με τη «Διαταραχή της Διαγωγής» και την «Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή» κατατάσσονται στις «Διασπαστικές Διαταραχές» καθώς και στην ευρύτερη κατηγορία «Διαταραχές που συνήθως διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά κατά τη βρεφική, παιδική ή εφηβική ηλικία» (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016, APA, 1994). Καταληκτικά, στα τέλη της ίδιας δεκαετίας η ΔΕΠ-Υ θεωρήθηκε μία αναπτυξιακή διαταραχή με νευρολογική και γενετική βάση καθώς και χρόνια μιας και δεν εξαλείφεται κατά την εφηβική ηλικία, η οποία ασκεί έντονη επιρροή τόσο στην κοινωνική όσο και στη σχολική πρόοδο των παιδιών (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

1.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΕΠ-Υ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητας μπορεί πλέον να συνιστά μια από τις πιο αναγνωρισμένες και τεκμηριωμένες διαταραχές, η μελέτη της ωστόσο, αποτέλεσε πρόκληση για αρκετούς επιστήμονες εδώ και πολλές δεκαετίες (Wilmshurst, 2017). Ιστορικά, η διαταραχή αποδόθηκε με αρκετούς διαφορετικούς ορισμούς, με κάθε ορισμό να αναφέρεται στο χαρακτηριστικό και στην αιτία που ήταν

κυρίαρχη το δεδομένο χρονικό διάστημα. Αρχικά, το 1902 ορίστηκε ως επιβλαβές έλλειμμα ηθικού ελέγχου και βούλησης ενώ τις δεκαετίες 1950-1960 αναφέρθηκε ως «Υπερκινητικό Σύνδρομο», με την υπερκινητικότητα να κατέχει το εξέχον σύμπτωμα. Έπειτα, το ενδιαφέρον στράφηκε στα προβλήματα διατήρησης της προσοχής (1970) ενώ αρκετά χρόνια αργότερα, η παρορμητικότητα αποτέλεσε επιπρόσθετο χαρακτηριστικό της διαταραχής. Κατά καιρούς, ενδεικτικοί ορισμοί που περιέγραφαν τη ΔΕΠ-Υ ήταν οι εξής: «Μετεγκεφαλική Διαταραχή Συμπεριφοράς», «Ελάχιστη Εγκεφαλική Δυσλειτουργία», «Υπερκίνηση».

Στις μέρες μας, η ΔΕΠ-Υ ευρέως αναγνωρισμένη ως Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), διατυπώνεται ως μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή με νευροβιολογική βάση, η οποία χαρακτηρίζεται από ένα συνεχιζόμενο πρότυπο ελλειμματικής διατήρησης της προσοχής, παρορμητικότητα, υπερβολική κινητική δραστηριότητα, το οποίο ασκεί έντονη επίδραση στη λειτουργία αλλά και στην ανάπτυξη του ατόμου (Butcher, Mineka & Hooley, 2017). Η διαταραχή μπορεί να παρουσιαστεί με διαφορετικούς συνδυασμούς συμπτωμάτων ανάλογα με το περιστατικό. Σύμφωνα, με το National Institute of Mental Health, τα τρία προσδιοριστικά γνωρίσματα μπορούν να αναλυθούν ως εξής:

- Ελλειμματική προσοχή: Αναφέρεται στη δυσκολία εστίασης, διατήρησης, οργάνωσης μιας συγκεκριμένης δοκιμασίας και στην έλλειψη επιμονής, χωρίς αυτά να οφείλονται σε δυσκολία κατανόησης ή ανυπακοή.
- Υπερκινητικότητα: Σχετίζεται με την υπέρμετρη κινητική δραστηριότητα, την υπερβολική ανησυχία και την υπερβολική ομιλητικότητα.
- Παρορμητικότητα: Αφορά την εκτέλεση ενεργειών χωρίς σκέψη ή στην περιορισμένη ικανότητα αναστολής αυθόρμητων αντιδράσεων. (APA, 2013)

Το Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (2020), παραθέτει ότι η διαταραχή εκδηλώνεται σε παιδιά σχολικής και εφηβικής ηλικίας, κυρίως στα αγόρια, ενώ για ένα ποσοστό ατόμων συνεχίζεται και στην ενήλικη ζωή. Η ΔΕΠ-Υ αποτελεί μια διαταραχή της οποίας η εκδήλωση διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο, την ηλικία του παιδιού, τις συνήθειες αντιδράσεις των γονέων στη συμπεριφορά του παιδιού αλλά και τις συνθήκες μέσα στις οποίες παρουσιάζεται. Η διαταραχή ποικίλει όχι μόνο στην συμπτωματολογία αλλά και στη βαρύτητα από άτομο σε άτομο, ενώ δεν σχετίζεται με χαμηλή νοητική δύναμη. Ειδικότερα, τα άτομα με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν διαφορές αναλογικά με το μέσο όρο των ατόμων που είναι στο ίδιο επίπεδο ανάπτυξης, ως προς την εστίαση της

συγκέντρωσης, τον έλεγχο των παρορμήσεων και την κινητικότητα τους (Βλασσοπούλου και συν., 2015).

1.3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΔΕΠ-Υ

Η αιτιολογική βάση της, παρά τις έρευνες που έχουν διεξαχθεί τις τελευταίες δεκαετίες, παραμένει ένα ερώτημα με ασαφείς και αβέβαιες απαντήσεις. Υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία τα οποία καταδεικνύουν την εμπλοκή γενετικών, νευρολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων στην αιτιοπαθογένεια της διαταραχής (Butcher, Mineka & Hooley, 2017). Για το λόγο αυτό, οι πρόσφατες έρευνες εστιάζουν στην μελέτη ενός συνόλου αιτιών που σχετίζονται σε μικρότερη είτε σε μεγαλύτερη ένταση με την παρουσία της ΔΕΠ-Υ και μέσα από τη χρήση σύγχρονων τεχνολογικών μεθόδων γίνεται προσπάθεια κατανόησης της διαταραχής μέσα από τη σύνδεση όλων των ευρημάτων μεταξύ τους (Cortese, 2012).

1.3.1 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι βασικοί παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ είναι οι γενετικοί, με την κληρονομικότητα να εκτιμάται έως και 76% (Akutagawa-Martins et al., 2016). Η κληρονομικότητα έχει επαληθευτεί ως αιτία από πολλές μελέτες, οι οποίες κάνουν λόγο για αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της διαταραχής έως και 8 φορές σε οικογένειες που υπάρχουν πάσχοντες. Οι Biederman et al., (1995) αναφέρουν ότι, εάν ένας από τους δύο γονείς έχει διάγνωση ΔΕΠ-Υ, τότε η πιθανότητα του παιδιού να εκδηλώσει την ίδια διαταραχή είναι περίπου 50% ενώ αν υπάρχει αδελφός/ή με τη διαταραχή τότε η πιθανότητα κυμαίνεται στο 32% (Barkley, 2015). Δεδομένα από πρόσφατες μελέτες σε διδύμους εκτιμούν μέσο όρο κληρονομικής προδιάθεσης που αγγίζει το 76%, με τους μονοζυγωτικούς διδύμους να μοιράζονται το 100% των γονιδίων τους ενώ οι διζυγωτικοί το 50% των γονιδίων τους (Faraone et al., 2005).

Τις τελευταίες δεκαετίες μοριακές και γενετικές έρευνες ανακάλυψαν πληθώρα γονιδίων, τα οποία συνιστούν παράγοντες αυξημένου κινδύνου για την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ. Ο Faraone και συν. (2005) έχουν φανερώσει τη σύνδεση της διαταραχής με 7 γονίδια. Πιο συγκεκριμένα, έχουν ανιχνευθεί στοιχεία που συνδέουν τη διαταραχή με το γονίδιο του μεταφορέα της ντοπαμίνης (DAT1), των υποδοχέων της ντοπαμίνης (DRD4, DRD5), της ντοπαμίνης β-υδροξυλάσης (DBH), του μεταφορέα σεροτονίνης

(5-HTT), του υποδοχέα σεροτονίνης (HTR1B) και του γονιδίου SNAP-25 (Tarver et al., 2014). Συνεπώς, σε γενετικό επίπεδο η ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζεται από ετερογένεια καθώς η εμφάνιση της συνδέεται με αρκετά γονίδια, με το καθένα να έχει διαφορετική επίδραση.

1.3.2 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Εκτός από τους γενετικούς παράγοντες, οι επιστήμονες ενοχοποιούν αρκετές περιβαλλοντικές συνθήκες για την εμφάνιση της. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες αφορούν το σύνολο των καταστάσεων που έγιναν πριν ή κατά τη διάρκεια της κύησης και διακρίνονται σε προγεννητικοί και περιγεννητικοί. Κατόπιν διερεύνησης τους καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι δεν είναι ακόμη σαφής η άμεση συσχέτιση τους ως αιτίες εκδήλωσης της διαταραχής αλλά θεωρούνται ύποπτοι παράγοντες ως προς στην επίδραση των συμπτωμάτων και της σοβαρότητας αυτών.

Ένας από τους επικρατέστερους προγεννητικούς παράγοντες αποτελεί το κάπνισμα της μητέρας κατά τη διάρκεια της κύησης. Οι Thapar et al (2009) παρατήρησαν αυξημένα ποσοστά συσχέτισης ανάμεσα στο κάπνισμα και στην προέλευση της ΔΕΠ-Υ. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν ενδείξεις ότι η αυξημένη έκθεση του εμβρύου σε επιβλαβείς ουσίες (πχ, νικοτίνη), επιφέρουν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης της διαταραχής. Εξίσου ενοχοποιητικοί παράγοντες θεωρούνται το υπερβολικό άγχος της μητέρας (Glover, 2011), η κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών (Linnet et al., 2003). Ωστόσο, τα επιστημονικά ευρήματα για την παραπάνω συσχέτιση δεν είναι επαρκώς τεκμηριωμένα.

Από τις περιγεννητικές παραμέτρους που συνιστούν επικίνδυνες για την παρουσία της διαταραχής, κυρίως του Απρόσεκτου Τύπου, η προωρότητα και το χαμηλό βάρος γέννησης του εμβρύου αποτελούν τις βασικότερες. Αποτελέσματα μελετών σε παιδιά με διάγνωση ΔΕΠ-Υ αποκάλυψαν σε μικρά ποσοστά ότι εμφάνιζαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν γεννηθεί πρόωρα. Βιολογικά, φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση της προωρότητας με τη ΔΕΠ-Υ, καθώς δεν ολοκληρώνεται η νευρική ανάπτυξη του εμβρύου ενώ κατά τον τοκετό μπορεί να υπάρξουν επιπλοκές οι οποίες να προσβάλλουν τα νεύρα (Sciberras et al., 2017). Ωστόσο, και οι δύο αυτοί παράγοντες εντοπίζονται σε πολύ μικρά ποσοστά ερευνών διότι καθορίζονται περισσότερο από την υγεία και τις συνήθειες της μητέρας (Nigg, 2013).

1.3.3 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Εδώ και αρκετά χρόνια, το ενδιαφέρον των ερευνητών έχει στραφεί στην μελέτη των εγκεφαλικών περιοχών σε άτομα με τη διαταραχή χρησιμοποιώντας μαγνητικές τομογραφίες, τα αποτελέσματα των οποίων φανερώνουν τόσο λειτουργικές όσο και δομικές διαφορές (Castellanos et al., 1996). Γενικά, παρατηρήθηκε μικρότερος όγκος στο συνολικό εγκέφαλο, αγγίζοντας έως και το 8%, με κύρια δομική διαφορά το μέγεθος των κροταφικών λοβών. Επίσης, αλλοιωμένες περιοχές που βρέθηκαν ήταν οι βρεγματικοί λοβοί, η παρεγκεφαλίδα τα βασικά γάγγλια και το μεσολόβιο ((Kaplan & Stevens, 2002, Valera et al., 2007). Διαφορές εντοπίστηκαν στην έλικα του προσαγωγίου η οποία συνδέεται με τον έλεγχο της παρορμητικότητας και της προσοχής και παρατηρήθηκε μειωμένη δραστηριότητα στις μετωπιαίες περιοχές, οι οποίες ρυθμίζουν τις εκτελεστικές λειτουργίες (Wilmshurst, 2017). Τέλος, μειωμένη εμφανίζεται η φαιά ουσία στον προμετωπιαίο φλοιό, ο οποίος ευθύνεται για τις γνωστικές διαδικασίες.

1.4. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΔΕΠ-Υ

Ο επιπολασμός της ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει ποικιλομορφία σε συνάρτηση με τα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται αλλά και το πληθυσμιακό δείγμα. Το ποσοστό εμφάνισης της, μέσα από μελέτες πληθυσμών, υπολογίζεται στο 3-7%. Σύμφωνα με το DSM-5, η συχνότητα των παιδιών σχολικής ηλικίας ανέρχεται στο 5% ενώ σε σύγκριση με τους ενήλικες η συχνότητα είναι χαμηλότερη, στο 2,5% (American Psychiatric Association, 2013). Μάλιστα, οι Prevatt & Levirini (2015) αναφέρουν ότι τα παραπάνω ποσοστά δεν είναι αρκετά αντιπροσωπευτικά και καταγράφουν ότι ο αριθμός των περιστατικών με επίσημη διάγνωση παρουσιάζει αυξητική πορεία τα τελευταία χρόνια, η οποία ανέρχεται στο 3% ετησίως.

Είναι φανερό πως η ακριβής εκτίμηση του ποσοστού εμφάνισης της διαταραχής παρουσιάζει αρκετές δυσκολίες, λόγω των τροποποιήσεων που έχουν υποστεί ο ορισμός και τα διαγνωστικά κριτήρια, της διαφορετικής μεθόδου αξιολόγησης του δείγματος, της υπερδιάγνωσης στο αντρικό φύλο αλλά και της υποδιάγνωσης στο γυναικείο ενώ παράλληλα, η ταυτόχρονη παρουσία και άλλων διαταραχών προκαλεί

δυσκολίες στον εντοπισμό των συμπτωμάτων και στην ταύτιση τους με την ακριβή διαταραχή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Παράλληλα, πολλοί ερευνητές έχουν αποδώσει τη διαφοροποίηση των ποσοστών συχνότητας της ΔΕΠ-Υ σε γεωγραφικές και δημογραφικές παραμέτρους, με την Ευρώπη να κατέχει ποσοστά αρκετά χαμηλότερα σε σύγκριση με τη Βόρεια Αμερική. Ωστόσο, η κυρίαρχη αντίληψη υποστηρίζει ότι οι διαφορές αυτές αποδίδονται στις μεθοδολογικές διαφοροποιήσεις των ερευνών, στα διαγνωστικά κριτήρια και στον πληθυσμό στον οποίο μελετάται (Polanczyk et al., 2007).

Ενδεικτικά επιδημιολογικά στοιχεία ενός συνόλου μελετών που αφορούν τη διαταραχή ανά τον κόσμο, αναφέρουν συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής με τη Βόρεια Αμερική να καταλαμβάνει ποσοστό 6,1%, η Νότια Αμερική 12,3%, η Αφρική 8,9%, η Αυστραλία 4,8%, η Ασία 4,2% και η Μέση Ανατολή 2,5% (Polanczyk et al., 2007, Skounti, Philalithis et al., 2007).

Στην Ελλάδα έχουν συγκεντρωθεί περιορισμένα δεδομένα από επιδημιολογικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί ανά χρονικά διαστήματα με μη αντιπροσωπευτικά δείγματα, καταλήγοντας σε συμπεράσματα τα οποία δεν μπορούν να επιφέρουν γενίκευση για σύνολο των παιδιών στον ελλαδικό χώρο (Παυλίλη, 2016). Ωστόσο, αξιοσημείωτη έρευνα αποτελεί αυτή των Palili et al. (2011), οι οποίοι καταγράφουν στην Ελλάδα ποσοστά από 7% έως 9,5% με συμπτωματολογία ΔΕΠ-Υ και των Skounti et al. (2007), οι οποίοι σημείωσαν στην Κρήτη ποσοστό 6,5% με διάγνωση ΔΕΠ-Υ. Τέλος, τα αποτελέσματα έρευνας η οποία έλαβε χώρα σε περιοχές της Αθήνας σε παιδιά σχολικής ηλικίας, αναφέρουν πως τα 36 εκ των 603 παιδιών πληρούσαν τα κριτήρια για διάγνωση ΔΕΠ-Υ, με τα αγόρια να κατέχουν ποσοστό 8% και τα κορίτσια 3,8%. Ο επικρατέστερος τύπος ΔΕΠ-Υ ήταν ο συνδυασμένος (3,8%) ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι ούτε 1 από τα 36 παιδιά δεν είχε προηγουμένως διάγνωση ΔΕΠ-Υ ή άλλης διαταραχής (Skounti et al., 2010).

Η διαταραχή μπορεί να παρουσιαστεί και στα δύο φύλα. Όσον αφορά τη συχνότητα εμφάνισης των τύπων της ΔΕΠ-Υ ανάμεσα στα δύο φύλα, οι απόψεις δίστανται. Σύμφωνα με σχετικές αναφορές, έχει διαπιστωθεί ότι η αναλογία άρρεν προς θήλυ φύλο κυμαίνεται από 2-9 : 1 λαμβάνοντας υπόψιν την προέλευση του δείγματος (APA, 2000). Ήδη, από το 1902, ο Still ήταν από τους πρώτους επιστήμονες

που διατύπωσε ότι η συχνότητα των αγοριών υπερτερεί σε αντίθεση με των κοριτσιών σε αναλογία 3 : 1 (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Μάλιστα, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας αναφέρεται σε έρευνες για τη συμπτωματολογία αγοριών (Heptinstall & Taylor, 2002), με τα προβλήματα συμπεριφοράς να κυριαρχούν (Gaub & Carlson, 1997). Ωστόσο, μικρότερο αριθμός ερευνητών υποστηρίζει ότι η αναλογία μεταξύ των δύο φύλων είναι σχεδόν ίδια, απλώς τα αγόρια έχουν πιο εμφανή και έντονα συμπτώματα ενώ η διάγνωση στα κορίτσια είναι πιο δύσκολη διότι μπορούν να διαχειριστούν καλύτερα τη διαταραχή και δείχνουν να είναι λιγότερο υπερκινητικά (<https://www.adhdhellas.org/>). Τέλος, συγκριτικά με τα αγόρια, τα κορίτσια δεν είναι τόσο επιρρεπή σε συμπεριφορικά και επικοινωνιακά προβλήματα (Biederman, Mick et al., 2002 · Jensen, 1999) αλλά εκδηλώνουν περισσότερο άγχος, κατάθλιψη και χαμηλότερα επίπεδα νοημοσύνης (Bauermeister et al., 2007).

1.5 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΕΠ-Υ

Σύμφωνα, με την 5^η και τελευταία έκδοση του DSM, καταργούνται οι «Διασπαστικές Διαταραχές» και «Διαταραχές που συνήθως διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά κατά τη βρεφική, παιδική ή εφηβική ηλικία», στις οποίες εντάσσονταν η ΔΕΠ-Υ και έτσι τοποθετείται εκ νέου στις «Νευροαναπτυξιακές Διαταραχές» (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016). Στην ίδια κατηγορία συμπεριλαμβάνονται οι «Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος», οι «Νοητικές Αναπηρίες», οι «Κινητικές Διαταραχές» και η «Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή». Το DSM-5 διαπιστώνει ότι πολλές ενότητες διαταραχών μπορεί να συνυπάρχουν καθ'όλη τη ζωής ενός ατόμου καθώς και πως αρκετά από τα γνωρίσματα που χαρακτηρίζουν μία διαταραχή μπορεί να παρουσιάζονται και σε άλλες κατηγορίες. Ειδικότερα, η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ βασίζεται στην παρατήρηση των συμπεριφορικών συμπτωμάτων και βάση του DSM-5, η διάγνωση της δεν θα πρέπει να δίνεται, αν τα συμπεριφορικά συμπτώματα διαγιγνώσκονται καλύτερα στα πλαίσια μιας άλλης διαταραχής (Διαταραχές Διάθεσης, Αγχώδεις διαταραχές κ.α.) (Drechsler et al., 2020).

Τα διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-5 που πρέπει να ικανοποιούνται για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ είναι τα εξής:

1. Ένα επίμονο μοτίβο απροσεξίας και/ή υπερκινητικότητας- παρορμητικότητας, το οποίο παρεμποδίζει τη λειτουργία ή την ανάπτυξη του ατόμου όπως διακρίνεται από το (i) και/ή το (ii):

- I. **Απροσεξία**: Έξι (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα στα οποία παρατηρείται επιμονή για τουλάχιστον 6 μήνες, σε βαθμό που δεν είναι αντίστοιχος με το επίπεδο ανάπτυξης και που έχει άμεσα αρνητικές επιπτώσεις στις κοινωνικές και ακαδημαϊκές/επαγγελματικές δραστηριότητες:

Τα συμπτώματα δεν είναι αποκλειστικά μια εκδήλωση εναντιωματικής συμπεριφοράς, αντιδραστικότητας, εχθρότητας ή αδυναμίας κατανόησης εργασιών ή των οδηγιών. Για εφήβους ή άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (άνω των 17 ετών) απαιτούνται τουλάχιστον πέντε συμπτώματα.

1. Συχνά αδυνατεί να δώσει ιδιαίτερη προσοχή στις λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στο σχολείο, τη δουλειά ή κατά τη διάρκεια άλλων δραστηριοτήτων.
2. Συχνά παρουσιάζει δυσκολία να διατηρήσει την προσοχή σε εργασίες ή δραστηριότητες παιχνιδιού (π.χ., δυσκολεύεται να εστιάσει τη συγκέντρωση του κατά τη διάρκεια διαλέξεων, μαθημάτων, συνομιλιών ή μακράς ανάγνωσης).
3. Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του απευθύνουν το λόγο (π.χ., το μυαλό φαίνεται να πλανάται κάπου αλλού, ακόμα και αν δεν υπάρχει εμφανής περισπασμός).
4. Συχνά δεν ακολουθεί τις οδηγίες και αδυνατεί να ολοκληρώσει τις σχολικές εργασίες, δουλειές που του ανατίθενται ή καθήκοντα στον εργασιακό χώρο.
5. Συχνά εμφανίζει δυσκολία στην οργάνωση εργασιών και δραστηριοτήτων (π.χ., δυσκολία στη διαχείριση διαδοχικών εργασιών, στη διατήρηση υλικών και προσωπικών αντικειμένων στην αίθουσα, η δουλειά του είναι ακατάστατη και αποδιοργανωμένη, με δυσκολία στην διαχείριση του χρόνου και στην τήρηση των προθεσμιών).
6. Συχνά αποφεύγει, αντιπαθεί ή είναι απρόθυμος να ασχοληθεί με εργασίες που απαιτούν παρατεταμένη πνευματική προσπάθεια (π.χ., σχολική εργασία ή εργασία

στο σπίτι ή για τους εφήβους ή τους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, προετοιμασία αναφορών, επανεξέταση μακροσκελών άρθρων).

7. Συχνά χάνει αντικείμενα αναγκαία για εργασίες ή δραστηριότητες (π.χ., εκπαιδευτικό υλικό, εργαλεία, πορτοφόλια, κλειδιά, γυαλιά, κινητά τηλέφωνα).
8. Συχνά αποσπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα (για εφήβους και ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, μπορεί να περιλαμβάνονται άσχετες σκέψεις).
9. Συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες (π.χ., δουλείες και καθήκοντα, ενώ έφηβοι και ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας μπορεί να ξεχνούν να απαντήσουν σε τηλεφωνήματα, να πληρώσουν λογαριασμούς και να τηρήσουν τα ραντεβού τους).

II. **Υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα**: Έξι (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα στα οποία παρατηρείται επιμονή για τουλάχιστον 6 μήνες, σε βαθμό που δεν συνάδει με το επίπεδο ανάπτυξης και έχει άμεσα αρνητικές επιπτώσεις στις κοινωνικές και ακαδημαϊκές/ επαγγελματικές δραστηριότητες:

Τα συμπτώματα δεν είναι αποκλειστικά μία εκδήλωση εναντιωματικής συμπεριφοράς, αντιδραστικότητας, εχθρότητας ή αδυναμίας κατανόησης εργασιών ή των οδηγιών. Στους εφήβους ή ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας (άνω των 17 ετών) απαιτούνται τουλάχιστον πέντε συμπτώματα.

1. Συχνά κουνάει νευρικά ή χτυπάει τα χέρια και τα πόδια ή μετακινείται μπρος πίσω στο κάθισμά του.
2. Συχνά σηκώνεται από το κάθισμα του σε περιστάσεις όπου απαιτείται να παραμείνει καθισμένος (π.χ., σηκώνεται από τη θέση του στην αίθουσα, στο γραφείο ή σε άλλους χώρους).
3. Συχνά τρέχει ή σκαρφαλώνει σε καταστάσεις όπου δεν επιτρέπεται για ανάλογες δραστηριότητες. (Σε εφήβους ή σε ενήλικες αυτό μπορεί να περιορίζεται σε συναισθήματα ανησυχίας.)
4. Συχνά αποτυγχάνει να παίξει ή να ασχοληθεί με δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου.
5. Συχνά δίνει την αίσθηση ότι βρίσκεται σε συνεχή κίνηση και ενεργεί σαν να «καθοδηγείται από μηχανή» (π.χ., δυσκολεύεται ή νιώθει άβολα να κάθεται στη θέση του για παρατεταμένο χρονικό διάστημα και αρκετοί μπορεί να τον θεωρούν ως ανήσυχο ή δύσκολο να συμβαδίσει με τους υπόλοιπους).
6. Συχνά μιλάει υπερβολικά και ασταμάτητα.

7. Συχνά δίνει απαντήσεις πριν ολοκληρωθούν οι ερωτήσεις, απαντά απερίσκεπτα πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση.
8. Συχνά διακόπτει ή ενοχλεί τους άλλους (π.χ., παρεμβαίνει παίρνοντας το λόγο άλλων σε συζητήσεις, δραστηριότητες, μπορεί να αρχίσει να χρησιμοποιεί τα πράγματα των άλλων χωρίς να ζητήσει ή να λαμβάνει άδεια ενώ οι έφηβοι και οι ενήλικες μπορεί να παρέμβουν ή να αναλάβουν αυτό που κάνουν οι άλλοι).
9. Αρκετά από τα συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας ή απροσεξίας υπήρχαν πριν από την ηλικία των 12 ετών.
10. Αρκετά από τα συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας ή απροσεξίας υπάρχουν σε δύο ή περισσότερα πλαίσια.
11. Υπάρχουν ακριβείς ενδείξεις ότι τα συμπτώματα παρεμβαίνουν ή περιορίζουν την ποιότητα των κοινωνικών, ακαδημαϊκών ή επαγγελματικών λειτουργιών.
12. Η συμπτωματολογία δεν εκδηλώνεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια σχιζοφρένειας ή άλλης ψυχωτικής διαταραχής και δεν εξηγούνται καλύτερα από μία άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ., διαταραχή διάθεσης, αγχώδη διαταραχή, διαταραχή προσωπικότητας, δηλητηρίαση από ουσίες ή απόσυρση) (APA, 2013).

Εκτός από τα κριτήρια που παρουσιάστηκαν παραπάνω, η ΔΕΠ-Υ πρέπει να καθοριστεί σύμφωνα με τις παρακάτω παρουσίες (APA, 2013):

314.02 (F90.2) Συνδυασμένη παρουσία: Όταν πληρείται το Κριτήριο A1 (απροσεξίας) και το A2 (υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας) τους τελευταίους 6 μήνες.

314.00 (F90.0) Προεξέχουσα Απρόσεκτη παρουσία: Όταν πληρείται το Κριτήριο A1 (απροσεξία) χωρίς να πληρείται το κριτήριο A2 (υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας) τους τελευταίους 6 μήνες.

314.01 (F90.1) Προεξέχουσα Υπερκινητική/Παρορμητική παρουσία: Όταν πληρείται το Κριτήριο A2 (υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας) χωρίς να πληρείται το Κριτήριο A1 (απροσεξίας) τελευταίους 6 μήνες.

Επιπλέον, πρέπει να καθοριστεί αν η διαταραχή εντοπίζεται σε **μερική ύφεση**. Συγκεκριμένα, αν στο παρελθόν ανταποκρίνονταν όλα τα κριτήρια ενώ στο τελευταίο διάστημα των 6 μηνών πληρούνται λιγότερα κριτήρια και τα συμπτώματα συνεχίζουν

να επιφέρουν αρνητικές επιπτώσεις στην κοινωνική, ακαδημαϊκή/επαγγελματική λειτουργικότητα του ατόμου.

Τέλος, πρέπει να καθοριστεί ο τρέχων βαθμός σοβαρότητας της διαταραχής.

Ήπια: Συγκεκριμένα, υπάρχουν λίγα ή και καθόλου συμπτώματα τα οποία ξεπερνούν σε αριθμό εκείνον που είναι απαραίτητος για να δοθεί διάγνωση ενώ παράλληλα, τα συμπτώματα επιφέρουν μικρή έκπτωση στις κοινωνικές ή επαγγελματικές λειτουργίες του ατόμου.

Μέτρια: Συγκεκριμένα, ο αριθμός των συμπτωμάτων ή η έκπτωση της λειτουργικότητας διακυμαίνεται μεταξύ ήπιας και σοβαρής βαρύτητας.

Σοβαρή: Συγκεκριμένα, υπάρχουν αρκετά συμπτώματα τα οποία ξεπερνούν σε αριθμό εκείνον που είναι απαραίτητος για να δοθεί διάγνωση ή μερικά συμπτώματα είναι αρκετά σοβαρά ή τα συμπτώματα επιφέρουν σημαντική έκπτωση στις κοινωνικές ή επαγγελματικές στις λειτουργίες του ατόμου (APA, 2013).

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών DSM-5, για να δοθεί επίσημη διάγνωση πρέπει οι εκδηλώσεις της διαταραχής να παρουσιάζονται σε τουλάχιστον δύο πλαίσια. Για την επαλήθευση της εμφάνισης της συμπτωματολογίας σε διαφορετικά πλαίσια πρέπει να συμβάλλουν άτομα τα οποία είναι παρόντα στα πλαίσια αυτά. Οι ενδείξεις της διαταραχής μπορεί να ελαχιστοποιηθούν ή να μην παρουσιάζονται στην περίπτωση που το παιδί δέχεται συνεχώς επιβραβεύσεις και αμοιβές όταν συμπεριφέρεται κατάλληλα, όταν παρακολουθείται στενά, όταν εντοπίζεται σε ένα καινούργιο περιβάλλον, όταν συμμετέχει σε δραστηριότητες που διεγείρουν το ενδιαφέρον του, όταν αναστατώνεται συστηματικά από ξένα ερεθίσματα ή όταν αλληλεπιδρά σε καταστάσεις έναν προς έναν (APA, 2013).

Επιπλέον, η ΔΕΠ-Υ μπορεί να είναι συνυφασμένη με μία σειρά από χαρακτηριστικά, τα οποία συνοδεύουν τη διάγνωση. Συχνά, παρατηρείται συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ με ήπια ελλείμματα στη γλωσσική, κινητική και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού χωρίς αυτό να είναι απαραίτητο καθώς και αρκετές συναισθηματικές αυξομειώσεις και ήπια ανοχή στην ευερεθιστότητα. Η έκπτωση στην

εργασιακή/ακαδημαϊκή ενασχόληση μπορεί να συμβεί ακόμη και χωρίς την ύπαρξη Ειδικής Μαθησιακής Δυσκολίας ενώ τα άτομα μπορεί να παρουσιάζουν συχνά γνωστικά ελλείμματα, σε δοκιμασίες προσοχής, μνήμης και εκτελεστικών ικανοτήτων. Τέλος, κατά την έναρξη της ενήλικης ζωής η διαταραχή είναι συνδεδεμένη με την εμφάνιση αυτοκτονικής τάσης, με τις πιθανότητες να αυξάνονται αρκετά σε περίπτωση συνύπαρξης με διαταραχές συναισθήματος, διαγωγής ή χρήσης ουσιών (APA, 2013).

1.6. ΤΥΠΟΙ ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Σύμφωνα με το DMS- IV, η διαταραχή διακρίνονταν σε τρεις τύπους με το κάθε περιστατικό να λαμβάνει διάγνωση ανάλογα με τα συμπτώματα που είχαν μεγαλύτερη βαρύτητα και την κλινική εικόνα που εμφάνιζε σε κάθε περίπτωση. Η βασική αλλαγή που παρατηρείται με τις αναθεωρήσεις του DSM-5, αναφέρεται στην λέξη «τύπος» η οποία αντικαθίσταται από τη λέξη «παρουσία», προσδίδοντας αναπτυξιακό χαρακτήρα στην πορεία της ΔΕΠ-Υ. Οι τρεις παρουσίες που προτάθηκαν έχουν την ίδια ονομασία με τους προηγούμενους τρεις τύπους της διαταραχής. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το DSM-5 οι κατηγορίες ταξινομούνται ως εξής:

314.02 (F90.2) Συνδυασμένη παρουσία: Όταν πληρείται το Κριτήριο A1 (απροσεξίας) και A2 (υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας) τους τελευταίους 6 μήνες.

314.00 (F90.0) Προεξέχουσα Απρόσεκτη παρουσία: Όταν πληρείται το A1 (απροσεξία) χωρίς να πληρείται το A2 (υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας) τους τελευταίους 6 μήνες.

314.01 (F90.1) Προεξέχουσα Υπερκινητική/Παρορμητική παρουσία: Όταν πληρείται το A2 (υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας) χωρίς να πληρείται το A1 (απροσεξίας) τους τελευταίους 6 μήνες (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Βασικό χαρακτηριστικό της κλινικής εικόνας της ΔΕΠ-Υ αποτελεί η ετερογένεια. Σύμφωνα με την Μανιαδάκη (2012) η συμμετοχή των παιδιών σε οργανωμένες επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες, οι οποίες απαιτούν πνευματική εγρήγορση χωρίς όμως να διεγείρουν το ενδιαφέρον και να αποτελούν ισχυρό κίνητρο για τη συμμετοχή των παιδιών, αναδύουν τα πρωτογενή συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Η κυριότερη

συμπτωματολογία που κυριαρχεί στην εκδήλωση της διαταραχής σχετίζεται με την έλλειψη προσοχής, την υπερκινητικότητα και την παρορμητικότητα. Τα πρωτογενή αυτά ελλείμματα διαφοροποιούνται μεταξύ των ατόμων ως προς την έκταση και το βαθμό σοβαρότητας ενώ ανάλογα με το επίπεδο ανάπτυξης, τη χρονολογική ηλικία του παιδιού αλλά και τις συνθήκες που επικρατούν επηρεάζεται σημαντικά ο τρόπος εκδήλωσης και η βαρύτητα τους (Larsson et al., 2011, Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016).

1. Κλινική εικόνα Απρόσεκτης Παρουσίας

Τα παιδιά με επίσημη διάγνωση ΔΕΠ-Υ με Προεξέχουσα την Απρόσεκτη Παρουσία παρουσιάζουν ελλείμματα στην εστίαση, στη διατήρηση και στην οργάνωση μιας δοκιμασίας και συνήθως χαρακτηρίζονται από έλλειψη επιμονής, χωρίς αυτό να οφείλεται σε δυσκολία στην κατανόηση ή ανυπακοή (APA,2013). Ειδικότερα, στο σχολικό περιβάλλον αδυνατούν να διατηρήσουν την προσοχή τους για πολλή ώρα στο μάθημα, δίνοντας την εντύπωση ότι δεν παρακολουθούν το μάθημα ή τον καθηγητή και διασπώνται εύκολα από παράγοντες που υπάρχουν στο χώρο. Τις περισσότερες φορές φαίνεται να ονειροπολούν ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των λαθών τους χαρακτηρίζεται από απροσεξία και επιπολαιότητα. Συνήθως, αποτυγχάνουν να ακολουθήσουν οδηγίες και να εφαρμόσουν κανόνες σε ένα παιχνίδι ή μια σχολική δραστηριότητα ενώ παράλληλα τα ελλείμματα στην οργάνωση τους οδηγούν συχνά στη λανθασμένη διαχείριση του χρόνου τους έχοντας ως συνέπεια να εξαντλούν ή ακόμη και να χάνουν τις προθεσμίες των εργασιών. Συνεπώς, οι δυσκολίες στην προσοχή επηρεάζουν αδιαμφισβήτητα σε μεγάλο βαθμό τη διαδικασία της μάθησης, διαδραματίζοντας κυρίαρχο παράγοντα στην εμφάνιση μαθησιακών ελλειμμάτων μεταγενέστερα (Masseti et al., 2008).

2. Κλινική εικόνα Υπερκινητικής/Παρορμητικής Παρουσίας

Τα παιδιά με επίσημη διάγνωση ΔΕΠ-Υ με Προεξέχουσα την Υπερκινητική/Παρορμητική Παρουσία εμφανίζουν υπέρμετρη κινητική δραστηριότητα, υπερβολική ανησυχία και ομιλητικότητα ενώ ταυτόχρονα εκτελούν ενέργειες χωρίς σκέψη και δυσκολεύονται να αναστείλουν αυθόρμητες αντιδράσεις (APA, 2013). Τα παιδιά, λοιπόν, στο σχολικό περιβάλλον εμφανίζουν σημαντικές δυσκολίες στο να παραμείνουν καθιστά στην καρέκλα τους. Αντιθέτως, για να καλύψουν την υπέρμετρη ανάγκη τους για κινητικότητα κουνούν νευρικά τα χέρια και τα πόδια τους, τρέχουν,

σκαρφαλώνουν, περιστρέφονται και χοροπηδούν όχι μόνο την ώρα του παιχνιδιού αλλά και σε άλλα περιβάλλοντα όπου τέτοιου είδους συμπεριφορές θεωρούνται ανάρμοστες. Συνήθως, λόγω της έλλειψης υπομονής διακόπτουν ή ενοχλούν τους άλλους καθώς και παρεμβαίνουν σε συνομιλίες και χωρίς να τους δίνεται άδεια παίρνουν το λόγο (APA, 2000). Οι αντιδράσεις τους τις περισσότερες φορές χαρακτηρίζονται παρορμητικές και αφιltrάριστες ενώ η αστείρευτη ειλικρίνεια που χρησιμοποιούν στην έκφραση τους αγγίζει τα όρια της αγένειας. Τέλος, αρκετά ασταθείς κρίνονται οι διαπροσωπικές σχέσεις που συνάπτουν σε οικογενειακό-φιλικό και σε επαγγελματικό επίπεδο λόγω της δυσκολίας των παιδιών με τη διαταραχή να ρυθμίσουν την έκφραση των συναισθημάτων τους (Cunningham, 2007).

3. Κλινική εικόνα Συνδυασμένης Παρουσίας

Τα παιδιά με επίσημη διάγνωση ΔΕΠ-Υ με Συνδυασμένη Παρουσία χαρακτηρίζονται από έναν ευρύ συνδυασμό των παραπάνω συμπτωμάτων απροσεξίας, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας. Αυτό συνεπάγεται ετερογένεια και στην κλινική εικόνα των περιστατικών μιας και κανένα παιδί δεν εμφανίζει ακριβώς την ίδια συμπτωματολογία με το άλλο. Συνεπώς, στην περίπτωση της Συνδυαστικής Παρουσίας ΔΕΠ-Υ η κλινική τους εικόνα παρουσιάζεται αρκετά περίπλοκη και σε τέτοιου είδους περιπτώσεις κρίνεται αναγκαία η συμβολή ειδικών επιστημόνων (Klassen et al., 2004).

1.7. ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ

Όπως έχει ήδη γίνει γνωστό, η ΔΕΠ-Υ συνιστά μία διαταραχή που παρουσιάζεται από μικρή ηλικία και εξακολουθεί να παραμένει μέχρι και την ενηλικίωση των ατόμων. Ωστόσο, τα κύρια συμπτώματα ενός ατόμου με ΔΕΠ-Υ δεν παρουσιάζονται μόνο σε διαφορετικές ηλικίες αλλά ανάλογα με το επίπεδο ανάπτυξης στο οποίο βρίσκονται, εκδηλώνονται με διαφορετική μορφή.

1. Βρεφική Ηλικία

Πριν από την ηλικία των 3 ετών η επίσημη διάγνωση της διαταραχής κρίνεται πολύ δύσκολη. Για το λόγο αυτό, στη συγκεκριμένη αναπτυξιακή περίοδο του παιδιού δεν υπάρχουν εμφανή χαρακτηριστικά που δηλώνουν την παρουσία της διαταραχής.

Ωστόσο, αρκετές έρευνες καταγράφουν πρώιμες ενδείξεις οι οποίες φανερώνουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης της ΔΕΠ-Υ μεταγενέστερα.

Σημαντικές διαφορές σημειώνονται στις αντιδράσεις των βρεφών ως προς τα διάφορα ερεθίσματα, με ορισμένα βρέφη να αντιδρούν θετικά στη σωματική επαφή και στο άγγιγμα ενώ άλλα να εμφανίζουν έντονες αντιδράσεις ενόχλησης. Σύμφωνα με τους ειδικούς Thomas και Chess (1977) τα «δύσκολα βρέφη» γεννιούνται με ορισμένες έμφυτες ανάγκες, οι οποίες προκαλούν αρνητικές επιπτώσεις τόσο στην προσαρμογή όσο και στην ανταπόκριση στις απαιτήσεις και στις αντιδράσεις του περιβάλλοντος. Τα «δύσκολα βρέφη» εμφανίζουν υπερβολική κινητική δραστηριότητα την οποία εκδηλώνουν από το πρώτο διάστημα στην κούνια, εμφανίζουν δυσκολία να ηρεμήσουν, βιώνουν έντονα συναισθήματα θυμού ή απογοήτευσης και αποτυγχάνουν να δημιουργήσουν σχέσεις προσκόλλησης με τα άτομα που είναι υπεύθυνα για τη φροντίδα τους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Δύο από τα πιο εμφανή χαρακτηριστικά προβλήματα είναι αυτά του ύπνου και της λήψης τροφής. Πιο συγκεκριμένα, ο ύπνος τους είναι ανήσυχος, χαρακτηρίζεται από ασταθές ωράριο ενώ ξυπνούν κατ'επανάληψη σε ακατάλληλες ώρες (Nichamin, 1972) και το κλάμα τους είναι έντονο, οξύ και ασταμάτητο και διαρκεί περισσότερο σε αντίθεση με άλλα μωρά. Ανάλογες αποκλίσεις παρουσιάζονται και στη διατροφή των παιδιών αυτών, με τη συχνότητα των γευμάτων τους να είναι συχνά ασταθή. Τέλος, οι γονείς παρουσιάζουν έντονη δυσκολία να δώσουν στα παιδιά τους, την ποσότητα της τροφής που απαιτείται για τη σωστή ανάπτυξη τους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

2. Νηπιακή Ηλικία

Η νηπιακή ηλικία είναι η πιο μικρή ηλικία κατά την οποία μπορεί να διαγνωστεί ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ. Σε αυτή την ηλικία κάνουν την εμφάνιση του τα πρώτα χαρακτηριστικά της διαταραχής. Συνήθως, ένα βρέφος με υπέρμετρη κίνηση εξελίσσεται σε ένα νήπιο με συμπτώματα ανησυχίας και κινητικότητας. Ωστόσο, σε αυτή την ηλικία ο διαχωρισμός της τυπικής συμπεριφοράς ενός νηπίου με την συμπτωματολογία της διαταραχής είναι αρκετά απαιτητικός κυρίως λόγω των αυξημένων αποθεμάτων ενέργειας και του ενθουσιασμού τους, που αποτελούν

φυσιολογικά σημάδια τα οποία παρουσιάζονται στην πλειοψηφία των παιδιών κατά την τυπική τους ανάπτυξη. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Κατά την προσχολική ηλικία, η επικρατέστερη διάγνωση σχετίζεται με τον συνδυαστική παρουσία της ΔΕΠ-Υ και λιγότερο συχνά με αυτή της απροσεξίας καθώς σε αυτή την ηλικία ο εντοπισμός και η αξιολόγηση των ελλειμμάτων προσοχής είναι δυσκολότερος από τη συμπτωματολογία της παρορμητικότητας και της υπερκινητικότητας που μπορεί να χαρακτηρίζουν ένα παιδί (Galera et al., 2011). Σε αυτό το αναπτυξιακό στάδιο, τα παιδιά με διάγνωση ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν έντονα συμπτώματα παρορμητικότητας, ανυπακοής, υπερκινητικότητας, με περίσσια αποθέματα ενέργειας. Είναι αρκετά τολμηρά και χαρακτηρίζονται από αδεξιότητα και δυσκολία στον κινητικό συντονισμό, που τα οδηγεί συχνά σε τραυματισμούς καθώς δεν διστάζουν να εκθέτουν τους εαυτούς τους σε κινδύνους (Barkley, 2002). Ταυτόχρονα, τα παιδιά αυτά είναι μη συνεργάσιμα, απαιτητικά και ευερέθιστα, παρουσιάζοντας συχνά συναισθηματικές μεταπτώσεις. Η ενεργητικότητα τους είναι αδιάκοπη, δυσκολεύονται πολύ να παραμείνουν ήσυχα για μεγάλο χρονικό διάστημα και μετατοπίζονται από τη μία δραστηριότητα στην άλλη. Τέλος, ελλείμματα εκδηλώνονται και στο γλωσσικό τομέα (Kim & Kaiser, 2000). Πιο συγκεκριμένα, ελλείμματα εντοπίζονται στην ανάπτυξη του λόγου, στην άρθρωση, στην πραγματολογία και στη δομή του προφορικού λόγου, κάτι το οποίο συνεπάγεται επιπτώσεις σε επικοινωνιακό και κυρίως σε κοινωνικό επίπεδο, οδηγώντας τα στην κοινωνική απομόνωση (Papaeliou, Maniadaki, & Kakouros, 2015).

3. Σχολική Ηλικία

Η επίσημη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ γίνεται κατά τη διάρκεια της σχολικής ηλικίας, με τη συμπτωματολογία της διαταραχής να γίνεται πιο εμφανής καθώς οι απαιτήσεις και τα καθήκοντα των παιδιών αυξάνονται. Σε αυτή την ηλικία, ακόμη και οι δάσκαλοι στο σχολείο μπορούν να αντιληφθούν τη διαταραχή καθώς διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην καθημερινότητα των παιδιών. Ωστόσο, υπάρχουν περιπτώσεις παιδιών στις οποίες μπορεί να εντοπιστούν αποκλίσεις στις εκτιμήσεις των εκπαιδευτικών για την ύπαρξη της διαταραχής.

Επομένως, η είσοδος τους στο σχολείο σηματοδοτεί για πρώτη φορά την ανάπτυξη δεξιοτήτων των παιδιών με σκοπό να καταφέρουν να εξοικειωθούν στο

σχολικό περιβάλλον και να ανταποκριθούν σε ένα σύνολο νέων απαιτήσεων και υποχρεώσεων, οι οποίες συνεχώς αυξάνονται. Οι παραπάνω παράγοντες αποτελούν τη βάση για την εκδήλωση νέων συμπτωμάτων, τα οποία επιφέρουν πολύπλευρες αλλαγές στη ζωή τους. Ακόμη, κύρια καθήκοντα τους είναι να μάθουν να συγκεντρώνονται και να διατηρούν την προσοχή τους, να συγκρατούν τους εαυτούς τους, να τηρούν τους κανόνες της τάξης, να παραμένουν ακίνητα για αρκετή ώρα καθώς και να μην διακόπτουν και να αναστέλλουν τη διεξαγωγή του μαθήματος. Όπως είναι αντιληπτό, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν έντονες δυσκολίες ως προς την τήρηση αυτών των καθηκόντων και σύμφωνα με τους DuPaul και Volpe (2009) η απόδοσή τους συγκριτικά με το επίπεδο ανάπτυξης τους και με τους τυπικά αναπτυσσόμενους συνομηλίκους τους κυμαίνεται σε χαμηλότερα επίπεδα.

Κατά τη διάρκεια του μαθήματος, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά έχουν την τάση να σηκώνονται από τη θέση τους και να περιφέρονται άσκοπα στην αίθουσα, να κάνουν φασαρία, να επικεντρώνουν την προσοχή τους σε οτιδήποτε άλλο εκτός από τον δάσκαλο τους, να ονειροπολούν, να διακόπτουν την ομιλία τόσο των συμμαθητών όσο και των εκπαιδευτικών τους και να απαντούν σε ερωτήσεις χωρίς να τους ζητηθεί. Σχετικά με τις σχολικές δραστηριότητες και εργασίες, αυτά τα παιδιά είναι αρκετά ασυνεπή καθώς κάποιες φορές είναι σε θέση να τις ολοκληρώσουν ενώ στην πλειοψηφία των περιπτώσεων αδυνατούν λόγω της ματαίωσης και της έλλειψης κινήτρου, που τα χαρακτηρίζει (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Επιπλέον, τα προβλήματα στην συγκέντρωση και την προσοχή κατά τη διάρκεια των μαθημάτων στο σχολείο όσο και κατά την ανάγνωση των μαθημάτων τους στο σπίτι σηματοδοτούν πτώση των ακαδημαϊκών τους επιδόσεων και ταυτόχρονη παρουσία μαθησιακών δυσκολιών. Μάλιστα, η συνύπαρξη μαθησιακών δυσκολιών είτε ειδικών είτε όχι διαπιστώνεται σε ποσοστό 35,1% από ένα δείγμα 205 παιδιών που συμμετείχαν στην έρευνα του Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου Πειραιά (Κάκουρος, Μπαλούρδος, & Ρεκούτης, 1995), για τη διερεύνηση των ελλειμμάτων που παρουσίαζαν τα παιδιά, εκ των οποίων το 55,6% αφορούσε παιδιά σχολικής και το 12,2% προσχολικής ηλικίας.

Κατά την παιδική ηλικία εκδηλώνονται και τα προβλήματα στην συμπεριφορά των παιδιών τόσο στο σπίτι όσο και στο σχολικό περιβάλλον. Η συμπεριφορά τους χαρακτηρίζεται ως ενοχλητική, θορυβώδης και προκλητική απέναντι στους γονείς και

στους εκπαιδευτικούς τους ενώ δεν απουσιάζουν τα ξεσπάσματα θυμού και οι έντονες εναλλαγές στη διάθεση τους. Τα παραπάνω ελλείμματα επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τις διαπροσωπικές σχέσεις των παιδιών αυτών, καθώς η συμπεριφορά τους αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα για τους συνομήλικούς τους, κλονίζοντας έτσι σημαντικές αξίες όπως είναι η φιλία.

4. Εφηβική Ηλικία

Εξακολουθητική πορεία συνεχίζει να εμφανίζει η συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ κατά την εφηβική ηλικία σε ποσοστό που αγγίζει το 80%, σημειώνοντας κάποιες διαφορές ως προς την εκδήλωση και το βαθμό της σοβαρότητας (Mick et al., 2011, Barkley & Fischer et al, 1993), επιδρώντας σημαντικά στην ομαλή λειτουργικότητα του παιδιού (Barkley, 1998). Οι έφηβοι με τη διαταραχή χαρακτηρίζονται από ανυπακοή, ανωριμότητα, νευρικότητα και μεγάλο ποσοστό αυτών κατακλύζεται από άγχος λόγω των αυξημένων σχολικών υποχρεώσεων που πρέπει να αντιμετωπίσουν. Παράλληλα, πτώση της ακαδημαϊκής απόδοσης επέρχεται λόγω ελλειμμάτων στη σωστή διοργάνωση και διαχείριση του φόρτου εργασίας καθώς και δυσκολιών στην αυτόνομη μελέτη και ολοκλήρωση των δραστηριοτήτων. Μάλιστα, αρκετές είναι και οι περιπτώσεις κατά τις οποίες τα παιδιά εγκατέλειψαν το σχολείο λόγω της «σχολικής αποτυχίας» και της χαμηλής αυτοεκτίμησης που βίωναν (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2016).

Η μετάβαση αυτών των παιδιών στην εφηβεία σηματοδοτεί την εμφάνιση νέων προβλημάτων τα οποία συνδέονται με την ασφάλεια τους. Συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό υπάρχουν υψηλές πιθανότητες για έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας από μικρή ηλικία, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε ανησυχητικά αποτελέσματα (Flogy et al., 2006). Οι έφηβοι με διάγνωση ΔΕΠ-Υ είναι εξίσου, επιρρεπείς στα ατυχήματα, στη κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών και στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (Barkley, Murphy & Kwasnick, 1996, Brook & Boaz, 2005) ενώ δεν είναι λίγες οι φορές που εντάσσονται σε νεανικές ομάδες παραβατικότητας ενάντια στις αρχές και τους κανόνες (Marshal, Molina & Pelham, 2003). Τέλος, οι κοινωνικές και οικογενειακές τους σχέσεις είναι αρκετά διαταραγμένες καθώς η αποδοχή από τους συνομήλικούς τους είναι αρκετά περιορισμένη. Η συνεχής ανάγκη τους για αποδοχή από τους άλλους έχει ως συνέπεια την εκδήλωση κοινωνικο-συναισθηματικών δυσκολιών, με κυριότερη τη πτώση της αυτοεκτίμησης τους, που τους οδηγεί είτε σε

εσωτερικευμένα συμπτώματα, όπως άγχος και καταθλιπτικά επεισόδια, είτε σε εξωτερικευμένα, όπως επιθετικότητα και εγκληματικότητα (Biederman, Faraone & Lapey, 1992).

5. Ενήλικη Ζωή

Ένας ενήλικας ο οποίος δεν έχει διαγνωστεί με τη διαταραχή από την παιδική του ηλικία είναι αρκετά δύσκολο να τεθεί υπό διάγνωση. Σύμφωνα, με τον Lie (1992) το ένα τρίτο των παιδιών με διάγνωση ΔΕΠ-Υ συνεχίζει να εκδηλώνει ολοκληρωτικά τη διαταραχή κατά την ενηλικίωση του. Η πορεία των ατόμων αυτών στην ενηλικίωση προσδιορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τους ίδιους σχεδόν παράγοντες που επιδρούν στην έκβαση της ΔΕΠ-Υ κατά την εφηβική ηλικία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Ταυτόχρονα, τα προσδιοριστικά γνωρίσματα της απροσεξίας και της παρορμητικότητας κυριαρχούν έναντι της υπερκινητικότητας, η οποία φθίνει με την πάροδο του χρόνου (McGough & Barkley, 2004). Τα παραπάνω συμπτώματα εκδηλώνονται κυρίως στις κοινωνικές, διαπροσωπικές και επαγγελματικές τους σχέσεις.

Όσον αφορά, τον εργασιακό τομέα, οι ενήλικες με διάγνωση ΔΕΠ-Υ διακρίνονται από ασυνέπεια, δυσκολία προσαρμογής, μειωμένη επιμονή, ανευθυνότητα ως προς τα επαγγελματικά τους καθήκοντα και αδυναμία ανάληψης πρωτοβουλιών, χαρακτηριστικά τα οποία πολύ συχνά τους οδηγούν σε γρήγορη παραίτηση ή αλλαγή εργασιακού περιβάλλοντος. Αυξημένο είναι και το ποσοστό των ατόμων που άφησε ανολοκλήρωτη τη φοίτηση του στο σχολείο (Barkley et al., 1990) με αποτέλεσμα να καταλαμβάνουν κατώτερες θέσεις εργασίας με χαμηλές χρηματικές απολαβές (Kuriyan et al., 2013). Συνεπώς, αυτά τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν και οι περιορισμένες πιθανότητες επαγγελματικής αποκατάστασης συχνά τους προκαλούν άγχος σχετικά με την οικονομική τους κατάσταση (Barkley et al., 2006, Brook et al., 2013).

Οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν προβλήματα σχετικά με την ασφάλεια τους, όπως ατυχήματα λόγω παρακινδυνευμένης οδήγησης, παραβίασης του Κ.Ο.Κ. ενώ ενδέχεται να εμπλακούν και σε αντικοινωνικές πράξεις (Jerome, Habinski et Segal, 2006). Αυξημένα ποσοστά σημειώνονται και σε παρακινδυνευμένες συμπεριφορές, όπως είναι η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ καθώς και τοξικών για τον οργανισμό

ουσιών. Επίσης, τα άτομα αυτά ως γονείς, συνήθως χαρακτηρίζονται από ανευθυνότητα, ασυνέπεια και η ανατροφή των παιδιών τους διακρίνεται από αυστηρότητα και πειθαρχία (Johnstotn, Mash, Miller & Ninowski, 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΑΓΧΩΔΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η προέλευση της λέξης «άγχος» επέρχεται από το ρήμα άγχω, το οποίο στα αρχαία ελληνικά σημαίνει πιέζω σφικτά, αποπνίγω ή στραγγαλίζω. Το άγχος αποτελεί μια φυσιολογική αντίδραση άλλοτε ψυχική και άλλοτε σωματική ώστε να αντιμετωπιστεί η εκάστοτε απειλή είτε μία δύσκολη κατάσταση που αντιμετωπίζει την δεδομένη στιγμή το πρόσωπο που το βιώνει. Σύμφωνα με ιστορικές αναδρομές φαίνεται ότι ο πρώτος άνθρωπος που βίωσε άγχος λόγω των πολλαπλών κινδύνων που απειλούσαν την ζωή του τότε (άγρια ζώα) ήταν ο πρωτόγονος και συγκεκριμένα στην εποχή των Homo Sapiens (B. Αλεβίζος 2008).

Παρόλο που ο μεταγενέστερος άνθρωπος δεν καλείται να επιβιώσει από απειλές παρόμοιες των προγόνων του, οι κοινωνικές μεταρρυθμίσεις, οι πολλαπλοί πόλεμοι και οι προσωπικές ανησυχίες δημιούργησαν, αναπόφευκτα, την εποχή του έκδηλου άγχους. Όμως όπως τα πρωτόγονα χρόνια όπου το άγχος ανέπτυξε στους ανθρώπους την ικανότητα της σκέψης και ύστερα της κινητοποίησης με σκοπό την αντιμετώπιση των κινδύνων έτσι και στα νεότερα συνέβαλλε σημαντικά στην τέχνη, στην φιλοσοφία, στην λογοτεχνία και την ποίηση. Όσο καταστροφικό τείνει να είναι για τους ανθρώπους που το βιώνουν άλλο τόσο δημιουργικό μπορεί να μετατραπεί. (B. Αλεβίζος 2008)

Οι αντιλήψεις και οι ορισμοί που δόθηκαν για το άγχος διαμορφώθηκαν κατά καιρούς από τις κυρίαρχες ιδέες φιλοσόφων, γιατρών, ψυχιάτρων που επικρατούσαν και βάσει εκείνων, ο άνθρωπος αναπτύχθηκε.

Πρωτεργάτης στην προσπάθεια περιγραφής του άγχους ήταν ο υπαρξιστής ονόματι Soren με καταγωγή από τη Δανία τον 19^ο αιώνα. Συγκεκριμένα, το 1844 ο Kierkgaard όρισε στο βιβλίο του «Η Έννοια της Αγωνίας» (The Concept of the Dread) το άγχος ως «... μια αόριστη, διάχυτη ανησυχία, διαφορετική από τον φόβο, λόγω μη παρουσίας συγκεκριμένου κινδύνου, διαπεραστική, χωρίς δυνατότητα διαφυγής». Ο Δανός υπαρξιστής ήταν άθεος και αυτή η ελευθερία επιλογής που διέθετε, αποτέλεσε την γενεσιουργό αιτία για το άγχος του. Ο συγκεκριμένος στοχαστής όπως και πολλοί άλλοι (π.χ., Spinoza) με θρησκευτικές και φιλοσοφικές ανησυχίες αποτέλεσαν πρωτοπόροι στην εξοικείωση του ανθρώπου με την ιδέα-φύση του άγχους.

Αξιοσημείωτο είναι εξίσου το γεγονός ότι παρόλο που προσπάθησε πρώτος να το ορίσει δεν ήταν ο πρώτος που το είχε παρατηρήσει καθώς από την εποχή κιόλας του Ιπποκράτη περιγράφονταν περιπτώσεις φοβίας ή ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. (Kierkegaard, S., & Lowrie, W. 1957)

Ακόμα μια αξιοσημείωτη προσπάθεια περιγραφής του άγχους ανήκει στον Rollo May που στο βιβλίο του « Η Έννοια του Άγχους» (The Meaning Of Anxiety) που αναφέρει αυτολεξεί «τα τελευταία 100 χρόνια, οι μελετητές των ανθρώπων αντιμετωπίζουν όλο και περισσότερο μια χωρίς όνομα και μορφή ανησυχία, που ακολουθεί τα βήματα του σύγχρονου ανθρώπου.» (May , R., & May, R. 1950).

Ο W. H Auden συνθέτοντας ένα μικρό ποίημα με τίτλο «Η εποχή του Άγχους» χαρακτήρισε ολόκληρη την εποχή εκείνη. Από το 1947 που κυκλοφόρησε το βιβλίο με το ποίημα και ύστερα, οι σκέψεις του ποιητή/συγγραφέα σχετικά με το τι προκαλεί άγχος επηρέασαν σημαντικά την αντίληψη που είχε ο κόσμος μέχρι τότε. Βάσει των λεγόμενων του η Εποχή του άγχους αποδόθηκε στην κρίση που αντιμετώπιζε ο θεσμός της οικογένειας , της θρησκείας , στην μείωση των ηθικών ιδανικών και της κοινωνικής ζωής. Όλα αυτά προκαλούσαν σύγχυση και αποξένωση στον σύγχρονο άνθρωπο και κατ' επέκταση άγχος. (Auden WH 1947).

Άλλος ένας φιλόσοφος που περιέγραψε το άγχος ήταν ο Paul Tillich. Συγκεκριμένα ανέφερε « [...] τα πάντα στο σύμπαν υπόκεινται στην χρονική διαδικασία που συνεπάγεται με την ανυπαρξία του παρελθόντος και του μέλλοντος. Η επίγνωση αυτή ονομάζεται άγχος και απαντάται σε όλους» (Tillich, P. 1944).

Φυσικά θα ήταν αδύνατον να παραλειφθεί από την ιστορική αναδρομή ο θεμελιωτής της ψυχανάλυσης Σίγκισμουντ Σλόμο Φρόυντ, ο οποίος εισήγαγε την έννοια του νευρωσικού άγχους. «Αρχικά θεωρούσε ότι «... το άγχος προέρχεται από την απελευθέρωση καταπιεσμένων σεξουαλικών τάσεων και ότι η συσσωρευμένη λόγω αναστολής της κανονικής έκφρασης λιβιδινική ενέργεια απελευθερώνεται αυτόματα σε ελεύθερο άγχος (free floating)». Αργότερα, τροποποίησε την αρχική αυτή άποψη και διατύπωσε μια πιο γενική αντίληψη του άγχους, ότι δηλαδή «... αποτελεί σήμα ενδεικτικό της παρουσίας επικίνδυνης κατάστασης. Η παρουσία αυτού του κινδύνου προκαλεί μια δυσάρεστη συγκινησιακή κατάσταση, που έχει σκοπό να ειδοποίηση το άτομο ότι κάποια μορφή προσαρμογής είναι απαραίτητη (danger signal theory)» (Β. Αλεβίζος, 2008).

2.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΓΧΩΔΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Για να γίνουν αντιληπτές σε βάθος οι αγχώδεις διαταραχές είναι αναγκαίο να επισημανθούν/διαχωριστούν οι ορισμοί του stress και του άγχους. Το stress προηγείται ως συναίσθημα του άγχους και χαρακτηρίζεται από ένταση τόσο συναισθηματικής όσο και σωματικής φύσεως. Συνήθως προκαλείται όταν ένα άτομο βιώνει μία κατάσταση που νιώθει απειλή. Το αμέσως επόμενο συναίσθημα που ακολουθεί το stress είναι ο φόβος που δημιουργείται με σκοπό το άτομο να αντιμετωπίσει την εκάστοτε απειλή. Συνεπώς, αυτός ο φόβος λέγεται άγχος (Rehman, U. et al., 2020).

Η Wilmshurst (2017) αναφέρει ότι οι αντιδράσεις ανησυχίας και άγχους συνιστούν ένα φυσιολογικό κομμάτι της ζωής, προσδίδοντας προστασία σε πραγματικές συνθήκες απειλής. Παρόλα αυτά, τονίζει ότι όταν οι αντιδράσεις αυτές λαμβάνουν υπερβολικές και διάχυτες διαστάσεις, ενδέχεται να δημιουργήσουν εμπόδια στην φυσιολογική αναπτυξιακή πορεία του ατόμου και οι συμπεριφορές αποφυγής που θα αναπτύξει ενδεχομένως να αποβούν ακραίες και δυσλειτουργικές για το ίδιο.

Ο Hooley (2020) και οι συνεργάτες στην προσπάθεια να περιγράψουν το μοτίβο απόκρισης του άγχους αναφέρουν: «... είναι ένα σύνθετο μείγμα από δυσάρεστα συναισθήματα και γνωστικά σχήματα.» . Τα γνωστικά σχήματα που αναφέρονται περιλαμβάνουν αρνητική διάθεση, αίσθηση ανικανότητας για το ίδιο το άτομο στην περίπτωση μελλοντικού κινδύνου ή απειλής και φυσικά ανησυχία για το μέλλον. Το άγχος δεν επιδρά μόνο στο γνωστικό επίπεδο του ατόμου που προσβάλλει αλλά και στο σωματικό. Συγκεκριμένα το άγχος σωματοποιείται στον άνθρωπο μέσω μιας συνεχούς έντασης και χρόνιας υπερδιέγερσης για την πιθανή απειλή που θα κληθεί το άτομο να διαχειριστεί στο μέλλον. Τέλος, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω σε συμπεριφορικό επίπεδο, το άγχος είναι ικανό να δημιουργήσει έντονες συμπεριφορές αποφυγής.

Σύμφωνα με το DSM-5, ο ορισμός των Αγχωδών Διαταραχών [anxiety disorders] αναφέρεται ως το σύνολο των διαταραχών διάθεσης με κοινό χαρακτηριστικό το υπερβολικό άγχος και τον ανεξέλεγκτο φόβο. Ο διαχωρισμός του φόβου από το άγχος είναι ξεκάθαρος. Ο φόβος αποτελεί συναισθηματική απάντηση στην πραγματική απειλή, ενώ το άγχος αφορά την πρόβλεψη μίας μελλοντικής. Παρόλο που οι αγχώδεις διαταραχές τείνουν να είναι συννοσηρές μεταξύ τους, η διαφοροποίησή τους μπορεί να γίνει μέσω α) των τύπων καταστάσεων που τις

προκαλούν, β) το περιεχόμενο των σχετικών σκέψεων ή πεποιθήσεων του ατόμου την δεδομένη στιγμή.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), το έτος 2015 οι αγχώδεις διαταραχές «έλαβαν» την 6^η θέση σε παγκόσμιο επίπεδο ανάμεσα σε όλες τις ψυχικές και σωματικές ασθένειες ως αιτία για μία ζωή με ανικανότητα. («Years of life lived with disability»). Στις σημαντικά ανεπτυγμένες χώρες κατατάχθηκαν στην 4^η θέση. Δεν είναι παράλογο λοιπόν, οι αγχώδεις διαταραχές να αποτελούν κομμάτι των ασθενειών με χρόνια διάρκεια, προκαλώντας σημαντικές επιπτώσεις στη ζωή των ατόμων που πάσχουν από αυτές (Ströhle et.al., 2018).

Οφείλεται να γίνει διαχωρισμός του αναπτυξιακά κανονιστικού φόβου με τις αγχώδεις διαταραχές καθώς οι δεύτερες τείνουν να επιμένουν για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών, παρουσιάζοντας ένα πιο επίμονο και υπερβολικό προφίλ.

Σύμφωνα με τα παραπάνω το DSM-5, αναγνωρίζονται 7 πρωτογενείς διαταραχές άγχους:

1. Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού (F93.0)
2. Επιλεκτική Αλαλία (F94.0)
3. Ειδικές φοβίες (F40.2)
4. Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους (Κοινωνική Φοβία) (F40.10)
5. Διαταραχή Πανικού (F41.0)
6. Αγοραφοβία (F40.00)
7. Γενικευμένη Διαταραχή Άγχους (F41.1)

Στις αγχώδεις διαταραχές περιλαμβάνονται επιπλέον και οι :

1. Διαταραχή άγχους λόγω άλλης ιατρικής κατάστασης (F06.4)
2. Διαταραχή άγχους που ορίζεται διαφορετικά (F41.8)
3. Μη προσδιορισμένη αγχώδης διαταραχή (F41.9)

Σύμφωνα με σχετικές έρευνες που διεξάχθηκαν παγκοσμίως, το 1/3 του πληθυσμού αντιμετωπίζει τουλάχιστον μια αγχώδη διαταραχή κατά την διάρκεια της ζωής του. Ακολουθούν μια χρόνια πορεία, ενώ η ηλικία έναρξης παρουσιάζει διαφορές ανάλογα με το είδος της διαταραχής. (Bandelow, Michaelis, Wedekind, 2017). Πιο συχνά φαίνεται να ξεκινούν από την παιδική ηλικία και την περίοδο της εφηβείας – πρώιμης ενηλικίωσης. Το αποκορύφωμα τους είναι στην μέση ηλικία και μετά

παρουσιάζουν μια φυσική μείωση όσο αυξάνεται η ηλικία του πάσχοντα. (Bandelow and Michaelis, 2015, Ströhle, Gensichen and Domschke, 2018). Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως οι αγχώδεις διαταραχές ακολουθούν μια χρόνια πορεία, δυναμικής όμως φύσεως, καθώς χαρακτηρίζονται από περιόδους υποτροπής και ύφεσης συμπτωμάτων. Αυτό φυσικά δεν σημαίνει ότι δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν και ότι θα παραμείνουν για το υπόλοιπο της ζωής του πάσχοντα.

Καταληκτικά οι αγχώδεις διαταραχές συνδέονται με σημαντικό βαθμό αναπηρίας, συχνή χρήση υγειονομικής περίθαλψης και κατά συνέπεια υψηλό κόστος επιβάρυνσης για τον πάσχοντα (Bandelow, B., & Michaelis, S., 2015).

2.3 ΤΥΠΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Σύμφωνα με την 5^η και αναθεωρημένη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5), στο φάσμα των αγχωδών διαταραχών συμπεριλαμβάνονται οι παρακάτω διαταραχές:

Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού (F93.0)

Αποτελεί σύννηθες περιστατικό σε παιδιά μικρής ηλικίας να βιώνουν άγχος κατά την απομάκρυνση τους από τους βασικούς φροντιστές τους, ειδικά αν πρόκειται για την πρώτη φορά. Ωστόσο το άγχος αποχωρισμού για να θεωρηθεί διαταραχή της παιδικής ηλικίας, πρέπει τα συμπτώματα του να είναι πιο έντονα-καθηλωτικά και να διαρκούν για τουλάχιστον ένα χρονικό πλαίσιο των 4 εβδομάδων. Σημαντικό να σημειωθεί είναι ότι μόλις το 1980 αναγνωρίστηκε από την 3^η έκδοση του DSM ως ξεχωριστή ψυχολογική διαταραχή. Για να θεωρηθεί διαταραχή αποχωρισμού πρέπει να έχει έναρξη πριν την ηλικία των 18 χρονών. Εάν εμφανιστεί νωρίτερα των πρώτων 6 χρόνων ζωής του παιδιού τότε η διάγνωση αλλάζει και γίνεται λόγος για «άγχος αποχωρισμού με πρόωμη έναρξη». Ένα από τα βασικά διαγνωστικά σημεία αποτελεί ο ανεξέλεγκτος φόβος του παιδιού ότι κάτι κακό θα πάθει όσο λείπει ο φροντιστής του, έχοντας ως συνέπεια τη δυσκολία του παιδιού να τον αποχωριστεί, προκαλώντας μια σημαντική έκπτωση στην κοινωνική του ζωή καθώς και στην σχολική του επίδοση (Wilmshurst, L. 2017). Καταληκτικά τα $\frac{3}{4}$ των παιδιών με άγχος αποχωρισμού

παρουσιάζουν έντονη άρνηση φοίτησης στο σχολείο, με αποτέλεσμα δικαίως να οριστεί ως το κύριο σύμπτωμα της διαταραχής (Black B. 1995).

Επιλεκτική Αλαλία (F94.0)

Η επιλεκτική αλαλία ορίζεται ως η αδυναμία ομιλίας των παιδιών σε συγκεκριμένα μόνο πλαίσια (πχ σχολείο), παρόλο που διακατέχουν την ικανότητα αυτή. Η συγκεκριμένη διαταραχή λόγω της ιδιαίτερης φύσης της για πολλά χρόνια από την DSM αναγνωριζόταν ως «Άλλες διαταραχές της βρεφικής και παιδικής ηλικίας και της εφηβείας», όπως ακριβώς και η διαταραχή αποχωρισμού. Από το 1992 κιάλας αποτέλεσε αντικείμενο έντονων διαφωνιών καθώς τεκμηριωμένες έρευνες αποδείκνυαν την πολυμορφικότητα της συγκεκριμένης διαταραχής. Ενδεικτικά κάποιες από τις αντικρουόμενες διαφωνίες ήταν οι εξής (Wilmshurst, 2017):

Η επιλεκτική αλαλία συγκαταλέγεται στις διαταραχές εξωτερίκευσης ή εναντιωματικής διαταραχής (Black & Uhde, 1992)

1. Η επιλεκτική αλαλία αποτελεί κομμάτι γλωσσικής διαταραχής, διότι σε ποσοστό 38% εμφανίζονται και διαταραχές στην ομιλία ή / και την γλώσσα (Steinhausen & Juzi, 1996).
2. Βάσει της έρευνας που διεξήχθη το 2001 από τον Kegan υποστηρίχθηκε ο ισχυρισμός ότι στην πραγματικότητα η επιλεκτική αλαλία δεν είναι τίποτα άλλο από μία στρατηγική συναισθηματικής ρύθμισης κατά την οποία η απουσία ομιλίας σε συγκεκριμένα πλαίσια εξυπηρετεί την μείωση της συναισθηματικής διέγερσης (Scott & Beidel, 2011).

Σύμφωνα με το DSM-5, η επιλεκτική αλαλία είναι απαραίτητο να ανήκει στις διαταραχές άγχους διότι το πρωτογενές χαρακτηριστικό της είναι το έντονο άγχος και ο φόβος που προκαλείται στο παιδί όταν πρέπει να μιλήσει σε κάποιο στρεσογόνο για εκείνο περιβάλλον. Για να λάβει την συγκεκριμένη διάγνωση ένα παιδί πρέπει η διαταραχή να είναι εμφανής για ένα μήνα τουλάχιστον και να μην οφείλεται σε κάτι από τα παρακάτω:

1. Η αποτυχία ομιλίας να μην αποδίδεται σε έλλειψη γνώσης ή άνεσης προφορικής χρήσης (στην περίπτωση δίγλωσσου παιδιού) της γλώσσας.
2. Να μην εξηγείται καλύτερα από μια διαταραχή επικοινωνίας

3. Να μην αποτελεί δευτερεύον στοιχείο κάποιας ψυχιατρικής διαταραχής (σχιζοφρένεια)

Ειδικές Φοβίες (F40.2)

Οι φόβοι αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της ύπαρξης ανεξαρτήτως ηλικίας, εθνικότητας ή θρησκείας. Ωστόσο, εάν ένας άνθρωπος εμφανίζει έντονο και επίμονο φόβο στη θέα ενός συγκεκριμένου ερεθίσματος ο οποίος επιφέρει ψυχική δυσφορία ή σημαντική έκπτωση λειτουργικότητας, τότε γίνεται λόγος για Ειδική φοβία (Hooley et.al 2020).

Η Ειδική Φοβία ορίζεται από το DSM IV ως μία κατάσταση με επίμονο και έντονο φόβο για ένα συγκεκριμένο αντικείμενο ή συνθήκη. Σύμφωνα με το Εγχειρίδιο, ο φόβος δεν είναι ανάλογος του πραγματικού κινδύνου. Για να λάβει ένας άνθρωπος επίσημη διάγνωση πρέπει το άγχος, ο φόβος ή η αποφυγή του ερεθίσματος να έχουν διάρκεια τουλάχιστον 6 μήνες.

Οι φόβοι σε συνάρτηση με την ηλικία του ατόμου αναγράφονται παρακάτω (Wilmshurst, L. 2017):

Βρεφική ηλικία → φόβος για τους ξένους

Πρώιμη παιδική → Σχετίζεται με την εκπαίδευση της τουαλέτας και τον τραυματισμό

Προσχολική ηλικία → Τους είναι δύσκολη η διαφοροποίηση του πραγματικού με το φανταστικό με αποτέλεσμα ο φοβικός τους πυρήνας να αποτελείται από τέρατα

Σχολική ηλικία → στις πρώτες τάξεις του δημοτικού φαίνεται ένας διάχυτος φόβος με στοιχεία της φύσης (πχ κεραυνοί), ενώ μετέπειτα ο φόβος αλλάζει και προσωποποιείται σε ανθρώπους εξουσίας (πχ διευθυντής) ή ειδικούς υγείας (πχ παιδίατρος).

Εφηβεία → οι φόβοι της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας σχετίζονται με καταστάσεις ή δραστηριότητες που ενδέχεται να τους προκαλέσουν αμηχανία μπροστά στους συνομήλικους τους (πχ θεατρική παράσταση), ή προβλήματα παγκόσμιας κλίμακας (πχ καταστροφή του κόσμου)

Σύμφωνα με το DSM IV οι πιο συνηθεις τύποι φοβίας περιλαμβάνουν:

F40.218 : Φοβία για τα ζώα (ζώα και έντομα)

F40.228 : Φοβία για τα φυσικά φαινόμενα (κερανοί, αστραπές)

F40.23x : Φοβία για το αίμα – ενέσεις – τραυματισμούς

1. **F40.230 : Φοβία για το αίμα**
2. **F40.231 : Φοβία για τις ενέσεις**
3. **F40.232 : Φοβία για την ιατρική φροντίδα (γιατρούς)**
4. **F40.233 : Φοβία για τραυματισμό**

F40.248 : Φοβία για καταστάσεις (αεροπλάνο, ανελκυστήρας)

F40.298 : Φοβίες άλλου τύπου (πνιγμός)

Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που άτομα με την συγκεκριμένη διαταραχή εμφανίζουν παραπάνω από μια φοβία. Σε τέτοιες καταστάσεις θα πρέπει να δοθούν πολλαπλές διαγνώσεις ειδικής φοβίας, καθεμία συνοδευόμενη με τον δικό της ξεχωριστό διαγνωστικό κώδικα.

Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους (Κοινωνική Φοβία) (F40.10)

Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους ορίζεται η διαταραχή που περιλαμβάνει τον φόβο μιας επικείμενης αμηχανίας σε μια ή περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις. Όπως αναφέρει ο Hooley και οι συνεργάτες του (2020) «... το άτομο αισθάνεται φόβο ότι θα βρεθεί εκτεθειμένος στη διερευνητική ματιά και στην ενδεχομένως αρνητική αξιολόγηση των άλλων ή ότι ενδέχεται να δράσει με ντροπιαστικό ή ταπεινωτικό τρόπο». Κυριότερο στοιχείο της κοινωνικής φοβίας είναι η συμπεριφορά αποφυγής. Δηλαδή η αποφυγή σίτισης σε δημόσιους χώρους, η αρνητική στάση του παιδιού να εμφανιστεί στο σχολικό περιβάλλον ή αντίστοιχα η πρωτοβουλία να μιλήσει μπροστά σε κοινό. (Wilmshurst, 2017). Ωστόσο ακόμα και αν εμφανίζει ένα άτομο τα παραπάνω στοιχεία εάν δεν επιμένουν σε συχνότητα (τουλάχιστον 6 μήνες) και σε βαρύτητα ως

προς την λειτουργική έκπτωση του ατόμου δεν μπορεί να δοθεί η συγκεκριμένη διάγνωση.

Σύμφωνα με έρευνες η κοινωνική φοβία απαρτίζεται από δύο επιμέρους υποκατηγορίες, την γενικευμένη κοινωνική φοβία και την ειδική κοινωνική φοβία. Η πρώτη εμφανίζεται σε διάφορες κοινωνικές περιστάσεις ενώ η δεύτερη εκδηλώνεται συνήθως σε συγκεκριμένες (πχ δημόσια ομιλία). (Velting & Albano, 2001).

Διαταραχή Πανικού (F41.0)

Με στόχο να γίνει κατανοητή η φύση της διαταραχής πανικού είναι αναγκαία η επισήμανση για το τι εστί κρίση πανικού, αφού εξάλλου αποτελεί και το πιο κοινό σύμπτωμα της. Οι κρίσεις πανικού εκδηλώνονται με συμπτώματα τόσο γνωστικής όσο και συναισθηματικής φύσης. Τα πιο καθηλωτικά για το άτομο που την βιώνει παρόλα αυτά είναι τα σωματικά. Η εκδήλωση της κρίσης είναι αιφνίδια και συνήθως διαρκεί 20 με 30 λεπτά ενώ η έξαρση πραγματοποιείται συνήθως μετά τα πρώτα 10'. Η δυσφορία που προκαλεί μία κρίση πανικού είναι τις περισσότερες φορές άνευ υπαρκτής αιτίας. Παρόλο που εμφανίζεται ως δευτερεύον χαρακτηριστικό σε άλλες διαταραχές όπως στην διαταραχή ειδικής φοβίας ή αποχωρισμού, το DSM-IV όρισε ως Διαταραχή πανικού τις επαναλαμβανόμενες και απρόσμενες κρίσεις ή την ανησυχία του ατόμου για μία επόμενη κρίση. Η κατάσταση αυτή περιγράφεται ως άγχος προσμονής [anticipatory anxiety]. (APA 2013, Hooley et. Al ,2020).

Τα συμπτώματα της διαταραχής περιλαμβάνουν (APA, 2013):

1. Ταχυπαλμίες
2. Εφίδρωση
3. Τρέμουλο
4. «Κοφτές» αναπνοές
5. Αίσθημα ασφυξίας, θανάτου
6. Πόνο στο στήθος ή ζάλη
7. Έντονη ανάγκη διαφυγής
8. Αίσθηση απώλειας ελέγχου
9. Φόβο ότι το άτομο «τρελαίνεται»
10. Αίσθηση αποπροσωποποίησης
11. Ακραίες διαφορές θερμοκρασίας (εξάψεις / πάγωμα)

12. Φόβος θανάτου

13. Παραισθήσεις

Για να δοθεί η διάγνωση ο πάσχων απαιτείται να εμφανίζει τουλάχιστον 4 συμπτώματα από τα 13. Οι κρίσεις πανικού των παιδιών φαίνεται να διαφοροποιούνται από εκείνων των εφήβων – ενήλικών που παρουσιάζουν κοινά χαρακτηριστικά (Ollendick, 1998). Η μείζων διαφορά είναι ότι στα παιδιά κυρίως οι κρίσεις προκαλούνται ύστερα από συγκεκριμένο γεγονός και όχι αιφνίδια (Wilmshurst, 2017).

Αγοραφοβία (F40.00)

Βάσει ετυμολογίας η λέξη αποτελείται από δύο συνθετικά, την λέξη «αγορά» που στην αρχαία Ελλάδα σήμαινε «ο ανοιχτός χώρος που συγκεντρώνονταν οι πολίτες» και την λέξη φοβία. Πριν από την 5^η έκδοση του DSM η αγοραφοβία συνιστούσε προσδιοριστικό στοιχείο της διαταραχής πανικού ενώ από το 2013 αυτό άλλαξε και αποτελεί μέχρι και σήμερα μια ξεχωριστή διαταραχή (APA, 2013). Το χαρακτηριστικό κατατεθέν για την συγκεκριμένη διαταραχή αποτελεί ο έντονος φόβος ή άγχος που κυριεύει τον πάσχων κάτω από τις ακόλουθες συνθήκες:

1. Μέσα μαζικής μεταφοράς
2. Ανοιχτός χώρος
3. Κλειστός χώρος
4. Παραμονή σε σειρά αναμονής
5. Μόνος έξω από το σπίτι.

Σύμφωνα με την Wilmshurst (2017), τα άτομα με διάγνωση αγοραφοβίας στην πραγματικότητα αισθάνονται φόβο να αφήσουν το σπίτι τους και να πάνε σε άλλα μέρη στην σκέψη μιας υποκείμενης κρίσης πανικού και στην περίπτωση αδυναμίας τους να φύγουν άμεσα από τον χώρο. Αντίστοιχα και με άλλες μορφές φοβίας η συνθήκη με τον φόβο που προκαλεί είναι δυσανάλογης βαρύτητας.

Γενικευμένη Διαταραχή Άγχους (F41.1)

Αναφορικά με τον Hooley και τους συνεργάτες του (2020), η Γενικευμένη Διαταραχή Άγχους αποτελεί κοινό συναίσθημα, εκείνο της ανησυχίας το οποίο πολλές

φορές δρα υπέρ του ατόμου αφού τον κρατά σε εγρήγορση σε πιθανές μελλοντικές απειλές. Παρόλα αυτά όταν η ανησυχία επισκιάζει την ποιότητα ζωής του ατόμου σε όλα τα επίπεδα και μετατρέπεται σε χρόνια, υπερβολική και παράλογη μπορεί να γίνει αρκετά επιβλαβής για το ίδιο.

Σύμφωνα λοιπόν με το DSM-5 ως γενικευμένη αγχώδη διαταραχή ορίζεται η υπερβολική ανησυχία /το άγχος και η δυσκολία να ελέγξει το άτομο την ανησυχία του. Πρωτογενές στοιχείο της αποτελεί το περιρρέον άγχος, το οποίο βάσει ορισμού αποτελεί τη διάχυτη ανησυχία δίχως συγκεκριμένο αίτιο (Wilmshurst, 2017). Οι κύριοι τομείς ανησυχίας είναι η οικογένεια, η εργασία η οικονομική κατάσταση και η προσωπική ασθένειας (Roemer et al., 1997).

Για να δοθεί η διάγνωση στον παιδιατρικό πληθυσμό αρκεί να πληροί ένα σύμπτωμα ενώ στον ενήλικο τουλάχιστον 3 επιπλέον. Τα συμπτώματα είναι τα εξής:

1. Νευρικότητα / αεικινησία
2. Εύκολη κόπωση
3. Ευερεθιστότητα
4. Αδυναμία συγκέντρωσης
5. Μυϊκή ένταση
6. Διαταραχές ύπνου (APA, 2013)

Τέλος στα παραπάνω συμπτώματα πρέπει να παρατηρείται επιμονή για τουλάχιστον 6 μήνες και η διαταραχή να παρουσιάζει αρνητικές επιπτώσεις σε σημαντικούς τομείς της ζωής του ατόμου όπως σχολείο, κοινωνικές σχέσεις και οικογένεια. (Roemer et al., 1997).

Διαταραχή Άγχους λόγω λήψης ουσιών ή φαρμάκων (F1x.180)

Στην κλινική εικόνα ενός ασθενούς με την συγκεκριμένη διαταραχή κυριαρχούν οι κρίσεις πανικού ή το άγχος κατά την διάρκεια ή αμέσως μετά από την α) επήρεια μιας ουσίας / φαρμάκου β) την απόσυρσή της/του. Σημαντικό είναι η διαταραχή να μην μπορεί να ερμηνευτεί καλύτερα από μία άλλη αγχώδη διαταραχή που δεν προκαλείται από ουσίες ή φάρμακα. Εξίσου, απαραίτητο είναι η συμπτωματολογία να μην προηγείται από την έναρξη της ουσίας. Ενδεικτικές ουσίες οι οποίες συμπεριλαμβάνονται στην παραπάνω κατηγορία είναι:

- ο Αλκοόλ F10.180

- Καφεΐνη F15.180
- Κάνναβη F12.180
- Φαινκυκλιδίνη (ή άλλο παραισθησιογόνο εισπνεόμενο) F16.180
- Οφιοειδές F11.188
- Ηρεμιστικό , υπνωτικό ή αγχολυτικό F13.180
- Αμφεταμίνη ή άλλο διεγερτικό F15.180
- Κοκαΐνη F14.180
- Άλλη ουσία F19.180

Διαταραχή Άγχους που ορίζεται διαφορετικά (F41.8)

Η συγκεκριμένη διάγνωση δίνεται όταν ένα άτομο παρουσιάζει κυρίως συμπτώματα μίας διαταραχής άγχους, που του προκαλεί έκπτωση σε σημαντικούς τομείς της ζωής του (κοινωνικοί, επαγγελματικούς, προσωπικούς), χωρίς όμως να πληροί τα πλήρη κριτήρια κάποιας συγκεκριμένης διαταραχής άγχους ώστε να δοθεί η αντίστοιχη διάγνωση. Όταν ο εκάστοτε γιατρός επιθυμεί να κοινοποιήσει τους ακριβείς λόγους που τα συμπτώματα του ασθενούς δεν συμπίπτουν απόλυτα με τα διαγνωστικά κριτήρια μίας διαταραχής δίνεται η διάγνωση «Διαταραχή άγχους που ορίζεται διαφορετικά» ακολουθούμενη από τον λόγο που δεν τα πληροί επ' ακριβώς (APA, 2013).

Μη Προσδιορισμένη Αγχώδης Διαταραχή (F41.9)

Η συγκεκριμένη κατηγορία περιγράφει όλα εκείνα τα κλινικά περιστατικά που εμφανίζουν στοιχεία κάποιας διαταραχής άγχους χωρίς όμως απόλυτη ταύτιση έχοντας ως συνέπεια ο κλινικός να μπορεί να δώσει ακριβή διάγνωση. Παρόλα αυτά όπως, άλλωστε όλες οι διαταραχές της συγκεκριμένης κατηγορίας, επιφέρουν σημαντική λειτουργική έκπτωση στο άτομο που «προσβάλλει». Ο συγκεκριμένος ορισμός δίνεται από τον εκάστοτε γιατρό όταν δεν μπορεί να επικοινωνήσει τους ακριβείς λόγους που τα συμπτώματα του ασθενούς δεν συμπίπτουν απόλυτα με τα διαγνωστικά κριτήρια μίας διαταραχής. (APA, 2013)

Διαταραχή Άγχους λόγω άλλης ιατρικής κατάστασης (F06.4)

Σύμφωνα με το DSM-IV η παραπάνω διάγνωση δίνεται όταν το άγχος, αποτελεί σύμπτωμα μιας άλλης ιατρικής πάθησης. Τα συμπτώματα της διαταραχής περιλαμβάνουν έντονο άγχος ή κρίσεις πανικού. Για να καταλήξει ο κλινικός να δώσει την συγκεκριμένη διάγνωση πρέπει να αποδεικνύει το ιστορικό του ασθενούς, η φυσική εξέταση καθώς και οι εργαστηριακές την παρουσία κάποιας ιατρικής νόσου. Η παρουσία της νόσου πρέπει να προηγείται από την εμφάνιση άγχους. Καταληκτικά, βάσει δεδομένων / συμπτωμάτων πρέπει να γίνει αποκλεισμός για οποιαδήποτε άλλη ψυχική νόσου που ενδεχομένως να τα εξηγεί καλύτερα. (APA, 2013)

Παραδείγματα ιατρικών παθήσεων που περιλαμβάνουν το άγχος ως συμπτωματική εκδήλωση είναι :

- Ενδοκρινικές παθήσεις (πχ υπερθυρεοειδισμός)
- Καρδιαγγειακές νόσοι (συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια)
- Αναπνευστική νόσος (πνευμονική εμβολή)
- Μεταβολικές διαταραχές (ανεπάρκεια βιταμίνης B12)
- Νευρολογικές ασθένειες (νεοπλάσματα)

2.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΑΓΧΩΔΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Οι διαταραχές άγχους ,όπως προαναφέρθηκε, αποτελούνται από 7 βασικές διαταραχές οι οποίες χαρακτηρίζονται επί το πλείστον από κοινά συμπτώματα έντονου άγχους, το οποίο παρουσιάζει επιμονή στον χρόνο και προκαλεί μείωση της λειτουργικότητας του ατόμου που προσβάλλει.

Αποτελούν την πιο κοινή ομάδα ψυχικών διαταραχών αφού σύμφωνα με σχετικές μελέτες, το 1/3 του πληθυσμού κατά τη διάρκεια της ζωής του εκδηλώνει τουλάχιστον μια αγχώδη διαταραχή (Bandelow, Michaelis, Wedekind, 2017).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), οι αγχώδεις διαταραχές το 2015 «έλαβαν» την 6^η θέση σε παγκόσμιο επίπεδο ανάμεσα σε όλες τις ψυχικές και σωματικές ασθένειες ως αιτία για μία ζωή με ανικανότητα. (Years of life lived with disability -YLD). Στις σημαντικά ανεπτυγμένες χώρες κατατάχθηκαν στην 4^η θέση. Δεν είναι παράλογο λοιπόν, οι αγχώδεις διαταραχές να αποτελούν κομμάτι των ασθενειών χρόνιας διάρκειας με την μεγαλύτερη επίδραση στη ζωή των πασχόντων (Ströhle et al., 2018).

Άγχος Αποχωρισμού

Σύμφωνα με το DSM-IV η εν λόγω διαταραχή αποτελεί τη συχνότερη διαταραχή άγχους σε παιδιά ηλικίας μικρότερης των 12 ετών. Ειδικότερα αγγίζει ποσοστό 4% στο παιδικό και εφηβικό πληθυσμό σε ένα κοινοτικό πληθυσμό, ενώ σε έναν κλινικό το ποσοστό αυξάνεται σημαντικά στο 10% αυτού. Τέλος σημαντικό να τονιστεί είναι ότι αποτελεί μέρος ενός μικρού ποσοστού διαταραχών που εμφανίζουν υψηλά ποσοστά αυτόματης υποχώρησης, γεγονός που πιθανολογείται να οφείλεται στην πρώιμη ηλικία έναρξης.

Επιλεκτική Αλαλία

Η επιλεκτική αλαλία αποτελεί μια εξαιρετικά σπάνια διαταραχή με ποσοστό εμφάνισης 0,03% (APA 2013). Δεν παρουσιάζονται διαφοροποιήσεις μεταξύ των δυο φύλων, ενώ η ηλικία έναρξης σύμφωνα με τους Elizur και τους συνεργάτες του (2003) είναι τα 2,7- 5 έτη.

Ειδικές Φοβίες

Η συγκεκριμένη διαταραχή παρουσιάζει μια ιδιαίτερη φύση καθώς εμφανίζει διαφορετικά ποσοστά εμφάνισης τόσο μεταξύ του φύλου, της ηλικίας του ατόμου που προσβάλλει και το είδος της φοβίας που έχει. Συγκεκριμένα βάσει του DSM-IV το 9% του γενικού πληθυσμού παρουσιάζει συμπτώματα της διαταραχής και 5% του παιδικού πληθυσμού. Η ηλικιακή ομάδα των 13- 17 ετών παρουσιάζει τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης της διαταραχής. Όσον αφορά την διάκριση μεταξύ γυναικών-ανδρών η αναλογία είναι 2-1 ως προς εκδήλωση συμπτωμάτων και σύμφωνα με τον Silverman (2001) οι φόβοι των γυναικών ήταν εμφανώς πιο έντονοι. Η τελευταία διαφοροποίηση αφορά τα είδη φοβίας, συγκεκριμένα, οι περισσότερες γυναίκες εμφανίζουν φοβία με τα ζώα ενώ οι άνδρες με τα ύψη (APA 2013). Παιδιά ηλικίας 9-13 ετών παρουσιάζουν φοβίες σχετικές με τα έντομα, κυρίως την αράχνη, ενώ το 15% του γενικού παιδικού πληθυσμού που παραπέμπονται σε ειδικού υγείας με συμπτώματα έντονου άγχους τελικά διαγιγνώσκονται με την διαταραχή Ειδικές Φοβίες.

Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους

Αναφορικά με τον Beidel και τους συνεργάτες του (1998) η διαταραχή κοινωνικού άγχους στην παιδική ηλικία υπολογίζεται 1-2% ωστόσο όπως είναι λογικό το ποσοστό αυξάνεται εάν το άτομο παρουσιάζει συννοσηρότητα με κάποια άλλη διαταραχή άγχους. Συγκεκριμένα, περισσότερο από το ¼ των παιδιών με «Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή» και το 5% των παιδιών με «Διαταραχή Αποχωρισμού» παρουσίασαν κοινωνική φοβία. Η κοινωνική φοβία συνήθως πρωτοεμφανίζεται ύστερα από την παιδική ηλικία και πριν το τέλος της εφηβείας, έχοντας ως ηλικία ορόσημο αυτή των 13 ετών. Καταληκτικά, η Wilmshurst (2017) αναφέρει ότι η πιθανότητα εκδήλωσης της διαταραχής καθ' όλη τη ζωή ενός ατόμου κυμαίνεται σε ποσοστό 7 %.

Διαταραχή Πανικού

Βάσει των ερευνών της DSM-5 σε γενικό πληθυσμό και σε διάρκεια 12 μηνών για την διαταραχή πανικού το ποσοστό ενηλίκων και εφήβων που απαντάται, αντιστοιχεί στο 2-3%. Δεν γίνεται λόγος για τον παιδικό πληθυσμό καθώς το ποσοστό εμφάνισης της διαταραχής σε παιδιά κάτω των 14 ετών αντιστοιχεί σε < 0,4 %. Η αναλογία εμφάνισης της διαταραχής πανικού μεταξύ γυναικών και ανδρών αντιστοιχεί σε 2:1. Τέλος, τα ποσοστά επικράτησης μειώνονται σημαντικά στην 3^η ηλικία με επιπολασμό μικρότερο του 0,7% (APA, 2013).

Αγοραφοβία

Σε ετήσια βάση, το 1,7% των εφήβων και των ενηλίκων διαγιγνώσκονται από κάποιον ειδικό υγείας με αγοραφοβία. Ενώ η συγκεκριμένη διαταραχή μπορεί να εκδηλωθεί πρώιμα στην παιδική ηλικία, η συμπτωματολογία της κορυφώνεται στα τέλη της εφηβείας και στις αρχές της ενηλικίωσης. Η αναλογία μεταξύ γυναικών και ανδρών όπως και στην διαταραχή πανικού είναι 2:1 (APA, 2013).

Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή

Ο ετήσιος επιπολασμός της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής στις ΗΠΑ, αντιστοιχεί σε 0,9% για τους εφήβους και 2,9 % για τον ενήλικο πληθυσμό. Ωστόσο ο επιπολασμός άλλων χωρών, συμπεριλαμβανομένων και των ευρωπαϊκών, κυμαίνεται μεταξύ 0,4% - 3,6%. Μάλιστα, οι γυναίκες εμφανίζουν διπλάσιες πιθανότητες από ότι οι άνδρες (APA, 2013). Η ηλικία έναρξης σύμφωνα με τον Last και τους συνεργάτες του (1992) κυμαίνεται μεταξύ του 8^{ου} – 10^{ου} έτους. Ο επιπολασμός της διάγνωσης κορυφώνεται κατά την διάρκεια της μέσης ηλικίας και εμφανίζει σημαντική μείωση στις τελευταίες δεκαετίες της ζωής του ανθρώπου.

Αγχώδεις Διαταραχές Προκαλούμενες από ουσίες /φάρμακα

Τα δεδομένα του γενικού πληθυσμού, σύμφωνα με το DSM-5, υποδηλώνουν ότι συνιστά μια σπάνια διαταραχή με ετήσιο επιπολασμό 0,002%. Ωστόσο αναγράφεται ότι στους κλινικούς πληθυσμούς το ποσοστό ίσως να εμφανίζει αύξηση.

2.5 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Πηγή για όλα τα αναγραφόμενα διαγνωστικά κριτήρια αποτελεί η τελευταία έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5).

Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού (F93.0)

A	<p>Αναπτυξιακά δυσανάλογο άγχος ή φόβος ύστερα από τον αποχωρισμό των φροντιστών του ατόμου. Πρέπει να ισχύουν τουλάχιστον 3 από τα παρακάτω συμπτώματα :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Υπερβολική αγωνία όταν αναμένεται αποχωρισμός2. Επίμονη ανησυχία όταν αποχωρίζεται τον φροντιστή του, ότι θα του συμβεί κάτι κακό3. Επίμονη ανησυχία ότι θα συμβεί κάτι κακό μετά τον αποχωρισμό (πχ, απαγωγή)4. Επίμονη άρνηση να φύγει από το σπίτι
---	---

	<p>5. Επίμονη απροθυμία να παραμείνει μόνος του δίχως τα βασικά πρόσωπα προσκόλλησης του</p> <p>6. Άρνηση στο να κοιμηθεί εκτός του σπιτιού του ή τουλάχιστον με κάποιον δικό του άνθρωπο</p> <p>7. Επαναλαμβανόμενοι εφιάλτες με θέμα σχετικό με τον αποχωρισμό</p> <p>8. Συνεχής αδιαθεσία με σωματικά συμπτώματα (πχ, πονοκέφαλος, ναυτία, έμετοι)</p>
B	Ο φόβος και το άγχος είναι παρόντα στον παιδικό πληθυσμό τουλάχιστον 4 εβδομάδες και για τους ενήλικες τουλάχιστον 6 μήνες.
Γ	Τα συμπτώματα άγχους ή φόβου προκαλούν λειτουργική έκπτωση και ψυχική δυσφορία.
Δ	Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα από τα συμπτώματα άλλης ψυχικής διαταραχής.

Επιλεκτική Αλαλία (F94.0)

A	Αποτυχημένη προσπάθεια ομιλίας σε κοινωνικές καταστάσεις (πχ, σχολείο), παρόλο που διακατέχει το άτομο την ικανότητα ομιλίας.
B	Η διαταραχή παρεμβαίνει στην σχολική – κοινωνική πτυχή του ατόμου.
Γ	Η διαταραχή διαρκεί τουλάχιστον 1 μήνα.
Δ	Η αδυναμία ομιλίας δεν προέρχεται από την έλλειψη γνώσεων ή άνεσης με την ομιλούμενη γλώσσα.
E	Η διαταραχή δεν μπορεί να εξηγηθεί καλύτερα από τα συμπτώματα μίας άλλης ψυχικής διαταραχής.

Ειδικές Φοβίες (F40.2)

A	Έντονος φόβος ή άγχος για μια συγκεκριμένη κατάσταση ή αντικείμενο (πχ, ύψος, ζώα, ασανσέρ).
B	Το αντικείμενο ή η κατάσταση επιφέρει άμεσα φόβο ή άγχος
Γ	Η φοβική κατάσταση ή το αντικείμενο αποφεύγονται ενεργητικά ή υπομένονται με έντονο φόβο.

Δ	Ο βαθμός του άγχους ή του φόβου είναι δυσανάλογος με τον κίνδυνο που εκπροσωπεί το αντικείμενο ή τη κατάσταση.
Ε	Η συμπτωματολογία άγχους ή φόβου ή αποφυγής είναι επίμονη. Συνήθης διάρκεια έξι μήνες ή περισσότερο.
ΣΤ	Η συμπτωματολογία άγχους ή φόβου ή αποφυγής προκαλεί λειτουργική έκπτωση και ψυχική δυσφορία.
Ζ	Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα από τα συμπτώματα μιας άλλης ψυχικής διαταραχής.

Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους (Κοινωνική Φοβία) (F40.10)

Α	Έντονο άγχος ή φόβος για μία ή περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις, όπου το άτομο νιώθει εκτεθειμένο (δημόσια ομιλία, συναναστροφή με άγνωστους ανθρώπους, τρώει / πίνει μπροστά σε άλλους).
Β	Ο φόβος του ατόμου προέρχεται από το ότι θα δράσει με τρόπο τέτοιο που α) θα γελοιοποιηθεί, β) θα δείξει συμπτώματα άγχους που θα είναι ταπεινωτικά, γ) θα δεχθεί απόρριψη από τους γύρω του (Hooley J.M et al., 2020).
Γ	Προκαλούν σχεδόν πάντα συμπτώματα άγχους ή φόβου οι κοινωνικές καταστάσεις.
Δ	Το άτομο αποφεύγει ή υπομένει με έντονο άγχος-φόβο τις καταστάσεις αυτές.
Ε	Ο βαθμός του άγχους ή του φόβου είναι δυσανάλογος με τον κίνδυνο που εκπροσωπεί η κοινωνική κατάσταση.
ΣΤ	Η συμπτωματολογία άγχους ή φόβου ή αποφυγής είναι επίμονη. Συνήθης διάρκεια έξι μήνες ή περισσότερο.
Ζ	Η συμπτωματολογία άγχους ή φόβου ή αποφυγής προκαλεί λειτουργική έκπτωση και ψυχική δυσφορία.
Η	Η συμπτωματολογία άγχους ή φόβου ή αποφυγής δεν μπορούν να αποδοθούν στις επιδράσεις, ύστερα από χρήση κάποιας ουσίας.
Θ	Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα από τα συμπτώματα άλλης ψυχικής διαταραχής.

Διαταραχή Πανικού (F41.0)

Α	<p>Επαναλαμβανόμενες και απρόβλεπτες κρίσεις πανικού. Τα συμπτώματα μίας κρίσης πανικού είναι 13. Για να δοθεί η διάγνωση, το άτομο οφείλει να παρουσιάζει τουλάχιστον 4 (Hooley J.M et al., 2020).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Αύξηση καρδιακών παλμών 2. Εφίδρωση 3. Σπασμοί 4. Αίσθηση δυσκολίας αναπνοής ή λαχάνιασμα 5. Αίσθημα πνιγμονής 6. Πόνος ή δυσφορία στον θώρακα 7. Πόνος στην κοιλία 8. Αίσθηση ζάλης, αδυναμίας 9. Έντονες αλλαγές θερμοκρασίας (ρίγη ή εφίδρωση) 10. Αποπραματοποίηση 11. Μουδιάσματα στο σώμα 12. Άγχος απώλεια ελέγχου 13. Έντονος φόβος θανάτου
Β	<p>Τουλάχιστον μια κρίση έχει ακολουθηθεί για έναν μήνα από ένα από τα ακόλουθα:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Επίμονος προβληματισμός για πρόσθετες κρίσεις πανικού και τις συνέπειες τους 2. Αλλαγή συμπεριφοράς με στόχο την αποφυγή των κρίσεων πανικού
Γ	<p>Η συμπτωματολογία άγχους ή φόβου ή αποφυγής προκαλεί λειτουργική έκπτωση και ψυχική δυσφορία.</p>
Δ	<p>Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα από τα συμπτώματα άλλης ψυχικής διαταραχής.</p>

Αγοραφοβία (F40.00)

Α	<p>Σημαντικού βαθμού άγχος ή φόβος για τουλάχιστον δυο από τα παρακάτω (Hooley J.M et al., 2020):</p>
---	---

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χρήση μέσων μαζική μεταφοράς 2. Το άτομο να παρευρίσκεται σε κλειστούς χώρους 3. Το άτομο να παρευρίσκεται σε ανοιχτούς χώρους 4. Το άτομο να βρίσκεται ανάμεσα σε πλήθος ή να περιμένει σε κάποια ουρά
B	Το άτομο αποφεύγει τις συγκεκριμένες καταστάσεις καθώς του προκαλεί άγχος η αίσθηση ότι μπορεί να του συμβεί κάτι και να μην είναι σε θέση να διαφύγει εύκολα από εκεί.
Γ	Οι καταστάσεις που αναφέρθηκαν παραπάνω προκαλούν σχεδόν πάντα φόβο ή άγχος.
Δ	Το άτομο αποφεύγει τις αγοραφοβικές καταστάσεις ή τις ανέχεται με έντονο φόβο μαζί με την παρουσία κάποιου δικού του ανθρώπου.
E	Ο βαθμός του άγχους ή του φόβου είναι δυσανάλογος με τον κίνδυνο που εκπροσωπεί η αγοραφοβική κατάσταση.
ΣΤ	Το αίσθημα άγχους και φόβου παραμένουν για διάρκεια τουλάχιστον 6 μήνες.
Z	Η συμπτωματολογία άγχους ή φόβου ή αποφυγής προκαλεί λειτουργική έκπτωση και ψυχική δυσφορία.
H	Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα από τα συμπτώματα άλλης ψυχικής διαταραχής.

Γενικευμένη Διαταραχή Άγχους (F41.1)

A	Υπερβολικό άγχος και ανησυχία, που εμφανίζονται τις περισσότερες ημέρες ενός εξαμήνου.
B	Δυσκολία αυτοελέγχου-ελέγχου του άγχους
Γ	<p>Το άγχος και η ανησυχία σχετίζονται με 3 ή περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα (Hooley J.M et al., 2020):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ανησυχία και νευρικότητα 2. Αδυναμία συγκέντρωσης 3. Ευερεθιστότητα 4. Μυϊκή ένταση 5. Διαταραχή ύπνου 6. Υπερκόπωση

Δ	Τα συμπτώματα άγχους ή ανησυχίας δεν μπορούν να αποδοθούν στις επιδράσεις ,ύστερα από χρήση, κάποιας ουσίας.
Ε	Τα συμπτώματα άγχους ή ανησυχίας προκαλούν λειτουργική έκπτωση και ψυχική δυσφορία.
ΣΤ	Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα από τα συμπτώματα άλλης ψυχικής διαταραχής

2.6 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΑΓΧΩΔΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Ορισμένοι μελετητές (Vasey & Dadds, 2001, Ollendick et al., 2001) παρουσίασαν ένα μοντέλο παραγόντων που προκαλούν, διατηρούν-ενισχύουν και ακόμα μπορούν να προδιαθέτουν το άγχος. Συγκεκριμένα οι αναπτυξιακές διαδρομές που συσχετίστηκαν με την εκδήλωση διαταραχών άγχους είναι δύο (Wilmshurst, 2017).

Η πρώτη ονομάζεται Διαδρομή Αθροιστικού Κινδύνου και περιγράφει την σχέση των προδιαθεσικών παραγόντων που θέτει το παιδί σε υψηλότερο κίνδυνο και παράλληλα την συνεχή του έκθεση σε αγχωτικές για εκείνο καταστάσεις. Οι παράγοντες προδιάθεσης της συγκεκριμένης διαδρομής είναι η κληρονομικότητα, η ανασταλτική ιδιοσυγκρασία και η αυξημένη επιρρέπεια στο άγχος.

Η δεύτερη αναπτυξιακή διαδρομή ονομάζεται Διαδρομή Ελκυστικού Γεγονότος η οποία περιγράφει το άγχος σαν μία επίκτητη συμπεριφορά ύστερα από κάποιο στρεσογόνο ή τραυματικό γεγονός. Αντίστοιχα στην δεύτερη διαδρομή οι παράγοντες προδιάθεσης είναι οι πρακτικές που εφαρμόζουν οι γονείς και κάποιες αντιδράσεις σε αρχέγονα συμβάντα.

Οι συμπεριφορές εκείνες που ενισχύουν την εκδήλωση διαταραχών άγχους είναι ίδιες και στις δυο διαδρομές (Wilmshurst, 2017). Συγκεκριμένα:

- 1^η Συνεχής αποφυγή στρεσογόνων καταστάσεων
- 2^η Ελλιπής ανάπτυξη συναισθηματικών – κοινωνικών λειτουργιών
- 3^η Τάση αναγνώρισης καταστάσεων ως απειλή
- 4^η Μη ευχάριστες εμπειρίες
- 5^η Υπερπροστατευτικοί γονείς

1. Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού (F93.0)

Στην συγκεκριμένη διαταραχή δεν έχουν εντοπιστεί τα ακριβή αίτια που την προκαλούν, παρόλα αυτά μια μελέτη του Last και των συνεργατών του (1987) απέδειξε πως το 80% των μητέρων που έχουν παιδιά με διαταραχή αποχωρισμού εμφάνισαν και εκείνες κάποια αγχώδη διαταραχή κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Επίσης, υπάρχει άλλη μια άποψη σχετικά με την αιτιολογία της διαταραχής η οποία υποστηρίζει ότι ευθύνονται οι γονικές πρακτικές.

A) Οι γονείς είναι υπερπροστατευτικοί απέναντι στα παιδιά τους, οδηγώντας έτσι σε μία παθολογική εξάρτηση

B) Η ασταθής ψυχολογία της μητέρας μπορεί να επιφέρει την αντιστροφή των ρόλων με το παιδί, δηλαδή να εμφανίσει συμπεριφορά υπερ-γονεοποίησης. Έτσι να φοβάται να την αφήσει μην της συμβεί κάτι κακό,

Γ) η διαταραχή να προκαλείται από το αίσθημα αναποτελεσματικότητας που βιώνει ένα παιδί ύστερα από πολύ αυταρχικές γονικές πρακτικές (Hudson & Rapee, 2000).

2. Επιλεκτική Αλαλία (F94.0)

Κοινά χαρακτηριστικά ιδιοσυγκρασίας που παρουσιάζουν παιδιά με επιλεκτική αλαλία είναι η αρνητική συναισθηματικότητα (νευρωτισμός), η αναστολή συμπεριφοράς και ίσως η ντροπαλότητα/ κοινωνική απομόνωση. Επιπλέον το περιβάλλον αποτελεί σημαντικό αιτιολογικό παράγοντα καθώς τα περισσότερα παιδιά με την διαταραχή έχουν υπερπροστατευτικούς γονείς (APA, 2013).

3. Ειδικές Φοβίες (F40.2)

Σύμφωνα με την Wilmshurst (2017) το αίτιο των ειδικών φοβιών δεν είναι μονοδιάστατο αλλά αποτελεί μία σύνθεση γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Συγκεκριμένα μελέτες διδύμων και οικογενειών αποδεικνύουν ότι η διαταραχή εμφανίζει γενετικό υπόβαθρο. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου αποτελούν βασικό αίτιο για την διαταραχή και περιλαμβάνουν: υπερπροστατευτικούς γονείς, απώλεια ή χωρισμός γονέων και η σωματική ή σεξουαλική βία. Τέλος όπως και στην επιλεκτική αλαλία σημαντική είναι η συμβολή της ιδιοσυγκρασίας του ατόμου

καθώς αποδεικνύεται ότι άτομα με αρνητική συναισθηματικότητα ή με αναστολές συμπεριφοράς είναι πολύ πιο πιθανό να εμφανίσουν κάποιο είδος αγχώδους διαταραχής (APA, 2013).

4. Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους (Κοινωνική Φοβία) (F40.10)

Σύμφωνα με την έκδοση του DSM-5, η συμπτωματολογία που προδιαθέτει τα άτομα με διαταραχή κοινωνικού άγχους περιλαμβάνει άγχος αρνητικής αξιολόγησης και αναστολή της συμπεριφοράς. Παρόλο που δεν υπάρχει απόλυτη ταύτιση μεταξύ της αιτιολογικής σχέσης της παιδικής κακοποίησης/ ψυχοκοινωνικών δυσκολιών με την ανάπτυξη της διαταραχής, αποτελούν παράγοντες κινδύνου εμφάνισης της διαταραχής. Καταληκτικά, οι συγγενείς πρώτου βαθμού, ατόμων με κοινωνική φοβία, παρουσιάζουν δύο έως έξι φορές αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν και οι ίδιοι κάποια χρονική στιγμή την διαταραχή.

5. Διαταραχή Πανικού (F41.0)

Σύμφωνα με τον Redmond (1981) οι κρίσεις πανικού συσχετίζονται με μία περιοχή του εγκεφάλου που είναι πλούσια σε νορεπινεφρίνη (νευροδιαβιβαστής), ονόματι Υπομέλανα τόπο. Οι αρρυθμίες που μπορεί να προκύψουν στην λειτουργία του νευροδιαβιβαστή φαίνονται υπαίτιες για τις κρίσεις πανικού (Wilmshurst, L. (2017). Το DSM-5 αναφέρει ως σημαντικό αίτιο της διαταραχής τα γνωστικά χαρακτηριστικά του ατόμου, συνεπώς όταν ένα άτομο εμφανίζει αρνητική βίωση των συναισθημάτων ή ευαισθησία στο άγχος παρουσιάζει περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσει την διαταραχή.

Επιπρόσθετα, πολλά παιδιά με διαταραχή πανικού έχουν γονείς που αντιμετωπίζουν αγχώδεις διαταραχές ή διαταραχές του συναισθήματος (πχ κατάθλιψη, διπολικότητα).

6. Αγοραφοβία (F40.00)

Η αγοραφοβία εμφανίζει τα υψηλότερα ποσοστά κληρονομικότητας των αγχωδών διαταραχών με ποσοστό που αγγίζει το 61%. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως υπερπροστατευτικοί ή πολύ απόμακροι γονείς και αγχωτικές /τραυματικές

καταστάσεις φαίνεται να αποτελούν σημαντικούς αιτιολογικούς παράγοντες για την διαταραχή. (APA, 2013 , Wilmshurst, 2017)

7. Γενικευμένη Διαταραχή Άγχους (F41.1)

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή εμφανίζει κληρονομικότητα καθώς ερευνητές απέδειξαν ότι το 30-40% της διαταραχής μεταξύ διδύμων παρουσιάζουν γενετικό υπόβαθρο (Eley, 1999).

Στα άτομα που παρουσιάζουν γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, υποστηρίζεται από επιστήμονες ότι έχουν μειωμένη ποσότητα ή λίγους υποδοχείς GABA στον οργανισμό. Ο νευροδιαβιβαστής γ-αμινοβουτυρικό οξύ μεταφέρει μηνύματα μεταξύ των νευρώνων με σκοπό την αναστολή των αντιδράσεων, ελαττώνοντας έτσι τα επίπεδα άγχους και ευερεθιστότητας (Lloyd, Fletcher & Minuchin, 1992). Οι γονείς των παιδιών αυτών, εμφανίζουν μια υπερπροστατευτική – αγχώδη συμπεριφορά με αποτέλεσμα να περιορίζουν τις ικανότητες διαχείρισης του παιδιού σε μια πιθανά δύσκολη κατάσταση (Warren et al., 1997). Τέλος όπως και στις άλλες διαταραχές άγχους, έτσι και σε αυτήν σημαντικό αιτιολογικό ρόλο έχει και τα γνωστικά χαρακτηριστικά των ατόμων που προσβάλλουν, συγκεκριμένα πιθανό σε ένα άτομο με Γ.Α.Δ. να εμφανίζονται στοιχεία όπως αναστολή συμπεριφοράς, νευρωτισμός και τάσεις αποφυγής. (APA, 2013)

2.6 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κλινική εικόνα όπως και στα προηγούμενα υποκεφάλαια να αναλυθεί ξεχωριστά για τις 7 βασικές αγχώδεις διαταραχές καθώς παρόλο που εμφανίζουν κοινά χαρακτηριστικά, υπάρχουν σημαντικά διαφοροποιητικά στοιχεία.

Άγχος Αποχωρισμού

Η κλινική εικόνα των παιδιών με άγχος αποχωρισμού περιλαμβάνει συναισθήματα θλίψης, απομόνωσης και δυσκολία συγκέντρωσης. Ανάλογα με την ηλικία τους εμφανίζουν και σχετικές φοβίες, δηλαδή τα μικρότερα παιδιά έχουν φοβίες

που περιλαμβάνουν τέρατα ή ζώα ενώ τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας εμφανίζουν κυρίως φοβίες για τα ύψη ή τους κλειστούς χώρους. Η νοσταλγία τους να βρεθούν στο χώρο ασφάλειας τους (σπίτι) μπορεί να τους οδηγήσει σε έντονη θλίψη ή επιθετικότητα και θυμό. Οι φροντιστές των παιδιών με την συγκεκριμένη διαταραχή τα περιγράφουν ως παρεμβατικά και απαιτητικά ενώ τους ενήλικες ως υπερπροστατευτικούς. Η άρνηση αποχωρισμού από τους φροντιστές οδηγεί τα παιδιά σε σχολική άρνηση και κατ' επέκταση ακαδημαϊκές δυσκολίες- κοινωνική απομόνωση (APA, 2013).

Επιλεκτική Αλαλία

Τα κλινικά χαρακτηριστικά της επιλεκτικής αλαλίας περιλαμβάνουν έντονη ντροπαλότητα, άγχος, κοινωνικό φόβο και ανησυχία έκθεσης τα οποία προκαλούν και την κοινωνική απομόνωση τους. Οι φροντιστές τους περιγράφουν παιδιά με ψυχαναγκαστικά χαρακτηριστικά, έντονο αρνητισμό και συχνές εκρήξεις θυμού. Τα επιμέρους χαρακτηριστικά μπορεί να εξηγούνται καλύτερα από την δεύτερη διάγνωσή που λαμβάνουν τα άτομα αυτά καθώς υπάρχει μεγάλος βαθμός συνοσηρότητας με άλλες αγχώδεις διαταραχές (κοινωνικό άγχος) (APA, 2013).

Ειδικές Φοβίες

Τα άτομα με ειδική φοβία χαρακτηρίζονται από τον υπερβολικό και παράλογο φόβο που πυροδοτείται από την όψη ενός φοβικού ερεθίσματος (π.χ., αίμα). Το συγκεκριμένο αντικείμενο ή κατάσταση δημιουργεί στα άτομα με την συγκεκριμένη διαταραχή έντονη ψυχική δυσφορία με σωματοποιημένη αντίδραση τις κρίσεις πανικού (Hooley et al., 2020).

Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους

Η διαταραχή κοινωνικού άγχους εμφανίζει αρκετά κοινά κλινικά σημεία με εκείνα της επιλεκτικής αλαλίας. Συγκεκριμένα τα άτομα με κοινωνικές φοβίες είναι ιδιαίτερα ντροπαλά με έντονη υποχωρητική στάση. Συνήθως είναι απόμακρα και μη δεκτικά στην συζήτηση. Η στάση σώματος τους είναι άκαμπτη ενώ η βλεμματική επαφή ελλιπής. Τέλος φυσική απόκριση της διαταραχής είναι η αίσθηση τρόμου ή ταχυκαρδίας και το κοκκίνισμα (APA, 2013).

Διαταραχή Πανικού

Όπως αποκαλύπτει η ονομασία της διαταραχής το κυρίαρχο κλινικό γνώρισμα της είναι οι κρίσεις πανικού. Παρόλα αυτά δεν είναι το μόνο. Τα άτομα με διαταραχή πανικού όπως αναφέρει και το DSM-IV αναφέρουν συχνά συναισθήματα άγχους τα οποία σχετίζονται κυρίως και την ψυχική και σωματική τους υγεία. Το έντονο άγχος, τους ακολουθεί και στις καθημερινές απαιτήσεις της ημέρας (δουλειά, σχολείο) κάνοντας τους τελικά μη λειτουργικούς και αφήνοντας τους στο τέλος της ημέρας με μία αίσθηση ανικανότητας (APA, 2013).

Αγοραφοβία

Στις ήπιες μορφές της διαταραχής η κλινική εικόνα θυμίζει εκείνη της κοινωνικής φοβίας. Στις πιο σοβαρές μορφές, τα άτομα αδυνατούν να εγκαταλείψουν το σπίτι τους έχοντας ως συνέπεια να μην μπορούν να εξυπηρετήσουν τις βασικές τους ανάγκες άμεσα και να γίνονται απαιτητικοί ή φορτικοί για τους φροντιστές τους. Η αποθάρρυνση που νιώθουν σε συνδυασμό με τα καταθλιπτικά συμπτώματα οδηγούν πολλά άτομα στην χρήση ουσιών ή αλκοόλ (APA, 2013).

Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή

Τα κλινικά χαρακτηριστικά της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής κυρίως απαντώνται σε σωματικό επίπεδο με έντονους μυϊκούς πόνους, εφίδρωση και αισθήματα ναυτίας. Οργανικά λόγω της αυτόνομης υπερδιέγερσης τα άτομα αναφέρουν συμπτώματα όπως έντονο καρδιακό ρυθμό, δύσπνοια και ζάλη. Τέλος άλλες καταστάσεις που φαίνεται να είναι επακόλουθο της Γ.Α.Δ. είναι το ευερέθιστο έντερο και οι πονοκέφαλοι (APA, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

3.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Οι πρώτες αναφορές για την ψυχική ασθένεια που ονομάζεται τώρα κατάθλιψη εντοπίστηκαν σε αρχαία κείμενα της Μεσοποταμίας δυο χιλιάδες χρόνια πριν την γέννηση του Χριστού. Παρόλο που τότε την ονόμαζαν «μελαγχολία», την απέδιδαν σε δαίμονες και θεραπευτές αυτής της ασθένειας ήταν ιερείς που την προσέγγιζαν με τεχνικές εξορκισμού (ξυλοδαρμούς, πείνα), αποτέλεσε σημείο ορόσημο για τον διαχωρισμό της ασθένειας από σωματική σε πνευματική.

Σε αντίθεση με τους πρώτους ανατολικούς πολιτισμούς οι Έλληνες και οι Ρωμαίοι γιατροί άρχισαν να διαφωνούν για τον αιτιώδη παράγοντα της κατάθλιψης που μέχρι τότε ήταν η δαιμονική κατοχή. Οι ίδιοι πίστευαν ότι πρόκειται για μια βιολογική ασθένεια που μέσω γυμναστικής, διατροφής και λουτρών θα αντιμετωπιζόταν (Porter, 2002).

Η επικρατέστερη προσέγγιση σχετικά με την κατάθλιψη για αρκετά χρόνια ήταν εκείνη του Ιπποκράτη. Ο οποίος απέδιδε τις ψυχικές ασθένειες σε μη ισορροπημένα υγρά του σώματος, αποκαλούμενα χυμούς. Οι χυμοί ήταν 4, η κίτρινη χολή, η μέλαινα χολή, το φλέγμα και το αίμα. Κατά τον Ιπποκράτη ο αιτιώδης χυμός για την κατάθλιψη ήταν η μέλαινα χολή που προερχόταν από τη σπλήνα και η θεραπευτική του αντιμετώπιση ήταν η αιματοχυσία, η γυμναστική και η σωστή διατροφή. Δεν άργησαν όμως οι θρησκευτικοί φανατισμοί ιδιαίτερα κατά την διάρκεια του Μεσαίωνα να επικαλύψουν τις τότε σύγχρονες ευρωπαϊκές επεξηγήσεις και η κατάθλιψη να αποδοθεί πάλι σε δαίμονες (Minois, 2010).

Για πολλά χρόνια έπειτα από τον Μεσαίωνα η ανθρωπότητα ήταν διχασμένη σχετικά με την κατάθλιψη, τα αίτια και την επικινδυνότητα των ατόμων που πάσχουν από αυτήν. Η πρώτη προσπάθεια προσέγγισης της νόσου με μια πιο ψυχοκοινωνική «ματιά» ήταν εκείνη του Robert Burton στην επιστημονική του μελέτη «Η Ανατομία της Μελαγχολίας» (1621). Σε αυτήν την μελέτη, ο Burton περιέγραψε την μελαγχολία ως αποτέλεσμα ψυχολογικών και κοινωνικών αιτιών (όπως η φτώχεια, η μοναξιά και ο φόβος). Η θεραπευτική αντιμετώπιση που πρότεινε ήταν παρόμοια με εκείνη του Ιπποκράτη και περιλάμβανε αιματοχυσία, διατροφή, μουσικοθεραπεία, άσκηση και αντιπερισπασμό (Alexander & Selesnick, 1966).

Κατά την διάρκεια του Διαφωτισμού αναπροσδιορίστηκαν πάλι οι αιτιώδεις παράγοντες της κατάθλιψης και θεωρήθηκε ότι αποτελεί μια κληρονομική αμετάβλητη

αδυναμία της ιδιοσυγκρασίας ενώ βασική ρίζα της ασθένειας είναι η εσωτερική σύγκρουση του ατόμου (Burton, 2011., Goldamn, 2020).

Άλμα εξέλιξης αποτέλεσε ο διαχωρισμός της κατάθλιψης και της σχιζοφρένειας από τον Γερμανό ψυχίατρο Emil Kraepelin το 1895. Την σκυτάλη διαδέχθηκε ο Sigmund Freud με ένα δοκίμιο που όριζε την μελαγχολία ως φυσικό αποτέλεσμα στην απώλεια, είτε στην πραγματική (θάνατος) είτε στην συμβολική (αποτυχία στην επίτευξη ενός στόχου). Υποστήριζε ότι στο άτομο λόγω της απώλειας προκαλούταν ασυνείδητος θυμός ο οποίος αποδυνάμωνε το Εγώ και οδηγούσε το άτομο σε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Ταυτόχρονα, ο ίδιος πρότεινε ως επίλυση για τις ασυνείδητες συγκρούσεις τη ψυχανάλυση, καθώς τότε ήταν η πιο δημοφιλής μαζί με την ψυχοδυναμική θεωρία για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης (Mondimore, 2006).

Με την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και την αύξηση των γνώσεων στην ανατομία του εγκεφάλου την δεκαετία του '50 έγινε η μεγάλη διάκριση της νόσου σε 2 υπότυπους. Ο πρώτος αφορά την «ενδογενή» κατάθλιψη, σύμφωνα με την οποία το άτομο παρουσίαζε τον εαυτό του ως υπαίτιο όλων των κακών που του συμβαίνουν και ο συναισθηματικός τους πόνος δεν επηρεάζεται κάπως από τις στάσεις του περιβάλλοντος του (οικογένεια, εργασία) και την «νευρωτική ή αντιδραστική» κατάθλιψη. Η «αντιδραστική» κατάθλιψη είναι εξ ολοκλήρου αποτέλεσμα του περιβάλλοντος του ατόμου. Δηλαδή μια σημαντική αλλαγή στην ζωή τους είναι ικανή να οδηγήσει τα άτομα ακόμα και σε απόπειρες αυτοκτονίας έτσι ώστε να δεχθούν την υποστήριξη των γύρω τους (Burton,2011).

Παράλληλα όμως η δεκαετία του '50 και συγκεκριμένα το 1952 ξεκίνησε από την ιατρική κοινότητα η αναζήτηση της φαρμακευτικής αντιμετώπισης της νόσου. Η ισονιαζίδη που εως τότε χρησιμοποιούνταν για την καταπολέμηση της φυματίωσης φάνηκε χρήσιμη και στην θεραπεία των ατόμων με κατάθλιψη. Έτσι η θεραπευτική προσέγγιση των ατόμων με ψυχικές νόσους περιελάμβανε φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπεία και συμπεριφορική-γνωσιακή σχολή σκέψης.

Καταληκτικά ο φόβος που προκαλούταν από την αγνωσία σιγά σιγά εξαλειφόταν, η κατανόηση της πολυπαραγοντικής φύσης της κατάθλιψης γινόταν όλο και πιο διαδεδομένη και η θεραπεία όλο και πιο σύγχρονη και επωφελής για τους πάσχοντες.

3.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Ο όρος κατάθλιψη «κρύβει» ένα φάσμα καταθλιπτικών διαταραχών που και εκείνες με την σειρά τους ανήκουν σε μία μεγαλύτερη κατηγορία ονόματι Διαταραχές Διάθεσης. Διάθεση σύμφωνα με τον Getzfeld (2009) ορίζεται ως «...η γενική συναισθηματική κατάσταση κάποιου στην διάρκεια μιας χρονικής περιόδου». Παρόλο που είναι φυσιολογικό να υπάρχουν διακυμάνσεις στην διάθεση του ανθρώπου, οι έντονες, συχνές και μεγάλης διάρκειας εναλλαγές προοικονομούν την διάγνωση των διαταραχών Διάθεσης (Getzfeld, 2009).

Άλλη μία έννοια που είναι σημαντικό να οριστεί είναι εκείνη του συναισθήματος. Το συναίσθημα σύμφωνα με τον Μπαμπινιώτη ορίζεται ως η ψυχική κατάσταση, ευχάριστη ή δυσάρεστη που συνδέεται με τα αισθήματα ή τις σκέψεις. Συνήθως, ο καθρέφτης του συναισθήματος του ανθρώπου είναι το πρόσωπο και τα μάτια. Οι περισσότεροι άνθρωποι που πάσχουν από κατάθλιψη εμφανίζουν επιπεδωμένο συναίσθημα, έντονη απουσία ευχαρίστησης από την ζωή τους και ένα μόνιμο αίσθημα θλίψης (Getzfeld, 2009).

Σύμφωνα με το DSM-5, το κοινό προσδιοριστικό γνώρισμα των Καταθλιπτικών Διαταραχών είναι η παρουσία ευερέθιστης ή έντονα μελαγχολικής- θλιβερής διάθεσης που συνοδεύεται από μεταβολές σε σωματικό και γνωστικό επίπεδο επηρεάζοντας έτσι σε σημαντικά τη λειτουργικότητα του ατόμου. Το διαφοροποιητικό τους στοιχείο είναι η συχνότητα εμφάνισης της συμπτωματολογίας και η εικαζόμενη αιτιολογία. Βάσει των παραπάνω οι καταθλιπτικές διαταραχές περιλαμβάνουν (APA, 2013):

1. «Διαταραχή Απορρύθμισης της διάθεσης»
2. «Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή»
3. «Εμμένουσα Καταθλιπτική Διαταραχή».

Επιπλέον στις καταθλιπτικές διαταραχές συμπεριλαμβάνονται και οι παρακάτω:

4. «Καταθλιπτική Διαταραχή που προκαλείται από ουσίες ή φάρμακα»
5. «Καταθλιπτική Διαταραχή λόγω ιατρική κατάσταση»
6. «Καταθλιπτική Διαταραχή που ορίζεται διαφορετικά»
7. «Απροσδιόριστη Καταθλιπτική Διαταραχή».

Σύμφωνα με τον Freud, η κατάθλιψη συσχετίζεται με την ανάπτυξη του Υπερεγώ και την κατευθυνόμενη επιθετικότητα προς τον ίδιο του εαυτό. Σύμφωνα με αυτό θεωρούσε ότι δεν επηρέαζε τον παιδικό πληθυσμό αφού ακόμα το Υπερεγώ δεν έχει αναπτυχθεί σε αυτές τις ηλικίες. Έντονες διαφωνίες υπήρξαν ανά τα χρόνια για τον εάν

όντως η κατάθλιψη θα μπορούσε να ασκήσει επιρροή στα παιδιά και στους εφήβους. Η επικρατέστερη γνώμη του 1960 ήταν ο όρος Συγκεκρικαλυμμένη Κατάθλιψη, κατά την οποία η κατάθλιψη επηρεάζει τόσο τα παιδιά όσο και τους εφήβους με εμφανείς διαφορές των συμπτωμάτων εκδήλωσης από εκείνων των ενηλίκων. Παρόλο που υπήρξε πρωτοποριακή, αναγνωρίζοντας και την παιδική κατάθλιψη παρουσίαζε ένα σημαντικό αρνητικό. Δεν αναγνώριζε την έντονη συννοσηρότητα που εμφανίζει η συγκεκριμένη διαταραχή. Δηλαδή η παραβατικότητα και η εκδραμάτιση τότε μεταφραζόταν ως σύμπτωμα της καταθλιπτικής διαταραχής και όχι ενδεχομένως ως διαταραχή διαγωγής (Wilmshurst, 2017).

Η κατάθλιψη καθιστά μία από τις συχνότερες διαταραχές ψυχικής υγείας, εκτιμώμενη από ειδικούς να επηρεάζει 121 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως. Το ποσοστό ατόμων που θα εμφανίσουν τουλάχιστον μια φορά στην ζωή τους κάποια καταθλιπτική διαταραχή κυμαίνεται μεταξύ 8-12% (Kessler, 2003) ενώ ο γυναικείος πληθυσμός εμφανίζει διπλάσιο ποσοστό εμφάνισης από τους άνδρες. Καταληκτικά το 90% των ατόμων που έχουν εμφανίσει παρελθοντικά 3 ή περισσότερα καταθλιπτικά επεισόδια υποτροπιάζει εμφανίζοντας ακόμα ένα (Σίμος, 2010).

3.3 ΤΥΠΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Σύμφωνα με την τελευταία έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών στο φάσμα των διαταραχών κατάθλιψης συμπεριλαμβάνονται οι παρακάτω διαταραχές (APA, 2013):

Διαταραχή Απορρύθμισης της Διάθεσης (F34.8)

Η Διαταραχή Απορρύθμισης της Διάθεσης συνιστά μία καινούργια διαγνωστική κατηγορία καθώς δημιουργήθηκε με σκοπό την διαφοροποίηση των παιδιών με έντονη ευερεθιστότητα και εκείνων με διπολική διαταραχή. Κυριότερο γνώρισμα της αποτελεί η επίμονη και εμμένουσα στον χρόνο ευερεθιστότητα, η οποία πιθανολογείται να είναι αποτέλεσμα της απογοήτευσης του ατόμου. Τα ξεσπάσματα θυμού διακρίνονται σε δύο κατηγορίες, τα λεκτικά ξεσπάσματα και τα συμπεριφορικά τα οποία οδηγούν πολλές φορές το άτομο με την διαταραχή να γίνεται βίαιο τόσο ως προς τον εαυτό του όσο και

στους άλλους. Βασική παράμετρος για να δοθεί η διάγνωση είναι η εμφάνιση των ξεσπασμάτων τουλάχιστον 3 φορές την εβδομάδα για ένα έτος. Η ευερέθιστη συμπεριφορά πρέπει να είναι το βασικό χαρακτηριστικό του ατόμου με την διάγνωση και να γίνεται αντιληπτό από τους γύρω του σε οποιοδήποτε περιβάλλον εκείνο βρίσκεται (πχ, σχολείο, δουλειά) (APA, 2013).

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή (F33.x)

Ο διαγνωστικός κώδικας της Μείζων καταθλιπτικής διαταραχής ποικίλλει καθώς εξαρτάται στο εάν πρόκειται (APA, 2013). :

1. Μεμονωμένο ή επαναλαμβανόμενο επεισόδιο
2. Σοβαρότητα της διαταραχής
3. Παρουσία συνοδών ψυχωτικών χαρακτηριστικών
4. Την εικόνα ύφεσης του ατόμου

Σύμφωνα με το DSM-5, τα διαγνωστικά κριτήρια διαφέρουν μεταξύ ενήλικου και παιδικού πληθυσμού. Συγκεκριμένα για τους ενήλικες είναι απαραίτητο το άτομο να εκδηλώνει «Διάχυτη Καταθλιπτική Διάθεση» και απώλεια ενδιαφέροντος για τουλάχιστον 2 εβδομάδες ενώ για τον παιδιατρικό πληθυσμό αρκεί η έντονη και διάχυτη ευερεθιστότητα (Wilmshurst, 2017). Κοινό χαρακτηριστικό των ενηλίκων με την συγκεκριμένη διαταραχή είναι οι αυξομειώσεις βάρους και η αυπνία, ενώ σε γνωστικό επίπεδο η δυσκολία συγκέντρωσης και ο αυτοκτονικός ιδεασμός. Ανεξαρτήτως ηλικίας η διαταραχή έχει σημαντικές επιπτώσεις στη ψυχοκίνηση του ατόμου προκαλώντας την αίσθηση της αδυναμίας/ κόπωσης (APA, 2013).

Εμμένουσα Καταθλιπτική Διαταραχή (F34.1)

Κύριο χαρακτηριστικό της Εμμένουσας Καταθλιπτικής Διαταραχής είναι η ανηδονία η οποία διαρκεί το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, για περισσότερες μέρες του χρόνου για τους ενήλικες σε συνεχή διάρκεια 2 ετών και για τα παιδιά 1 χρόνο. Συνήθως η Εμμένουσα Καταθλιπτική Διαταραχή είναι «φυσική εξέλιξη» της μείζονας κατάθλιψης. Συγκεκριμένα όταν τα συμπτώματα της μείζονας καταθλιπτικής διαταραχής διαρκούν 2 συνεχή χρόνια η διάγνωση θα πρέπει αν αλλάξει σε εμμένουσα. Τα κοινά χαρακτηριστικά της διαταραχής που παρατηρούνται στα άτομα που τα προσβάλλει είναι η έντονη καταθλιπτική συμπεριφορά που δείχνει επιμονή στο

χρόνο και η μείωση της λειτουργικότητάς του ατόμου, που έχει αντίκτυπο και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις (APA,2013 & Wilmshurst, 2017).

Καταθλιπτική Διαταραχή που προκαλείται από ουσίες ή φάρμακα

Στην κλινική εικόνα ενός ασθενούς με την συγκεκριμένη διαταραχή κυριαρχούν τα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την διάρκεια ή αμέσως μετά από την α) επήρεια μιας ουσίας / φαρμάκου β) την απόσυρση της/του. Σημαντικό είναι η διαταραχή να μην εξηγείται καλύτερα από μία άλλη καταθλιπτική διαταραχή που δεν προκαλείται από ουσίες ή φάρμακα. Τα συμπτώματα δεν πρέπει να προηγούνται από την έναρξη της ουσίας. Ενδεικτικά, οι ουσίες που συμπεριλαμβάνονται στην παραπάνω κατηγορία είναι:

- Αλκοόλ F10.94
- Φαινκυκλιδίνη (ή άλλο παραισθησιογόνο εισπνεόμενο) F16.94
- Οπιοειδές F11.94
- Ηρεμιστικό , υπνωτικό ή αγχολυτικό F13.94
- Αμφεταμίνη ή άλλο διεγερτικό F15.94
- Κοκαΐνη F14.94
- Άλλη ουσία F19.94

Καταθλιπτική Διαταραχή που ορίζεται διαφορετικά

Η συγκεκριμένη διάγνωση δίνεται όταν ένα άτομο παρουσιάζει κυρίαρχα συμπτώματα μίας καταθλιπτικής διαταραχής, που του προκαλεί έκπτωση σε σημαντικούς τομείς της ζωής του (κοινωνικοί, επαγγελματικούς, προσωπικούς), χωρίς όμως να πληροί τα πλήρη κριτήρια κάποιας συγκεκριμένης διαγνωστικής κατηγορίας ώστε να δοθεί η αντίστοιχη διάγνωση. Όταν ο εκάστοτε γιατρός επιθυμεί να κοινοποιήσει τους ακριβείς λόγους που τα συμπτώματα του ασθενούς δεν συμπίπτουν απόλυτα με τα διαγνωστικά κριτήρια μίας διαταραχής δίνεται η διάγνωση «Καταθλιπτική διαταραχή που ορίζεται διαφορετικά» ακολουθούμενη από τον λόγο που δεν τα πληροί επ' ακριβώς. (APA, 2013)

Μη Προσδιορισμένη Καταθλιπτική Διαταραχή

Η συγκεκριμένη κατηγορία περιγράφει όλα εκείνα τα κλινικά περιστατικά που εμφανίζουν στοιχεία κάποιας καταθλιπτικής διαταραχής χωρίς όμως απόλυτη ταύτιση με σκοπό ο κλινικός να μπορεί να δώσει ακριβή διάγνωση. Παρόλα αυτά όπως, άλλωστε όλες οι διαταραχές της συγκεκριμένης κατηγορίας, επιφέρουν σημαντική λειτουργική έκπτωση στο άτομο που «προσβάλλει». Ο συγκεκριμένος ορισμός δίνεται από τον εκάστοτε γιατρό όταν δεν μπορεί να επικοινωνήσει τους ακριβείς λόγους που τα συμπτώματα του ασθενούς δεν συμπίπτουν απόλυτα με τα διαγνωστικά κριτήρια μίας διαταραχής. (APA, 2013)

Καταθλιπτική Διαταραχή λόγω άλλης ιατρικής κατάστασης

Σύμφωνα με το DSM-IV η παραπάνω διάγνωση δίνεται όταν η κατάθλιψη, αποτελεί σύμπτωμα μιας άλλης ιατρικής πάθησης. Τα συμπτώματα της διαταραχής δεν εμφανίζονται κατά την διάρκεια ενός παραληρήματος. Για να καταλήξει ο κλινικός να δώσει την συγκεκριμένη διάγνωση πρέπει να αποδεικνύει το ιστορικό του ασθενούς, η φυσική εξέταση καθώς και οι εργαστηριακές, την παρουσία κάποιας ιατρικής νόσου. Η παρουσία της νόσου πρέπει να προηγείται από την εμφάνιση κατάθλιψης. Καταληκτικά, βάσει δεδομένων/συμπτωμάτων πρέπει να γίνει αποκλεισμός για οποιαδήποτε άλλη ψυχική νόσου που ενδεχομένως να τα εξηγεί καλύτερα (APA, 2013).

3.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Ο επιπολασμός της κατάθλιψης που καταγράφεται παγκοσμίως ποικίλλει ανάλογα με τον πληθυσμό που εξετάζεται στην εκάστοτε έρευνα, τα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται και την ηλικία του πληθυσμιακού δείγματος (Wilmshurst, 2017). Οι διαταραχές της διάθεσης σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας WHO (2004), είναι ο δεύτερος κατά σειρά τύπος διαταραχής με τον μεγαλύτερο επιπολασμό. Την πρώτη θέση όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα στην παρούσα πτυχιακή ανήκει στις διαταραχές άγχους. Συγκεκριμένα τα ποσοστά των καταθλιπτικών διαταραχών αγγίζουν το 1%-10% του πληθυσμού.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον αποτελεί το εύρημα μίας συγκεκριμένης επιδημιολογικής μελέτης το οποίο αποκαλύπτει την αντιστρόφως ανάλογη σχέση της κατάθλιψης με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, δηλαδή υψηλότερα ποσοστά της διαταραχής απαντώνται, συνήθως, σε χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες (Kessler, Chiu et al., 2015, Monroe et al., 2009).

Διαταραχή Απορρύθμισης της Διάθεσης (F34.8)

Η συγκεκριμένη διαταραχή είναι συχνότερη σε παιδιά και ιδιαίτερα σε αυτά που βρίσκονται ήδη σε δομές ψυχικής υγείας (APA, 2013). Τα δεδομένα παρόλα αυτά δεν είναι σαφή. Βάσει των δεδομένων του DSM-5 εκτιμάται ότι το ποσοστό εμφάνισης της εκδήλωσης σοβαρής και χρόνιας ευερεθιστότητας κυμαίνεται μεταξύ 2-5% σε παιδιά σχολικής ηλικίας. Σύμφωνα με την Wilmshurst (2017), το 21% των νηπίων παρουσιάζει αρνητική διάθεση, ενώ το 81% εκδήλωνε σημαντικό βαθμού εκρήξεις θυμού. Παρόλα αυτά μόνο το 3,3% πληροί τα κριτήρια της «Διαταραχής Απορρύθμισης της Διάθεσης».

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή (F33x)

Ο ετήσιος επιπολασμός της μείζονας καταθλιπτικής διαταραχής στις ΗΠΑ σύμφωνα με την 5^η έκδοση του DSM, αγγίζει το 7%. Μάλιστα, οι πιθανότητες να εμφανίσει ένας νέος της ηλικίας 18-29 είναι 3 φορές υψηλότερες από έναν άνθρωπο που ανήκει στην 3^η ηλικία. Επιπλέον οι γυναίκες εμφανίζουν σχεδόν τριπλάσια πιθανότητα εμφάνισης της νόσου σε σύγκριση με τους άνδρες (APA, 2013).

Εμμένουσα Καταθλιπτική Διαταραχή (F34.1)

Η Εμμένουσα Καταθλιπτική Διαταραχή ή αλλιώς Δυσθυμία αποτελεί μία όχι τόσο συχνή διαταραχή της διάθεσης αφού βάση των επιδημιολογικών δεδομένων του DSM-5 αγγίζει μόνο το 0,5% του πληθυσμού. Έχει συχνά πρόωμη έναρξη και διατηρεί μία χρόνια πορεία.

Κατάθλιψη προκαλούμενη από ουσίες ή φάρμακα

Τα δεδομένα του γενικού πληθυσμού, σύμφωνα με το DSM-5, υποδηλώνουν ότι συνιστά μια σπάνια διαταραχή με ετήσιο επιπολασμό 0,26%. Ωστόσο αναγράφεται ότι στους κλινικούς πληθυσμούς το ποσοστό ίσως να εμφανίζει αύξηση.

3.5 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Πηγή για όλα τα αναγραφόμενα διαγνωστικά κριτήρια αποτελεί η τελευταία έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (APA, 2013).

Διαταραχή Απορρύθμισης (F34.8)

A	Σοβαρές εκρήξεις θυμού που εκφράζονται είτε λεκτικά ή/ και συμπεριφορικά, δυσανάλογες στην ένταση και στην διάρκεια σε σχέση με τον αιτιώδη παράγοντα.
B	Οι εκρήξεις θυμού δεν συμβαδίζουν με το επίπεδο ανάπτυξης του ατόμου .
Γ	Οι εκρήξεις θυμού επαναλαμβάνονται συνήθως 3 περισσότερες φορές μέσα στην εβδομάδα.
Δ	Στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας η διάθεση των ατόμων με την διαταραχή είναι ευερέθιστη (ανεξάρτητα από τις κρίσεις).
E	Τα συμπτώματα (Α-Δ) έχουν παρουσιαστεί για τουλάχιστον 12 μήνες
ΣΤ	Τα συμπτώματα (Α-Δ) έχουν παρουσιαστεί σε τουλάχιστον 2 από τα 3 βασικά περιβάλλοντα του ατόμου. Σοβαρά είναι σε τουλάχιστον ένα από αυτά.
Z	Η διάγνωση πρέπει να δίνεται μετά την ηλικία των 6 ετών αλλά πριν τα 18 έτη.
H	Η ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων (Α-Ε) είναι πριν την ηλικία των 10 ετών.
Θ	Τα συμπτώματα που περιεγράφηκαν δεν παρουσιάζονται αποκλειστικά κατά την διάρκεια ενός επεισοδίου μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής.
I	Τα συμπτώματα που περιεγράφηκαν δεν εξηγούνται καλύτερα από κάποια άλλη ψυχιατρική διαταραχή.
K	Τα συμπτώματα δεν αποτελούν προϊόν κάποιας ουσίας ή άλλης ιατρικής/ νευρολογικής κατάστασης.

Μείζων Καταθλιπτική διαταραχή (F33x)

A	<p>Πέντε ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα εμφανίστηκαν το ίδιο χρονικό διάστημα των 2 εβδομάδων. Τουλάχιστον ένα πρέπει να είναι η καταθλιπτική διάθεση ή /και η απώλεια ενδιαφέροντος- ανηδονία.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Καθημερινή καταθλιπτική διάθεση η οποία γίνεται αντιληπτή είτε από τους γύρω του είτε από τον ίδιο.2. Σημαντικά μειωμένα ενδιαφέροντα τα οποία θα μπορούσαν αν προκαλέσουν κάποιου είδους ευχαρίστηση.3. Αυξομειώσεις βάρους (αλλαγές άνω του 5% του σωματικού βάρους σε διάρκεια ενός μήνα).4. Αϋπνία ή υπερυπνία5. Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, η οποία γίνεται αντιληπτή από τους άλλους.6. Αίσθημα κούρασης7. Αίσθημα ενοχής και αναξιότητας.8. Δυσκολία εστίασης της προσοχής ή συγκέντρωσης.9. Επανειλημμένες σκέψεις θανάτου.
B	<p>Η συμπτωματολογία επιφέρει κλινικά σοβαρές αρνητικές επιδράσεις στο άτομο σε κοινωνικούς και επαγγελματικούς τομείς της ζωής του.</p>
Γ	<p>Τα συμπτώματα δεν μπορούν να αποδοθούν στην επίδραση κάποιας ουσίας ή σε άλλη ιατρική κατάσταση.</p>
Δ	<p>Η εμφάνιση ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου δεν εξηγείται καλύτερα από άλλη ψυχιατρική διαταραχή.</p>
E	<p>Δεν υπήρξε ποτέ μανιακό ή υπομανιακό επεισόδιο.</p>

Εμμένουσα Καταθλιπτική Διαταραχή (F34.1)

A	<p>Καταθλιπτική διάθεση για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας και για τις περισσότερες ημέρες του χρονικού πλαισίου των 2 χρόνων (στα παιδιά και στους εφήβους αρκεί ο ένας χρόνος).</p>
B	<p>Ενώ υπάρχει κατάθλιψη πρέπει να εμφανίζεται τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα:</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Αφαγία ή υπερφαγία 2. Αυπνία ή υπερυπνία 3. Χαμηλή ενέργεια και αίσθημα κόπωσης 4. Χαμηλή αυτοεκτίμηση 5. Έντονη δυσκολία συγκέντρωσης 6. Αισθήματα απελπισίας
Γ	Κατά την διάρκεια των 2 ετών, το άτομο δεν παρέμεινε χωρίς την εμφάνιση των συμπτωμάτων (Α-Β) για περισσότερους από δύο μήνες.
Δ	Δεν υπήρξε ποτέ μανιακό ή υπομανιακό επεισόδιο
Ε	Τα συμπτώματα δεν μπορούν να αποδοθούν στην επίδραση κάποιας ουσίας ή σε άλλη ιατρική κατάσταση.
ΣΤ	Τα συμπτώματα επιφέρουν κλινικά σημαντική έκπτωση του ατόμου σε κοινωνικούς και επαγγελματικούς τομείς της ζωής του.
Ζ	Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα από άλλη ψυχιατρική διαταραχή.

Καταθλιπτική Διαταραχή που προκαλείται από Ουσίες ή φάρμακα

Α	Έντονα καταθλιπτική διάθεση.
Β	Η καταθλιπτική διάθεση αναπτύχθηκε κατά την διάρκεια της πρόσληψης της ουσίας /του φαρμάκου ή της απόσυρσής της/του.
Γ	Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα από κάποια άλλη διαταραχή του συναισθήματος.
Δ	Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά την πορεία ενός παραληρήματος.
Ε	Τα συμπτώματα της διαταραχής επιφέρουν κλινικά σημαντική έκπτωση του ατόμου σε κοινωνικούς και επαγγελματικούς τομείς της ζωής του.

3.6 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Σε αντίθεση με την αιτιολογία των διαταραχών άγχους που αναλύθηκε σε κάθε μια υποκατηγορία ξεχωριστά, στις διαταραχές του συναισθήματος λόγω των κοινών αιτιολογικών παραγόντων, η διαφοροποίηση θα είναι ως προς τον αιτιολογικό παράγοντα και όχι ως προς το είδος της διαταραχής.

Η Wilmshurst (2017) τονίζει ότι η «Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή», η «Εμμένουσα Καταθλιπτική Διαταραχή» και η «Διαταραχή Απορρύθμισης» οφείλονται σε γενετικούς καθώς και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Συγκεκριμένα, οι αιτιολογικοί παράγοντες που θα αναλυθούν είναι:

- Γενετικοί και βιοχημικοί παράγοντες
- Γνωσιακοί - συμπεριφορικοί παράγοντες
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες
- Γενετικοί και βιοχημικοί παράγοντες

Σχετικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί έχουν αποδείξει την συσχέτιση της κατάθλιψης και της κληρονομικότητας. Παιδιά, έφηβοι και ενήλικες με οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης έχουν 20-45% πιθανότητα να κληρονομήσουν την διαταραχή, με τα ποσοστά να έχουν αυξητική πορεία όταν πρόκειται για συγγενείς πρώτου βαθμού (Rutter, Silberg, O'Connor & Simonoff, 1999).

Επιπλέον, το γονίδιο 5-HTT ευθύνεται για την μεταφορά του νευροδιαβιβαστή της σεροτονίνης, παρόλο που μέχρι το 2001 πίστευαν οι ερευνητές ότι η κατάθλιψη προκαλείται από τα χαμηλά επίπεδα των νευροβιβαστών σεροτονίνη και νορεπινεφρίνη, η μελέτη των Thase Jindal & Howland (2002) απέδειξε ότι η κατάθλιψη στην πραγματικότητα συσχετίζεται με πιο περίπλοκα νευροχημικά φαινόμενα, τα οποία διαταράσσουν την ισορροπία των νευροδιαβιβαστών.

Τέλος άλλη μια ενδιαφέρουσα διαφορά μεταξύ παιδιών και ενηλίκων που πάσχουν από κατάθλιψη είναι ότι τα παιδιά νηπιακής ηλικίας με ανηδονικό τύπο κατάθλιψης παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά κορτιζόλης. Η κορτιζόνη αποτελεί μία ορμόνη η οποία συσχετίζεται με το στρες. Σε αντίθεση με τα παιδιά, οι ενήλικες που πάσχουν από κατάθλιψη παρουσιάζουν μια νευροενδοκρινική ανισορροπία της ορμόνης (Luby et al., 2002).

Γνωσιακό – Συμπεριφορικό Μοντέλο

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό τα καταθλιπτικά άτομα εμφανίζουν ένα κοινό συμπεριφορικό μοντέλο το οποίο χαρακτηρίζεται από αρνητική σκέψη. Ο Beck (1997) αναφέρει ότι πρόκειται για ένα δυσπροσαρμοστικό τρόπο επεξεργασίας των πληροφοριών ο οποίος καταλήγει και σε αρνητική εκτίμηση της κατάστασης. Η αρνητική σκέψη αποτελεί την πηγή της αποκαλούμενης αρνητικής τριάδας που αποτελείται από τα αισθήματα απελπισίας, αδυναμίας και αναξιότητας που βιώνει ένα άτομο σε προσωπικό επίπεδο σε συνάρτηση με τις εμπειρίες της ζωής του (Beck, 1997).

Περιβαλλοντικοί Παράγοντες

Σύμφωνα με τους Sheeber, Hops, & Davins, (2001) υπάρχουν κάποια οικογενειακά μοντέλα τα οποία αυξάνουν την ευαλωτότητα των εφήβων στην κατάθλιψη. Συγκεκριμένα κάποια από αυτά είναι :

- A) οικογενειακό κλίμα με έντονο άγχος και χαμηλή υποστήριξη.
- B) αρνητική ενίσχυση της οικογένειας προς τον έφηβο.
- Γ) αρνητική σκέψη των γονιών που γίνεται αυτοεκπληρούμενη προφητεία για το παιδί αφού ο τρόπος σκέψης του, έχει διαμορφωθεί να ακολουθεί αυτό το μοτίβο .
- Δ) αδυναμία της οικογένειας να θωρακίσει το παιδί με προσαρμοστικές δεξιότητες με στόχο να καταφέρει να αντιμετωπίσει δυσμενείς καταστάσεις.

3.7 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κλινική εικόνα των 3 βασικών διαταραχών του συναισθήματος θα αναλυθούν ξεχωριστά στο παρόν κεφάλαιο. Πηγή των πληροφοριών αποτελεί η 5^η έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών.

Διαταραχή Απορρύθμισης (F34.8)

Το κλινικό προφίλ των ατόμων με Διαταραχή Απορρύθμισης είναι η έντονη ευερεθιστότητα. Η ευερεθιστότητα μπορεί να χωριστεί σε δυο εξέχουσες κλινικές εκδηλώσεις, την πρώτη που είναι οι εκρήξεις θυμού, οι οποίες ενδεχομένως να είναι αποτέλεσμα της έντονης απογοήτευσης που αισθάνεται το άτομο την δεδομένη περίοδο της ζωής του και δεύτερον η μόνιμα θυμωμένη διάθεση μεταξύ των εκρήξεων θυμού.

Ειδικότερα, η θυμωμένη διάθεση πρέπει να παρουσιάζεται στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας και να γίνεται αντιληπτή από τους άλλους σε όλα τα περιβάλλοντα του ατόμου (πχ, σχολείο, δουλειά, σπίτι) (APA, 2013).

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή (F33x)

Η κλινική εικόνα των ατόμων με διάγνωση Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής χαρακτηρίζεται κυρίως από την καταθλιπτική διάθεση. Τα συνοδά προβλήματα που αναφέρουν τα άτομα με την συγκεκριμένη διαταραχή αποτελούν ελλείμματα που σχετίζονται με τον ύπνο ή με την σίτιση, έντονη κόπωση και δυσκολία συγκέντρωσης. Επίσης δεν είναι σπάνιο άτομα με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή να παρουσιάζουν ψυχοσωματικά προβλήματα, όπως πόνοι στο στήθος ή αίσθημα μουδιάσματος σε κάποιο άκρο. Οι φροντιστές τους ή άνθρωποι του περιβάλλοντός τους συχνά περιγράφουν ένα ανηδονικό άτομο με μειωμένα ενδιαφέροντα και έντονα μοναχική διάθεση. Σημαντικό να τονιστεί ότι τα παιδιά σε συνδυασμό με τους εφήβους έχουν διαφορετική κλινική εικόνα συγκριτικά με τους ενήλικες, καθώς η διάθεση που αναπτύσσεται στα παιδιά που πάσχουν από την συγκεκριμένη διαταραχή πολλές φορές χαρακτηρίζεται ως ευερέθιστη και όχι ως καταθλιπτική. Τέλος, το μελανό σημείο της συγκεκριμένης διαταραχής είναι οι σκέψεις θανάτου οι οποίες μπορεί να παραμείνουν παθητικές στο μυαλό του ασθενή (επιθυμία να μην ξυπνήσει την επόμενη ημέρα) ή και ενεργητικές (προμελετημένη απόπειρα) (APA, 2013).

Εμμένουσα Καταθλιπτική Διαταραχή (F34.1)

Συνήθως η Εμμένουσα Καταθλιπτική Διαταραχή αποτελεί μια ενοποίηση της μείζονας και της διαταραχής απορρύθμισης. Την κλινική εικόνα την χαρακτηρίζει η έντονα καταθλιπτική διάθεση και η έλλειψη ευχαρίστησης. Μάλιστα, τα άτομα περιγράφουν τον εαυτό τους ως συνεχώς θλιμμένο με έντονα επικριτικές σκέψεις προς τους ίδιους και με δυσκολίες σίτισης και προσοχής (APA, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

4.1 ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η ΔΕΠ-Υ καθιστά μια διαταραχή νευροαναπτυξιακής βάσης που επιδρά σημαντικά στη λειτουργία του ατόμου στην καθημερινή του ζωή. Στο πλαίσιο της μελέτης αυτής, θα εξεταστεί η σύνδεση της ΔΕΠΥ με τις αγχώδεις διαταραχές σε διάφορες φάσεις της ζωής, δηλαδή στην παιδική, εφηβική και ενήλικη ζωή. Η κατανόηση αυτής της σύνδεσης είναι καθοριστική για την ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων και θεραπειών που θα μπορούσαν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ατόμων που διαγιγνώσκονται από αυτές τις διαταραχές (D'Agati, et al., 2019).

Η ΔΕΠ-Υ συνδέεται συχνά με αγχώδεις διαταραχές, με τα δύο αυτά ζητήματα να εμφανίζονται συννοσηρά σε πολλές περιπτώσεις. Οι αγχώδεις διαταραχές ενσωματώνουν διάφορες μορφές, όπως «Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή», «Διαταραχή Πανικού», «Κοινωνική Αγχώδη Διαταραχή» και «Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες». Τα άτομα με ΔΕΠΥ εμφανίζουν την τάση να παρουσιάζουν αυξημένο άγχος συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό, κάτι που ενδέχεται να οφείλεται σε μια σειρά παραγόντων, όπως οι δυσκολίες στην οργάνωση, η αδυναμία εστίασης και η υπερκινητικότητα (D'Agati, Curatolo, & Mazzone, 2019).

Στην παιδική ηλικία, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά εμφανίζουν συμπτωματολογία με κύριο χαρακτηριστικό το άγχος. Τα παιδιά αυτά μπορεί να δυσκολεύονται να ανταποκριθούν στα καθήκοντα και στις απαιτήσεις του σχολείου, κάτι που ενδέχεται να τους προκαλέσει άγχος και ανασφάλεια. Η αδυναμία τους να εστιάσουν και να οργανωθούν οδηγεί σε χαμηλή σχολική επίδοση και σε αρνητική αυτοεικόνα. Επιπλέον, η υπερκινητικότητα μπορεί να προκαλέσει κοινωνικές δυσκολίες, καθώς τα παιδιά αυτά μπορεί να παρουσιάζουν δυσκολία να ακολουθήσουν κοινωνικούς κανόνες και να δημιουργήσουν σταθερές φιλίες. Αυτές οι κοινωνικές δυσκολίες μπορούν επίσης να ενισχύσουν το άγχος τους, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο μεταξύ ΔΕΠ-Υ και άγχους (Koyuncu, Ayan, Ince-Guliyev, Erbilgin, & Deveci, 2022).

Η εφηβική ηλικία είναι μια περίοδος σημαντικών αλλαγών και προκλήσεων, και για τους εφήβους με ΔΕΠ-Υ, αυτές οι προκλήσεις κρίνονται ακόμα πιο έντονες. Οι ακαδημαϊκές απαιτήσεις αυξάνονται, ενώ οι κοινωνικές σχέσεις γίνονται πιο πολύπλοκες. Οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ συχνά παλεύουν με τη διαχείριση του χρόνου, τη

συμμόρφωση με τις σχολικές απαιτήσεις και τη διατήρηση κοινωνικών σχέσεων. Οι αποτυχίες σε ακαδημαϊκό επίπεδο και οι δυσκολίες στις σχέσεις εντείνουν το άγχος, οδηγώντας σε υψηλότερα επίπεδα αγχώδους διαταραχής σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα. Η κοινωνική πίεση και οι προσδοκίες από τους γονείς και τους δασκάλους μπορούν επίσης να εντείνουν το άγχος, εντείνοντας τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ (Koyuncu, Ayan, İnce-Guliyev, Erbilgin, & Deveci, 2022).

Στην ενήλικη ζωή, οι άνθρωποι με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν νέες προκλήσεις σχετικές με την εργασία, τις οικογενειακές ευθύνες και τις κοινωνικές σχέσεις. Οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ ενδέχεται να παρουσιάσουν δυσκολίες ώστε να οργανώσουν τις επαγγελματικές τους υποχρεώσεις, να ανταποκριθούν στις προθεσμίες και να διατηρήσουν σταθερές επαγγελματικές και προσωπικές σχέσεις. Το άγχος που προκύπτει από αυτές τις δυσκολίες μπορεί να είναι ιδιαίτερα έντονο, σημειώνοντας σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στην επαγγελματική τους πορεία καθώς και στην προσωπική τους ζωή. Οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ μπορεί να αισθάνονται διαρκώς υπερφορτωμένοι και να εμφανίζουν δυσκολία στην ανταπόκριση στις απαιτήσεις της καθημερινότητας, κάτι που μπορεί να επιφέρει υψηλά επίπεδα άγχους και αγχώδεις διαταραχές (Schatz & Rostain, 2006).

Η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με τις αγχώδεις διαταραχές ενδέχεται να είναι αποτέλεσμα βιολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι δύο διαταραχές μπορεί να μοιράζονται κοινές νευροβιολογικές βάσεις, όπως ανισορροπίες στη ντοπαμίνη και τη νορεπινεφρίνη, οι οποίες παίζουν καθοριστικό ρόλο στη ρύθμιση της προσοχής και της διάθεσης. Επιπλέον, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως το στρες στην οικογένεια, η σχολική αποτυχία και οι αρνητικές κοινωνικές εμπειρίες, μπορούν να εντείνουν τα συμπτώματα και των δύο διαταραχών, οδηγώντας σε έναν φαύλο κύκλο συννοσηρότητας (Schatz & Rostain, 2006).

Η αντιμετώπιση της συννοσηρότητας της ΔΕΠ-Υ και των αγχωδών διαταραχών απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση. Η θεραπεία πρέπει να περιλαμβάνει τόσο φαρμακευτικές όσο και ψυχολογικές παρεμβάσεις. Τα φάρμακα για τη ΔΕΠ-Υ, όπως οι διεγερτικές ουσίες και οι μη διεγερτικές θεραπείες, συμβάλλουν στη βελτίωση της συγκέντρωσης και της υπερκινητικότητας, ενώ τα αντικαταθλιπτικά και τα αγχολυτικά φάρμακα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διαχείριση των αγχωδών διαταραχών. Αρκετά αποτελεσματικές στη διαχείριση των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων της ΔΕΠ-Υ και του άγχους μπορεί να αποβούν οι ψυχολογικές παρεμβάσεις, όπως η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, βοηθώντας τα άτομα να δημιουργήσουν

στρατηγικές για τη διαχείριση του χρόνου, τη βελτίωση της οργάνωσης και την ενίσχυση της αυτοεικόνας τους (Pliszka, 2019).

Η πρόωπη παρέμβαση είναι κρίσιμη για τη μείωση των επιπτώσεων της ΔΕΠ-Υ και των αγχώδων διαταραχών στην παιδική ηλικία. Μάλιστα, η έγκαιρη αναγνώριση και η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων μπορεί να βοηθήσει τα παιδιά να αναπτύξουν τις δεξιότητες που είναι απαραίτητες για την αντιμετώπιση των ακαδημαϊκών και κοινωνικών προκλήσεων, μειώνοντας έτσι το άγχος και βελτιώνοντας τη συνολική τους ευημερία. Στο σχολείο, οι δάσκαλοι και οι σύμβουλοι μπορούν να παίξουν καθοριστικό ρόλο στη στήριξη των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και αγχώδεις διαταραχές, προσφέροντας εξατομικευμένη υποστήριξη και προσαρμοσμένες διδακτικές μεθόδους (Pliszka, 2019).

Η υποστήριξη των γονέων είναι επίσης ζωτικής σημασίας για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και αγχώδεις διαταραχές. Οι γονείς μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά τους αναπτύσσοντας ένα σταθερό και υποστηρικτικό περιβάλλον στο σπίτι, ενισχύοντας τη θετική αυτοεικόνα και προωθώντας την αυτονομία τους. Η συμμετοχή των γονέων σε προγράμματα εκπαίδευσης γονέων μπορεί να τους βοηθήσει στην καλύτερη κατανόηση των ανάγκες των παιδιών τους και στην ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών διαχείρισης της συμπεριφοράς τους (Tai, Gau, Gau, & Chiu, 2013).

Στην εφηβική ηλικία, η υποστήριξη από τους γονείς και τους δασκάλους παραμένει σημαντική, αλλά οι έφηβοι μπορούν επίσης να επωφεληθούν από την ατομική ψυχοθεραπεία και τις ομάδες υποστήριξης. Η ψυχοθεραπεία στους έφηβους μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη και ενίσχυση των δεξιοτήτων αντιμετώπισης του άγχους, στη βελτίωση της αυτοεκτίμησής τους και να στην αντιμετώπιση των κοινωνικών και ακαδημαϊκών προκλήσεων. Οι ομάδες υποστήριξης είναι ικανές να προσφέρουν έναν ασφαλή χώρο όπου οι έφηβοι μπορούν να μοιραστούν τις εμπειρίες τους, λαμβάνοντας υποστήριξη από συνομηλίκους που αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα (Tai, Gau, Gau, & Chiu, 2013).

Στην ενήλικη ζωή, οι άνθρωποι με ΔΕΠ-Υ και αγχώδεις διαταραχές μπορούν να επωφεληθούν από τη συνεχιζόμενη ψυχοθεραπεία, την επαγγελματική καθοδήγηση και την υποστήριξη από την οικογένεια και το φιλικό περιβάλλον. Η ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τους ενήλικες να αναπτύξουν στρατηγικές διαχείρισης του άγχους και της οργάνωσης, ενώ η επαγγελματική καθοδήγηση μπορεί να τους βοηθήσει να αναπτύξουν τις ικανότητες που είναι απαραίτητες για να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του εργασιακού τους περιβάλλοντος. Η υποστήριξη από την οικογένεια και

τους φίλους είναι επίσης σημαντική καθώς μπορεί να παρέχει το συναισθηματικό δίκτυο που χρειάζονται για να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις της καθημερινής ζωής (Halldorsdottir & Ollendick, 2014).

Η εκπαίδευση και η ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμιακού συνόλου αναφορικά με τη ΔΕΠ-Υ και τις αγχώδεις διαταραχές είναι επίσης κρίσιμη για τον περιορισμό και την εξάλειψη του στίγματος και την προώθηση της κατανόησης και της αποδοχής. Η ενημέρωση των εκπαιδευτικών, των εργοδοτών και του ευρύτερου κοινού αναφορικά με τις προκλήσεις που αντικρίζουν τα άτομα με ΔΕΠΥ και αγχώδεις διαταραχές μπορεί να συμβάλλουν στη δημιουργία και ενίσχυση ενός πιο υποστηρικτικού και συμπεριληπτικού περιβάλλοντος (Halldorsdottir & Ollendick, 2014).

Συνοψίζοντας, η σύνδεση της ΔΕΠ-Υ και των αγχωδών διαταραχών είναι σύνθετη και πολυπαραγοντική, επηρεάζοντας σημαντικά την ποιότητα ζωής των ατόμων καθ' όλη τη ζωή τους. Η κατανόηση αυτής της σύνδεσης και η ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών παρέμβασης και υποστήριξης είναι κρίσιμη για την αναβάθμιση της ζωής των ατόμων με ΔΕΠ-Υ και αγχώδεις διαταραχές. Οι ολιστικές προσεγγίσεις που συνδυάζουν φαρμακευτικές και ψυχολογικές παρεμβάσεις, η συνεχής στήριξη από το οικογενειακό και το φιλικό περιβάλλον και η εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση του κοινού είναι ικανές να συμβάλλουν στην επίτευξη αυτού του στόχου (Pliszka, 2019).

4.2 ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η συννοσηρότητα της Διάσπασης Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) με την κατάθλιψη καθιστά ένα βασικό ζήτημα στην ψυχιατρική και την κλινική ψυχολογία, το οποίο επηρεάζει ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού. Η ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζεται από προβλήματα προσοχής, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας, και εμφανίζεται συνήθως στην παιδική ηλικία και σε πολλές περιπτώσεις εξακολουθούν να υπάρχουν και στην ενήλικη ζωή. Η κατάθλιψη, αντίθετα, συνιστά διαταραχή της διάθεσης η οποία διακρίνεται από επίμονη θλίψη, απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που συνήθως προσφέρουν χαρά, και άλλες συμπτωματολογίες που επιδρούν στην καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου. Η συνύπαρξη των δύο αυτών διαταραχών παρουσιάζει μια περίπλοκη

κλινική εικόνα που απαιτεί προσεκτική διάγνωση και θεραπευτική προσέγγιση (Riglin et al., 2021).

Η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με την κατάθλιψη δεν αποτελεί καθόλου σπάνια και έχει αναφερθεί ότι σχεδόν το 30-50% των ατόμων με ΔΕΠ-Υ εκδηλώνουν και συμπτώματα κατάθλιψης κάποια χρονική περίοδο στη ζωή τους. Η σύνδεση αυτών των δύο διαταραχών μπορεί να εξηγηθεί μέσω βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Από βιολογική άποψη, κοινές γενετικές ευαισθησίες και νευροχημικές διαταραχές μπορεί να συνεισφέρουν στην ανάπτυξη και των δύο διαταραχών. Ψυχολογικοί παράγοντες όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η χρόνια αίσθηση της αποτυχίας, που συχνά συνοδεύουν την ΔΕΠ-Υ, μπορεί να επιδεινώσουν την ψυχική υγεία και να οδηγήσουν σε κατάθλιψη. Επιπλέον, οι κοινωνικές δυσκολίες, όπως τα προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις και την επαγγελματική ζωή, μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο κατάθλιψης σε άτομα με ΔΕΠ-Υ (Riglin et al., 2021).

Η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με την κατάθλιψη αποτελεί πλέον αδιαμφισβήτητο γεγονός στην επιστημονική κοινότητα. Όλο και περισσότερες έρευνες καταδεικνύουν την συσχέτιση των δυο αυτών διαταραχών. Επιδημιολογικές έρευνες δείχνουν πως η εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης σε παιδιά που πάσχουν από ΔΕΠΥ είναι συχνό φαινόμενο με συχνότητα 15-75%. Η εξέταση αυτής της συννοσηρότητας είναι ουσιαστική για την αντίληψη των περίπλοκων αναγκών αυτών των παιδιών και για την ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών παρέμβασης και θεραπείας. Ιδιαίτερα στην προσχολική και σχολική ηλικία η διάγνωση είναι ιδιαίτερα απαιτητική, καθώς το νεαρό της ηλικίας και η έλλειψη συναισθηματικής ωριμότητας των παιδιών μπορούν να δημιουργήσουν ένα σύνθετο ψυχολογικό προφίλ που δεν επιτρέπει εύκολη αναγνώριση και αξιολόγηση των συμπτωμάτων (Seymour & Miller, 2017).

Τα παιδιά νηπιακής και σχολικής ηλικίας που εκδηλώνουν τόσο ΔΕΠ-Υ όσο και κατάθλιψη έχουν μεγαλύτερες δυσλειτουργίες από τα παιδιά που εμφανίζουν μόνο από κατάθλιψη. Η κατάσταση αυτή πολλές φορές δυσχεραίνει και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας τους. Επιδημιολογικά στοιχεία φανερώνουν πως 4 στα 5 παιδιά ηλικίας 3-10 ετών αναπτύσσουν κατάθλιψη παράλληλα με την ΔΕΠΥ. Η εξήγηση για το φαινόμενο αυτό είναι πολυδιάστατη και πολλές φορές συνδέεται με την αδυναμία τους να ανταποκριθούν στις προσδοκίες που θέτουν οι άλλοι, αλλά και οι ίδιοι για εαυτούς τους. Το φαινόμενο αυτό αναφέρεται και ως εσωτερικός πόνος, μια

αίσθηση δηλαδή απώλειας για το άτομο που θα μπορούσε να γίνει (Seymour & Miller, 2017).

Οι δύο διαταραχές αυτές έχουν και ισχυρή κληρονομική βάση. Ορισμένα γονίδια τα οποία συνδέονται με τη νευροδιαβίβαση, όπως εκείνα που συμμετέχουν στη λειτουργία της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης, μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη και των δύο διαταραχών. Ακόμη, μελέτες σε οικογένειες καταδεικνύουν πως οι συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με ΔΕΠ-Υ ή κατάθλιψη έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν και τις δύο διαταραχές, υποδεικνύοντας έναν κοινό γενετικό υπόβαθρο. Αυτή η γενετική συσχέτιση μπορεί να εξηγήσει γιατί συχνά παρατηρείται συννοσηρότητα των δύο αυτών διαταραχών ακόμη και όταν το κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού δεν το υποβοηθά στην ανάπτυξη κατάθλιψης. Είτε το αίτιο είναι γενετικό είτε κοινωνικό υπάρχουν βασικά χαρακτηριστικά σε παιδιά με τις δύο αυτές διαταραχές που απαιτούν ιδιαίτερη σημασία και αποτελούν σημαντικά διαγνωστικά στοιχεία (Humphreys, Katz et al., 2013).

Πιο συγκεκριμένα, όταν η κατάθλιψη συνυπάρχει με τη ΔΕΠ-Υ, η λεκτική, αλλά και σωματική βία αποκτά μεγαλύτερη διάσταση και γίνεται μέρος του προβλήματος. Τα συμπτώματα αυτά πολλές φορές μπορούν να συντελέσουν στη διάγνωση της κατάθλιψης σε ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ. Πέραν από την επιθετική συμπεριφορά παρουσιάζονται και μεγαλύτερα ποσοστά αυτοκτονικών τάσεων και συμπεριφορικές, γνωστικές και άλλες δυσλειτουργίες. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η κοινωνική απόσυρση, οι αλλαγές στις συνήθειες ύπνου και φαγητού αποτελούν ενδείξεις που προδιαθέτουν τους ειδικούς στην συνύπαρξη αυτών των διαταραχών (Humphreys, Katz et al., 2013).

Οι έφηβοι, λόγω του μεταβατικού χαρακτήρα της ηλικίας τους, αντιμετωπίζουν επιπλέον δυσκολίες που περιπλέκουν την κατάσταση. Στην ηλικία αυτή τα συμπτώματα συνήθως αρχίζουν να επηρεάζουν τον έφηβο πιο πολύ σε κοινωνικό επίπεδο και έτσι είναι πιο πιθανό να παρατηρηθούν συμπτώματα βαριάς κατάθλιψης. Η συνύπαρξη των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και της κατάθλιψης στα άτομα κατά την εφηβεία μπορεί να εκδηλώνεται με έντονη απροσεξία, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα, συνδυασμένα με διαρκή θλίψη, ευερεθιστότητα και έλλειψη ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που παλαιότερα απολάμβαναν. Η μειωμένη συγκέντρωση και η αδυναμία ολοκλήρωσης καθηκόντων, που χαρακτηρίζουν τη ΔΕΠ-Υ, συχνά επιδεινώνονται από την κατάθλιψη, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται έντονες διακυμάνσεις στη διάθεση και τη συμπεριφορά των εφήβων (Lavigne et al., 2009).

Στο σχολικό περιβάλλον, οι έφηβοι αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες στην παρακολούθηση των μαθημάτων, στην ολοκλήρωση εργασιών και στην οργάνωση του χρόνου τους. Η ακαδημαϊκή τους απόδοση μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά, οδηγώντας σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και απογοήτευση. Αυτοί οι έφηβοι μπορεί να αισθάνονται αδυναμία να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του σχολείου, αυξάνοντας τον κίνδυνο για ακαδημαϊκές αποτυχίες και πιθανή εγκατάλειψη του σχολείου. Οι σχέσεις με τους συνομηλίκους τους συχνά επηρεάζονται επίσης αρνητικά (Lavigne et al., 2009). Η παρορμητικότητα και η υπερκινητικότητα μπορεί να προκαλούν συγκρούσεις και απορρίψεις από τους φίλους, ενώ η κατάθλιψη μπορεί να συμβάλλει στην απόσυρση και στην απομόνωση. Οι έφηβοι αυτοί συχνά αισθάνονται μοναξιά και δυσκολεύονται να διατηρήσουν σταθερές φιλίες, γεγονός που μπορεί να εντείνει τα καταθλιπτικά τους συμπτώματα και να προκαλέσει περαιτέρω συναισθηματικές δυσκολίες (Roy, Oldehinkel, & Hartman, 2017).

Συχνές είναι και οι συναισθηματικές εκδηλώσεις που μπορεί να περιλαμβάνουν έντονες μεταβολές στη διάθεση, από ευερεθιστότητα και θυμό έως βαθιά θλίψη και απελπισία. Συχνά εκφράζουν αρνητικές σκέψεις για τους ίδιους, αισθήματα αναξιότητας και ενοχής ενώ μπορεί να εκδηλώνουν αυτοκαταστροφικές σκέψεις ή συμπεριφορές. Η μειωμένη αυτοεκτίμηση και η αίσθηση αποτυχίας μπορεί να ενισχυθούν από τις αποτυχίες που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο συναισθηματικής δυσφορίας. Έτσι οι έφηβοι αυτοί μπορεί να αναπτύξουν τάσεις για αποφυγή καταστάσεων που προκαλούν στρες ή πίεση. Παράλληλα η υπερκινητικότητά τους μπορεί να εκδηλώνεται με ανησυχία και αδυναμία να παραμείνουν ήσυχοι (Roy, Oldehinkel, & Hartman, 2017).

Η συννοσηρότητα της Διάσπασης Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας με την κατάθλιψη στους ενήλικες απαιτεί ενδελεχή κατανόηση και ολιστική προσέγγιση. Ενώ η ΔΕΠ-Υ συχνά θεωρείται παιδική διαταραχή, τα συμπτώματά της επιμένουν σε πολλούς ενήλικες, επηρεάζοντας τη λειτουργικότητά τους και αυξάνοντας το ποσοστό εκδήλωσης της κατάθλιψης. Περίπου το 80% των παιδιών, εξακολουθούν να εμφανίζουν συμπτώματα της ΔΕΠΥ και μετά την ενηλικίωση τους. Βέβαια η συμπτωματολογία της συννοσηρότητας των δύο διαταραχών εμφανίζει διαφοροποιήσεις σε διαφορετικές ηλικίες. Η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα συχνά μειώνονται όσο αυξάνεται η ηλικία του ασθενούς, όμως η μειωμένη προσοχή έχει αυξημένη συχνότητα εμφάνισης σε μεγαλύτερης ηλικίας (Paucke, Stibbe, Huang, & Strauss, 2021).

Επιπλέον οι αυτοκτονίες και η τάση για αυτοτραυματισμό είναι δύο με τρεις φορές πιο ψηλές σε παιδιά και εφήβους συγκριτικά με τους ενήλικες. Έχει βρεθεί πως η παρορμητικότητα συσχετίζεται με τις τάσεις για αυτοκτονία και έτσι θεωρείται πως όσο μειώνεται η παρορμητικότητα, ελαττώνονται και τα ποσοστά των αυτοκτονιών. Όσο πιο μικρή η ηλικία του παιδιού που εμφανίζει συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και κατάθλιψης, τόσο πιο δύσκολη γίνεται η θεραπεία στη μετέπειτα ενήλικη ζωή του. Η διάγνωση της ΔΕΠΥ στους ενήλικες έχει μελετηθεί λιγότερο σε σύγκριση με τα παιδιά έτσι και η γνώση για τη συννοσηρότητα με την κατάθλιψη έχει ερευνηθεί περιορισμένα. Άλλωστε η ΔΕΠΥ έχει αποκτήσει ισχύ ως διάγνωση για ενήλικες μόνο τα τελευταία χρόνια (Paucke, Stibbe, Huang, & Strauss, 2021).

Οι ενήλικες που εμφανίζουν έντονα συμπτώματα συνήθως δεν είχαν σωστή διάγνωση ως παιδιά και έτσι η κατάσταση τους επιδεινώθηκε με την πάροδο των ετών. Αυτό εξηγείται εν μέρει γιατί η διάγνωση των παιδιών κρίνεται ευκολότερη από αυτή των ενηλίκων. Ένα παιδί που έχει ΔΕΠΥ και κατάθλιψη αν είναι υπερκινητικό θα κουνάει μανιακά τα χέρια και τα πόδια του ή θα τρέχει προς διάφορες κατευθύνσεις σε περιβάλλοντα που δεν αναμένεται. Αντίθετα ένας ενήλικας με το ίδιο σύμπτωμα της υπερκινητικότητας θα εμφανίζει μια προτίμηση για εργασία που απαιτεί πολλή ενέργεια ή θα μιλάει πολύ περισσότερο από το φυσιολογικό και έτσι είναι δύσκολο για τον ειδικό να αναγνωρίσει πως το σύμπτωμα αυτό οφείλεται σε διαταραχή και όχι στην προσωπικότητα του ενηλίκου. Ακόμη, η παρορμητικότητα στους ενήλικους μπορεί να μεταφραστεί ως πολύ γρήγορη οδήγηση, εμπλοκή και ατυχήματα αλλά και προβλήματα θυμού (McIntosh et al., 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

5.1 ΔΕΠ-Υ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας συνιστά μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή με πρωτογενή προσδιοριστικά χαρακτηριστικά την απροσεξία, την υπερκινητικότητα και την παρορμητικότητα. Η συμπτωματολογία αυτή επηρεάζει σημαντικά τη ζωή του ατόμου, συμβάλλοντας στη δημιουργία δυσκολιών στις ακαδημαϊκές επιτυχίες, τις κοινωνικές σχέσεις και τη λειτουργικότητα σε καθημερινές δραστηριότητες. Η ΔΕΠ-Υ εκδηλώνεται συνηθέστερα στην παιδική ηλικία, αλλά μπορεί να συνεχιστεί και στην ενήλικη ζωή. Οι παρεμβάσεις για τη ΔΕΠ-Υ είναι ποικίλες και περιλαμβάνουν φαρμακευτική θεραπεία, ψυχοθεραπεία, εκπαιδευτικές παρεμβάσεις και υποστήριξη από την οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον (Guderjahn, Gold, Stadler, & Gawrilow, 2013).

Η φαρμακευτική θεραπεία αποτελεί συνήθως την πρώτη γραμμή για την καταπολέμηση της ΔΕΠ-Υ. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται ευρέως για τον περιορισμό της διαχωρίζονται σε διεγερτικά και μη διεγερτικά. Ειδικότερα, τα διεγερτικά φάρμακα, όπως η μεθυλφαινιδάτη και οι αμφεταμίνες, είναι από τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα για τη ΔΕΠ-Υ. Λειτουργούν αυξάνοντας τη δραστηριότητα των νευροδιαβιβαστών ντοπαμίνης και νορεπινεφρίνης στον εγκέφαλο, που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην προσοχή και την υπερκινητικότητα. Οι διεγερτικές ουσίες έχουν αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματικές στην καταπολέμηση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και στην ενίσχυση της λειτουργικότητας των ατόμων (Guderjahn, Gold, Stadler, & Gawrilow, 2013).

Τα μη διεγερτικά φάρμακα, όπως η ατομοξετίνη και η γουαμφασίνη, αποτελούν εναλλακτικές επιλογές όταν τα διεγερτικά δεν είναι κατάλληλα ή δεν είναι αποτελεσματικά. Η ατομοξετίνη συνιστά εκλεκτικός αναστολέας επαναπρόσληψης της νορεπινεφρίνης, ενώ η γουαμφασίνη είναι ένας αγωνιστής των α_2 -αδρενεργικών υποδοχέων. Αυτά τα φάρμακα είναι επίσης δραστικά στον περιορισμό των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, αν και μπορεί να χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να δείξουν τα αποτελέσματά τους σε σύγκριση με τα διεγερτικά. Η επιλογή του κατάλληλου φαρμάκου και η προσαρμογή της δόσης είναι κρίσιμη και απαιτεί τακτική παρακολούθηση από τον θεράποντα ιατρό. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων,

όπως η απώλεια όρεξης, η αύπνια και η αυξημένη αρτηριακή πίεση, πρέπει να παρακολουθούνται στενά (Reid, Trout, & Schartz, 2005).

Μια άλλη παρέμβαση αφορά την αλλαγή της διατροφής. Οι διατροφικές αλλαγές έχουν διερευνηθεί πολύ και έχουν αποδειχθεί ότι αποτελούν τρόπο μείωσης των συμπτωμάτων ΔΕΠΥ. Η κύρια εστίαση, στον τομέα της δίαιτας ΔΕΠΥ, είναι στα ωμέγα-3 λιπαρά οξέα, καθώς υποφέρουν από έλλειψη αυτού του είδους οξέων στο αίμα τους. Τα ωμέγα-3 λιπαρά οξέα περιέχουν α-λινολενικό οξύ (ALA), δοκοσαεξανοϊκό οξύ (DHA) και εικοσαπεντανοϊκό οξύ (EPA) και περιέχονται σε τροφές όπως ψάρια, ξηρούς καρπούς, αυγά, ορισμένα λαχανικά και φυτικά έλαια (Reid, Trout, & Schartz, 2005).

Σε περίπτωση εμφάνισης συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ, οι πάσχοντες συνιστώνται, να καταφεύγουν στη συμπεριφορική θεραπεία ως θεραπεία πρώτης γραμμής έναντι της φαρμακευτικής θεραπείας. Υπάρχει ένας αριθμός διαφορετικών τύπων συμπεριφορικής θεραπείας και η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT) είναι μία από τις πιο διάσημες παρεμβάσεις που ασχολούνται με τα γνωρίσματα της διαταραχής. Αποτελεί συνδυασμός συμπεριφορικής θεραπείας και γνωσιακής θεραπείας. Οι γονείς, καθώς εφαρμόζεται κυρίως σε παιδιά, εμπλέκονται στη θεραπεία, προκειμένου να συνεχιστούν οι παρεμβάσεις εκτός του ντουλαπιού του θεραπευτή. Ένα κεντρικό μέρος της συμπεριφορικής θεραπείας είναι η ενίσχυση της θετικής συμπεριφοράς και η κύρωση της αρνητικής ενώ συνήθως ως μέρος του προγράμματος χρησιμοποιούνται συστήματα σημείων και ημερήσιες κάρτες αναφοράς. Τα συστήματα πόντων βασίζονται στην απόκτηση πόντων ή αστεριών για την κατάλληλη συμπεριφορά και οι κάρτες αναφοράς επιτρέπουν στους γονείς να δουν πώς τα πάνε τα παιδιά τους στο σχολείο. Οι κύριες συνέπειες της συμπεριφορικής θεραπείας είναι η θετική επικοινωνία, η θετική ενίσχυση και η δομή και η πειθαρχία (DuPaul, Weyadt, & Janusis, 2011).

Στη συνέχεια, οφείλει να γίνει μία αναφορά σε μαθητές με ΔΕΠ-Υ. Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις είναι επίσης σημαντικές στα παιδιά και στους εφήβους με ΔΕΠ-Υ. Οι παρεμβάσεις αυτές επικεντρώνονται στην παροχή υποστήριξης στο σχολικό περιβάλλον και στην προσαρμογή της διδακτικής διαδικασίας στις ανάγκες των ατόμων με ΔΕΠ-Υ. Τα IEPs είναι σχέδια που αναπτύσσονται ειδικά για τους μαθητές με αναπηρίες, συμπεριλαμβανομένης της ΔΕΠ-Υ. Αυτά τα προγράμματα περιλαμβάνουν συγκεκριμένους στόχους, προσαρμογές και υπηρεσίες που είναι απαραίτητες για την υποστήριξη του μαθητή στο σχολείο. Οι προσαρμογές μπορεί να

αποτελούνται από παρατάσεις χρόνου για τις εξετάσεις, διαφοροποιημένες εργασίες και τη χρήση τεχνολογικών βοηθημάτων. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να χρησιμοποιήσουν συγκεκριμένες στρατηγικές για να προσφέρουν βοήθεια στο μαθητικό σύνολο με τη διάγνωση, να διαχειριστεί την προσοχή τους και την υπερκινητικότητα του. Αυτές οι στρατηγικές μπορεί να περιλαμβάνουν τη χρήση οπτικών βοηθημάτων, την ενσωμάτωση διαλειμμάτων κίνησης και τη δημιουργία δομημένων ρουτινών (Gureasko-Moore, DuPaul, & White, 2007).

5.2 ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Ο Barlow ορίζει το άγχος ως μια αρνητική κατάσταση διάθεσης η οποία προκαλείται από σωματικά συμπτώματα όπως αυξημένο καρδιακό ρυθμό, σφίξιμο στο στήθος, αίσθημα έντασης, κρίσεις πανικού και αυξημένη αναπνοή. Τα περισσότερα άτομα βιώνουν κάποιο επίπεδο άγχους σε ένα σημείο της ζωής τους, ωστόσο εκείνοι που αισθάνονται καταβεβλημένοι και διαρκώς αποσπώνται από τα συμπτώματα άγχους τα οποία αρχίζουν να παρεμβαίνουν σημαντικά στην καθημερινότητά τους, αναπτύσσουν αγχώδη διαταραχή. Ειδικότερα, οι αγχώδεις διαταραχές προκύπτουν από βιολογικές και ψυχολογικές ευπάθειες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης διαταραχής (Lavigne et al., 2009). Αυτή η ανασκόπηση θα εξετάσει διαφορετικές τεχνικές παρέμβασης, όπως η «Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία» (CBT), η «Θεραπεία Αποδοχής και Δέσμευσης» (ACT), η «Θεραπεία με βάση την Ενσυνειδητότητα» (MBT) και η «Απευαισθητοποίηση και Επανεπεξεργασία των οφθαλμικών κινήσεων» (EMDR) (Rodebaugh, Holaway, & Heimberg, 2004).

Υπάρχουν επί του παρόντος αρκετές διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές για τις αγχώδεις διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων φαρμάκων όπως οι βενζοδιαζεπίνες, οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), οι αζαπρόνες, τα βαρβιτουάτα και οι πρεγκαμπλίνες. Υπάρχουν επίσης εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές όπως φυτικά φάρμακα και ψυχοθεραπεία όπως η Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία και η Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία. Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία συνιστά μορφή ψυχοθεραπείας με στόχο τα προβληματικά συναισθήματα και τις συμπεριφορές μέσω μιας σειράς προσεγγίσεων και μπορεί να χρησιμοποιηθεί παράλληλα με φαρμακευτική αγωγή ή ως εναλλακτική σε αυτήν. Όταν χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των διαταραχών άγχους, οι βασικές μέθοδοι

ενσωματώνουν εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση, συνεντεύξεις κινήτρων, εκπαίδευση χαλάρωσης, γνωστική αναδιάρθρωση, έκθεση, εκπαίδευση δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων και συμπεριφορική διαχείριση ύπνου (Rodebaugh, Holaway, & Heimberg, 2004). Σε αντίθεση με τα αγχολυτικά, η CBT δεν έχει γνωστές παρενέργειες ή κίνδυνο σωματικής εξάρτησης. Τα αγχολυτικά είναι επί του παρόντος η πιο κοινή θεραπεία για το άγχος όψιμης ζωής και οι έρευνες φανερώνουν ότι έως και το 20% των πασχόντων ατόμων μπορεί να χρησιμοποιούν βενζοδιαζεπίνες. Ωστόσο, η χρήση αυτών των φαρμάκων ως μακροχρόνια θεραπεία για αγχώδεις διαταραχές σχετίζεται με πιθανούς κινδύνους, όπως γνωστική εξασθένηση, πτώσεις και κατάγματα ισχίου, αλληλεπιδράσεις με φάρμακα και τοξικότητα. Επίσης, η υπερβολική εξάρτηση από τη φαρμακευτική αγωγή μπορεί να παραμελήσει δυνητικά σημαντικούς ψυχοκοινωνικούς παράγοντες όπως η κοινωνική υποστήριξη, οι δεξιότητες αντιμετώπισης και οι διαπροσωπικές σχέσεις. Υπό το πρίσμα αυτό, είναι σημαντικό να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα της CBT καθώς θα μπορούσε να αποδειχθεί χρήσιμη εναλλακτική λύση στη μακροχρόνια φαρμακευτική αγωγή, ιδιαίτερα στον γηράσκον πληθυσμό (Gonçalves & Byrne, 2012).

Το άγχος μπορεί να αποτελεί ένα θετικό σύμπτωμα σε ορισμένες καταστάσεις καθώς μπορεί να εξυπηρετήσει έναν σκοπό παρακινώντας ένα άτομο και ενθαρρύνοντάς το να είναι πιο δημιουργικό ή να βγει από τη ζώνη άνεσής του, με στόχο την ανάπτυξη του ατόμου. Ωστόσο, όταν τα άτομα έχουν μια αγχώδη διαταραχή ανησυχούν συνεχώς, κάτι που μπορεί να αποβεί εξουθενωτικό και να αρχίσει να εμποδίζει και να περιορίζει την καθημερινότητάς τους. Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία αποτελείται από μια βάση ισχυρών αποδεικτικών στοιχείων για τη θεραπεία των διαφόρων μορφών άγχους, όπως για παράδειγμα, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (GAD), η κοινωνική αγχώδης διαταραχή (SAD), η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD) και η διαταραχή πανικού. Η Γ.Α.Δ. χαρακτηρίζεται από παρατεταμένες περιόδους ανεξέλεγκτου άγχους σε καθημερινά γεγονότα που σχετίζονται με μια ποικιλία φυσιολογικών αντιδράσεων (Gonçalves & Byrne, 2012). Οι Leahy, Holland και McGinn (2011) ορίζουν την κοινωνική αγχώδη διαταραχή ως υπερβολικό φόβο για μία ή περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις. Οι καταστάσεις που συνήθως προκαλούν άγχος περιλαμβάνουν ομιλίες, συμμετοχή σε κοινωνικές συγκεντρώσεις, διαφωνίες με άλλους, συνομιλίες με πρόσωπα εξουσίας και οποιεσδήποτε δημόσιες παραστάσεις (Levy, O'Bryan, & Tolin, 2021). Μια μελέτη από τους Grant και συν (2005) διαπίστωσε ότι ο μέσος αριθμός καταστάσεων που

φοβούνται τα άτομα με SAD ήταν επτά, με πάνω από το 93% να αναφέρει τρεις ή περισσότερους φόβους. Ο Kangas (2014) περιγράφει τη διαταραχή πανικού ως ένα ξαφνικό, έντονο άγχος που συνοδεύεται από συνεχείς κρίσεις πανικού που περιλαμβάνουν έντονο φόβο που τροφοδοτείται από κακή απόδοση φυσιολογικών συμπτωμάτων. Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή καθιστά τη πιο εξουθενωτική από όλες τις αγχώδεις διαταραχές, διότι αν αφηθεί χωρίς θεραπεία μπορεί να καταστρέψει την ικανότητα του ατόμου να λειτουργήσει. Η OCD χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες σκέψεις, ορμές ή εικόνες που δημιουργούν εμμονή (Curtiss, Levine, Ander, & Baker, 2021). Όταν αυτές οι σκέψεις γίνονται επαναλαμβανόμενες, μπορεί να επηρεάσει τα ανθυγιεινά πρότυπα συμπεριφοράς που επιφέρουν δυσκολίες στην καθημερινή λειτουργία. Μια μελέτη από τους Diefenbach και συν (2007) ερευνήσε αλλαγές στην ποιότητα ζωής (QOL) μετά από CBT για ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Οι πτυχές της λειτουργικής έκπτωσης της ποιότητας ζωής που μετρήθηκαν με την κλίμακα αναπηρίας Sheeran αξιολογήθηκαν σε 70 ενήλικες με OCD πριν και μετά τη CBT. Τα αποτελέσματα πρότειναν σημαντικές βελτιώσεις στην ποιότητα ζωής, την κοινωνική και οικογενειακή λειτουργία και βελτιώσεις στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της OCD (Levy, O'Bryan, & Tolin, 2021).

Οι γνωσιακές συμπεριφορικές θεραπείες (CBT) αποτελούν ψυχοκοινωνικές θεραπείες που έχουν καθιερωθεί για τις αγχώδεις διαταραχές και συνήθως απαρτίζονται από επαγγελματίες υγείας ως η αρχική θεραπεία για άτομα που αντιμετωπίζουν άγχος (Tolin, 2010). Η CBT συνιστά μια τεκμηριωμένη ψυχολογική θεραπεία με μικρή διάρκεια, η οποία στοχεύει στην αναγνώριση του τρόπου που σκεφτόμαστε (γνωσία) και ενεργούμε (συμπεριφορά) επιδρώντας στον τρόπο που αισθανόμαστε. Η CBT προσφέρει σε ένα άτομο τη δυνατότητα να αναγνωρίσει μη χρήσιμα μοτίβα που συνεισφέρουν στον περιορισμό του άγχους του και να παρουσιάσει ικανότητες αντιμετώπισης για να προσεγγίσει τις καταστάσεις πιο ορθολογικά (Curtiss, Levine, Ander, & Baker, 2021).

Η προσέγγιση της CBT κρίνεται πολυπαραγοντική και εστιάζει στις τρεις κύριες συμπτωματικές αποκρίσεις, γνωστικές, συμπεριφορικές και φυσιολογικές. Αναφορικά με την παρέμβαση σε μία αγχώδη διαταραχή κοινές τεχνικές αποτελούν οι εξής: psychoeducation, τεχνικές έκθεσης, τεχνικές εκπαίδευσης χαλάρωσης, τεχνικές έκθεσης, γνωστική αναδιάρθρωση, τεχνικές κοινωνικών δεξιοτήτων και επίλυση προβλημάτων (Levy, O'Bryan, & Tolin, 2021)

Ενώ η CBT έχει μια μακροσκελή ιστορία βασισμένη σε στοιχεία και επιτυχημένα ερευνητικά αποτελέσματα, υπάρχουν αναδυόμενες θεραπείες με εξίσου επιτυχία. Παραδείγματα τέτοιων θεραπειών αποτελούν θεραπείες με βάση την ενσυνειδητότητα, «Θεραπεία Αποδοχής και Δέσμευσης» (ACT) και «Απευαισθητοποίηση και Επανεπεξεργασία της κίνησης των ματιών» (EMDR). Αντίθετα με τη θεραπεία CBT, οι θεραπείες που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα (MBT's) στοχεύουν στην τροποποίηση της σχέσης μεταξύ του αγχώδους ανθρώπου και των σκέψεων του. Στην MBT παρατηρείται εστίαση στις σωματικές αισθήσεις του ατόμου οι οποίες προκαλούνται από το άγχος. Έτσι λοιπόν, το άτομο παρά να αποφεύγει ή να αποσυρθεί από αυτά τα συναισθήματα, παραμένει την ίδια στιγμή παρόν και βιώνει ολοκληρωτικά τη συμπτωματολογία του άγχους (Levy, O'Bryan, & Tolin, 2021). Ο σκοπός της παραμονής σε αυτό το συναίσθημα είναι απλώς μια αντίδραση σε μια αντιληπτή απειλή. Το άτομο μπορεί να υπερβεί μια αντίδραση μάχης ή φυγής, κάνοντας εστίαση στην ενσυνειδητότητα για να βοηθηθεί ώστε να ανταποκριθεί σε μια απειλή με θετικό τρόπο αντί να αντιδράσει σε αυτήν. Σε Πανεπιστήμιο της Νορβηγίας, οι Vollestad, Nielsen και Nielsen ερεύνησαν 19 μελέτες για την αποτελεσματικότητα των MBTs στο άγχος. Οι ίδιοι επιβεβαίωσαν ότι τα MBTs περιορίζουν ισχυρά και ουσιαστικά τη συμπτωματολογία άγχους. Τα MBT διαπιστώθηκαν το ίδιο αποτελεσματικά με το CBT αλλά το κόστος τους είναι χαμηλότερο (Curtiss, Levine, Ander, & Baker, 2021).

Η «Θεραπεία Αποδοχής και Δέσμευσης» αποτελεί μια συμπεριφορική θεραπεία η οποία βασίζεται στην αποδοχή και χρησιμοποιείται με επιτυχία για την αντιμετώπιση αγχωδών διαταραχών. Σύμφωνα με το ACT δίνεται προτεραιότητα στη συνείδηση, την αποδοχή και τη γνωστική διάχυση, η οποία έχει επιδιώξει να μειώσει την εσωτερική δυσφορία και να βοηθήσει στην αλλαγή της συμπεριφοράς των πελατών ώστε να είναι πιο σύμφωνη με τις προσωπικές τους αξίες. Ο Twohig και συν (2010) διερεύνησαν σε μία μελέτη τους την αποτελεσματικότητα 8 συνεδριών ACT για ενήλικες με διάγνωση OCD σε σύγκριση με τη «Προπόνηση Προοδευτικής Χαλάρωσης» (RPT). Ειδικότερα, οι συγγραφείς ολοκλήρωσαν μια προ-θεραπεία, μετά τη θεραπεία και παρακολούθηση 3 μηνών από έναν αξιολογητή που δεν ήξερε τις συνθήκες θεραπείας. Βάση των αποτελεσμάτων, το ACT επέφερε μεγαλύτερες αλλαγές μετά τη θεραπεία και παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της RPT στη σοβαρότητα της OCD, με σημαντική αλλαγή να σημειώνεται στη σοβαρότητα της ΙΨΔ και οριακά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής (nath-Samantaray, Kar, & Mishra, 2022).

Μια άλλη επιτυχημένη αναδυόμενη θεραπεία για την αντιμετώπιση του άγχους είναι η «Απευαισθητοποίηση και η Επανεπεξεργασία των κινήσεων των ματιών» (EMDR) που αναπτύχθηκε από τον Francine Shapiro το 1987. Το EMDR χρησιμοποιείται για την ανακούφιση των συμπτωμάτων άγχους από τον θεραπευτή που κατευθύνει την κίνηση των ματιών, ενώ ο πελάτης φαντάζεται δυσάρεστα σενάρια. Έτσι, ο θεραπευτής βοηθά στη μετατόπιση της προσοχής του σε πιο θετικές σκέψεις, με αποτέλεσμα να διαλυθεί το άγχος (nath-Samantaray, Kar, & Mishra, 2022).

Η ψυχοδυναμική θεραπεία αποτελεί την παλαιότερη μορφή ψυχολογικής θεραπείας, οι ρίζες της οποίας προέρχονται από την ψυχαναλυτική θεωρία του Sigmund Freud. Η θεραπεία αυτή διακρίνεται σε δύο μορφές: α) την ψυχανάλυση και β) τη ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία (Schacter et al., 2018). Στόχος αυτής αποτελεί η εσωτερική έκθεση του ατόμου σε γεγονότα της παιδικής του ηλικίας, προκειμένου να αποκαλυφθούν και να κατανοηθούν οι σκέψεις, οι ανησυχίες και οι συγκρούσεις κατά την πρώιμη αναπτυξιακή περίοδο, συμβάλλοντας στην ενίσχυση της συνείδησης των ψυχολογικών και συναισθηματικών προβλημάτων του. Ο θεραπευτής ενεργεί προκειμένου ο πελάτης να μπορέσει να ανιχνεύσει πρώιμες συμπεριφορές, κίνητρα που δεν έχει συνειδητοποιήσει και αναπάντητα ερωτήματα από την προέλευση των προβλημάτων του με στόχο να εκδηλωθούν στο σήμερα τα κίνητρα που ασκούν επιρροή στις ενέργειες του και να περιοριστούν οι άμυνες του (Hooley et al., 2020).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι στην περίπτωση συννοσηρότητας της ΔΕΠ-Υ και των αγχώδων διαταραχών, η παρέμβαση θα πρέπει να δεχτεί τροποποίηση. Αναφορικά με την φαρμακευτική θεραπεία, σύμφωνα με τον March et al (2000) στην συνύπαρξη ΔΕΠ-Υ και αγχώδων διαταραχών, οι ψυχοδιεγερτικές ουσίες κρίνονται λιγότερο δραστικές, επιφέροντας αρνητικές επιπτώσεις στον οργανισμό σε αντίθεση με τα ψυχοδιεγερτικά φάρμακα τα οποία φαίνεται να είναι αποτελεσματικότερα. Μάλιστα, δύο έρευνες κάνουν λόγο για τη δραστική ουσία ατοξεμίνη. Στην πρώτη έρευνα, μελετήθηκε η δράση της συγκεκριμένης ουσίας σε ενήλικο πληθυσμιακό δείγμα μέσου όρου ηλικίας 38 ετών, το οποίο χαρακτηρίζονταν από την παρουσία κοινωνικής αγχώδους διαταραχής και ΔΕΠ-Υ αλλά και γενικευμένης αγχώδους διαταραχής σε ποσοστό 23,3% του δείγματος (Adler et al., 2009, Vilas-Boas et al., 2019). Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι η ατοξεμίνη καθίσταται δραστική στην

αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ και της κοινωνικής αγχώδους διαταραχής με σημαντικές θετικές επιπτώσεις στην ζωή των ατόμων πολυεπίπεδα. Αντίθετα, σχεδόν καθόλου αποτελεσματική δεν ήταν στα άτομα με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή (Adler et al., 2009). Σε επόμενη έρευνα ατόμων παιδικής και εφηβικής ηλικίας με ΔΕΠ-Υ και κοινωνική αγχώδη διαταραχή, γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, διαταραχή άγχους αποχωρισμού, εξετάστηκαν τα άτομα που λάμβαναν την ουσία σε σύγκριση με τα άτομα που λάμβαναν το εικονικό φάρμακο (Geller et al. 2007). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, μείωση της συμπτωματολογίας του άγχους και της ΔΕΠ-Υ με ταυτόχρονες παρενέργειες στην όρεξη του φαγητού και στην αύξηση του καρδιακού σφυγμού παρατηρήθηκαν στην πρώτη ομάδα ατόμων που λάμβανε την ατοξεμίνη (Vilas-Boas et al., 2019).

Εκτός από τη φαρμακοθεραπεία λίγες και μικρής κλίμακας είναι οι μελέτες, οι οποίες έχουν διερευνήσει τη Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία σε άτομα με ΔΕΠ-Υ και συννοσηρό άγχος. Μια από αυτές τις μελέτες χρησιμοποίησε ένα πρόγραμμα γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας με στόχο να εξετάσει την αντιμετώπιση του άγχους σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ 8-12 ετών, με ταυτόχρονη συμμετοχή του οικογενειακού περιβάλλοντος. Από τους πρώτους μήνες της εφαρμογής της ελαττώθηκε η συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ και το ποσοστό των ατόμων που πληρούσε τα κριτήρια για διάγνωση αγχωδών διαταραχών. Θετικές επιδράσεις σημειώθηκαν εξίσου, στην ποιότητα ζωής, στη συμπεριφορά, στις γνωστικές λειτουργίες των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα (Sciberras et al., 2019). Τέλος, σημαντικές αλλαγές παρατηρήθηκαν στη συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ με βάση μία έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε σε παιδιά 5-18 ετών με συννοσηρή ΔΕΠ-Υ και αγχώδη διαταραχή, έπειτα, από χορήγηση της θεραπείας CBT (Gould et al., 2018).

5.3 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη αποτελεί μία διαταραχή με ιδιαίτερες προεκτάσεις και συνέπειες. Για το λόγο αυτό έχουν παρουσιαστεί πολλές παρεμβάσεις προς άμβλυνση των συμπτωμάτων της. Η φαρμακοθεραπεία αποτελεί αποτελεσματικό τρόπο για την

ανακούφιση ή τη βελτίωση της θεραπείας της κατάθλιψης. Από το 1950, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα διαχωρίστηκαν σε δύο κατηγορίες: α) τους αναστολείς της μονοαμινοοξειδάσης (MAOI) και β) τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCA) (Hookey et al., 2020). Ωστόσο, παρά τη δραστηριότητα τους, η χρήση τους έχει μειωθεί σημαντικά λόγω των επικίνδυνων παρενεργειών που μπορεί να προκαλέσουν στα άτομα που τους χορηγούνται (Schacter et al., 2018). Στις μέρες μας, τα πιο κοινά φάρμακα για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης αποτελούν οι εκλεκτοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI), με τη φλουοξετίνη (Prozac) να θεωρείται ως η πιο αποτελεσματική ουσία (Wilmshurst, 2017). Τέλος, σύμφωνα με τον Holden (2003) πιο αποτελεσματική μέθοδο αποτελεί η ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Χρησιμοποιείται συχνά σε ασθενείς με οξεία κατάθλιψη, καθώς τα αντικαταθλιπτικά χρειάζονται συνήθως περισσότερες από τρεις εβδομάδες για να επηρεάσουν την κατάθλιψη και επιλέγεται έναντι άλλων μεθόδων όταν η φαρμακοθεραπεία αποτυγχάνει να έχει επίδραση σε έναν ασθενή (Olfson, Blanco, & Marcus, 2016).

Πέρα από τη χρήση φαρμάκων παρουσιάζονται και άλλες θεραπείες προς όφελος μείωσης των συμπτωμάτων της κατάθλιψης. Ο Beck (1991) μπορεί να θεωρηθεί ως ο πρωτοπόρος και καινοτόμος της γνωστικής θεραπείας που ανέπτυξε αυτό το είδος θεραπείας στις αρχές του 1960. Θεωρείται πως τα συναισθήματα και οι ερμηνείες των ατόμων για ορισμένα γεγονότα της ζωής έχουν θεμελιώδη επίδραση στην ανταπόκριση των ατόμων σε αυτά τα γεγονότα. Με άλλα λόγια, οι ασθενείς με κατάθλιψη θεωρούνται ότι έχουν ακατάλληλες αρνητικές στάσεις και αντιλήψεις απέναντι στα γεγονότα της ζωής και η ασθένειά τους θεωρείται ότι οφείλεται στη χρήση ακατάλληλων και λανθασμένων στρατηγικών επεξεργασίας πληροφοριών. Επομένως, ο στόχος της γνωστικής θεραπείας είναι να επιτρέψει στους ασθενείς να αναγνωρίσουν, να αξιολογήσουν και κυρίως να τροποποιήσουν τις δυσπροσαρμοστικές τους έννοιες και να εμποδίσουν την εμφάνιση αρνητικών αυτόματων σκέψεων (NATs). Δεδομένου ότι οι στρατηγικές συμπεριφοράς χρησιμοποιούνται επιπρόσθετα για την ενίσχυση των ατόμων με κατάθλιψη, η θεραπεία ονομάζεται γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (CBT). Σε αντίθεση με αυτό που θα μπορούσε κανείς να μαντέψει, η CBT δεν περιλαμβάνει την ενστάλαξη μη ρεαλιστικής αισιοδοξίας σε άτομα που υποφέρουν, αλλά επιδιώκει να βοηθήσει τους ασθενείς να αξιολογήσουν τον εαυτό τους, τις ευκαιρίες και τις ικανότητές τους με πιο ρεαλιστικά μέτρα (Olfson, Blanco, & Marcus, 2016).

Οι προηγούμενες έννοιες και συναισθήματα πρέπει, κατά συνέπεια, να αμφισβητούνται συνεχώς από το άτομο με κατάθλιψη, έτσι ώστε να αποκτήσει μια υψηλότερη αίσθηση κυριαρχίας που του δίνει, με τη σειρά του, περισσότερο έλεγχο και αυτοπεποίθηση για τη μελλοντική ζωή- εκδηλώσεις. Ορισμένες μελέτες έχουν ανακαλύψει ότι το ποσοστό υποτροπής των ατόμων με τη διάγνωση που αντιμετωπίζονται με αυτή τη μέθοδο είναι διπλάσιο από το ποσοστό υποτροπής των ατόμων που λαμβάνουν φάρμακα, σύμφωνα με τους Levine και Wetzel (1986). Οι Hollon και συνεργάτες (2001) απέδειξαν αυτή την πιο αξιοσημείωτη ανωτερότητα της CBT έναντι της φαρμακευτικής αγωγής πιο πρόσφατα και ανακάλυψαν ότι μέσα σε ένα χρόνο μετά τη θεραπεία, το 81% των ατόμων που έλαβαν φαρμακευτική αγωγή υποτροπίασαν ενώ μόνο το 25% των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με CBT υποτροπίασαν. Δυστυχώς, δεν υπάρχουν πολλές μελέτες που έχουν επεκτείνει το εύρος πέρα από το ποσοστό κινδύνου υποτροπής, αλλά ο Fava και οι συνεργάτες του (1998) υποστήριξαν ότι η CBT μειώνει τον κίνδυνο υποτροπής (Cuijpers, Stringaris, & Wolpert, 2020).

Οι αδυναμίες της CBT περιλαμβάνουν τη χαμηλή σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας σε σύγκριση με τη φαρμακοθεραπεία, αν και ο Hollon (2002) καταδεικνύει ότι αυτό μπορεί να είναι εσφαλμένο για μακροχρόνιες θεραπείες όπου η CBT είναι τουλάχιστον όσο οικονομικά αποδοτική όσο η φαρμακοθεραπεία. Η CBT έχει επεκταθεί επιπλέον και σε άλλες γνωστικές θεραπείες, οι οποίες περιλαμβάνουν τη λεγόμενη γνωσιακή θεραπεία με βάση την ενσυνειδητότητα, η οποία χρησιμοποιεί και περιλαμβάνει στρατηγικές αποδοχής και τεχνικές διαλογισμού (θεραπεία διαλεκτικής συμπεριφοράς) που διευκολύνει τους ασθενείς να διατηρούν μια ασφαλή διανοητική απόσταση από τυχόν καταθλιπτικούς μηρυκασμούς, ενώ στοχεύουν λιγότερο στο περιεχόμενο παρά στη διαδικασία του στοχασμού (Cuijpers, Stringaris, & Wolpert, 2020)

Εν ολίγοις, οι γνωστικές θεραπείες φαίνεται να είναι επιτυχείς τόσο στην ελαχιστοποίηση της σοβαρής κατάθλιψης στο διάστημα θεραπείας όσο και στη μείωση του «κινδύνου επιστροφής» της μετά τη θεραπεία. Επιπλέον, οι ασθενείς σπάνια υποφέρουν από οποιοδήποτε είδος παρενεργειών και αισθάνονται πιο ικανοί να ελέγξουν οι ίδιοι τις ασθένειές τους. Πρόσφατα ανεπτυγμένες παρεμβάσεις που βασίζονται στη γνωσιακή θεραπεία φαίνονται, επιπλέον, αρκετά υποσχόμενες όπως η γνωσιακή θεραπεία που βασίζεται στην ενσυνειδητότητα. Οι συνέπειες που φαίνονται ιδιαίτερα ενθαρρυντικές είναι ιδέες που θεωρούν ότι οι παρεμβάσεις που

αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά την υποτροπή θα μπορούσαν επίσης να μειώσουν τον ανησυχητικό κίνδυνο για αρχική έναρξη σε παιδιά και νέους που δεν έχουν αντιμετωπίσει ποτέ κατάθλιψη (Cuijpers, Stringaris, & Wolpert, 2020).

Για τη συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με την κατάθλιψη, η βιβλιογραφία αναφέρει ότι όταν οι δύο αυτές διαταραχές συνυπάρχουν, παρουσιάζουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και συνοδεύονται από σοβαρά συμπτώματα, καθιστώντας την θεραπευτική αντιμετώπισή τους ιδιαίτερα σύνθετη (Turgay, & Ansari, 2006, Biederman, et al., 2008). Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία και η φαρμακοθεραπεία, οι οποίες κρίνονται αρκετά δραστικές για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης μπορεί να αποβούν λιγότερο αποτελεσματικές στην περίπτωση όπου υπάρχει και συννοσηρή ΔΕΠ-Υ. Για το λόγο αυτό πολλοί ασθενείς με συννοσηρή διάγνωση θα χρειαστούν αρκετά φάρμακα αλλά και έναν συνδυασμό από ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (Turgay, & Ansari, 2006).

Αναφορικά με την φαρμακοθεραπεία, το κλινικό πρωτόκολλο συνιστά έναν συνδυασμό αντικαταθλιπτικών και ψυχοδιεγερτικών φαρμάκων, εστιάζοντας πρώτα στη διαταραχή με την πιο σοβαρή συμπτωματολογία (Pliszka et al., 2006). Μάλιστα, θετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση συμπτωμάτων κατάθλιψης και ΔΕΠ-Υ στους ενήλικες σημειώνουν κάποια αντικαταθλιπτικά όπως η βουπροπιόνη και η ιμιπραμίνη ενώ η χορήγηση τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών συνιστάται σε ενήλικες αλλά όχι σε παιδιά και εφήβους (Turgay, & Ansari, 2006). Θετικά και ασφαλή αποτελέσματα σε παιδιά και εφήβους με ΔΕΠ-Υ και συννοσηρή κατάθλιψη έχει επιφέρει η χορήγηση των εκλεκτών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI) (Turgay, & Ansari, 2006). Τέλος, σχετικά με την γνωστική συμπεριφορική θεραπεία στην περίπτωση συννοσηρότητας των δύο παραπάνω διαταραχών, δεν υπάρχουν αρκετές τεκμηριωμένες βιβλιογραφικές αναφορές ώστε να οδηγηθούμε σε ασφαλή συμπεράσματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κατανόηση της συννοσηρότητας της ΔΕΠΥ με τις αγχώδεις διαταραχές και την κατάθλιψη καθιστά κρίσιμη για την προαγωγή ολοκληρωμένων και δραστικών θεραπευτικών προσεγγίσεων. Οι παρεμβάσεις που συνδυάζουν φαρμακευτική και ψυχολογική υποστήριξη μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ατόμων, που πάσχουν από αυτές τις διαταραχές, σε όλα τα επίπεδα. Η άμεση διάγνωση και η σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση αποτελούν απαραίτητα συστατικά για την αποτελεσματική διαχείριση της συμπτωματολογίας και την ενίσχυση της λειτουργικότητας των ατόμων σε όλες τις φάσεις της ζωής τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Αλεβίζος, Β. (2008). Άγχος Ιατρικές και Κοινωνικές Διαστάσεις. *Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις*.
2. Βλασσοπούλου, Μ., Γιαννετοπούλου, Α., Διαμαντή, Μ., Κιρπότην, Λ., Λεβαντή, Ε., Λευθήρη, Κ. και συν.(Επιμ.). (2015). Γλωσσικές δυσκολίες και γραπτός λόγος στο πλαίσιο της σχολικής μάθησης. *Αθήνα: Γρηγορη*
3. Κάκουρος, Ε., Μανιαδάκη, Κ. (2016). Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ: Από τη θεωρία στην πράξη. *Αθήνα: Gutenberg*.
4. Κακουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2012). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-Υπερκινητικότητα: Θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση. *Αθήνα: Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδανός*
5. Κάκουρος, Ε., Μπαλούρδος, Δ., & Ρεκούτης, Π. (1995). Διερεύνηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα παιδιά που παραπέμπονται σε ιατροπαιδαγωγικό κέντρο. *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής-Προσανατολισμού*, 32-33.
6. Κακουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2006). Ψυχαθολογία Παιδιών και Εφήβων: Αναπτυξιακή Προσέγγιση. *Αθήνα: Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδανός*
7. Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2000). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα, *Αθήνα*
8. Μανιαδάκη, Κ. (2012). Τα βασικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ στην πορεία της ανάπτυξης. Στο Ε. Κάκουρος & Κ. Μανιαδάκη (Επιμ.), *Διαταραχή Έλλειμματικής*

Προσοχής- Υπερκινητικότητα: Θεωρητικές προσεγγίσεις & θεραπευτική αντιμετώπιση (σελ. 19-56). Gutenberg.

9. Παλίλη, Α. (2016). Επιδημιολογία της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στον ελληνικό πληθυσμό.
10. Παπαναστασίου, Φ. (2019). ΔΕΠΥράζει, Αθήνα: Πεδίο
11. Σίμος Γ. Γνωστική και συμπεριφορική θεραπεία Οδηγός για την κλινική πράξη 2010, 21-24 Διπλωματική εργασία: Διερεύνηση του επιπολασμού Μείζονος Κατάθλιψης και κινδύνου αυτοκτονίας σε ασθενείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του νομού Καρδίτσας.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. Adler, L. A., Spencer, T., Brown, T. E., Holdnack, J., Saylor, K., Schuh, K., ... & Kelsey, D. (2009). Once-daily atomoxetine for adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a 6-month, double-blind trial. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 29(1), 44-50.
2. American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (2nd ed.). Washington, DC
3. American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3rd ed., text rev.). Washington, DC
4. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed.). Washington, DC
5. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3rd ed.). Washington, DC
6. Akutagava-Martins, G. C., Rohde, L. A., & Hutz, M. H. (2016). Genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: an update. *Expert review of neurotherapeutics*, 16(2), 145-156.
7. Auden WH . *The age of anxiety a baroque eclogue*. New York, Random House, Inc, 1947
8. Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 327-335.

9. Bandelow, B., Michaelis, S. and Wedekind, D. (2017) "Treatment of anxiety disorders," *Dialogues in Clinical Neuroscience*. Les Laboratoires Servier, 19(2), pp. 93–107. doi: 10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow.
10. Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 327-335.
11. Barkley, R.A., & Peters, H. (2012). The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of "Attention deficit". *Journal of Attention Disorders*.
12. Barkley, R. A. (1998). Attention deficit hyperactivity disorders. *Behavioral assessment of childhood disorders*, 2.
13. Barkley, R. A. (2015). Etiologies of ADHD.
14. Bauermeister, J. J., Shrout, P. E., Chávez, L., Rubio-Stipec, M., Ramírez, R., Padilla, L., ... & Canino, G. (2007). ADHD and gender: are risks and sequela of ADHD the same for boys and girls?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(8), 831-839.
15. Bell, C. C. (1994). *DSM-IV: diagnostic and statistical manual of mental disorders*.
16. Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (1998). Social phobia and anxiety inventory for children. *Psychological Assessment*.
17. Beck, A. T. (1997). Cognitive therapy: reflections. In J.K Zeig (Ed.). *The evolution of psychotherapy the third conference* (pp. 55-64). New York : Brunner/ Mazel.
18. Biederman, J., Ball, S. W., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T. J., McCreary, M., ... & Faraone, S. V. (2008). New insights into the comorbidity between ADHD and major depression in adolescent and young adult females. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(4), 426-434.
19. Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., ... & Johnson, M. A. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *American Journal of psychiatry*, 159(1), 36-42.
20. Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S. V., Kiely, K., Guite, J., Mick, E., ... & Reed, E. (1995). Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder: A test of Rutter's indicators of adversity. *Archives of general psychiatry*, 52(6), 464-470.
21. Black, B (1995). Separation anxiety disorder and panic disorder. In J.S March (Ed) , *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York Q Guilford.

22. Black, B & Uhde, T.W. (1992). Elective mutism as a variant of social phobia. *Journal of the American Academy Of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1090-1094.
23. Braswell, L., & Bloomquist, M.L. (1991). *Cognitive-Behavioral Therapy with ADHD Children*. New York: Guilford Press.
24. Butcher, J. N., Mineka, S., & Hooley, J. M. (2017). *Abnormal psychology*. Pearson Education India.
25. Chess, S. (1960). Diagnosis and treatment of the hyperactive child. *New York State Journal of Medicine*.
26. Cuijpers, P., Stringaris, A., & Wolpert, M. (2020). Treatment outcomes for depression: challenges and opportunities. *The Lancet Psychiatry*, 7(11), 925-927.
27. Cunningham, C. E. (2007). A family-centered approach to planning and measuring the outcome of interventions for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 676-694.
28. Curtiss, J. E., Levine, D. S., Ander, I., & Baker, A. W. (2021). Cognitive-behavioral treatments for anxiety and stress-related disorders. *Focus*, 19(2), 184-189.
29. D'Agati, E., Curatolo, P., & Mazzone, L. (2019). Comorbidity between ADHD and anxiety disorders across the lifespan. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 23(4), 238-244.
30. Drechsler, R., Brem, S., Brandeis, D., Grünblatt, E., Berger, G., & Walitza, S. (2020). ADHD: Current concepts and treatments in children and adolescents. *Neuropediatrics*, 51(05), 315-335.
31. DuPaul, G. J., Weyandt, L. L., & Janusis, G. M. (2011). ADHD in the classroom: Effective intervention strategies. *Theory into practice*, 50(1), 35-42.
32. Eley, T. C. (1999). Behavioral genetics as a tool for developmental psychology: Anxiety and depression in children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 21-36.
33. Elizur, Y., & Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: A controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1451-1459.
34. Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., & Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 57(11), 1313-1323.

35. Gaub, M., & Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1036-1045.
36. Geller, D., Donnelly, C., Lopez, F., Rubin, R., Newcorn, J., Sutton, V., ... & 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.
37. Gonçalves, D. C., & Byrne, G. J. (2012). Interventions for generalized anxiety disorder in older adults: systematic review and meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, 26(1), 1-11.
38. Guderjahn, L., Gold, A., Stadler, G., & Gawrilow, C. (2013). Self-regulation strategies support children with ADHD to overcome symptom-related behavior in the classroom. *Official Journal of the World Federation of ADHD* .
39. Gould, K. L., Porter, M., Lyneham, H. J., & Hudson, J. L. (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.
40. Gureasko-Moore, S., DuPaul, G. J., & White, G. P. (2007). Self-management of classroom preparedness and homework: Effects on school functioning of adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *School Psychology Review*, 36(4), 647-664.
41. Halldorsdottir, T., & Ollendick, T. H. (2014). Comorbid ADHD: Implications for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(3), 310-322.
42. Heptinstall, E., & Taylor, E. (2002). Sex differences and their significance. *Hyperactivity and attention disorders of childhood*, 99-125.
43. Hooley J.M (et. al.) (2020), *Ψυχοπαθολογία*. Εκδ. utopia
44. Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2000). The origins of social phobia. *Behavior modification*, 24(1), 102-129.
45. Humphreys, K. L., Katz, S. J., Lee, S. S., Hammen, C., Brennan, P. A., & Najman, J. M. (2013). The association of ADHD and depression: Mediation by peer problems and parent-child difficulties in two complementary samples. *Journal of abnormal psychology*, 122(3), 854.

46. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord* 2003, 74:5–13.
47. Kessler, J. W. (1980). History of minimal brain dysfunctions. *Handbook of minimal brain dysfunctions: A critical view*, 18-52.
48. Kierkegaard, S., & Lowrie, W. (1957). *The concept of dread* (p. 38). Princeton, NJ: Princeton University Press.
49. Klassen A.F., Miller A., Fine S. (2004). Health related quality of life in children and adolescent who have diagnosis of attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 114 (5) 541-547.
50. Koyuncu, A., Ayan, T., İnce Guliyev, E., Erbilgin, S., & Deveci, E. (2022). ADHD and anxiety disorder comorbidity in children and adults: Diagnostic and therapeutic challenges. *Current Psychiatry Reports*, 24(2), 129-140.
51. Larsson H, Dilshad R, Lichtenstein P, Barker E. Developmental trajectories of DSM-IV symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder: genetic effects, family risk and associated psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011;52(9):954-963.
52. Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin, A. E. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: Sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1070-1076.
53. Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, A. E., Finkelstein, R., & Strauss, C. C. (1987). Comparison of DSM-III separation anxiety and overanxious disorders: Demographic characteristics and patterns of comorbidity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26(4), 527-531.
54. Lavigne, J. V., LeBailly, S. A., Hopkins, J., Gouze, K. R., & Binns, H. J. (2009). The prevalence of ADHD, ODD, depression, and anxiety in a community sample of 4-year-olds. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(3), 315-328.
55. Levy, H., O'Bryan, E., & Tolin, D. (2021). A meta-analysis of relapse rates in cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders* .
56. Lloyd, G. K., Fletcher, A., & Minchin, M. C. W. (1992). GABA agonists as potential anxiolytics. *Handbook of anxiety*, 5, 35-58.
57. Luby, J. L., Heffelfinger, A. K., Mrakotsky, C., Hessler, M. J., Brown, K. M., & Hildebrand, T. (2002). Preschool major depressive disorder: preliminary validation

- for developmentally modified DSM-IV criteria. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 928-937
58. Massetti, G. M., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Ehrhardt, A., Lee, S. S., & Kipp, H. (2008). Academic achievement over 8 years among children who met modified criteria for attention-deficit/hyperactivity disorder at 4–6 years of age. *Journal of abnormal child psychology*, 36, 399-410.
 59. March, J. S., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Hoza, B., Conners, C. K., Hinshaw, S. P., ... & Pelham, W. E. (2000). Anxiety as a predictor and outcome variable in the multimodal treatment study of children with ADHD (MTA). *Journal of abnormal child psychology*, 28, 527-541.
 60. May, R., & May, R. (1950). *The meaning of anxiety* (pp. xv-376). New York, NY, US: Ronald Press Company.
 61. McIntosh, D., Kutcher, S., Binder, C., Levitt, A., Fallu, A., & Rosenbluth, M. (2009). Adult ADHD and comorbid depression: a consensus-derived diagnostic algorithm for ADHD. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 137-150.
 62. Nath Samantaray, N., Kar, N., & Mishra, S. R. (2022). A follow-up study on treatment effects of cognitive-behavioral therapy on social anxiety disorder: Impact of COVID-19 fear during post-lockdown period. *Psychiatry Research*, 310, 114439.
 63. Nigg, J. T. (2013). Attention deficits and hyperactivity–impulsivity: What have we learned, what next?. *Development and psychopathology*, 25(4pt2), 1489-1503.
 64. Ollendick, T. H. (1998). Panic disorders in children and adolescents: New developments, new directions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(3), 234-245.
 65. Ollendick, T.H. Vasey M.W. , King N.J. ,Vasey M.W, & Dadds M.R. (2001). Operant conditioning influences in childhood anxiety. *The development psychopathology of anxiety*, 231-252.
 66. Olfson, M., Blanco, C., & Marcus, S. C. (2016). Treatment of adult depression in the United States. *JAMA internal medicine*, 176(10), 1482-1491.
 67. Palmer, E. D., & Finger, S. (2001). An early description of ADHD (inattentive subtype): Dr Alexander Crichton and ‘Mental Restlessness’(1798). *Child Psychology and Psychiatry Review*, 6(2), 66-73.

68. Paucke, M., Stibbe, T., Huang, J., & Strauss, M. (2021). Differentiation of ADHD and depression based on cognitive performance. *Journal of attention disorders*, 25(7), 920-932.
69. Pliszka, S. R. (2019). ADHD and anxiety: clinical implications. *Journal of Attention Disorders*, 23(3), 203-205.
70. Pliszka, S. R., Crismon, M. L., Hughes, C. W., Corners, C. K., Emslie, G. J., Jensen, P. S., ... & HYPERACTIVITY, P. O. C. A. D. (2006). The Texas Children's Medication Algorithm Project: revision of the algorithm for pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(6), 642-657.
71. Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American journal of psychiatry*, 164(6), 942-948.
72. Prevatt, F., & Levrini, A. (2015). An overview of ADHD. *ADHD coaching: A guide for mental health professionals*, 9-24.
73. Redmond Jr, D. E. (1981). Clonidine and the primate locus coeruleus: evidence suggesting anxiolytic and anti-withdrawal effects. *Progress in Clinical and Biological Research*, 71, 147-163.
74. Rehman, U., Shah Nawaz, M. G., Khan, N. H., Kharshiing, K. D., Khursheed, M., Gupta, K., ... & Uniyal, R. (2021). Depression, anxiety and stress among Indians in times of Covid-19 lockdown. *Community mental health journal*, 57, 42-48.
75. Reid, R., Trout, A. L., & Schartz, M. (2005). Self-regulation interventions for children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Exceptional Children*, 71(4), 361-377.
76. Riglin, L., Leppert, B., Dardani, C., Thapar, A. K., Rice, F., O'Donovan, M. C., ... & Thapar, A. (2021). ADHD and depression: investigating a causal explanation. *Psychological medicine*, 51(11), 1890-1897.
77. Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 883-908.
78. Roy, A., Oldehinkel, A. J., & Hartman, C. A. (2017). Cognitive functioning in adolescents with self-reported ADHD and depression: Results from a population-based study. *Journal of abnormal child psychology*, 45(1), 69-81.
79. Schatz, D. B., & Rostain, A. L. (2006). ADHD with comorbid anxiety: a review of the current literature. *Journal of Attention disorders*, 10(2), 141-149.

80. Roemer, L., Molina, S., & Borkovec, T. D. (1997). An investigation of worry content among generally anxious individuals. *The Journal of nervous and mental disease*, 185(5), 314-319.
81. Rubin, K. H., Burgess, K. B., Vasey, M. W., & Dadds, M. R. (2001). The developmental psychopathology of anxiety. *Handbook of developmental psychopathology*.
82. Rutter, M., Silberg, J., O'Connor, T., & Simonoff, E. (1999). Genetics and child psychiatry: II Empirical research findings. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(1), 19-55.
83. Seymour, K. E., & Miller, L. (2017). ADHD and depression: the role of poor frustration tolerance. *Current developmental disorders reports*, 4, 14-18.
84. Schacter, L. D., Gilbert, D., Wegner, D. M., & Nock, M. K. (2018). Εισαγωγή στην Ψυχολογία. Αθήνα: Εκδόσεις GUTENBERG.
85. Sciberras, E., Efron, D., Patel, P., Mulraney, M., Lee, K. J., Mihalopoulos, C., ... & 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, 1-9.
86. Sciberras, E., Mulraney, M., Silva, D., & Coghill, D. (2017). Prenatal risk factors and the etiology of ADHD—review of existing evidence. *Current psychiatry reports*, 19, 1-8.
87. Scott, S. & Beidel, D.C. (2011). Selective mutism Q An update and suggestions for future research. *Current psychiatry Reports*, 13.
88. Sheeber, L., Hops, H., & Davis, B. (2001). Family processes in adolescent depression. *Clinical child and family psychology review*, 4, 19-35.
89. Silverman, W. K., Saavedra, L. M., & Pina, A. A. (2001). Test-retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: child and parent versions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(8), 937-944.
90. Skounti, M., Philalithis, A., & Galanakis, E. (2007). Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *European journal of pediatrics*, 166, 117-123.
91. Skounti, M., Giannoukas, S., Dimitriou, E., Nikolopoulou, S., Linardakis, E., & Philalithis, A. (2010). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in

- schoolchildren in Athens, Greece. Association of ADHD subtypes with social and academic impairment. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2, 127-132.
92. Steinhausen, H., & Juzi, C. (1996). Elective mutism: an analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 606-614.
 93. Strauss, A.A., & Lehtinen, L.E. (1947). *Psychopathology and education of the brain-injured child*. New York: Grune & Stratton.
 94. Ströhle, A., Gensichen, J., & Domschke, K. (2018). The diagnosis and treatment of anxiety disorders. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115(37), 611.
 95. Tai, Y. M., Gau, C. S., Gau, S. S. F., & Chiu, H. W. (2013). Prediction of ADHD to anxiety disorders: an 11-year national insurance data analysis in Taiwan. *Journal of attention disorders*, 17(8), 660-669.
 96. Tarver, J., Daley, D., & Sayal, K. (2014). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): an updated review of the essential facts. *Child: care, health and development*, 40(6), 762-774.
 97. Thase, M. E., Jindal, R., & Howland, R. H. (2002). Biological aspects of depression.
 98. Tillich, P. (1944). Existential philosophy. *Journal of the History of Ideas*, 44-70.
 99. Turgay, A., & Ansari, R. (2006). Major depression with ADHD: In children and adolescents. *Psychiatry (Edgmont)*, 3(4), 20.

 100. Velting, O.N & Albano, A.M (2001). Current trends in understanding and treatment of social phobia in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 127-140.
 101. Villas-Boas, C. B., Chierrito, D., Fernandez-Llimos, F., Tonin, F. S., & Sanches, A. C. (2019). Pharmacological treatment of attention-deficit hyperactivity disorder comorbid with an anxiety disorder: a systematic review. *International clinical psychopharmacology*, 34(2), 57-64.
 102. Warren, S. L., Huston, L., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 637-644.
 103. Wilmshurst, L. (2017). *Αναπτυξιακή Ψυχοπαθολογία*. Επ. Μπεζεβέγκης Η. Γ. Εκδ. Gutenberg.

ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

1. Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) (2020). Τι είναι ΔΕΠΥ . Ανακτήθηκε από <https://www.adhdhellas.org/2013-09-13-13-14-13/ti-einai>