

# ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΥΡΗΝΙΚΩΝ ΦΑΙΝΟΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΔΕΠΥ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ ΑΤΟΜΑ

Αρτέμιος Πεχλιβανίδης, Αναπληρωτής καθηγητής Ψυχιατρικής Κλινικής ΕΚΠΑ Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Τμήμα Νευροαναπτυξιακών Διαταραχών, Πρόεδρος του κλάδου ΝΑΔ δια βίου της ΕΨΕ

Εύα Καλαντζή, Ψυχίατρος υπ. Διδάκτωρ ΕΚΠΑ, επιστημονικός συνεργάτης Α' Ψυχιατρικής Κλινικής ΕΚΠΑ Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Τμήμα Νευροαναπτυξιακών Διαταραχών, Γραμματέας του κλάδου ΝΑΔ δια βίου της ΕΨΕ

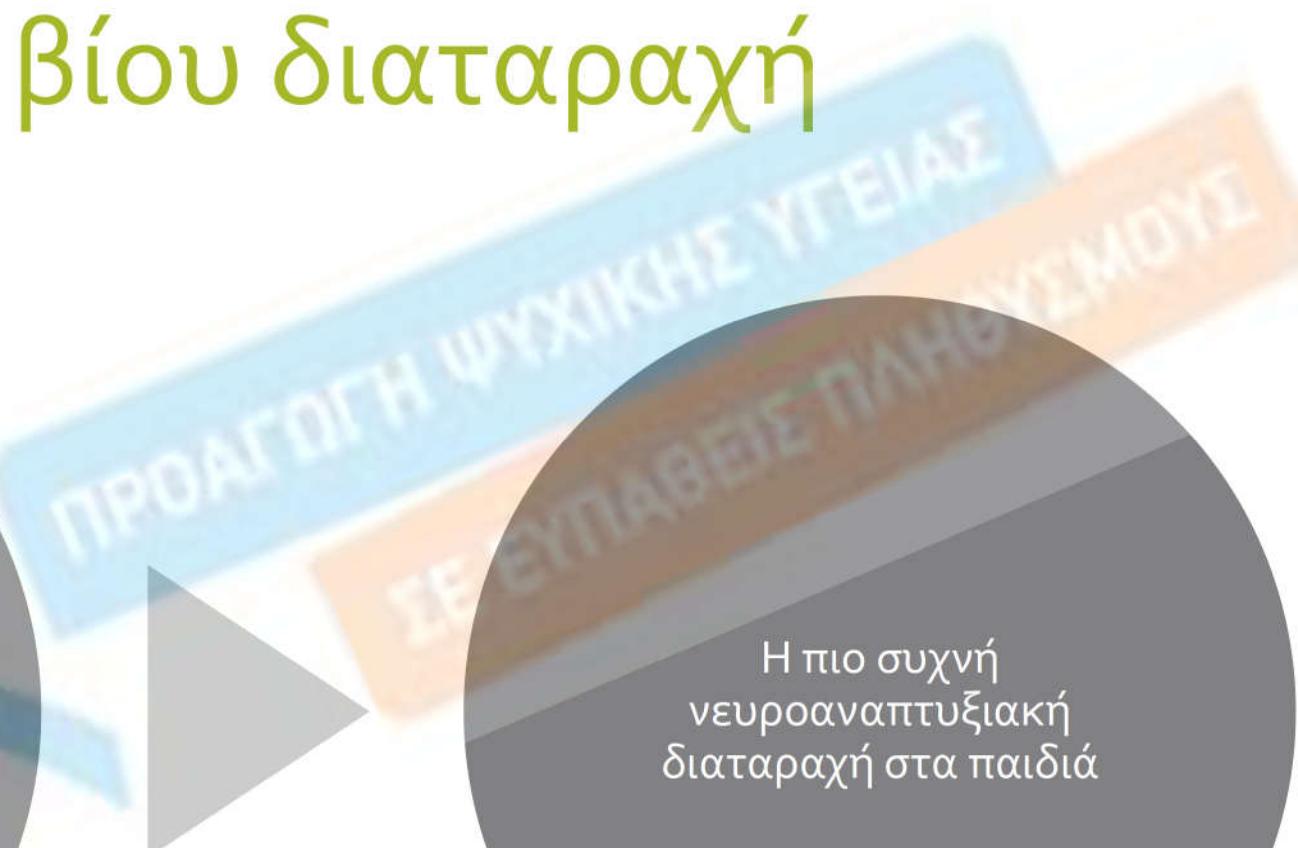


# ΠΥΡΗΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

---

Και όχι μόνο...

# ΔΕΠΥ – Μία δια βίου διαταραχή



# ΔΕΠΥ – Μία δια βίου διαταραχή

- Η ύπαρξή της στους ενήλικες αμφισβητήθηκε, πλέον όμως είναι καλά τεκμηριωμένο πως υφίσταται. Τα 2/3 των παιδιών με ΔΕΠΥ, θα γίνουν ενήλικες με ΔΕΠΥ (πλήρως ή μερικώς)
- Σύμφωνα με την National Comorbidity Survey Replication (NCS-R), η ΔΕΠΥ υπάρχει σε ποσοστό 4,4% των ενηλίκων, με 36,3% να συνεχίζεται πλήρως από την παιδική στην ενήλικη ζωή
- Σε 20 χώρες στους ενήλικες εκτιμάται 2,8% (Fayad 2017)
- Απαραίτητη η εξασφάλιση της μετάβασης και η διατήρηση της ψυχιατρικής φροντίδας
- Σε ηλικιωμένους Ολλανδική μελέτη βρήκε 2,8-4,2% ανάλογα με τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν (Michielsen 2012, Goodman 2016)

# ΔΕΠΥ – Μία δια βίου διαταραχή

- Πρόβλεψη για τη διάγνωση και στους ενήλικες στο DSM-5
- Η μη αναγνώριση ή θεραπεία της ΔΕΠΥ έχει αντίκτυπο στο άτομο, με επιβάρυνση της οικογενειακής ζωής, της ακαδημαϊκής πορείας, της εργασίας, της χρήσης των υπηρεσιών υγείας αλλά και της εμπλοκής με τον νόμο (Kessler 2006)
- Σύνθετη διάγνωση, προϋποθέτει όχι μόνο την ύπαρξη στοιχείων (traits) απροσεξίας, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας, αλλά και την ύπαρξη δυσλειτουργίας
- Η διάγνωση δεν γίνεται σε επείγουσα βάση, αλλά απαιτεί χρόνο και συνεργασία

Μία αξιόπιστη και  
έγκυρη διάγνωση  
παρουσιάζει  
δυσκολίες

Απαιτείται  
αναδρομική  
διάγνωση στην  
παιδική ηλικία

Εκπαίδευση των  
κλινικών σε ειδική  
διαγνωστική  
μεθοδολογία

Δυσκολία λόγω  
μεγάλου ποσοστού  
συνύπαρξης με άλλες  
ψυχιατρικές  
διαταραχές

Είναι μια «εύκολη» διάγνωση;

# Κριτήρια ΔΕΠΥ κατά DSM-5



# ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΡΟΣΕΞΙΑΣ

1. Συχνά αποτυγχάνει να επικεντρώσει την προσοχή σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες, τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες
2. Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του στα καθήκοντά του ή στο παιχνίδι
3. Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του μιλούν
4. Συχνά δεν ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και αποτυγχάνει να ολοκληρώσει σχολικές εργασίες, δουλειές που του ανατίθενται ή καθήκοντα στο χώρο εργασίας (χωρίς να οφείλεται σε εναντιωματική συμπεριφορά ή αδυναμία κατανόησης των οδηγιών)
5. Συχνά δυσκολεύεται να οργανώσει δουλειές και δραστηριότητες
6. Συχνά αποφεύγει ή αποστρέφεται ή είναι απρόθυμος να εμπλακεί σε δουλειές που απαιτούν αδιάπτωτη πνευματική προσπάθεια (όπως σχολική εργασία ή προπαρασκευή των μαθημάτων στο σπίτι)
7. Συχνά χάνει αντικείμενα απαραίτητα για δουλειές ή δραστηριότητες (π.χ. παιχνίδια, μολύβια, βιβλία, εργασίες που έχουν δοθεί για το σπίτι, γυαλιά, κινητό)
8. Συχνά η προσοχή του διασπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα (στους ενήλικες και από άσχετες σκέψεις)
9. Συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες (στους ενήλικες να πληρώσουν λογαριασμούς)

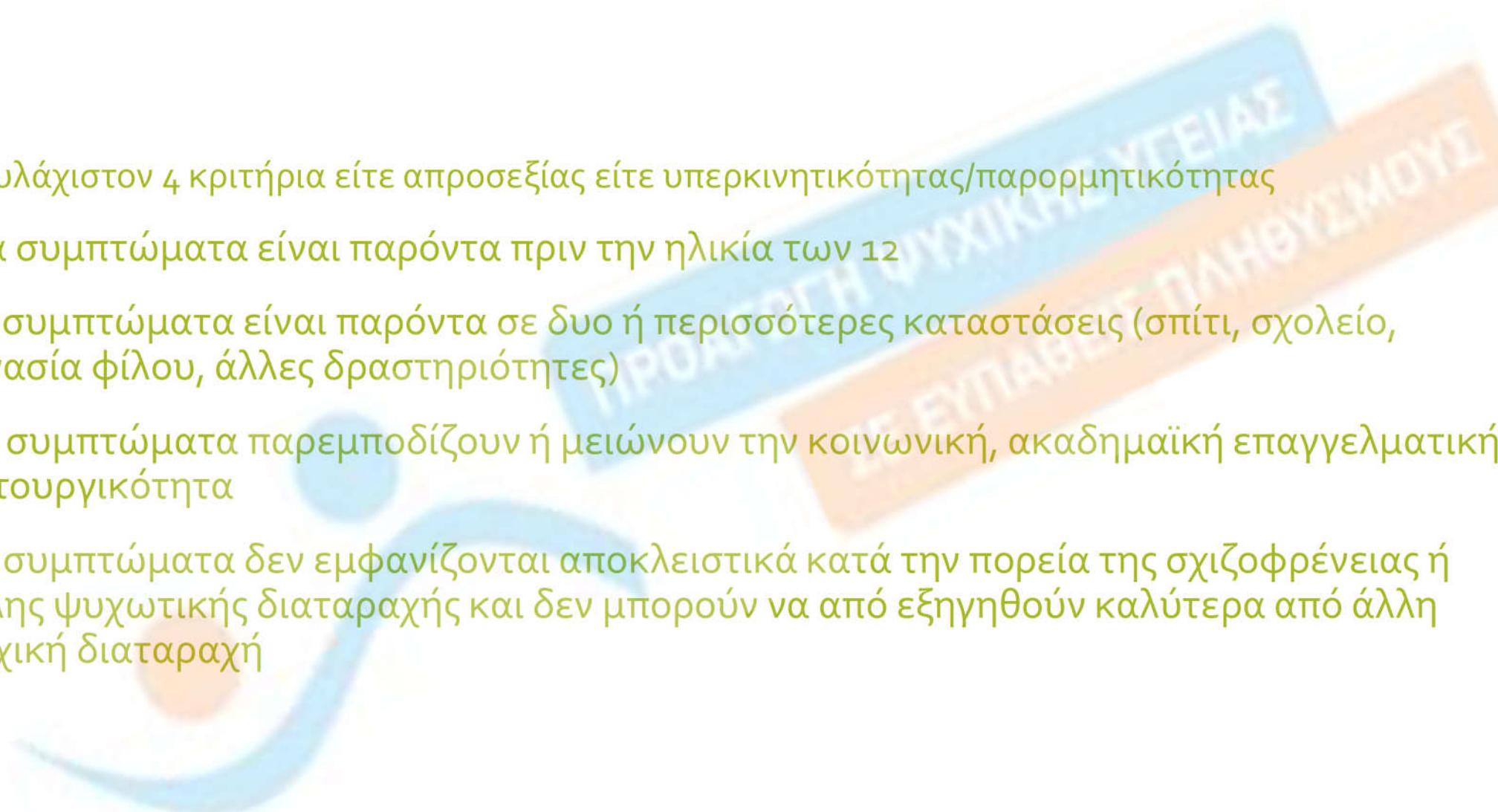
# ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ- ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

## Υπερκινητικότητα

1. Συχνά κινεί τα χέρια ή τα πόδια ή στριφογυρίζει στη θέση του
2. Συχνά αφήνει τη θέση του σε άλλες περιστάσεις, στις οποίες αναμένεται ότι θα παραμείνει καθισμένος
3. Συχνά τρέχει εδώ κι εκεί και σκαρφαλώνει με τρόπο υπερβολικό σε περιστάσεις, οι οποίες δεν προσφέρονται για ανάλογες δραστηριότητες (στους εφήβους και τους ενήλικες μπορεί να περιορίζεται σε υποκειμενικά αισθήματα κινητικής ανησυχίας)
4. Συχνά δυσκολεύεται να παίζει ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου ήσυχα
5. Συχνά είναι διαρκώς σε κίνηση και συχνά ενεργεί σαν να «κινείται με μηχανή»
6. Συχνά μιλάει υπερβολικά

## Παρορμητικότητα

1. Συχνά απαντά απερίσκεπτα πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση
2. Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του
3. Συχνά διακόπτει ή ενοχλεί με την παρουσία του/της τους άλλους (π.χ. παρεμβαίνει σε συζητήσεις ή παιχνίδια)

- 
- A.** Τουλάχιστον 4 κριτήρια είτε απροσεξίας είτε υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας
  - B.** Τα συμπτώματα είναι παρόντα πριν την ηλικία των 12
  - Γ.** Τα συμπτώματα είναι παρόντα σε δυο ή περισσότερες καταστάσεις (σπίτι, σχολείο, εργασία φίλου, άλλες δραστηριότητες)
  - Δ.** Τα συμπτώματα παρεμποδίζουν ή μειώνουν την κοινωνική, ακαδημαϊκή επαγγελματική λειτουργικότητα
  - Ε.** Τα συμπτώματα δεν εμφανίζονται αποκλειστικά κατά την πορεία της σχιζοφρένειας ή άλλης ψυχωτικής διαταραχής και δεν μπορούν να από εξηγηθούν καλύτερα από άλλη ψυχική διαταραχή

# Κλινική έκφραση

- Η εικόνα πολύ συχνά εμπλουτίζεται από συνοδά της ΔΕΠΥ συμπτώματα
  - ✓ Αναβλητικότητα
  - ✓ Mind wandering
  - ✓ Συναισθηματική ευμεταβλητότητα
  - ✓ Χαμηλή ανοχή στην ματαίωση
  - ✓ Χαμηλή αυτοεκτίμηση

# Κλινική έκφραση

- Στους ενήλικες υπάρχει μεγαλύτερη ανομοιογένεια στην κλινική εικόνα με κυρίαρχα συμπτώματα, όχι τόσο τα τυπικά υπερκινητικά των παιδιών, αλλά ένα μεγάλο φάσμα συναισθηματικής επιβάρυνσης και καθημερινής δυσλειτουργίας (Katzman 2017)
- Η απροσεξία εκδηλώνεται με εύκολη διάσπαση της προσοχής, αποδιοργάνωση, καθυστερήσεις σε ραντεβού, εύκολο αίσθημα ανίας, ανάγκη για αλλαγές, δυσκολία στη λήψη αποφάσεων, ευαισθησία στο stress και αδυναμία συνολικής θεώρησης των πραγμάτων
- Η υπερκινητικότητα εκδηλώνεται με νευρικές κινήσεις, αδυναμία παραμονής για μεγάλο χρονικό διάστημα σε μια θέση, ακόμη κι αν αυτό είναι απαραίτητο (π.χ. κινηματογράφος, συνέδρια, εκκλησία κ.λπ.) ή με το να είναι συνεχώς «υπ' ατμόν»
- Η παρορμητικότητα εκδηλώνεται με ανυπομονησία, ενέργεια χωρίς σκέψη ή ακολουθώντας κυρίως το συναίσθημα, με το να ξοδεύει παρορμητικά ή και με το ν' αλλάζει συνεχώς εργασίες ή ερωτικούς συντρόφους. Επί πλέον, οι ενήλικες με ΔΕΠΥ βιώνουν συχνά συναισθηματικές μεταπτώσεις, καθώς και εκρήξεις θυμού

# Κλινική έκφραση

- Αδυνατούν να σταθεροποιήσουν τη ζωή τους τόσο σε επαγγελματικό (π.χ. απολύονται), όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο. Η παραμονή τους σε μια εργασία είναι συνήθως μικρής διάρκειας, το ίδιο και οι σχέσεις τους
- Τα τροχαία ατυχήματα είναι συχνά σε νεαρούς ενήλικες με ΔΕΠΥ, εξ αιτίας της τάσης τους να είναι διασπασμένοι, παρορμητικοί και της ανάγκης τους για ένταση. Επίσης, είναι πιθανότερο να εμπλακούν σε καυγάδες
- Συχνά ακολουθούν ένα τρόπο ζωής που περιλαμβάνει κάπνισμα, κατανάλωση οινοπνεύματος, ναρκωτικών ουσιών, επικίνδυνη σεξουαλική ζωή, αδυναμία χρονικής ακρίβειας
- Πιθανά ακαδημαϊκά προβλήματα, οικονομικές δυσκολίες, μειωμένη αυτοπεποίθηση

# Παραδείγματα παραπομπών

- Γυναίκα 24 ετών, απόφοιτος ΑΕΙ, έξι μήνες ERASMUS, στην φάση του μεταπτυχιακού. Ευσυγκίνητη, mood swings, αγχώδης, «στο δημοτικό ταξίδευα συνεχώς, ήμουν στον κόσμο μου», τριβές με την οικογένεια γιατί την θεωρούν αδιάφορη
- Άνδρας 50 ετών, αρχιτέκτονας, διαζευγμένος, πατέρας ενός παιδιού, σε σχέση. Πολλαπλά προβλήματα στις σχέσεις του, μεγάλο εργασιακό άγχος κυρίως λόγω καθυστερήσεων με τις προθεσμίες, αφηρημένος, φαινομενικά αδιάφορος
- Γυναίκα 26 ετών, άνεργη, διαρκώς κατακλύζεται από σκέψεις, μητέρα δύο παιδιών. Προηγούμενες διαγνώσεις αγχώδης και καταθλιπτική συνδρομή. Περιστασιακή χρήση κάνναβης για να «ηρεμεί» το μυαλό της
- Άνδρας 21ετών, υπερδραστήριος, ευφυής, οικολόγος, θέλει να «σώσει τον πλανήτη». Προηγούμενες διαγνώσεις διπολικής διαταραχής

# ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

---

# Κλινική αξιολόγηση

- Κλινική Εικόνα
- Συνύπαρξη ΔΕΠΥ και άλλων ψυχιατρικών διαταραχών



# ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

---



## ΑΠΡΟΣΕΞΙΑ

- Δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του
- Διασπάται εύκολα
- Δεν ακούει τους άλλους

## ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

- Κάνει πολλές νευρικές κινήσεις
- Μιλά υπερβολικά
- Υποκειμενικό αίσθημα κινητικής ανησυχίας
- Κατάχρηση ουσιών

## ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

- Χαμηλός έλεγχος των παρορμήσεων
- Προβλήματα με την οδήγηση
- Δεν μπορεί να ελέγξει και να αναστείλει τις συναισθηματικές του αντιδράσεις

# ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΙ ΤΙ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ Η ΔΕΠΥ

- Η ΔΕΠΥ πλέον δεν θεωρείται διαταραχή συμπεριφοράς, αλλά αναπτυξιακή διαταραχή με επίπτωση στις εκτελεστικές λειτουργίες
  - Περιλαμβάνει ευρύ φάσμα εκδηλώσεων, οι οποίες δεν περιορίζονται μόνο στην παρατηρούμενη συμπεριφορά
  - Θα αναφερθούν
- ✓ Μύθοι σχετικά με την ΔΕΠΥ
- ✓ Χαρακτηριστικά προβλήματα των εκτελεστικών λειτουργιών και η έκφρασή τους στην καθημερινή ζωή

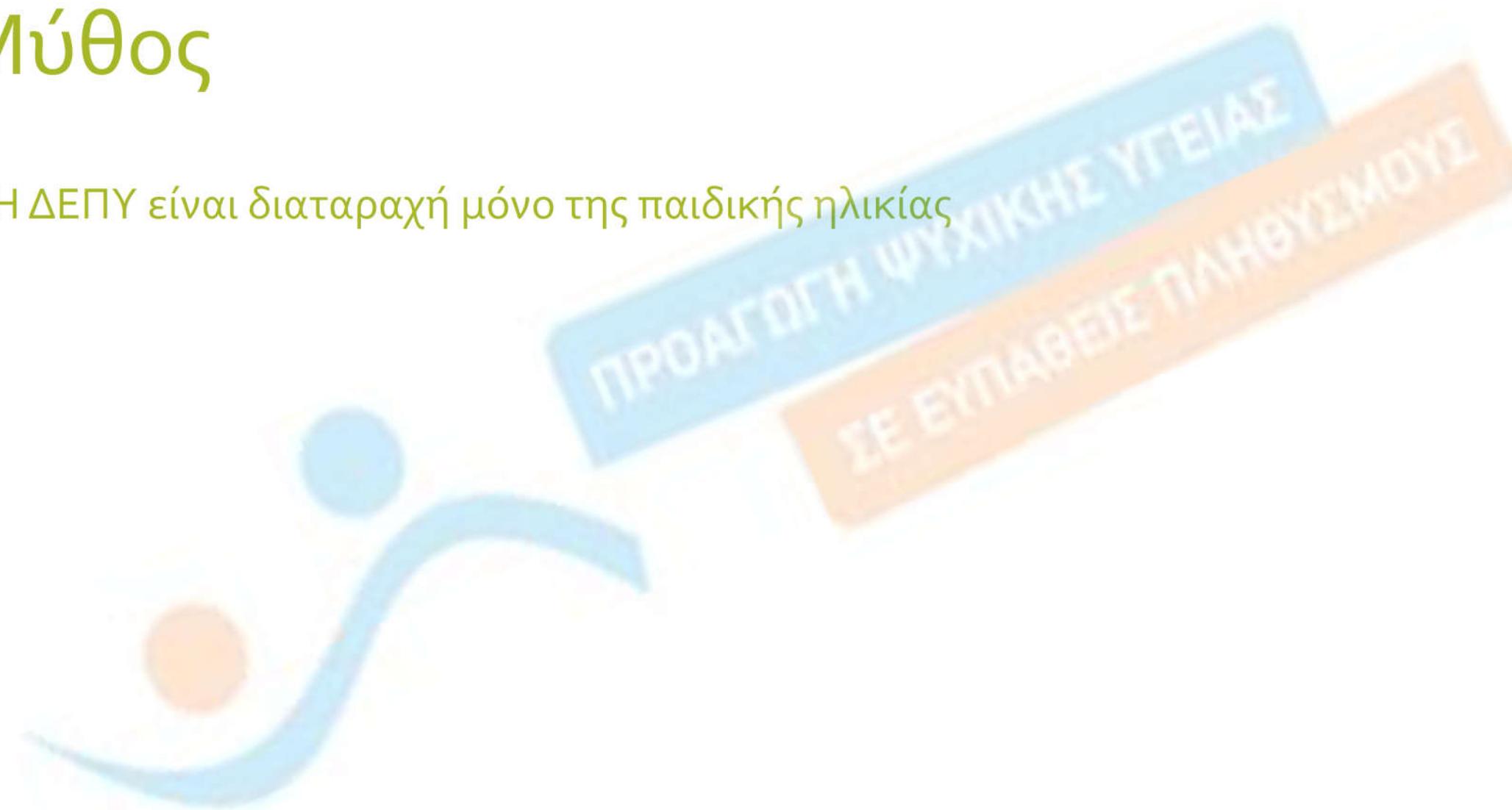
# ΜΥΘΟΙ



ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΣΥΧΝΗ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΕ ΕΥΠΑΡΕΞΑΝΕΙΜΟΥΣ

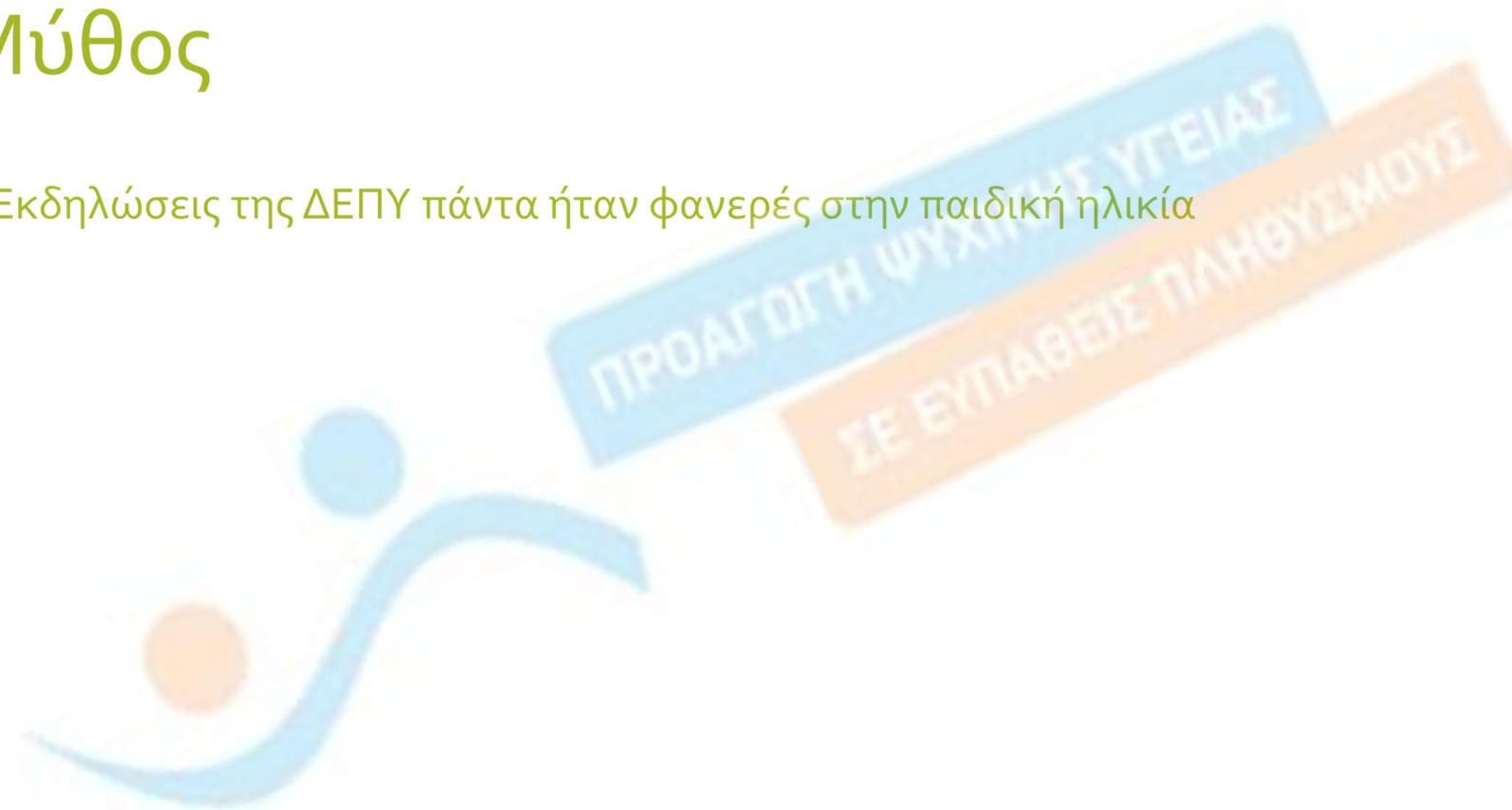
# Μύθος

- Η ΔΕΠΥ είναι διαταραχή μόνο της παιδικής ηλικίας



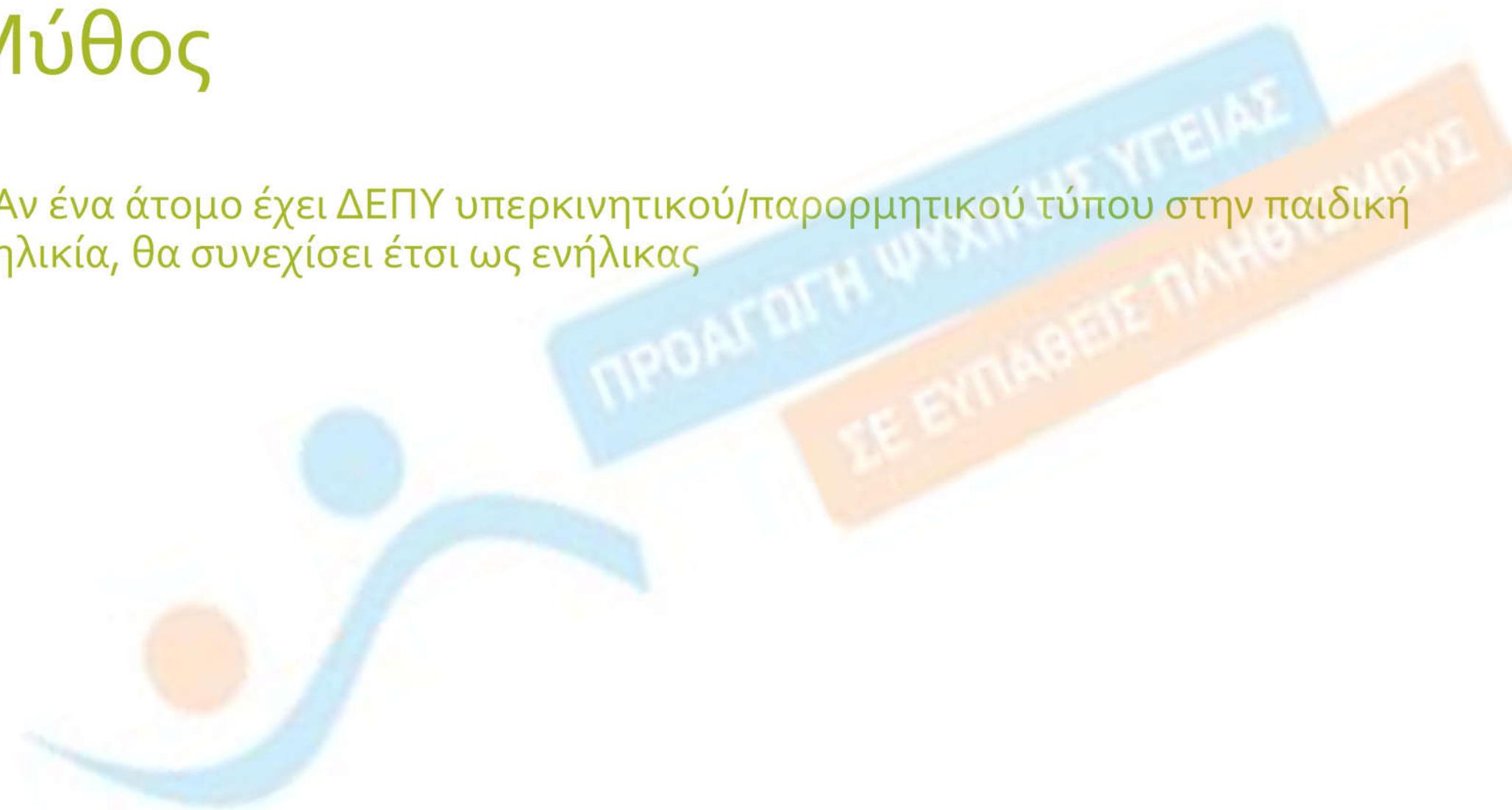
# Μύθος

- Εκδηλώσεις της ΔΕΠΥ πάντα ήταν φανερές στην παιδική ηλικία



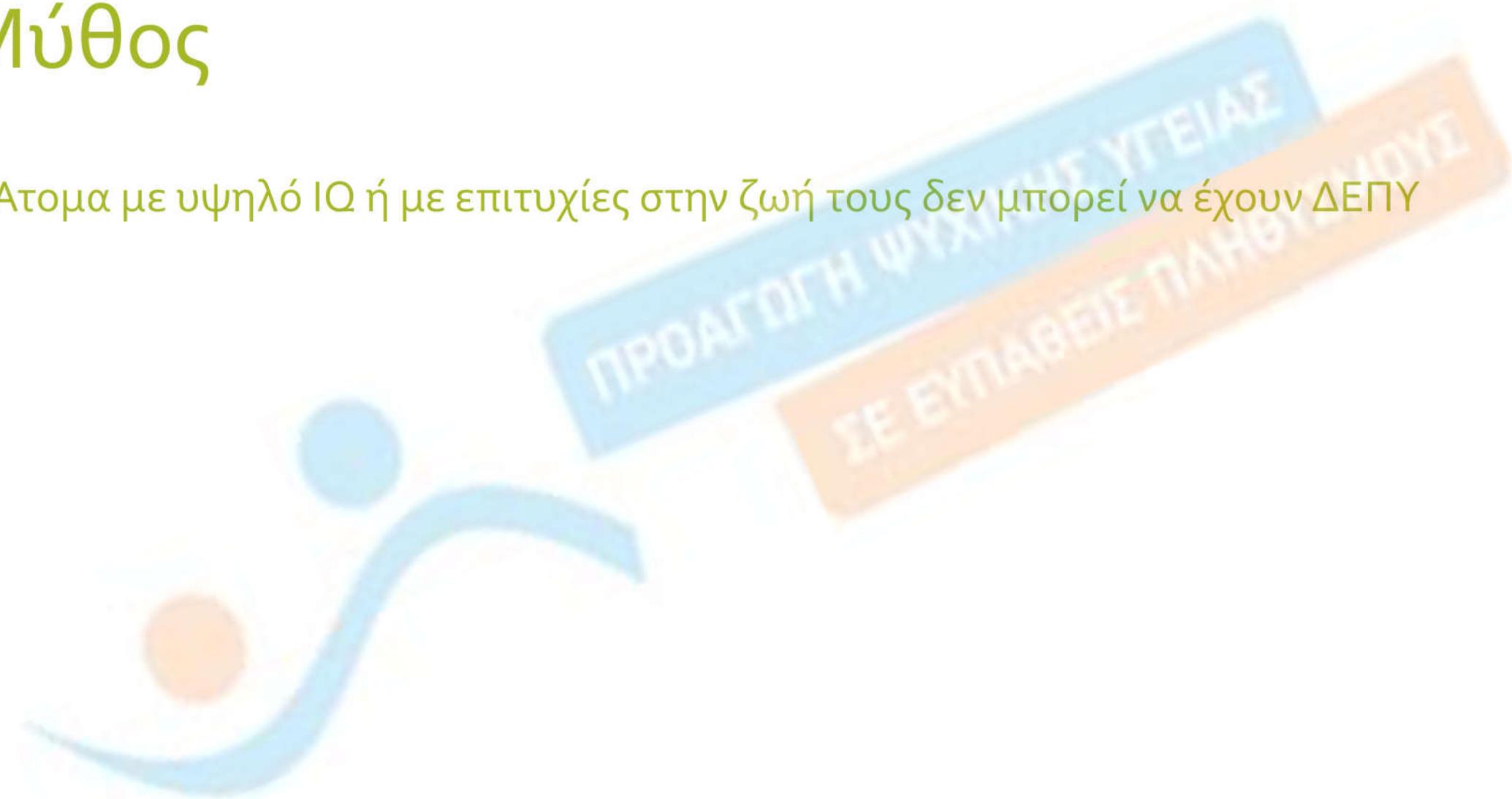
# Μύθος

- Αν ένα άτομο έχει ΔΕΠΥ υπερκινητικού/παρορμητικού τύπου στην παιδική ηλικία, θα συνεχίσει έτσι ως ενήλικας



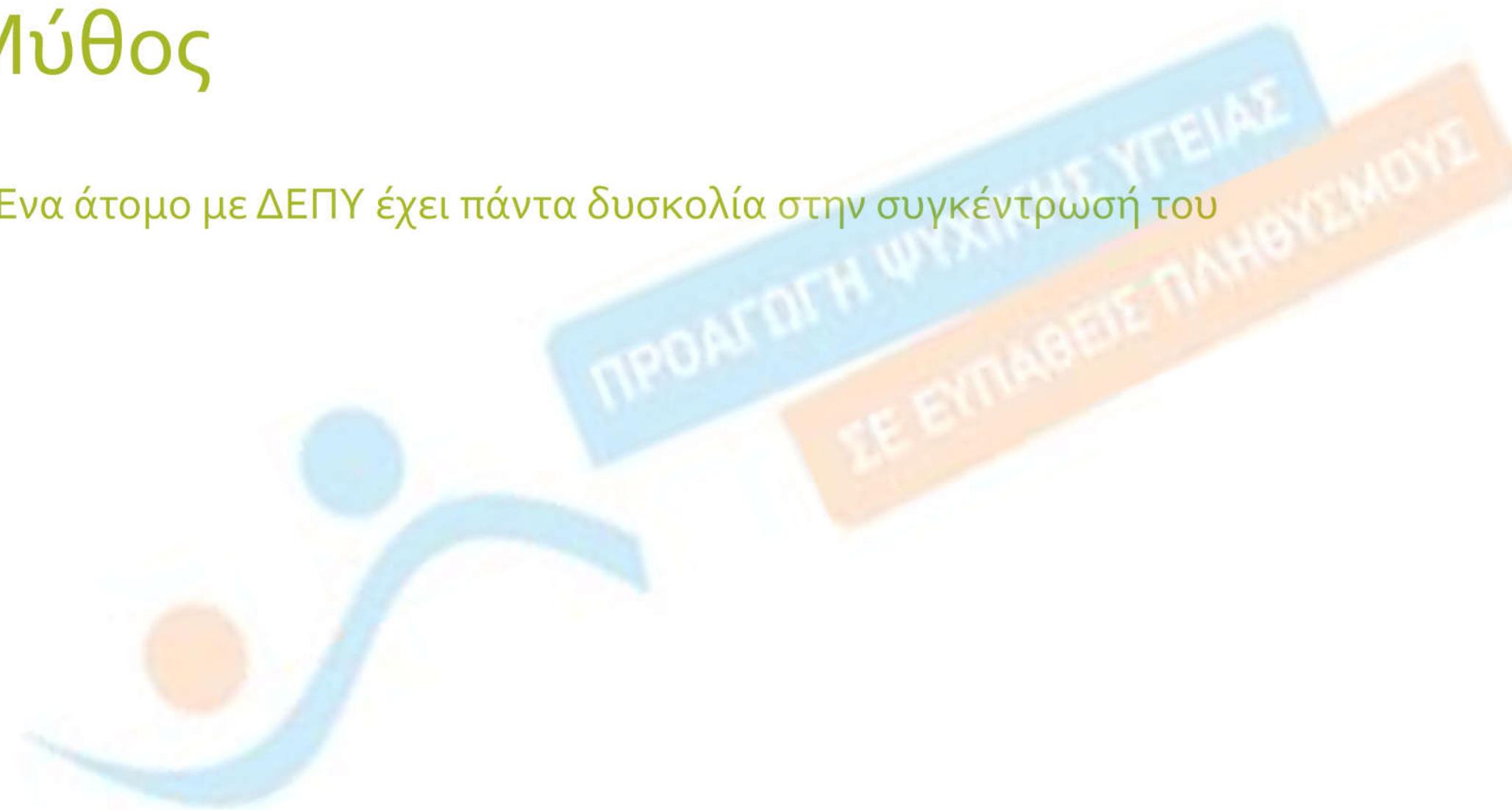
# Μύθος

- Άτομα με υψηλό IQ ή με επιτυχίες στην ζωή τους δεν μπορεί να έχουν ΔΕΠΥ



# Μύθος

- Ένα άτομο με ΔΕΠΥ έχει πάντα δυσκολία στην συγκέντρωσή του



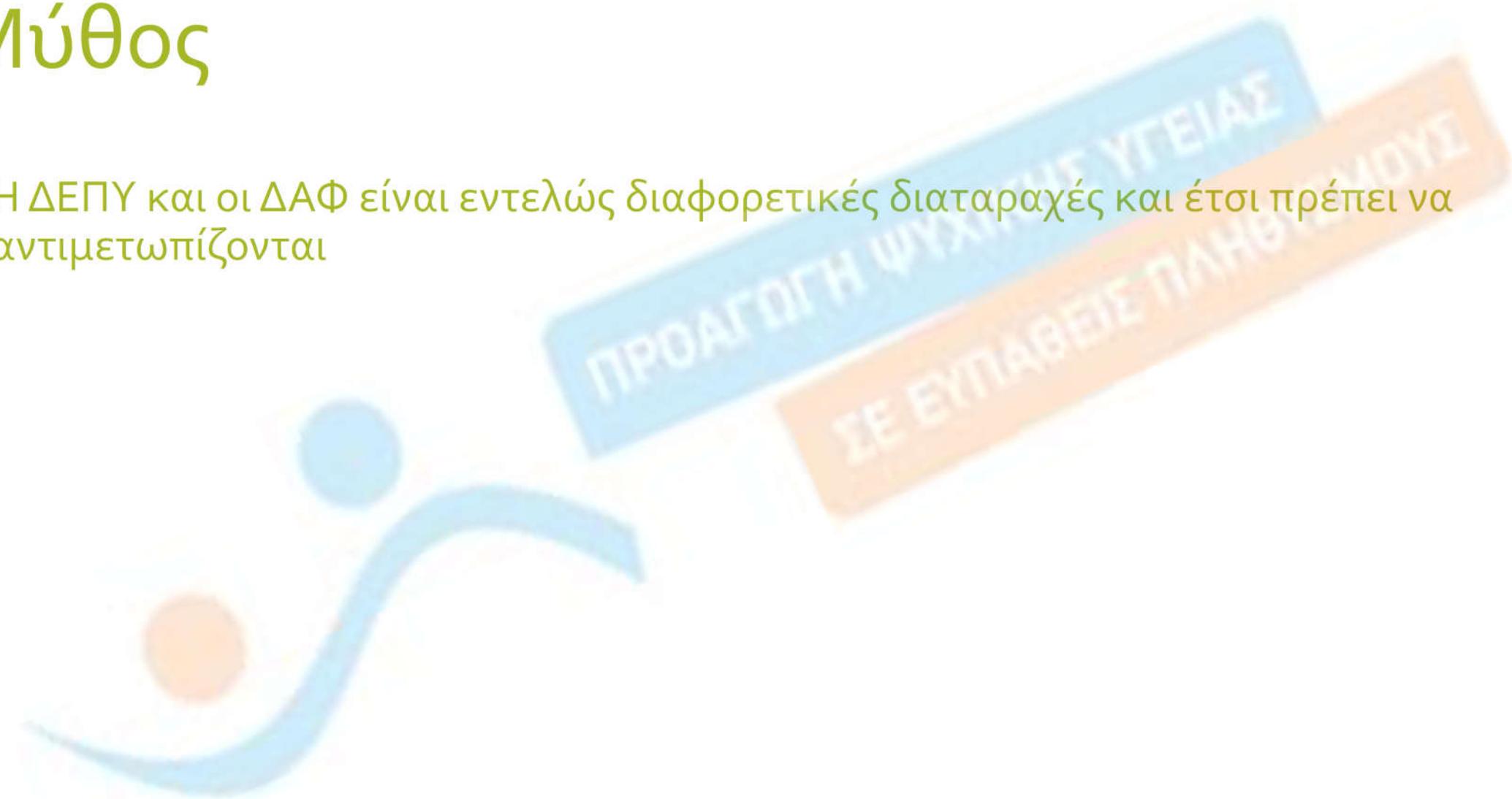
# Μύθος

- Τα περισσότερα παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν εναντιωματική συμπεριφορά, η οποία θα εξελιχθεί σε διαταραχή διαγωγής



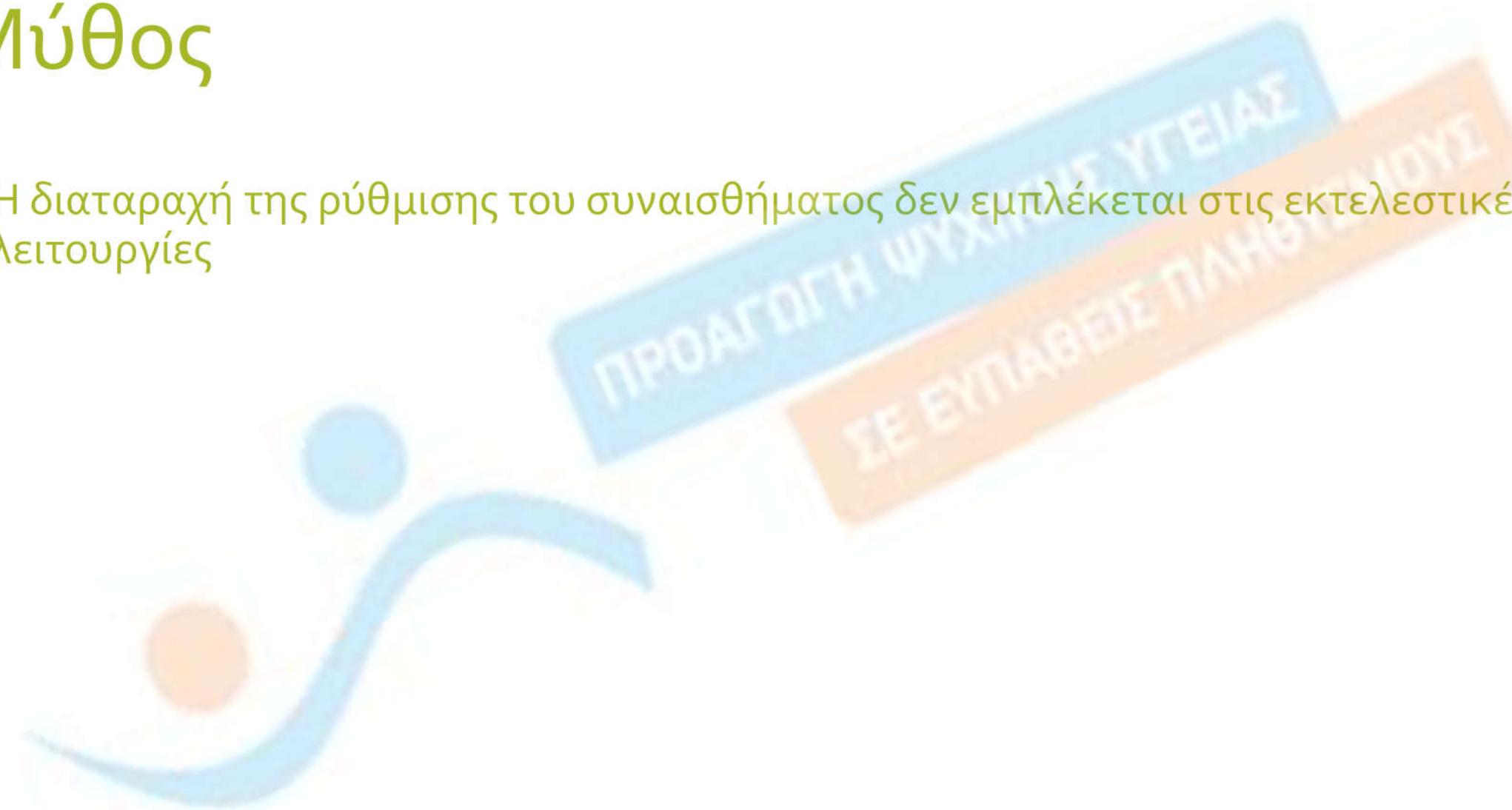
# Μύθος

- Η ΔΕΠΥ και οι ΔΑΦ είναι εντελώς διαφορετικές διαταραχές και έτσι πρέπει να αντιμετωπίζονται



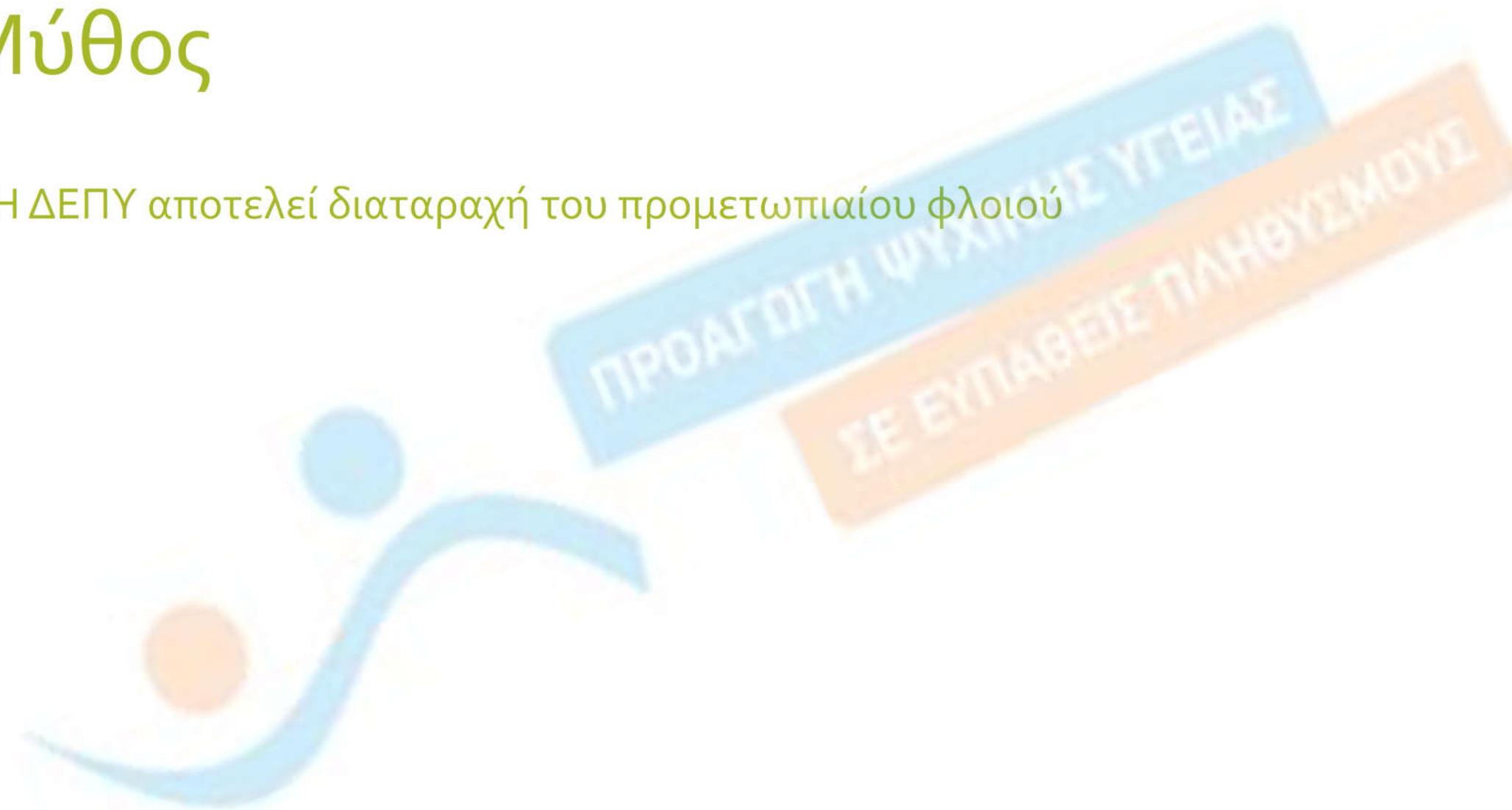
# Μύθος

- Η διαταραχή της ρύθμισης του συναισθήματος δεν εμπλέκεται στις εκτελεστικές λειτουργίες



# Μύθος

- Η ΔΕΠΥ αποτελεί διαταραχή του προμετωπιαίου φλοιού



# ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΕΚΤΕΛΕΣΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

(KATA ARITUCKMAN)



## **ΜΝΗΜΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (Working memory)**

«Αποθήκευση και επεξεργασία πληροφοριών στον τρέχοντα χρόνο»

Προβλήματα:

- ✓ Διασπάται από νέα ερεθίσματα και σκέψεις
- ✓ Μικρότερη αξιοπιστία/επάρκεια στο να μεταφέρει στη μακρόχρονη μνήμη δεδομένα και γεγονότα
- ✓ Χάνει πράγματα όταν λησμονεί που τα έβαλε
- ✓ Μειωμένη κατανόηση του διαβάσματος

## **ΑΙΣΘΗΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ** (Sense of time)

«Παρακολούθηση του περάσματος του χρόνου και αντίστοιχος προγραμματισμός»

Προβλήματα:

- ✓ Ο χρόνος είναι πιο ρευστός (τα βαρετά είναι για πάντα, τα ενδιαφέροντα δεν έχουν χρόνο)
- ✓ Δεν κάνουν το σωστό πράγμα τη σωστή στιγμή (φτάνουν αργά, χάνουν προθεσμίες)
- ✓ Δεν προγραμματίζουν σωστά και δεν προσέχουν ακριβώς πως περνάει ο χρόνος (όταν υπερεστιάζονται χάνονται στη στιγμή και ο χρόνος εξαφανίζεται)

## **ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΝΗΜΗ (Prospective memory)**

*«Υπενθύμιση των κατάλληλων πραγμάτων στον κατάλληλο χρόνο και χώρο»*

### **Προβλήματα:**

- ✓ Κάνουν το σωστό πράγμα σε λάθος χρόνο
- ✓ Δεν κάνουν, ενώ το επιθυμούν, το σωστό πράγμα και απογοητεύονται
- ✓ Φαίνονται αναξιόπιστοι (στον εαυτό τους και τους άλλους)

## **ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟΣ (Emotional self-control)**

**«Μετριασμός της έντασης που τα συναισθήματα επηρεάζουν την σκέψη και την πράξη»**

### **Προβλήματα:**

- ✓ Αισθάνονται και εκφράζουν τα συναισθήματά τους πιο ισχυρά
- ✓ Συμπεριφέρονται ανεξέλεγκτα αυθόρμητα όταν επηρεάζονται έντονα από τα συναισθήματά τους
- ✓ Χάνουν την «μεγάλη εικόνα» ή την προοπτική του άλλου

## **ΑΥΤΟ-ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ (Self-activation)**

### **«Εσωτερικό κίνητρο»**

**Προβλήματα:**

- ✓ Χρειάζονται μεγαλύτερη νοητική προσπάθεια για να λειτουργήσουν σε βαρετά καθήκοντα
- ✓ Όταν απομακρύνονται από προθεσμίες ή οι συνέπειες είναι ασαφείς δεν ενεργοποιούνται
- ✓ Ιστορικό πολλαπλών αποτυχιών που αυξάνει την Ψυχολογική αποφυγή και μειώνει περισσότερο την αυτοεκτίμηση

## **ΕΚ ΤΩΝ ΥΣΤΕΡΩΝ & ΠΡΟΜΕΛΕΤΗ (Hindsight & Forethought)**

«Χρήση παρελθούσης εμπειρίας και προμελέτη μελλοντικών εκβάσεων για τη λήψη απόφασης στο παρόν»

### **Προβλήματα:**

- ✓ Έχουν τη δυνατότητα να κάνουν καλό σχεδιασμό αλλά δεν το κάνουν πάντα διότι έλκονται από ισχυρές πλευρές του παρόντος και αγνοούν το παρελθόν και το μέλλον
- ✓ Κάνουν τα ίδια λάθη

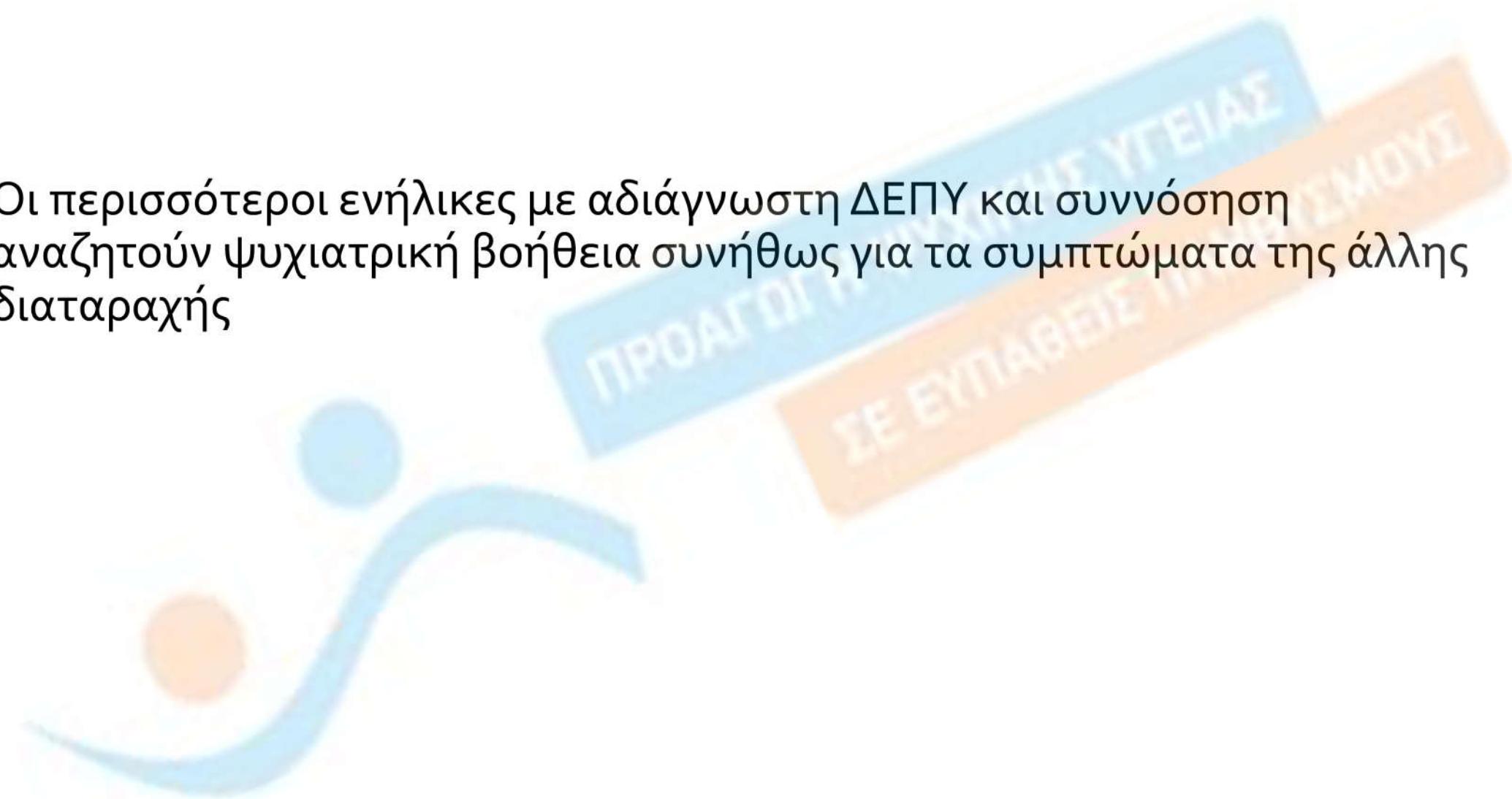


# ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΔΕΠΥ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

---

Κανόνας, όχι εξαίρεση

- Οι περισσότεροι ενήλικες με αδιάγνωστη ΔΕΠΥ και συννόσηση αναζητούν ψυχιατρική βοήθεια συνήθως για τα συμπτώματα της άλλης διαταραχής



- Αυξάνεται η δυσκολία της διάγνωσης
- Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων (έως και 90% σε κάποιες μελέτες) συνυπάρχει επιπλέον ψυχοπαθολογία η οποία αφορά στην ύπαρξη του λάχιστον μίας ή δύο ακόμα διαγνώσεων
- Πιο συχνή σχέση εμφανίζεται ανάμεσα στις αγχώδεις διαταραχές, τις συναισθηματικές, τη διαταραχή στην χρήση ουσιών και τις διαταραχές προσωπικότητας

# NCS-R

(Kessler 2006)



# Άλλες μελέτες σε ενήλικες

STAGE (Study of Twin Adults: Genes in Environment) (Friedrichs 2012)

19.3% των ασθενών εξωτερικών ιατρείων με διάγνωση αγχώδους και καταθλιπτικής διαταραχής πληρούσαν τα κριτήρια για διάγνωση ΔΕΠΥ (Pehlivanidis 2014)

Υπαρξη άλλης μίας (55%) ή δύο ή περισσότερες (31,8%) συνυπάρχουσες διαταραχές σε φοιτητές με ΔΕΠΥ (Anastopoulos 2016)

# Άλλες μελέτες σε ενήλικες

- Σε μελέτη με σκοπό τη διερεύνηση της συνυπάρχουσας ψυχοπαθολογίας ατόμων τα οποία προσήλθαν για αξιολόγηση ΔΕΠΥ ή ΔΑΦ στο τμήμα Νευροαναπτυξιακών Διαταραχών (ΝΑΔ) του Αιγινητείου, τα 151 άτομα (44,8%) από ένα σύνολο 326, διαγνώστηκαν για πρώτη φορά με ΔΕΠΥ. 72,8% αυτών, είχαν λάβει στο παρελθόν διάγνωση οποιασδήποτε άλλης ψυχιατρικής διαταραχής (Pehlivanidis et al 2020)
- Ενδιαφέρον εύρημα ήταν πως από το σύνολο των ατόμων 88 άτομα (26,1%) δεν είχαν ΝΑΔ (NN) και εξ' αυτών, το 76,1% πληρούσε κριτήρια για κάποια άλλη ψυχιατρική διάγνωση
- Η αξιολόγηση της συνυπάρχουσας ψυχοπαθολογίας έγινε με την ημιδομημένη συνέντευξη MINI και με συμμετοχή διεπιστημονικής ομάδας με κριτήρια του DSM-5

# Συνυπάρχουσες ψυχιατρικές διαγνώσεις

		ADHD	ASD	ADHD+ASD	NN	
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	P
Psychopathology	No	41(27.2)	29(50)	8(27.6)	21(23.9)	0.004
	Yes	110(72.8)	29(50)	21(72.4)	67(76.1)	
Psychopathology	No	41(27.2)	29(50)	8(27.6)	21(23.9)	0.022
	1-2 Diagnoses	55(36.4)	14(24.1)	10(34.5)	39(44.3)	
	>2 Diagnoses	55(36.4)	15(25.9)	11(37.9)	28(31.8)	

# Τύπος διάγνωσης ανά ομάδα

	ADHD N=151	ASD N=58	ADHD/ASD N=29	NN N=88	p
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
<b>Depressive Disorder (DD)</b>	56 (37.3)	17 (29.3)	7 (24.1)	28 (31.3)	0.462
<b>Bipolar Disorder (BD)</b>	14 (9.3)	2 (3.5)	4 (13.8)	17 (19.3)	0.025
<b>Panic Disorder (PD)</b>	7 (4.6)	4 (6.9)	1 (3.5)	9 (10.2)	0.374
<b>Social Phobia (SP)</b>	5 (3.3)	1 (1.7)	3 (10.3)	2 (12.3)	0.195
<b>Generalized Anxiety Disorder (GAD)</b>	25 (16.7)	8 (13.8)	3 (10.3)	11 (12.5)	0.746
<b>Obsessive Compulsive Disorder (OCD)</b>	15 (10)	5 (8.6)	7 (24.1)	9 (10.2)	0.130
<b>Psychotic Disorder (PsD)</b>	7 (4.7)	4 (6.9)	3 (10.3)	5 (5.7)	0.580
<b>Alcohol Dependence (AD)</b>	10 (6.7)	0 (0.0)	1 (3.5)	2 (2.3)	0.121
<b>Substance Use Disorder (SUD)</b>	40 (26.6)	2 (3.5)	6 (20.7)	10 (11.4)	<0.001
<b>Antisocial Personality Disorder (ASPD)</b>	11 (7.3)	2 (2.5)	4 (13.8)	7 (7.9)	0.364

# Μείζων Κατάθλιψη (ΜΚ)

- Στην βιβλιογραφία, ανευρίσκεται κατάθλιψη σε ποσοστό 32-60% σε άτομα με ΔΕΠΥ (Kessler 2006, Wilens 2009)
- Στην ομάδα ΔΕΠΥ η πιο συχνή συνυπάρχουσα διαταραχή ήταν η κατάθλιψη με 37,3%
- Ο κίνδυνος για εμφάνιση ΜΚ στα άτομα με ΔΕΠΥ είναι τουλάχιστον διπλάσιος από ότι στο γενικό πληθυσμό (NCS-R)
- Μελέτη σε ειδικό ιατρείο συναισθηματικών και αγχωδών διαταραχών ανέδειξε ποσοστό 28% με αδιάγνωστη ΔΕΠΥ (Sternat, 2016). Ένας από τους παράγοντες που θεωρήθηκε ως σημαντικός προβλεπτικός για την ύπαρξη ΔΕΠΥ ήταν ο προηγούμενος αριθμός αντικαταθλιπτικών που τα άτομα είχαν λάβει
- Αντίστοιχη μελέτη σε εξωτερικούς ασθενείς με αγχώδεις συναισθηματικές διαταραχές στο Αιγινήτειο, βρήκε ποσοστό 19,3% με ΔΕΠΥ (Pehlivanidis 2014)

# Μείζων Κατάθλιψη (ΜΚ)

- ΑΛΛΗΛΟΕΠΙΚΑΛΥΨΗ

- ✓ Μειωμένη προσοχή

- ✓ Διαταραχές μνήμης

- ✓ Μειωμένη συγκέντρωση

- ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ

- ✓ Μελέτη σε δείγμα γυναικών με ΔΕΠΥ και ΜΚ, δείχνει πως σε σχέση με εκείνες μόνο με ΜΚ, η ύπαρξη της ΔΕΠΥ οδηγεί σε πρωιμότερη έναρξη, μεγαλύτερη διάρκεια του επεισοδίου (τουλαχιστον διπλάσια), μεγαλύτερη δυσλειτουργία λόγω της κατάθλιψης, μεγαλύτερη αυτοκτονικότητα και αυξημένη πιθανότητα νοσηλείας (Biederman 2008)

- ✓ Αυτοκτονικός ιδεασμός: στους εφήβους και ενήλικες με ΔΕΠΥ είναι αυξημένος με περισσότερες και πιο σοβαρές απόπειρες αυτοκτονίας. Με την ηλικία μειώνεται, παραμένει όμως μεγαλύτερος από ότι στα άτομα χωρίς ΔΕΠΥ. Η ΜΚ, η CD και η ύπαρξη πιο σοβαρών συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ, αυξάνουν αυτόν τον κίνδυνο (Barkley 2005)

# Διπολική Διαταραχή (ΔΔ)

- Στην βιβλιογραφία σε άτομα με ΔΕΠΥ ανευρίσκεται ταυτόχρονα ΔΔ σε ποσοστό **9,5-21%** (Kessler 2006, Nierenberg 2005, Taman 2008, McIntyre 2010, Pinna 2019) και ΔΕΠΥ σε άτομα με διπολική από **5,1-47,1%** (Manuzza 1993, Biederman 1998, Wingo 2007)
- Ανάλογα με την ηλικία που θα τεθεί η διάγνωση της ΔΔ μεταβάλλεται και το ποσοστό συνύπαρξης της ΔΕΠΥ. Από 97% όταν γίνει στην παιδική ηλικία (Faraone 1997) μειώνεται περίπου στο μισό στην εφηβεία και γίνεται περίπου το 20% στην ενήλικη ζωή (Wilens 2003)
- Διάγνωση ΔΔ σε άτομα με ΔΕΠΥ **9,3%**

# Διπολική Διαταραχή (ΔΔ)

- ΑΛΛΗΛΟΕΠΙΚΑΛΥΨΗ

- ✓ Συχνά συγχέονται και άτομα με μανιακά ή υπομανιακά συμπτώματα και συναισθηματική αστάθεια, παραπέμπονται για εκτίμηση ΔΕΠΥ (19,3% NN)

- ✓ Αυξημένη δραστηριότητα

- ✓ διάσπαση, ευερεθιστότητα

- ✓ αυξημένη ομιλία

- ✓ διαταραχές ύπνου

- ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ

- ✓ εκτός από την μικρότερη ηλικία έναρξης τα άτομα με συνύπαρξη ΔΕΠΥ και διπολικής έχουν χειρότερη συνολική κλινική εικόνα, μικρότερες περιόδους ελεύθερες συμπτωμάτων, πιο συχνά μανιακά ή καταθλιπτικά επεισόδια και μεγαλύτερο ποσοστό συνύπαρξης και άλλης ψυχιατρικής διαταραχής, κυρίως αγχώδους ή χρήσης ουσιών (Nierenberg 2005)

# Αλληλεπικάλυψη ΔΔ-ΔΕΠΥ

## ΔΕΠΥ

- Φάση Μανίας
- ✓ Εύκολη διάσπαση
- ✓ Ευερεθιστότητα
- ✓ Αυξημένη ομιλία
- ✓ Υπερκινητικότητα
- Φάση Κατάθλιψης
- ✓ Δυσκολία να ηρεμήσει
- ✓ Ευερεθιστότητα
- ✓ Απροσεξία
- ✓ Υπερκινητικότητα
- ✓ Κούραση, απώλεια ενέργειας

## Διπολική Διαταραχή

- Φάση Μανίας
- ✓ Διάσπαση προσοχής
- ✓ Ευερεθιστότητα
- ✓ Αυξημένη ομιλία
- ✓ Ψυχοκινητική ανησυχία
- Φάση Κατάθλιψης
- ✓ Αυπνία
- ✓ Ευερεθιστότητα
- ✓ Δυσκολία στην συγκέντρωση
- ✓ Ψυχοκινητική ανησυχία
- ✓ Κούραση, απώλεια ενέργειας

# Αγχώδεις διαταραχές

- Πιο συχνές η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (ΓΑΔ), η διαταραχή πανικού (ΔΠ), και η κοινωνική φοβία (ΚΦ)
- Συνολικά συνύπαρξη στο 24,6% των ΔΕΠΥ στην μελέτη μας εμφανίζουν κάποια από τις διαταραχές αυτές και ειδικά, ΓΑΔ 16,7%, ΔΠ 4,6%, ΚΦ 3,3%
- Η ΚΦ οποία διεθνώς φτάνει το 11-38% (Cumyn 2009, Van Ameringen 2011). Μια πιθανή ερμηνεία του ευρήματος είναι πως μετά το DSM-5 άτομα που θα λάμβαναν διάγνωση ΔΕΠΥ και ΚΦ, τώρα λαμβάνουν ΔΕΠΥ και ΔΑΦ, άρα η πιθανότητα υπερδιάγνωσης ήταν μεγάλη

# Αγχώδεις διαταραχές

- ΑΛΛΗΛΟΕΠΙΚΑΛΥΨΗ
  - ✓ Ψυχοκινητική ανησυχία
  - ✓ Δυσκολίες συγκέντρωσης
  - ✓ Μειωμένη προσοχή
  - ✓ Εύκολη διάσπαση
  - ✓ Μεταβολές στην διάθεση
  - ✓ Εκρήξεις θυμού
- ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ
  - ✓ τα άτομα με αγχώδη διαταραχή και ΔΕΠΥ, έχουν πιο σοβαρά αγχώδη συμπτώματα, μικρότερη ηλικία έναρξης και πιο συχνή συνύπαρξη με άλλη ψυχιατρική διαταραχή και χρήση ουσιών

# Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΨΔ)

- Το ποσοστό ΙΨΔ σε άτομα με ΔΕΠΥ είναι 7-13% (Abramovitch 2012)
- **10%** ήταν στην μελέτη του τμήματος

# Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΨΔ)

- ΑΛΛΗΛΟΕΠΙΚΑΛΥΨΗ

- ✓ Το παρόμοιο ποσοστό ΙΨΔ στους ΝΝ σε σχέση με τα άτομα με ΔΕΠΥ, δείχνει την αυξημένη ανάγκη ενδελεχούς αξιολόγησης, γιατί συχνά τα ελλείμματα στην προσοχή και τις εκτελεστικές λειτουργίες στην ΙΨΔ, έχουν κλινική εικόνα που προσομοιάζει με ΔΕΠΥ (Abramovitch 2015)

- ΑΛΛΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

- ✓ Άτομα με ΔΕΠΥ σε ένα ποσοστό περίπου 10% θα εμφανίσουν κάποιο Τικ

- ✓ Το ΤΣ δεν εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Αντίστροφα όμως στα άτομα με ΤΣ η ΔΕΠΥ συνυπάρχει σε ποσοστό 50-80%, αποτελώντας την πιο συχνή συνυπάρχουσα διαταραχή

# Ψυχώσεις

- Ποσοστό μέχρι 11% κυρίως όταν πρόκειται για τον απρόσεκτο τύπο (Wilens 2009), ή σχετιζόμενο με δυσφορική διάθεση (Marwaha 2015) και συστηματική χρήση κάνναβης ή αυτοτραυματισμών (Cassidy 2011, Stralin 2019)
- Διάγνωση σχιζοφρένειας σε άτομα με ΔΕΠΥ **4.7%** στην μελέτη μας
- Με όλους τους περιορισμούς που προκύπτουν από τον μικρό αριθμό μελετών, το ποσοστό αυτό είναι κατά πολύ μεγαλύτερο του γενικού πληθυσμού

# Ψυχώσεις

- ΑΛΛΗΛΟΕΠΙΚΑΛΥΨΗ

«Ψευδής» εικόνα ΔΕΠΥ λόγω ομοιοτήτων στην κλινική έκφραση (ΝΝ 5,7%)

- ✓ Διαταραγμένη προσοχή
- ✓ Υπερκινητική εικόνα
- ✓ Συναισθηματική απορρύθμιση
- ✓ Αποδιοργανωμένη συμπεριφορά

# Εξαρτήσεις

- Στην βιβλιογραφία τα ποσοστά ΔΧΟ κυμαίνονται από 12-58% (Kessler 2006, Manuzza 1993, Biederman 1998, Giacobini 2018, Sizoo 2010) και ΔΧΑ 6-44% (Kessler 2006, Manuzza 1993, Biederman 1998)
- Το ποσοστό ΔΧΟ (αλκοόλ και άλλες ουσίες) σε άτομα με ΔΕΠΥ ήταν **33,3%** συνολικά, με 26,6% για ΔΧΟ και 6,7% για την ΔΧΑ
- Τα άτομα με ΔΕΠΥ τείνουν να έχουν **βαρύτερης** μορφής εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες και η εξάρτηση διαρκεί **περισσότερο** διάστημα σε σχέση με συνομήλικους χωρίς ΔΕΠΥ (Wilens 1998)
- Τα άτομα με ΔΕΠΥ εμφανίζουν **διπλάσια** πιθανότητα να καπνίσουν τσιγάρο από ότι συνομήλικοι χωρίς ΔΕΠΥ (Wilens 2008). Αυτοθεραπεία;
- *H φαρμακευτική αγωγή επηρρεάζει;*
- Μελέτες έχουν δείξει πως μπορεί να δρα **προφυλακτικά** όσον αφορά την εμπλοκή με ουσίες (και αλκοόλ) σε σχέση με εφήβους ή ενήλικες που δεν λαμβάνουν αγωγή και έχουν ΔΕΠΥ (Wilens 2008, Biederman 2008)

# Εξαρτήσεις

- ΑΛΛΗΛΟΕΠΙΚΑΛΥΨΗ

Τα πολλαπλά κοινά σημεία οδηγούν σε αυξημένο αριθμό παραπομπών για αξιολόγηση ΔΕΠΥ

- ✓ Παρορμητικότητα και novelty seeking
- ✓ Επιθετικότητα
- ✓ Χαμηλές σχολικές και εργασιακές επιδόσεις
- ✓ Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- ✓ Ελλείμματα κοινωνικών δεξιοτήτων και αντικοινωνική συμπεριφορά
- ✓ Συναισθηματική διαταραχή, κυρίως κατάθλιψη

- ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ

- ✓ μικρότερη ηλικία έναρξης της χρήσης, αυξημένη πιθανότητα αποπειρών αυτοκτονίας, περισσότερες νοσηλείες, υψηλά ποσοστά πολυχρήσης, μικρότερες πιθανότητες για αποχή και μικρότερη συμμόρφωση με την θεραπεία (Arias 2008, Kooij 2013)

# Διαταραχές Προσωπικότητας (ΔΠ)

- Οι διαταραχές που έχουν πιο συχνά συσχετιστεί με την ΔΕΠΥ είναι η οριακή διαταραχή προσωπικότητας (**ΟΔΠ**) και η αντικοινωνική διαταραχή (**ΑΔΠ**). Συχνά τα συμπτώματα ΔΕΠΥ εκλαμβάνονται ως ΔΠ
- Ενήλικες με ΔΕΠΥ και συναισθηματική απορρύθμιση εμφανίζουν μεγαλύτερο ποσοστό συνύπαρξης με διαταραχή προσωπικότητας, που φτάνει το 74%, σε σχέση με τα άτομα που δεν έχουν (32%) (Reimherr 2015)
- Χαρακτηριστικά προσωπικότητας που βρίσκονται σε αυξημένο βαθμό σε άτομα με ΔΕΠΥ είναι η αναζήτηση του καινούριου (**high novelty seeking**) και η αποφυγή βλάβης (**high harm avoidance**) (Anckarsäter 2006)

# Διαταραχές Προσωπικότητας (ΔΠ) - ΑΔΠ

- Στην βιβλιογραφία το ποσοστό είναι 12-17% (Manuzza 1993, Biederman 1998, Weiss 1985) ενώ η ύπαρξη της ΑΔΠ έχει συσχετιστεί με την υπερκινητικότητα και την παρορμητικότητα (Babinski 1999) και η ύπαρξη ΔΕΠΥ αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα (Storebo 2016)
- Ποσοστό διάγνωσης αντικοινωνικής διαταραχής (MINI) σε άτομα με ΔΕΠΥ **7,3%**

# Διαταραχές Προσωπικότητας (ΔΠ) - ΑΔΠ

- ΑΛΛΗΛΟΕΠΙΚΑΛΥΨΗ

✓ Η μειωμένη ενσυναίσθηση που συχνά υπάρχει στις ΝΑΔ (παρόλο το διαφορετικό προφίλ), μπορεί να αποτελεί παράγοντα για παραπομπή, καθώς και η τεκμηριωμένη σχέση ανάμεσα στην ΔΕΠΥ και την ΑΔΠ

- ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ

✓ υπάρχει μεγαλύτερη καθημερινή δυσλειτουργία και μικρότερη ανταπόκριση στην θεραπεία με μεθυλφαινυδάτη (Robison 2010)

# Διαταραχές Προσωπικότητας (ΔΠ) - ΟΔΠ

- Η ύπαρξη της ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία έχει συσχετιστεί με την ανάπτυξη **ΟΔΠ** στην ενήλικη ζωή σε μεγάλα ποσοστά, **60%** και **40%** (Fossati 2002, Philipsen 2008 αντίστοιχα) **ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ**
- **ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ**
- ✓ υπάρχει μεγαλύτερη καθημερινή δυσλειτουργία και μικρότερη ανταπόκριση στην θεραπεία με μεθυλφαινυδάτη (Robison 2010)

# Αλληλεπικάλυψη ΟΔΠ-ΔΕΠΥ

Η ΟΔΠ σύμφωνα με το DSM-5 χαρακτηρίζεται από ένα διαχρονικό μοτίβο αστάθειας των διαπροσωπικών σχέσεων, της αυτοεικόνας και των συναισθημάτων, καθώς και έντονη παρορμητικότητα ξεκινώντας από την αρχή της ενηλικίωσης εμφανιζόμενη σε μια ποικιλία πλαισίων, απαιτώντας πέντε (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα:

1. έντονες προσπάθειες για αποφυγή πραγματικής ή φανταστικής εγκατάλειψης
2. **ένα πρότυπο ασταθών και έντονων διαπροσωπικών σχέσεων που χαρακτηρίζονται από εναλλαγή μεταξύ ακραίων εξιδανικεύσεων και υποτίμησης**
3. διαταραχή ταυτότητας: έντονα και επίμονα ασταθής εικόνα του εαυτού ή αίσθηση εαυτού
4. **παρορμητικότητα σε δύο τουλάχιστον τομείς που είναι δυνητικά αυτοκαταστροφικοί (π.χ. δαπάνες, σεξ, κατάχρηση ουσιών, απερίσκεπτη οδήγηση, επεισόδια υπερφαγίας)** (σημείωση: για την ΔΕΠΥ, αυτό δεν περιλαμβάνει αυτοκτονική ή αυτοτραυματική συμπεριφορά, η οποία καλύπτεται από το κριτήριο 5 στην ΟΔΠ)
5. επαναλαμβανόμενη αυτοκτονική συμπεριφορά, πράξεις ή απειλές ή συμπεριφορά αυτοτραυματισμών)
6. συναισθηματική αστάθεια λόγω της έντονης αντίδρασης στα ερεθίσματα (π.χ. έντονη δυσφορία, ευερεθιστότητα ή άγχος που διαρκεί συνήθως λίγες ώρες και μόνο σπάνια περισσότερο από μερικές ημέρες)
7. χρόνιο αίσθημα κενού
8. **ακατάλληλος, έντονος θυμός ή δυσκολία στον έλεγχο του θυμού (π.χ. συχνές εκρήξεις θυμού, συνεχής θυμός, επαναλαμβανόμενη εμπλοκή σε καυγάδες)**
9. παροδικός, σχετιζόμενος με το άγχος παρανοϊκός ιδεασμός ή σοβαρά αποσυνδετικά συμπτώματα

# Διαταραχές πρόσληψης τροφής

- Αρκετά ισχυρή συσχέτιση της ΔΕΠΥ με τις διαταραχές της πρόσληψης τροφής, κυρίως συμπεριφορές **υπερφαγίας**
- Ενδείξεις ότι η **παρορμητικότητα** συνδέεται με την ψυχογενή βουλιμία και το binge eating
- Περιορισμένα στοιχεία υποδηλώνουν τη συσχέτιση μεταξύ των συμπτωμάτων **υπερκινητικότητας** και των περιοριστικών συμπεριφορών κατανάλωσης τροφής, κυρίως σε **άνδρες**
- Μπορεί να υπάρχει πάνω από μία διαταραχή ή και να εναλλάσσονται στον χρόνο (Kaisari 2017)

# ΔΑΦ

- Σύμφωνα με το DSM-5, οι δύο διαταραχές πλέον μπορεί να διαγνωστούν ταυτόχρονα
- **8,6%** έλαβαν διπλή διάγνωση ΔΕΠΥ και ΔΑΦ στην μελέτη μας
- Τα παιδιά με ΔΕΠΥ μπορεί να εμφανίζουν συμπτώματα ή και πλήρη διαταραχή ΔΑΦ σε ποσοστό **20-25%**, ενώ παιδιά με ΔΑΦ μπορεί να εμφανίζουν συμπτώματα ΔΕΠΥ σε ποσοστό ως και **50%** (Leitner 2014)
- Με την πάροδο της ηλικίας τα ΔΕΠΥ στοιχεία μειώνονται στα άτομα με ΔΑΦ και η συνύπαρξη μοιάζει να είναι μικρότερη στους ενήλικες από ότι στα παιδιά. Περιορισμένα στοιχεία στην βιβλιογραφία
- Η μειωμένη αναστολή είναι πιο συχνή στη ΔΕΠΥ, η απροσεξία και στις δύο διαταραχές, ενώ τα κοινωνικά και γλωσσικά ελλείμματα είναι πιο στενά συνδεδεμένα με τη ΔΑΦ

# Διαταραχές ύπνου

- Τα προβλήματα στον ύπνο είναι συχνά στη ΔΕΠΥ
- Αφορούν κυρίως στην συμπεριφορά και την υγιεινή του ύπνου
- Μπορεί να οφείλονται σε διαταραγμένους ρυθμούς του ύπνου ή σε συνοδές καταστάσεις (άγχος, κατάθλιψη)
- Σύνδρομο ανήσυχων áκρων
- Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής

Και γιατί μας ενδιαφέρουν όλα αυτά;



# ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Οι συνυπάρχουσες διαταραχές μπορεί να έχουν επιπτώσεις στην διάγνωση, την θεραπευτική αντιμετώπιση και την πορεία της ΔΕΠΥ

Μπορεί να καλύπτουν τα συμπτώματά της ή να καλύπτονται από αυτά

Μπορεί να υπάρχουν πρωτοπαθώς ή να οφείλονται στις επιπτώσεις λόγω ύπαρξης ΔΕΠΥ

Μπορεί να συνυπάρχουν γιατί έχουν κάποιους κοινούς παθογενετικούς μηχανισμούς

Οι περισσότεροι ενήλικες με αδιάγνωστη ΔΕΠΥ και συννόσηση αναζητούν ψυχιατρική βοήθεια συνήθως για τα συμπτώματα της άλλης διαταραχής.

Η έγκαιρη αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ, θα μπορούσε να αλλάξει την «διαδρομή-trajectory» των συνυπαρχουσών ψυχιατρικών διαταραχών, με μεγαλύτερη θετική επίπτωση στις συναισθηματικές, αγχώδεις και χρήσης ουσιών διαταραχές

# ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ενήλικες με τον συνδυασμένο τύπο ΔΕΠΥ έχουν σημαντικά αυξημένο ποσοστό εμφάνισης διαταραχής διαγωγής, διπολικής διαταραχής και ψύχωσης σε όλη την διάρκεια της ζωής σε σχέση με αυτούς με τον απρόσεκτο ή υπερκινητικό τύπο (Wilens 2009)

Συνήθως απαιτείται μεγαλύτερη δόση της φαρμακευτικής αγωγής και μεγαλύτερη διάρκεια αυτής

Απαραίτητη η κλινική εκτίμηση. Η διαταραχή με την μεγαλύτερη βαρύτητα συνήθως προηγείται στην θεραπεία

Επί ενδείξεων τροποποίηση ή αντικατάσταση αρχικής αγωγής

# ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ



# ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

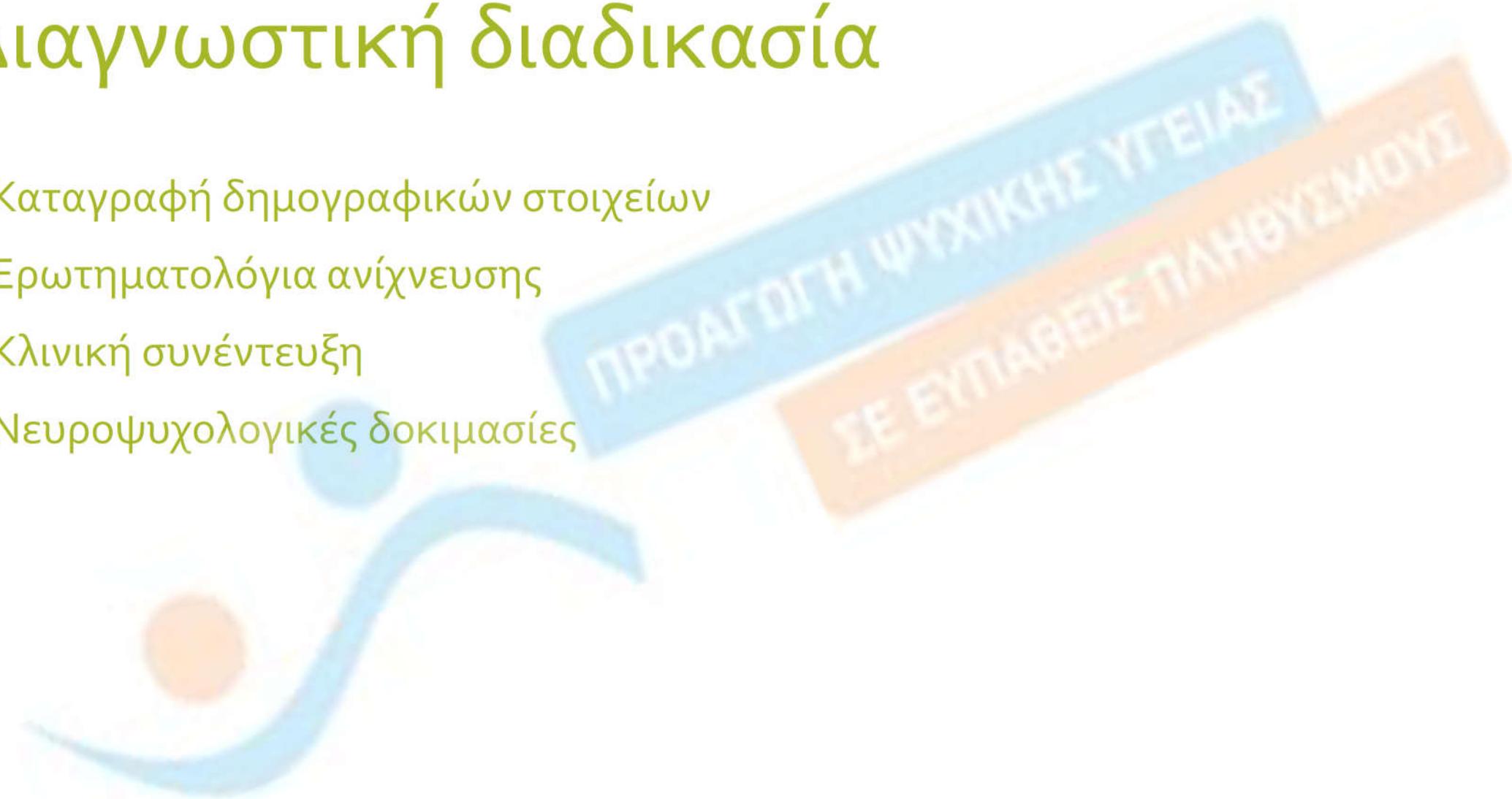
- Η συνύπαρξη Ψυχοπαθολογίας σε άτομα με ΔΕΠΥ είναι ο κανόνας και όχι η εξαίρεση
- Επιπτώσεις στην διάγνωση, την θεραπευτική αντιμετώπιση και την πορεία
- Επιβάρυνση της γενικής εικόνας
- Οφείλουμε να διερευνούμε την ύπαρξη ΔΕΠΥ σε άτομα με ανθεκτικές καταστάσεις οι οποίες δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική αγωγή με τρόπο που θα περιμέναμε ή έχουν βαρύτερη κλινική εικόνα από την αναμενόμενη, καθώς και την συνύπαρξη άλλης Ψυχοπαθολογίας σε άτομα με ΔΕΠΥ

# ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

---

# Διαγνωστική διαδικασία

- Καταγραφή δημογραφικών στοιχείων
- Ερωτηματολόγια ανίχνευσης
- Κλινική συνέντευξη
- Νευροψυχολογικές δοκιμασίες



## Καταγραφή δημογραφικών στοιχείων

- Αναπτυξιακό ιστορικό, προηγούμενες διαγνώσεις, ακαδημαϊκό ιστορικό, εργασιακό ιστορικό, σχέσεις, χρήση ουσιών, προβλήματα με τον νόμο

# Ερωτηματολόγια ανίχνευσης

- **Barkley Adult ADHD Rating Scale-IV** (BAARS-IV) (Barkley 1998), ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που επιτρέπει την αξιολόγηση της ύπαρξης συμπτωμάτων ΔΕΠΥ κατά το τελευταίο εξάμηνο καθώς και τη διαπίστωσή τους στην παιδική ηλικία
- **Empathy Quotient -EQ** (Baron-Cohen 2004), ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που εξετάζει την ύπαρξη του βαθμού εναισθησίας
- **Autism-Spectrum Quotient** (AQ) (Baron-Cohen 2001), ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που εξετάζει την ύπαρξη στοιχείων του αυτιστικού φάσματος στους ενήλικες
- Παράλληλα οι συγγενείς συμπληρώνουν τη **Wender Utah Rating Scale for the Attention Deficit Hyperactivity Disorder** των 25 ερωτήσεων σχετιζόμενων με τη ΔΕΠΥ (Ward 1993)

## Κλινική συνέντευξη

Μετά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, ορίζεται μία ή περισσότερες συνεντεύξεις αξιολόγησης και με οικεία πρόσωπα του παραπεμπόμενου, προκειμένου να αξιολογηθεί η ύπαρξη συμπτωμάτων ΔΕΠΥ καθώς και η παρουσία συνοδών διαταραχών. Στην αξιολόγηση συμπληρώνονται οι παρακάτω κλίμακες:

- **MINI**
- **DIVA**

# MINI

- Βραχεία ημιδομημένη συνέντευξη που ανιχνεύει το ψυχιατρικές διαταραχές (παρελθόν και παρόν), με καλή εσωτερική συνάφεια και αξιοπιστία.
- Άτομα με ενεργό ψυχοπαθολογία που απαιτούσε άμεση παρέμβαση ή άτομα που έκαναν χρήση ουσιών, παραπέμφηκαν σε ειδικά τμήματα και ζητήθηκε η επαναξιολόγησή τους αφού έλαβαν την κατάλληλη θεραπεία

# Diagnostic Interview for ADHD in Adults (DIVA)

- Η συνέντευξη DIVA βασίζεται στα κριτήρια του DSM για τη ΔΕΠΥ και είναι η πρώτη ολλανδική δομημένη συνέντευξη για τη ΔΕΠΥ ενηλίκων. Αναπτύχθηκε από τους J.J.S. Kooij και M.H. Francken και αποτελεί τη συνέχεια της ημιδομημένης συνέντευξης για τη ΔΕΠΥ ενηλίκων. Είναι διαθέσιμη σε πολλές γλώσσες μεταξύ των οποίων και τα Ελληνικά
- Αξιολογεί το μέγεθος της παρεμπόδισης στην καθημερινότητα του κάθε ενός από τα 18 συμπτώματα της ΔΕΠΥ στην παιδική και την ενήλικη ζωή. Για να διευκολυνθεί η αξιολόγηση προστέθηκαν ρεαλιστικά παραδείγματα βασισμένα σε περιγραφές ατόμων με ΔΕΠΥ
- Αναφέρεται σε πέντε διαφορετικούς τομείς (εργασία και εκπαίδευση, σχέσεις και οικογενειακή ζωή, κοινωνικές επαφές, ελεύθερος χρόνος και χόμπι, αυτοπεποίθηση και εικόνα εαυτού). Χρειάζεται περίπου μία ώρα και μισή για να συμπληρωθεί
- Το DIVA foundation, με έδρα τη Χάγη, είναι ο νόμιμος υπεύθυνος για τη διασφάλιση της ποιότητας, του συντονισμού και της διανομής των μεταφράσεων της DIVA

- Η DIVA διερευνά μόνο την ύπαρξη των πυρηνικών συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ για να γίνει η διάγνωση και όχι για άλλες, τυχόν συνυπάρχουσες, ψυχιατρικές διαταραχές
- Επειδή η συννοσηρότητα είναι και στα παιδιά και τους ενήλικες με ΔΕΠΥ είναι πολύ μεγάλη, είναι απαραίτητο να γίνεται ψυχιατρική εκτίμηση για να εντοπίσει συνοδά συμπτώματα, σύνδρομα ή διαταραχές
- Συχνότερα: άγχος, κατάθλιψη, διαταραχή χρήσης ουσιών, προβλήματα ύπνου, διαταραχές προσωπικότητας. Πρέπει να αποκλειστεί άλλη μείζων διαταραχή ως αίτιο για τα «συμπτώματα ΔΕΠΥ»

# Ενημέρωση πριν την έναρξη της συνέντευξης

- Η συνέντευξη αυτή χρησιμοποιείται για να διερευνηθεί η ύπαρξη συμπτωμάτων ΔΕΠΥ κατά τη διάρκεια της παιδικής σας ηλικίας και κατά την ενήλικο ζωή.
- Οι ερωτήσεις βασίζονται στα επίσημα κριτήρια του DSM για τη ΔΕΠΥ. Για κάθε κριτήριο θα σας ρωτάω αν αναγνωρίζετε το πρόβλημα και θα σας δίνω κάποια παραδείγματα που περιγράφουν πως εμφανίζεται η σχετική με το σύμπτωμα δυσκολία στα παιδιά και στους ενήλικες.
- Η κάθε ερώτηση πρώτα θα τεθεί σε εσάς και κατόπιν στο σύντροφο σας (ο/η οποίος/α πιθανότατα θα έχει στοιχεία για την ενήλικη ζωή σας) ή σε κάποιο μέλος της οικογένειας (το οποίο θα έχει περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την παιδική ηλικία).
- Και οι δύο περίοδοι της ζωής σας θα πρέπει να διερευνηθούν προκειμένου να τεθεί η διάγνωση της ΔΕΠΥ

# Δομή

**A.** Τρία μέρη, τα οποία αφορούν τόσο την παιδική ηλικία όσο και την ενήλικη ζωή:

1. Κριτήρια για διαταραχή Προσοχής (Π)

2. Κριτήρια για Υπερκινητικότητα-Παρορμητικότητα (Υ/Π)

3. Ηλικία έναρξης και δυσλειτουργία που οφείλεται στα συμπτώματα της ΔΕΠΥ

**B.** Περίληψη των συμπτωμάτων

## Α1. Κριτήρια για διαταραχή Προσοχής (Π)

### 9 κριτήρια

Η συμπλήρωση γίνεται με τον εξής τρόπο:

- Πρώτα διερευνούμε την περίοδο της ενηλίκου ζωής (τελευταίοι 6 μήνες ή περισσότερο) και μετά αναζητούμε το ίδιο σύμπτωμα στην παιδική ηλικία (5-12 ετών)
- Διαβάζουμε κάθε κριτήριο (σύμπτωμα) πλήρως και ρωτάμε το άτομο αν το αναγνωρίζει και να δώσει παραδείγματα. Συχνά τα παραδείγματα είναι αυτά που περιλαμβάνονται στη DIVA, οπότε τα τσεκάρουμε ως παρόντα. Αν δεν αναγνωρίζει το σύμπτωμα, διαβάζουμε ένα-ένα τα παραδείγματα και τσεκάρουμε τα παρόντα
- Για να θεωρηθεί ένα σύμπτωμα θετικό πρέπει να είναι παρόν πιο συχνά ή σε μεγαλύτερο βαθμό ή να προκαλεί μεγαλύτερη δυσλειτουργία από ότι σε αντίστοιχου επιπέδου γκρουπ με τον εξεταζόμενο
- Πληροφορίες από διαφορετικές πηγές

**Π1. Αποτυγχάνετε συχνά να δώσετε επαρκή προσοχή στις λεπτομέρειες ή κάνετε λάθη απροσεξίας στην εργασία σας ή σε άλλες δραστηριότητες; Και πώς ήταν αυτό στην παιδική ηλικία;**

Παραδείγματα κατά την ενήλικη ζωή

- Κάνει λάθη απροσεξίας
- Δουλεύει με αργό ρυθμό για να αποφύγει λάθη
- Δε διαβάζει τις οδηγίες με προσοχή
- Δυσκολία να εργάζεται με λεπτομερή τρόπο
- Χρειάζεται πολύ χρόνο για λεπτομέρειες
- Χάνεται σε λεπτομέρειες
- Εργάζεται πολύ γρήγορα και γι' αυτό κάνει λάθη
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν: Ναι / Όχι

Παραδείγματα κατά την παιδική ηλικία

- Λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες
- Κάνει λάθη αφού δε διαβάζει κατάλληλα τις ερωτήσεις
- Αφήνει ερωτήσεις αναπάντητες αφού δεν τις διαβάζει σωστά
- Αφήνει το πίσω μέρος ενός τεστ αναπάντητο
- Σχόλια από άλλους για απρόσεκτη δουλειά
- Δεν ελέγχει τις απαντήσεις στις εργασίες για το σπίτι
- Χρειάζεται πολύ χρόνο για να ολοκληρώσει λεπτομερή καθήκοντα
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν: Ναι / Όχι

## Π2. Έχετε συχνά δυσκολία να διατηρήσετε την προσοχή σας σε δοκιμασίες; Και πώς ήταν αυτό στην παιδική ηλικία;

### Παραδείγματα κατά την ενήλικη ζωή

- Αδυναμία διατήρησης της προσοχής σε δοκιμασίες, για μεγάλο χρονικό διάστημα\*
- Αποσπάται γρήγορα από δικές του σκέψεις ή συνειρμούς
- Έχει δυσκολία να δει μια ταινία μέχρι το τέλος ή να διαβάσει βιβλίο\*
- Βαριέται γρήγορα με πράγματα\*
- Κάνει ερωτήσεις για θέματα που έχουν ήδη συζητηθεί
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

\*Εκτός αν βρίσκει το θέμα πολύ ενδιαφέρον (π.χ. υπολογιστής ή χόμπι)

### Παραδείγματα κατά την παιδική ηλικία

- Δυσκολία στη διατήρηση της προσοχής στις σχολικές εργασίες
- Δυσκολία στη διατήρηση της προσοχής στο παιχνίδι\*
- Εύκολα διασπάται
- Δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί\*
- Χρειάζεται αυστηρό πρόγραμμα / οργάνωση για να αποφύγει τη διάσπαση
- Γρήγορα βαριέται δραστηριότητες\*
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

\*Εκτός αν βρίσκει το θέμα πολύ ενδιαφέρον (π.χ. υπολογιστής ή χόμπι)

**Π3. Φαίνεται συχνά σα να μην ακούτε όταν σας απευθύνουν άμεσα το λόγο; Και πώς ήταν αυτό στην παιδική ηλικία;**

**Παραδείγματα κατά την ενήλικη ζωή**

- Ονειροπόλος ή αφηρημένος
- Δυσκολία να συγκεντρωθεί σε συζήτηση
- Μετά τη λήξη μιας συζήτησης δε γνωρίζει τι αφορούσε το θέμα
- Συχνά αλλάζει το θέμα συζήτησης
- Οι άλλοι λένε πως οι σκέψεις σου είναι αλλού
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

**Παραδείγματα κατά την παιδική ηλικία**

- Δεν γνωρίζει τι είπαν γονείς/δάσκαλοι
  - Ονειροπόλος ή αφηρημένος
  - Ακούει μόνο μαζί με την οπτική επαφή ή όταν του υψώνουν τη φωνή
  - Συχνά πρέπει να του απευθύνουν ξανά το λόγο
  - Οι ερωτήσεις πρέπει να επαναληφθούν
  - Άλλο:
- 
- Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

**Π4. Συμβαίνει συχνά να μην ακολουθήσετε οδηγίες και αποτυγχάνετε συχνά να τελειώσετε εργασίες ή να ανταποκριθείτε σε υποχρεώσεις στη δουλειά; Και πώς ήταν αυτό στην παιδική ηλικία;**

**Παραδείγματα κατά την ενήλικη ζωή**

- Κάνει πολλά πράγματα μαζί χωρίς να τα ολοκληρώνει
- Δυσκολία να ολοκληρώνει καθήκοντα όταν η αίσθηση του καινούριου έχει φύγει
- Χρειάζεται προθεσμίες για να ολοκληρώσει εργασίες
- Δυσκολία να ολοκληρώσει διοικητικά καθήκοντα
- Δυσκολία να ακολουθήσει το εγχειρίδιο χρήσης
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

**Παραδείγματα κατά την παιδική ηλικία**

- Δυσκολεύεται να ακολουθήσει οδηγίες
- Δυσκολεύεται με εργασίες που περιλαμβάνουν περισσότερα από ένα βήμα
- Δεν ολοκληρώνει πράγματα
- Δεν ολοκληρώνει εργασίες για το σπίτι ή δεν τις παραδίδει
- Χρειάζεται αυστηρή δόμηση προκειμένου να ολοκληρώσει εργασίες
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

## Π5. Έχετε συχνά δυσκολία στην οργάνωση καθηκόντων και δραστηριοτήτων; Και πώς ήταν αυτό στην παιδική ηλικία;

### Παραδείγματα κατά την ενήλικη ζωή

- Δυσκολία στον προγραμματισμό καθημερινών δραστηριοτήτων
- Το σπίτι ή/και ο χώρος εργασίας είναι αποδιοργανωμένα
- Προγραμματίζει πάρα πολλά καθήκοντα ή ανεπαρκής προγραμματισμός
- Συχνά κανονίζει δύο ταυτόχρονα ραντεβού
- Καθυστερεί όταν πηγαίνει κάπου
- Αδυναμία να χρησιμοποιήσει με συνέπεια την ατζέντα του
- Δυσκαμψία διότι θέλει να διατηρήσει το πρόγραμμα
- Κακή αίσθηση του χρόνου
- Δημιουργεί προγράμματα αλλά δεν τα χρησιμοποιεί
- Έχει ανάγκη άλλους που να οργανώνουν τα πράγματα
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

### Παραδείγματα κατά την παιδική ηλικία

- Δυσκολεύεται να ετοιμαστεί στην ώρα του
- Ακατάστατο δωμάτιο / Θρανίο
- Δυσκολεύεται να παίξει μόνος του
- Δυσκολεύεται με την οργάνωση των καθηκόντων ή της εργασίας για το σπίτι
- Κάνει πολλά πράγματα ταυτόχρονα και ανακατεμένα
- Καθυστερεί όταν πηγαίνει κάπου
- Κακή αίσθηση του χρόνου
- Δυσκολεύεται να διατηρήσει τον εαυτό του απασχολημένο
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

## Π6. Αποφεύγετε συχνά (ή έχετε απέχθεια ή απροθυμία να εμπλακείτε σε) εργασίες που απαιτούν παρατεταμένη πνευματική προσπάθεια; Και πώς ήταν αυτό στην παιδική ηλικία;

### Παραδείγματα κατά την ενήλικη ζωή

- Κάνει το πιο εύκολο ή πιο ευχάριστο πράγμα πρώτα απ' όλα
- Συχνά αναβάλλει βαρετά ή δύσκολα καθήκοντα
- Αναβάλλει καθήκοντα και έτσι λήγουν προθεσμίες
- Αποφεύγει μονότονες εργασίες όπως διοικητικές
- Δεν του αρέσει το διάβασμα διότι απαιτεί πνευματική προσπάθεια
- Αποφεύγει εργασίες οι οποίες απαιτούν μεγάλη συγκέντρωση
- Άλλο:

### Παραδείγματα κατά την παιδική ηλικία

- Αποφεύγει τις εργασίες για το σπίτι ή έχει απέχθεια γι' αυτές
- Διαβάζει λίγα βιβλία ή δεν έχει όρεξη για διάβασμα γιατί απαιτεί πνευματική προσπάθεια
- Αποφεύγει καθήκοντα που απαιτούν πολλή συγκέντρωση
- Έχει απέχθεια για σχολικά μαθήματα που απαιτούν μεγάλη συγκέντρωση
- Συχνά αναβάλλει βαρετές ή δύσκολες εργασίες
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

## Π7. Χάνετε συχνά πράγματα που χρειάζονται για εργασίες ή δραστηριότητες; Και πώς ήταν αυτό στην παιδική ηλικία;

### Παραδείγματα κατά την ενήλικη ζωή

- Χάνει το πορτοφόλι, τα κλειδιά ή την ατζέντα
- Συχνά φεύγει αφήνοντας πράγματα πίσω
- Χάνει έγγραφα για τη δουλειά
- Χάνει πολύ χρόνο ψάχνοντας για πράγματα
- Πανικοβάλλεται αν άλλοι μετακινήσουν πράγματα
- Αποθηκεύει πράγματα σε λάθος μέρος
- Χάνει λίστες, αριθμούς τηλεφώνων ή σημειώσεις
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

### Παραδείγματα κατά την παιδική ηλικία

- Χάνει ατζέντες, στυλό, εξοπλισμό γυμναστικής ή άλλα αντικείμενα
- Χάνει ρούχα, παιχνίδια ή εργασίες για το σπίτι
- Χάνει αρκετό χρόνο ψάχνοντας για πράγματα
- Πανικοβάλλεται αν άλλοι μετακινήσουν πράγματα
- Σχόλια από γονείς/δάσκαλο ότι χάνει τα πράγματά του
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

## **Π8. Συμβαίνει συχνά να αποσπάται η προσοχή σας εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα; Και πώς ήταν αυτό στην παιδική ηλικία;**

### **Παραδείγματα κατά την ενήλικη ζωή**

- Δυσκολία να απομονωθεί από εξωτερικά ερεθίσματα
- Αφού αποσπαστεί, δυσκολία να επανέλθει ξανά στη δραστηριότητά του
- Εύκολα αφαιρείται από θορύβους ή γεγονότα
- Παρακολουθεί τις συζητήσεις των άλλων
- Δύσκολα φιλτράρει / επιλέγει πληροφορίες
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

### **Παραδείγματα κατά την παιδική ηλικία**

- Μέσα στη σχολική αίθουσα, συχνά κοιτάζει έξω
- Εύκολα αφαιρείται από θορύβους ή γεγονότα
- Αφού αποσπαστεί, δυσκολία να επανέλθει ξανά στη δραστηριότητά του
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

## **Π9. Συμβαίνει συχνά να ξεχνάτε πράγματα κατά τη διάρκεια καθημερινών δραστηριοτήτων; Και πώς ήταν αυτό στην παιδική ηλικία;**

Παραδείγματα κατά την ενήλικη ζωή

- Ξεχνάει ραντεβού ή άλλες υποχρεώσεις
- Ξεχνάει τα κλειδιά, την ατζέντα κλπ.
- Χρειάζεται συχνή υπενθύμιση των ραντεβού του
- Αναγκάζεται να επιστρέψει στο σπίτι για να πάρει πράγματα που ξέχασε
- Δύσκαμπτη τήρηση λίστας προκειμένου να σιγουρευτεί ότι δεν ξεχνάει πράγματα
- Ξεχνάει να γράψει ή να κοιτάξει στην ατζέντα
- Άλλο:

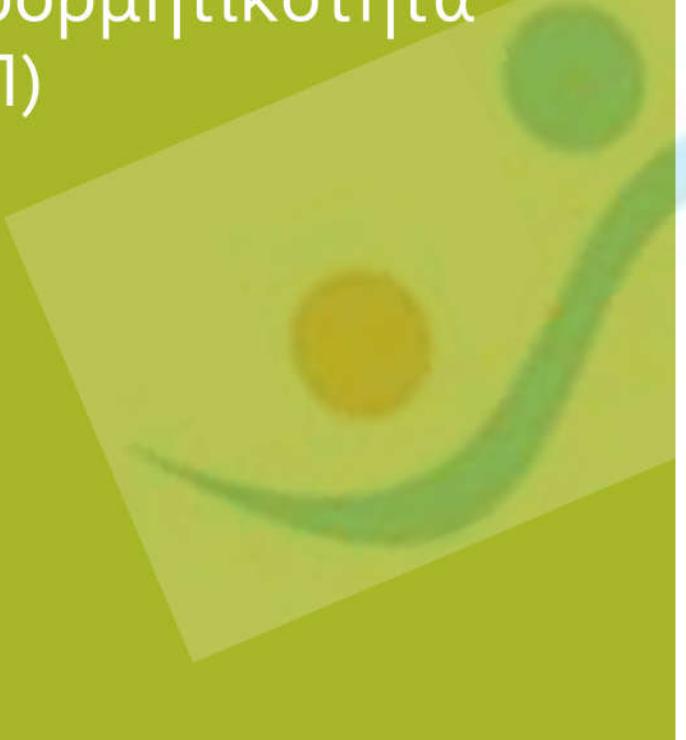
Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

Παραδείγματα κατά την παιδική ηλικία

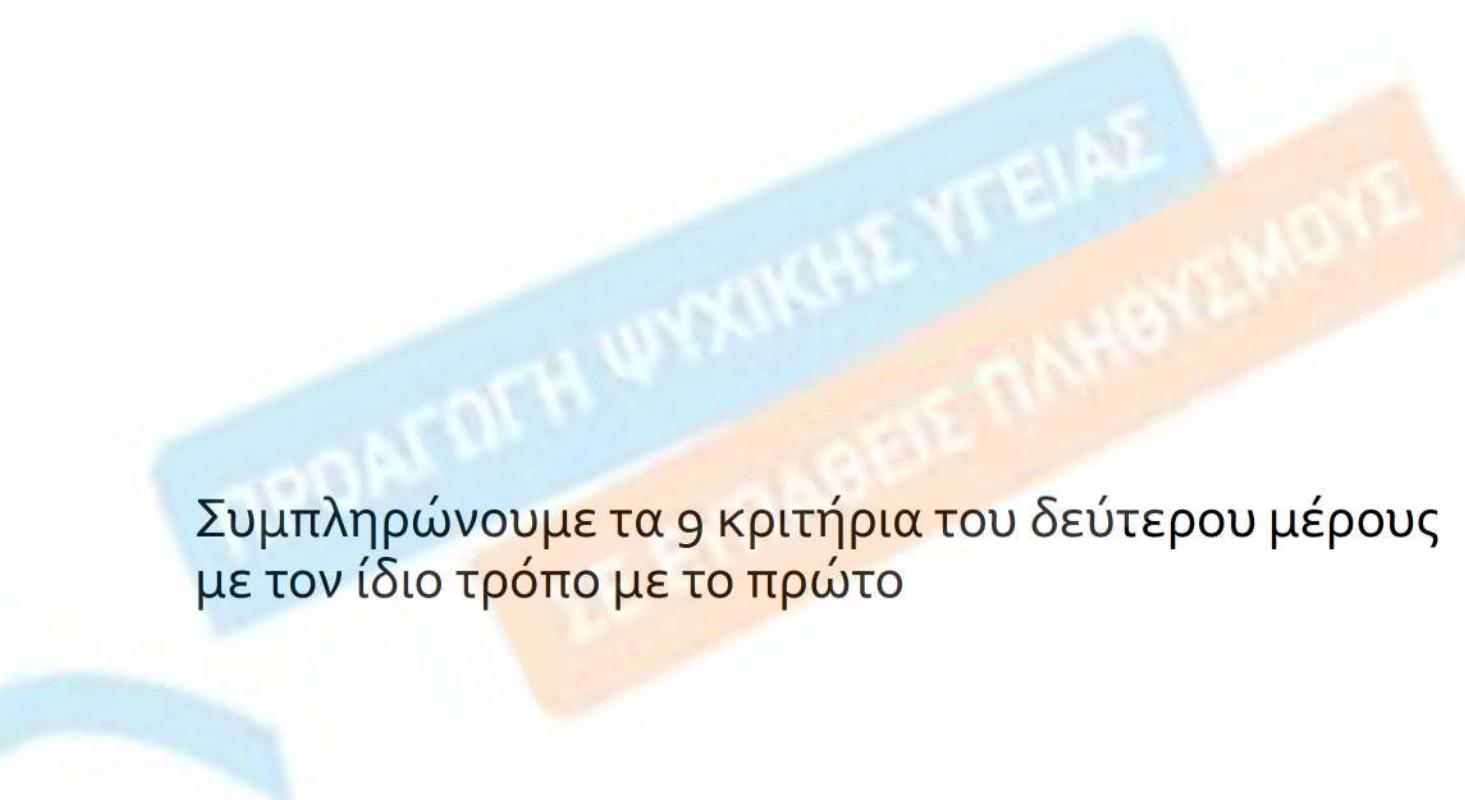
- Ξεχνάει ραντεβού ή οδηγίες
- Πρέπει να του υπενθυμίζουν συχνά πράγματα
- Στη μέση μιας εργασίας, ξεχνάει τι έπρεπε να κάνει
- Ξεχνάει να πάρει πράγματα για το σχολείο μαζί του
- Ξεχνάει πράγματα στο σχολείο ή σε σπίτια φίλων
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

## A2. Κριτήρια για Υπερκινητικότητα- Παρορμητικότητα (Υ/Π)



Συμπληρώνουμε τα 9 κριτήρια του δεύτερου μέρους  
με τον ίδιο τρόπο με το πρώτο



**Υ/Π1. Κινείτε συχνά ανήσυχα τα χέρια ή τα πόδια σας ή στριφογυρίζετε συχνά στο κάθισμά σας; Και πώς ήταν αυτό στην παιδική ηλικία;**

**Παραδείγματα κατά την ενήλικη ζωή**

- Δυσκολία να παραμείνει ακίνητος
- Νευρικές κινήσεις με τα πόδια
- Χτυπάει το στυλό ή παίζει με κάτι
- Τρώει τα νύχια ή παίζει συνεχώς με τα μαλλιά
- Μπορεί να ελέγξει την ανησυχία, αλλά αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αισθάνεται στρεσαρισμένος
- Άλλο:

**Παραδείγματα κατά την παιδική ηλικία**

- Οι γονείς έλεγαν συχνά «κάθησε ήσυχος» ή κάτι παρόμοιο
- Νευρικές κινήσεις με τα πόδια
- Χτυπάει το στυλό ή παίζει με κάτι
- Τρώει τα νύχια ή παίζει συνεχώς με τα μαλλιά
- Αδυνατεί να παραμείνει καθισμένος σε μια καρέκλα με κανονικό τρόπο
- Μπορεί να ελέγξει την ανησυχία, αλλά αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αισθάνεται στρεσαρισμένος
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

**Υ/Π2. Αφήνετε συχνά τη θέση σας σε περιστάσεις όπου αναμένεται να παραμείνετε καθιστός; Και πώς ήταν αυτό στην παιδική ηλικία;**

Παραδείγματα κατά την ενήλικη ζωή

- Αποφεύγει συμπόσια, διαλέξεις, εκκλησία κλπ.
- Προτιμάει να περπατάει τριγύρω παρά να κάθεται
- Ποτέ δεν κάθεται ήσυχος για πολύ, είναι πάντα σε κίνηση
- Αισθάνεται στρεσαρισμένος διότι δυσκολεύεται να κάθεται ήσυχος
- Επινοεί δικαιολογίες προκειμένου να περπατάει τριγύρω
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

Παραδείγματα κατά την παιδική ηλικία

- Συχνά σηκώνεται όρθιος στο φαγητό ή στην τάξη
- Του είναι πολύ δύσκολο να παραμείνει καθιστός στο σχολείο ή κατά τη διάρκεια των γευμάτων
- Του επισημαίνουν συνεχώς να παραμείνει καθιστός
- Επινοεί δικαιολογίες προκειμένου να περπατάει λίγο τριγύρω
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

### Υ/Π3. Αισθάνεστε συχνά ανήσυχος; Και πώς ήταν αυτό στην παιδική ηλικία;

#### Παραδείγματα κατά την ενήλικη ζωή

- Αισθάνεται εσωτερική ανησυχία ή νευρικότητα
- Έχει συνεχώς την αίσθηση πως πρέπει να είναι απασχολημένος με κάτι
- Δυσκολεύεται να χαλαρώσει
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

#### Παραδείγματα κατά την παιδική ηλικία

- Πάντα τρέχει τριγύρω
- Σκαρφαλώνει στα έπιπλα ή πηδάει στον καναπέ
- Σκαρφαλώνει στα δέντρα
- Εσωτερική ανησυχία
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν; Ναι/ Όχι

**Υ/Π4. Σας είναι δύσκολο να συμμετέχετε ήσυχα σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου; Και πώς ήταν αυτό στην παιδική ηλικία;**

**Παραδείγματα κατά την ενήλικη ζωή**

- Μιλάει κατά τη διάρκεια δραστηριοτήτων, ενώ είναι ανάρμοστο
- Γρήγορα γίνεται «ο μάγκας» της παρέας
- Είναι θορυβώδης σε διάφορες περιστάσεις
- Δυσκολία να συμμετέχει σε δραστηριότητες ήσυχα
- Δυσκολία να μιλάει με χαμηλό τόνο
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

**Παραδείγματα κατά την παιδική ηλικία**

- Φωνακλάς κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού / στην τάξη
- Αδυνατεί να παρακολουθήσει ήσυχα τηλεόραση ή ταινίες
- Του κάνουν παρατηρήσεις να ησυχάσει ή να ηρεμήσει
- Γρήγορα γίνεται «ο μάγκας» της παρέας
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

Υ/Π5. Είστε συχνά σε κίνηση ή ενεργείτε σα να «κινείστε με μηχανή»; Και πώς ήταν αυτό στην παιδική ηλικία;

Παραδείγματα κατά την ενήλικη ζωή

- Συνεχώς απασχολημένος με κάτι
- Έχει πολλή ενέργεια, συνεχώς σε κίνηση
- Υπερβαίνει τα προσωπικά του όρια
- Του είναι δύσκολο να αφήσει τα πράγματα να κυλήσουν ελεύθερα, διακατέχεται από μια υπερβολική εμμονή
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

Παραδείγματα κατά την παιδική ηλικία

- Συνεχώς απασχολημένος
- Υπερβολικά δραστήριος στη δουλειά και στο σπίτι
- Είχε πολλή ενέργεια
- Διακατέχεται από μια υπερβολική εμμονή
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

## Υ/Π6. Μιλάτε συχνά αδιάκοπα; Και πώς ήταν αυτό στην παιδική ηλικία;

### Παραδείγματα κατά την ενήλικη ζωή

- Μιλάει τόσο πολύ, που οι υπόλοιποι το βρίσκουν κουραστικό
- Είναι γνωστός ως ασταμάτητος ομιλητής
- Το βρίσκει δύσκολο να σταματήσει να μιλάει
- Τάση να μιλάει πάρα πολύ
- Δεν δίνει χώρο στους άλλους σε μια συζήτηση
- Χρειάζεται πολλές λέξεις για να πει κάτι
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

### Παραδείγματα κατά την παιδική ηλικία

- Είναι γνωστός ως φαφλατάς/πολυλογάς
- Οι καθηγητές και οι γονείς ζητούν συχνά να μείνει σιωπηλός
- Σχόλια σε σχολικές αναφορές ότι μιλάει πολύ
- Τιμωρείται επειδή μιλάει πολύ
- Εμποδίζει τους άλλους στις σχολικές εργασίες επειδή μιλάει πολύ
- Δεν δίνει χώρο στους άλλους σε μια συζήτηση
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

## Υ/Π7. Δίνετε συχνά την απάντηση πριν ολοκληρωθούν οι ερωτήσεις; Και πώς ήταν αυτό στην παιδική ηλικία;

### Παραδείγματα κατά την ενήλικη ζωή

- Μιλάει απερίσκεπτα, λέει ό,τι του έρχεται στο μυαλό
- Λέει πράγματα χωρίς να τα σκεφτεί πρώτα
- Απαντάει σε ανθρώπους πριν να σταματήσουν να μιλούν
- Ολοκληρώνει τις προτάσεις που άρχισαν οι άλλοι
- Είναι αδιάκριτος/ απρεπής
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

### Παραδείγματα κατά την παιδική ηλικία

- Μιλάει απερίσκεπτα, λέει πράγματα χωρίς να τα σκεφτεί πρώτα
- Θέλει να είναι ο πρώτος που απαντάει τις ερωτήσεις στο σχολείο
- «Ξεφουρνίζει» την πρώτη απάντηση, ακόμα κι αν αυτή ήταν λάθος
- Διακόπτει τους άλλους πριν τελειώσουν την πρότασή τους
- Δίνει την εντύπωση του αδιάκριτου και προσβάλλει
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

## Υ/Π8. Έχετε συχνά δυσκολία να περιμένετε τη σειρά σας; Και πώς ήταν αυτό στην παιδική ηλικία;

### Παραδείγματα κατά την ενήλικη ζωή

- Δυσκολία να περιμένει στην ουρά, κλέβει σειρά
- Δυσκολία να παραμείνει υπομονετικός στην κίνηση/κυκλοφοριακή συμφόρηση
- Δυσκολία να περιμένει τη σειρά του κατά τη διάρκεια συζητήσεων
- Είναι ανυπόμονος
- Γρήγορα ξεκινάει σχέσεις / δουλειές ή γρήγορα τις εγκαταλείπει λόγω ανυπομονησίας
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

### Παραδείγματα κατά την παιδική ηλικία

- Δυσκολία να περιμένει τη σειρά του σε ομαδικές δραστηριότητες
- Δυσκολία να περιμένει τη σειρά του στην τάξη
- Πάντα είναι ο πρώτος που θα λέει ή θα κάνει κάτι
- Γρήγορα γίνεται ανυπόμονος
- Διασχίζει το δρόμο χωρίς να κοιτάει
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

**Υ/Π9. Διακόπτετε συχνά τις ασχολίες των άλλων ή γίνεστε ενοχλητικός/πιεστικός ; Και πώς ήταν αυτό στην παιδική ηλικία;**

**Παραδείγματα κατά την ενήλικη ζωή**

- Γρήγορα παρεμβατικός στους άλλους
- Διακόπτει τους άλλους
- Διαταράσσει τις δραστηριότητες άλλων, χωρίς να του ζητήθει
- Σχόλια από άλλους για παρεμβάσεις
- Δυσκολία να σεβαστεί τα όρια των άλλων
- Έχει γνώμη για οτιδήποτε και αυτό το εκφράζει άμεσα
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

**Παραδείγματα κατά την παιδική ηλικία**

- Παρεμβαίνει στο παιχνίδι των άλλων
- Διακόπτει τις συζητήσεις των άλλων
- Αντιδράει σε όλα
- Αδυναμία να περιμένει
- Άλλο:

Σύμπτωμα παρόν; Ναι / Όχι

## Αζ.Ηλικία έναρξης και δυσλειτουργία που οφείλεται στα συμπτώματα της ΔΕΠΥ

- Σημαντικό μέρος της διαγνωστικής διαδικασίας
- Διερεύνηση της ηλικίας έναρξης των συμπτωμάτων
- Διερεύνηση της δυσλειτουργίας που έχει προκληθεί.  
Για να τεθεί η διάγνωση πρέπει να υπάρχει δυσλειτουργία σε δύο τουλάχιστον τομείς από τους ακόλουθους τομείς: **εργασία και εκπαίδευση, σχέσεις και οικογένεια, κοινωνικές επαφές, ελεύθερος χρόνος και δραστηριότητες** και τέλος **αυτοπεποίθηση και αυτοεικόνα**

## B. Περίληψη των συμπτωμάτων

- Στο τελευταίο μέρος σημειώνουμε ποια από τα 18 κριτήρια είναι παρόντα και στα δύο ηλικιακά στάδια που μελετάμε
- Αθροίζουμε χωριστά τα κριτήρια Π από τα Υ/Π και ελέγχουμε πόσο είναι παρόντα
- Ελέγχουμε αν το σύμπτωμα παραμένει από την παιδική ηλικία ως την ενήλικη ζωή, αν η παρουσία τους προκαλεί δυσλειτουργία σε δύο τουλάχιστον τομείς και αν αυτό μπορεί να ερμηνευθεί καλύτερα από την ύπαρξη κάποιας άλλης ψυχιατρικής διαταραχής
- Σημειώνουμε την ύπαρξη άλλων πηγών πληροφοριών
- Αποφασίζουμε αν μπορεί να τεθεί η διάγνωση της ΔΕΠΥ και για ποιον υπότυπο πρόκειται

# πηγή

Οι πληροφορίες αντλήθηκαν από το <http://www.divacenter.eu/>,  
το site του DIVA Foundation.

Η επιμέλεια της ελληνικής έκδοσης είναι του κ. Πεχλιβανίδη

## Νευροψυχολογικές δοκιμασίες

- Μπορεί να περιλαμβάνουν μέτρηση IQ,  
διερεύνηση διαταραχών  
προσωπικότητας, αξιολόγηση  
εκτελεστικών λειτουργιών, κατά<sup>1</sup>  
περίπτωση

# ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΕΠΥ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

---





## European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD (BMC Psychiatry 2010)

Sandra JJ Kooij, Susanne Bejerot , Andrew Blackwell , Herve Caci<sup>4</sup> , Miquel Casas-Brugué<sup>5</sup>, Pieter J Carpentier , Dan Edvinsson , John Fayyad , Karin Foeken , Michael Fitzgerald, Veronique Gaillac, Ylva Ginsberg, Chantal Henry, Johanna Krause, Michael B Lensing<sup>1</sup>, Iris Manor, Helmut Niederhofer, Carlos Nunes-Filipe, Martin D Ohlmeier, Pierre Oswald, Stefano Pallanti, Artemios Pehlivanidis, Josep A Ramos-Quiroga, Maria Rastam, Doris Ryffel-Rawak, Steven Stes, Philip Asherson

## Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD (European Psychiatry 2019)

J.J.S. Kooij, D. Bijlenga, L. Salerno, R. Jaeschke, I. Bitter, J. Balázs, J. Thome, G. Doma, S. Kasper, C. Nunes Filipe, S. Stes, P. Mohr, S. Leppämäka, M. Casas Brugué, J. Bobes, J.M. McCarthy, V. Richarte, A. Kjems Philipsen, A. Pehlivanidis, A. Niemela, B. Styr, B. Semerci, B. Bolea-Alamanaca, D. Edvinsson, D. Baeyens, D. Wynchank, E. Sobanski, A. Philipsen, F. McNicholas, H. Caci, I. Mihailescu, I. Manor, I. Dobrescu, J. Krause, J. Fayyad, J.A. Ramos-Quiroga, K. Foeken, F. Rada, M. Adamou, M. Ohlmeier, M. Fitzgerald, M. Gilla, M. Lensinga, N. Motavalli Mukaddes, P. Brudkiewicz, P. Gustafsson, P. Tania, P. Oswald, P.J. Carpentier, P. De Rossi, R. Delorme, S. Markovska Simoska, S. Pallanti, S. Young, S. Bejerot, T. Lehtonen, J. Kustow, U. Müller-Sedgwick, T. Hirvikoski, V. Pironti, Y. Ginsberg, Z. Félegeházy, M.P. Garcia-Portilla P. Asherson.

# ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΕΠΥ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

- Πολυεπίπεδη θεραπευτική προσέγγιση
- Αρχικά, είναι σκόπιμο να αντιμετωπίζεται η συννόσηση και στη συνέχεια να χορηγούνται οι εξειδικευμένες δια τη ΔΕΠΥ παρεμβάσεις.

# ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΕΠΥ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

- Ψυχοεκπαίδευση για τη διαταραχή και τις συννοσηρές καταστάσεις
- Φαρμακευτική θεραπεία της διαταραχής και των συννοσηρών καταστάσεων
- Επίβλεψη (Coaching)
- Γνωσιακή θεραπεία (ατομική και ομαδική)
- Θεραπεία οικογένειας

# Ψυχοεκπαίδευση

- το πρώτο βήμα της θεραπείας των ενηλίκων με ΔΕΠΥ (71-72)

## Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD (European Psychiatry 2019)

71. Hirvikoski T, Waaler E, Lindstrom T, Bolte S, Jokinen J. Cognitive behavior therapy-based psychoeducational groups for adults with ADHD and their significant others (PEGASUS): an open clinical feasibility trial. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2015;7(1):89-99.
72. Hirvikoski T, Lindström T, Carlsson J, Waaler E, Jokinen J, Bölte S. Psychoeducational Groups for Adults with ADHD and Their Significant Others (PEGASUS): A Pragmatic Multicenter and Randomized Controlled Trial. *Eur Psychiatry.* 2017;9(44):141-52.

# Φαρμακευτική θεραπεία

- Διεγέρτες
- Μη διεγέρτες



- Οι Διεγέρτες του ΚΝΣ είναι θεραπεία εκλογής για τους ενήλικες(73-82)
- Προτιμούνται τα σκευάσματα βραδείας αποδέσμευσης (πρόσδεση στη θεραπεία, προστασία για πιθανή κατάχρηση, αποφεύγονται φαινόμενα απόσυρσης, ασφαλέστερη οδήγηση)
- Θέματα αδειοδότησης

## Βιβλιογραφία

- 
73. Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugue M, Carpentier PJ, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry.* 2010;10:67.
74. Koesters M, Becker T, Kilian R, Fegert JM, Weinmann S. Limits of meta-analysis: methylphenidate in the treatment of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *J Psychopharmacol.* 2009;23(7):733-44.
75. Faraone SV, Glatt SJ. A comparison of the efficacy of medications for adult attentiondeficit/hyperactivity disorder using meta-analysis of effect sizes. *The Journal of clinical psychiatry.* 2010;71(6):754-63.
76. Castells X, Ramos-Quiroga JA, Rigau D, Bosch R, Nogueira M, Vidal X, et al. Efficacy of methylphenidate for adults with attention-deficit hyperactivity disorder: a meta-regression analysis. *CNS drugs.* 2011;25(2):157-69.
77. Castells X, Ramos-Quiroga JA, Bosch R, Nogueira M, Casas M. Amphetamines for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2011(6):CD007813.
78. Philipsen A, Jans T, Graf E, Matthies S, Borel P, Colla M, et al. Effects of Group Psychotherapy, Individual Counseling, Methylphenidate, and Placebo in the Treatment of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* 2015;72(12):1199-210. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.146.
79. Chang Z, Lichtenstein P, D'Onofrio BM, Sjolander A, Larsson H. Serious transport accidents in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effect of medication: a population-based study. *JAMA Psychiatry.* 2014;71(3):319-25.
80. Lichtenstein P, Larsson H. Medication for attention deficit-hyperactivity disorder and criminality. *The New England journal of medicine.* 2013;368(8):776.
81. Chen Q, Sjolander A, Runeson B, D'Onofrio BM, Lichtenstein P, Larsson H. Drug treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder and suicidal behaviour: register based study. *BMJ.* 2014;348:g3769.
82. Chang Z, D'Onofrio BM, Quinn PD, Lichtenstein P, Larsson H. Medication for AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder and Risk for Depression: A Nationwide Longitudinal Cohort Study. *Biological psychiatry.* 2016;80(12):916-22.

- Οι χρήστες τοξικών ουσιών χρειάζονται μεγαλύτερες δόσεις (83-88)
- Οι ασθενείς με Διπολική Διαταραχή που λαμβάνουν Σταθεροποιητικά της Διάθεσης μπορούν να πάρουν Διεγερτικά του ΚΝΣ (δεν επάγεται Υπο/Μανία) (89)

## Βιβλιογραφία

- 
83. Cunill R, Castells X, Tobias A, Capella D. Pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder with co-morbid drug dependence. *Journal of psychopharmacology*. 2015;29(1):15-23.
  84. Steinhausen HC, Bisgaard C. Substance use disorders in association with attention deficit/hyperactivity disorder, co-morbid mental disorders, and medication in a nationwide sample. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*. 2014;24(2):232-41.
  85. Levin FR, Mariani JJ, Specker S, Mooney M, Mahony A, Brooks DJ, et al. Extended-Release Mixed Amphetamine Salts vs Placebo for Comorbid Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Cocaine Use Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*. 2015;72(6):593-602.
  86. Konstenius M, Jayaram-Lindstrom N, Guterstam J, Beck O, Philips B, Franck J. Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder and drug relapse in criminal offenders with substance dependence: a 24-week randomized placebo-controlled trial. *Addiction*. 2014;109(3):440-9.
  87. Skoglund C, Brandt L, Almqvist C, D'Onofrio BM, Konstenius M, Franck J, et al. Factors Associated With Adherence to Methylphenidate Treatment in Adult Patients With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorders. *J Clin Psychopharmacol*. 2016;36(3):222-8.
  88. Perez de los Cobos J, Sinol N, Perez V, Trujols J. Pharmacological and clinical dilemmas of prescribing in co-morbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and addiction. *Br J Clin Pharmacol*. 2014;77(2):337-56.
  89. Viktorin A, Ryden E, Thase ME, Chang Z, Lundholm C, D'Onofrio BM, et al. The Risk of Treatment-Emergent Mania With Methylphenidate in Bipolar Disorder. *The American journal of psychiatry*. 2016;appiajp201616040467.

- Στην εγκυμοσύνη δεν συστήνονται Διεγερτικά του ΚΝΣ (αναφορές για τη Μεθυλφαινιδάτη ότι στο πρώτο τρίμηνο ίσως επάγει καρδιοπάθεια) (90-96)



## Βιβλιογραφία

90. Dideriksen D, Pottegård A, Hallas J, Aagaard L, Damkier P. First trimester in utero exposure to methylphenidate. *Basic & clinical pharmacology & toxicology*. 2013;112(2):73-6.
91. Pottegård A, Hallas J, Andersen JT, Løkkegaard E. C., Dideriksen D, Aagaard L, et al. Firsttrimester exposure to methylphenidate: a population-based cohort study. *The Journal of clinical psychiatry*. 2014;75(1):e88-93.
92. Huybrechts KF, Broms G, Christensen LB, Einarsdottir K, Engeland A, Furu K, et al. Association Between Methylphenidate and Amphetamine Use in Pregnancy and Risk of Congenital Malformations: A Cohort Study From the International Pregnancy Safety Study Consortium. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(2):167-75.
93. Diav-Citrin O, Shechtman S, Arnon J, Wajnberg R, Borisch C, Beck E, et al. Methylphenidate in Pregnancy: A Multicenter, Prospective, Comparative, Observational Study. *The Journal of clinical psychiatry*. 2016;77(9):1176-81.
94. Bro SP, Kjaersgaard MI, Parner ET, Sorensen MJ, Olsen J, Bech BH, et al. Adverse pregnancy outcomes after exposure to methylphenidate or atomoxetine during pregnancy. *Clin Epidemiol*. 2015;7:139-47.
95. Haervig KB, Mortensen LH, Hansen AV, Strandberg-Larsen K. Use of ADHD medication during pregnancy from 1999 to 2010: a Danish register-based study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2014;23(5):526-33.
96. McAllister-Williams RH, Baldwin DS, Cantwell R, Easter A, Gilvarry E, Glover V, et al. British Association for Psychopharmacology consensus guidance on the use of psychotropic medication preconception, in pregnancy and postpartum 2017. *Journal of psychopharmacology*. 2017;31(5):519-52.

- Στο Θηλασμό η Μεθυλφαινιδάτη δεν επηρεάζει το βρέφος (97-98)

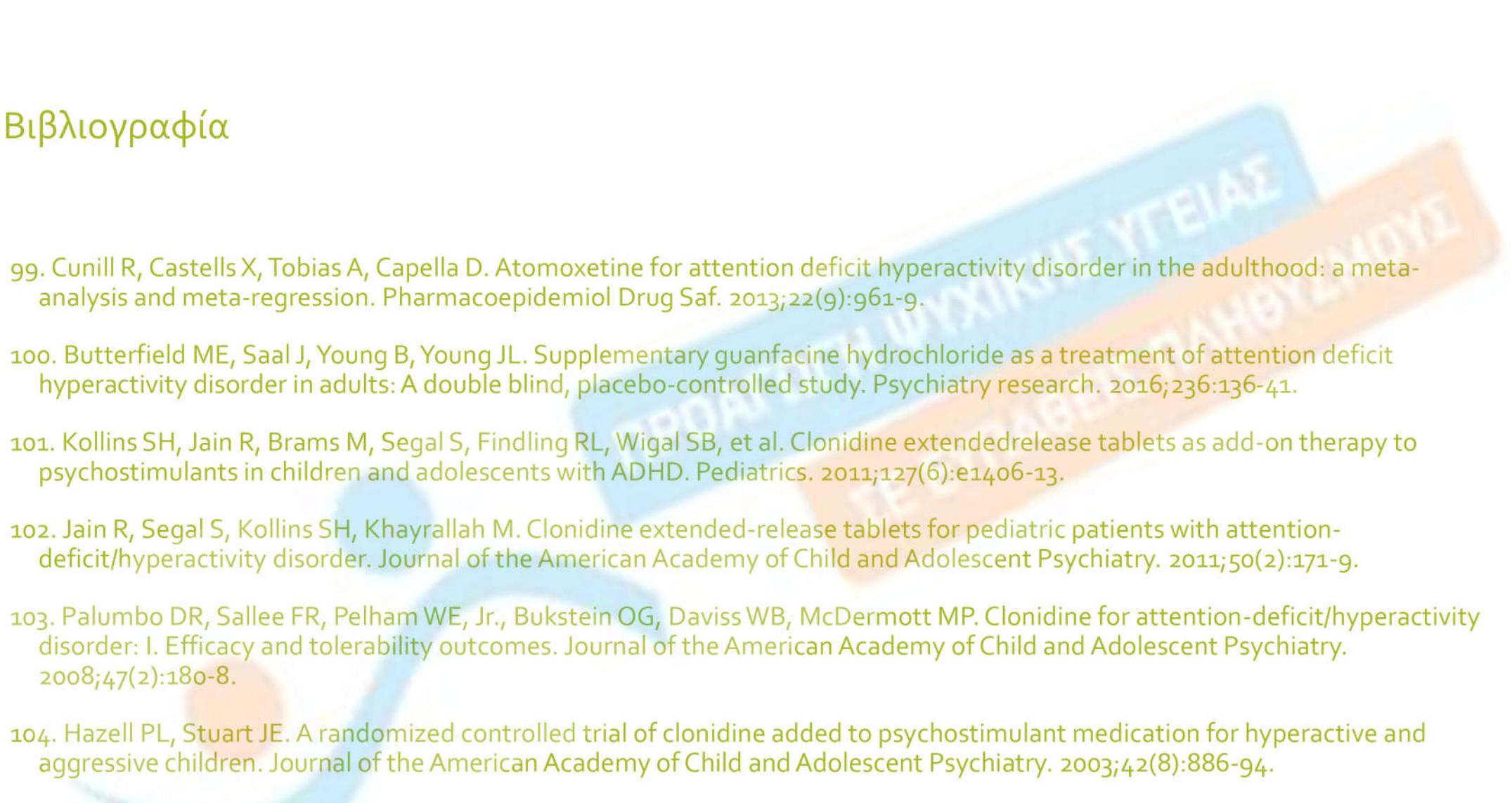


## Βιβλιογραφία

97. Besag FM. ADHD treatment and pregnancy. *Drug safety : an international journal of medical toxicology and drug experience.* 2014;37(6):397-408.
98. Larsen ER, Damkier P, Pedersen LH, Fenger-Gron J, Mikkelsen RL, Nielsen RE, et al. Use of psychotropic drugs during pregnancy and breast-feeding. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2015(445):128.

- Ο μη διεγέρτης ατομοξετίνη είναι θεραπεία δεύτερης επιλογής (99)
- Η αποτελεσματικότητα των : γουαρφακίνη (100), κλονιδινη (101-104), βουπροπιόνη (105-106), ρεβοξετίνη (107-108), τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (109-110), παροξετίνη (111) και μοδαφιλίνη (112) δεν τεκμηριώνεται

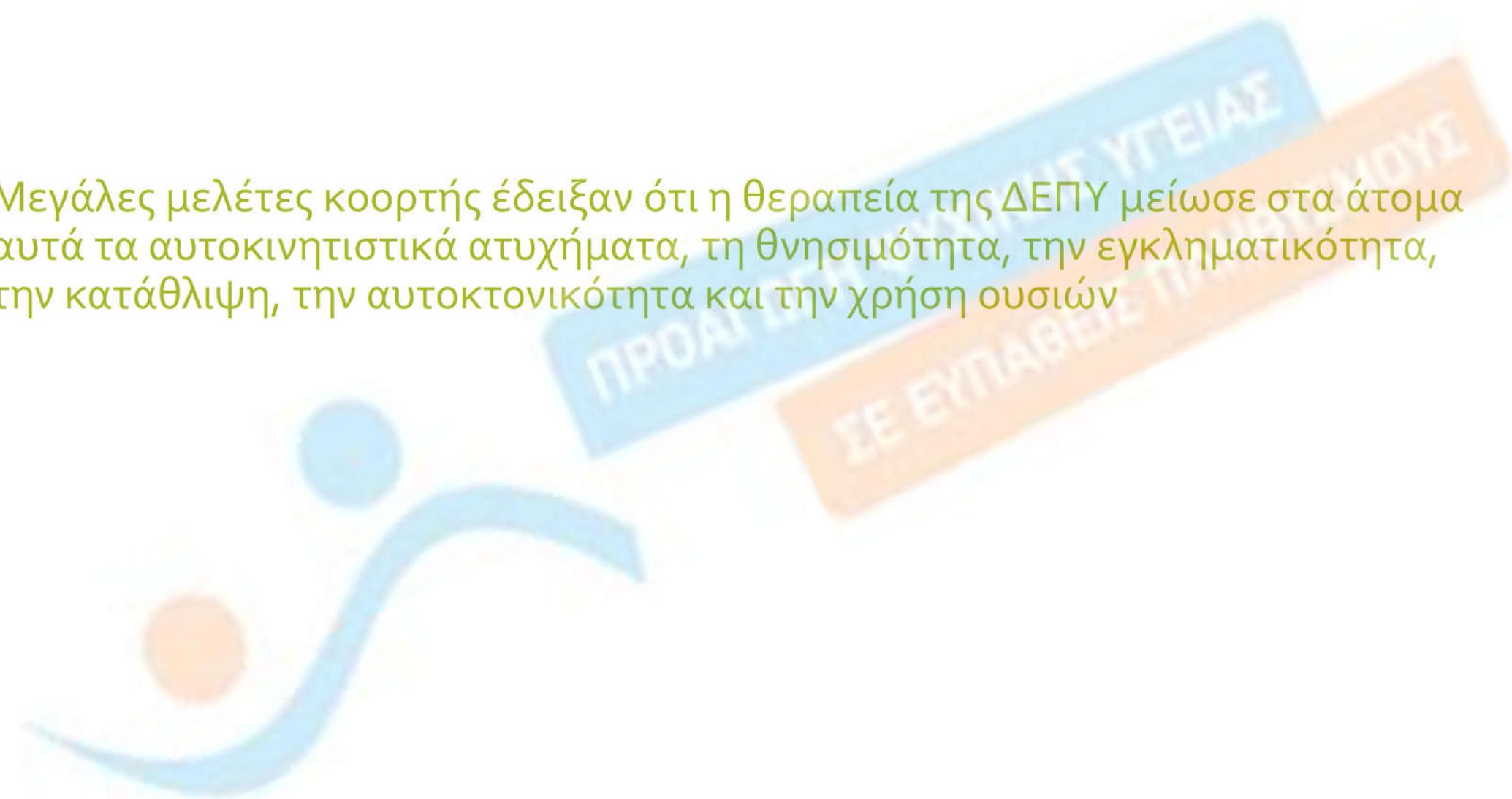
## Βιβλιογραφία

- 
99. Cunill R, Castells X, Tobias A, Capella D. Atomoxetine for attention deficit hyperactivity disorder in the adulthood: a meta-analysis and meta-regression. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2013;22(9):961-9.
  100. Butterfield ME, Saal J, Young B, Young JL. Supplementary guanfacine hydrochloride as a treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults: A double blind, placebo-controlled study. *Psychiatry research.* 2016;236:136-41.
  101. Kollins SH, Jain R, Brams M, Segal S, Findling RL, Wigal SB, et al. Clonidine extendedrelease tablets as add-on therapy to psychostimulants in children and adolescents with ADHD. *Pediatrics.* 2011;127(6):e1406-13.
  102. Jain R, Segal S, Kollins SH, Khayrallah M. Clonidine extended-release tablets for pediatric patients with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2011;50(2):171-9.
  103. Palumbo DR, Sallee FR, Pelham WE, Jr., Bukstein OG, Daviss WB, McDermott MP. Clonidine for attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Efficacy and tolerability outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2008;47(2):180-8.
  104. Hazell PL, Stuart JE. A randomized controlled trial of clonidine added to psychostimulant medication for hyperactive and aggressive children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2003;42(8):886-94.
  105. Maneeton N, Maneeton B, Intaprasert S, Woottiluk P. A systematic review of randomized controlled trials of bupropion versus methylphenidate in the treatment of attentiondeficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2014;10:1439-49.

## Βιβλιογραφία

- 
106. Hamed M, Mohammdi M, Ghaleiha A, Keshavarzi Z, Jafarnia M, Keramatfar R, et al. Bupropion in adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a randomized, double-blind study. *Acta Med Iran.* 2014;52(9):675-80.
  107. Ghanizadeh A. A systematic review of reboxetine for treating patients with attention deficit hyperactivity disorder. *Nord J Psychiatry.* 2015;69(4):241-8.
  108. Riahi F, Tehrani-Doost M, Shahrivar Z, Alaghband-Rad J. Efficacy of reboxetine in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Human psychopharmacology.* 2010;25(7-8):570-6.
  109. Otasowie J, Castells X, Ehimare UP, Smith CH. Tricyclic antidepressants for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014(9):CD006997.
  110. Prince JB, Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ, Millstein R, Polisner DA, et al. A controlled study of nortriptyline in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2000;10(3):193-204.
  111. Weiss M, Hechtman L, Adult ARG. A randomized double-blind trial of paroxetine and/or dextroamphetamine and problem-focused therapy for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(4):611-9.
  112. Arnold VK, Feifel D, Earl CQ, Yang R, Adler LA. A 9-week, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group, dose-finding study to evaluate the efficacy and safety of modafinil as treatment for adults with ADHD. *J Atten Disord.* 2014;18(2):133-44.

- Μεγάλες μελέτες κοορτής έδειξαν ότι η θεραπεία της ΔΕΠΥ μείωσε στα άτομα αυτά τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα, τη θνησιμότητα, την εγκληματικότητα, την κατάθλιψη, την αυτοκτονικότητα και την χρήση ουσιών



- Ενώ το οικονομικό κόστος από τη βελτίωση που επιφέρει η φαρμακευτική θεραπεία στα παιδιά σε σύγκριση με τη μη θεραπεία ή τη θεραπεία συμπεριφοράς είναι καλά μελετημένο για τους ενήλικες δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα



## Βιβλιογραφία

- 
113. Young S, Emilsson B, Sigurdsson JF, Khondoker M, Philipp-Wiegmann F, Baldursson G, et al. A randomized controlled trial reporting functional outcomes of cognitive-behavioural therapy in medication-treated adults with ADHD and comorbid psychopathology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2017;267(3):267-76.
  114. Jensen CM, Amdisen BL, Jorgensen KJ, Arnfred SM. Cognitive behavioural therapy for ADHD in adults: systematic review and meta-analyses. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2016;8(1):3-11. doi: 0.1007/s12402-016-0188-3. Epub 2016 Jan 22.
  115. Arnold LE, Hodgkins P, Caci H, Kahle J, Young S. Effect of treatment modality on long-term outcomes in attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *PLoS One.* 2015;10(2):e0116407. doi: 10.1371/journal.pone.. eCollection 2015.
  116. Philipsen A. Psychotherapy in adult attention deficit hyperactivity disorder: implications for treatment and research. *Expert rev.* 2012;12(10):1217-25.
  117. Mongia M, Hechtman L. Cognitive behavior therapy for adults with attentionondeficit/hyperactivity disorder: a review of recent randomized controlled trials. *Current Psychiatry Reports.* 2012;14(5):561-7.
  118. Safren SA, Otto MW, Sprich S, Winett CL, Wilens TE, Biederman J. Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behaviour Research & Therapy.* 2005;43(7):831-42.
  119. Safren SA, Sprich S, Mimiaga MJ, Surman C, Knouse L, Groves M, et al. Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2010;304(8):875-80.

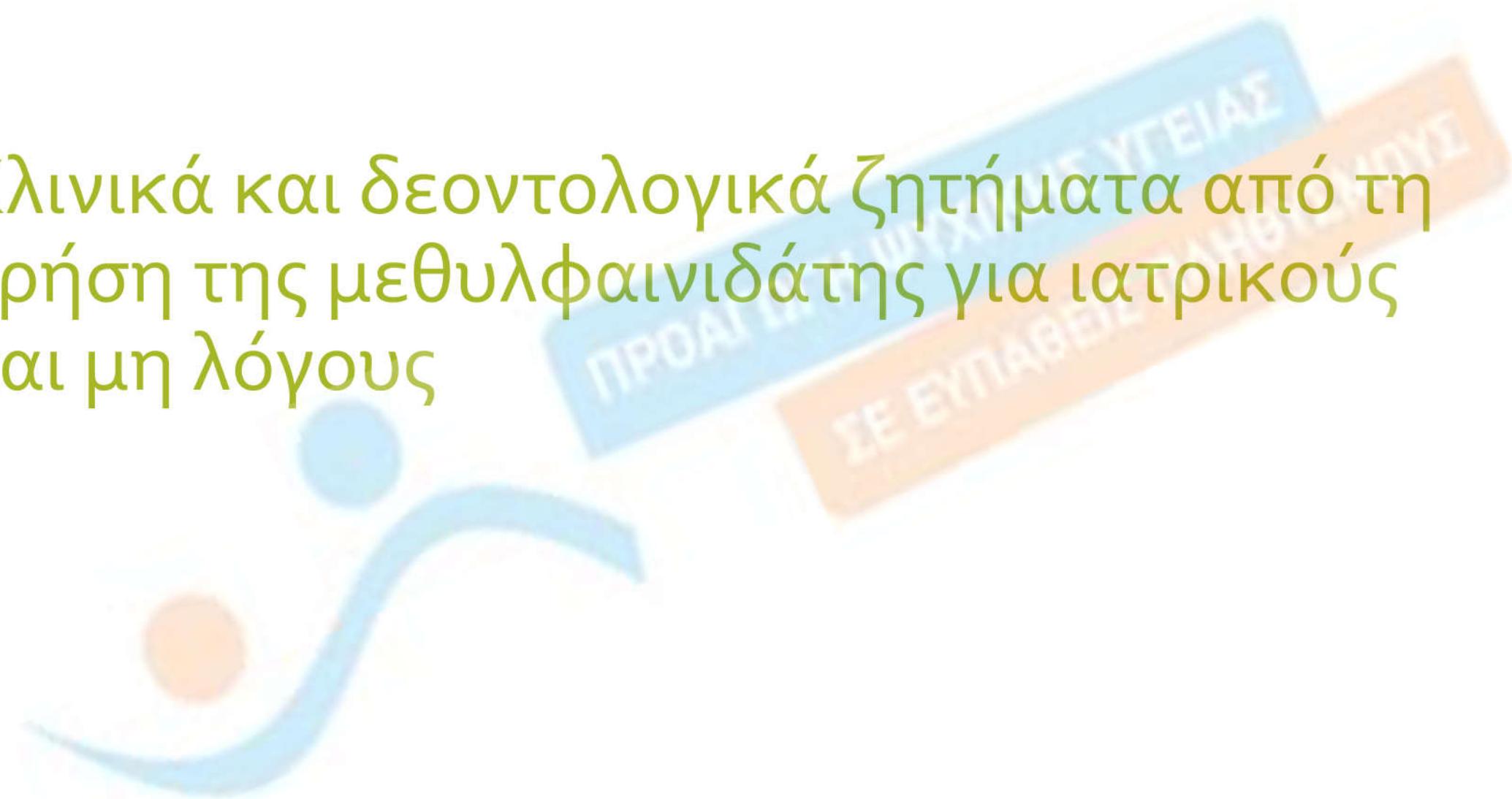
## Βιβλιογραφία

120. Young S, Khondoker M, Emilsson B, Sigurdsson JF, Philipp-Wiegmann F, Baldursson G, et al. Cognitive-behavioural therapy in medication-treated adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and co-morbid psychopathology: a randomized controlled trial using multi-level analysis. *Psychol Med.* 2015;45(13):2793-804. doi: 10.1017/S0033291715000756. Epub 2015 May 29.
121. Emilsson B, Gudjonsson G, Sigurdsson JF, Baldursson G, Einarsson E, Olafsdottir H, et al. Cognitive behaviour therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent Symptoms: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2011;11(116).
122. Young S, Bramham J. Cognitive-behavioural Therapy for ADHD in Adolescents and Adults: A Psychological Guide to Practice. 2nd Edition ed. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 2012.
123. Knouse LE, Safren SA. Current status of cognitive behavioral therapy for adult attentiondeficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America Vol.* 2010;33(3):497-509.
124. Newark PE, Stieglitz RD. Therapy-relevant factors in adult ADHD from a cognitive behavioural perspective. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2010;2(2):59-72.
125. Torrente F, Lopez P, Alvarez Prado D, Kichic R, Cetkovich-Bakmas M, Lischinsky A, et al. Dysfunctional cognitions and their emotional, behavioral, and functional correlates in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): is the cognitive-behavioral model valid? *J Atten Disord.* 2014;18(5):412-24. doi: 10.1177/1087054712443153. Epub 2012 May 24.

## Βιβλιογραφία

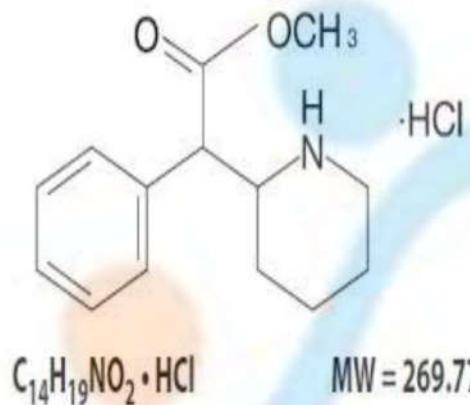
- 
126. Kubik JA. Efficacy of ADHD coaching for adults with ADHD. *J Atten Disord.* 2010;13(5):442-53. doi: [10.1177/1087054708329960](https://doi.org/10.1177/1087054708329960). Epub 2009 Mar 10.
  127. Prevatt F, Yelland S. An Empirical Evaluation of ADHD Coaching in College Students. *J Atten Disord.* 2015;19(8):666-77. doi: [10.1177/1087054713480036](https://doi.org/10.1177/1087054713480036). Epub 2013 Mar 18.
  128. Hepark S, Janssen L, de Vries A, Schoenberg PL, Donders R, Kan CC, et al. The Efficacy of Adapted MBCT on Core Symptoms and Executive Functioning in Adults With ADHD: A Preliminary Randomized Controlled Trial. *J Atten Disord.* 2015;20:1087054715613587.
  129. Schoenberg PL, Hepark S, Kan CC, Barendregt HP, Buitelaar JK, Speckens AE. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on neurophysiological correlates of performance monitoring in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Neurophysiology.* 2014;125(7):1407-16.
  130. Cairncross M, Miller CJ. The Effectiveness of Mindfulness-Based Therapies for ADHD: A Meta-Analytic Review. *J Atten Disord.* 2016.

Κλινικά και δεοντολογικά ζητήματα από τη  
χρήση της μεθυλφαινιδάτης για ιατρικούς  
και μη λόγους



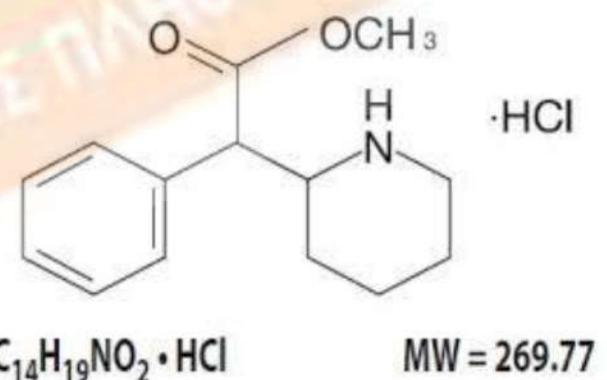
## ΜΕΘΥΛΦΑΙΝΙΔΑΤΗ

Είναι ο διεγέρτης του ΚΝΣ που χρησιμοποιήθηκε πρώτος για τη ΔΕΠΥ και ο μόνος που χρησιμοποιείται στην Ελλάδα



# Ιστορικό

- O Leandro Panizzon (1944), χημικός στη CIBA, συνέθεσε την methyl- $\alpha$ - phenyl-piperidine-2-acetate (methylphenidate) στο πλαίσιο προγράμματος της CIBA να συνθέσει πιπεριδίνη με ισχυρή αναληπτική δράση.
- Ονομάστηκε Ritaline από τη σύζυγό του Rita η οποία πρώτη αναγνώρισε την ευόδωση των δεξιοτήτων της στο τένις





O L. Panizzon και η σύζυγός του Rita

# Ιστορικό

Το κλινικό προφίλ της μεθυλφαινιδάτης μοιάζει με των αμφεταμινών παρά το γεγονός ότι διαφέρει στο τρόπο που δρα στο επίπεδο της νευρικής σύναψης

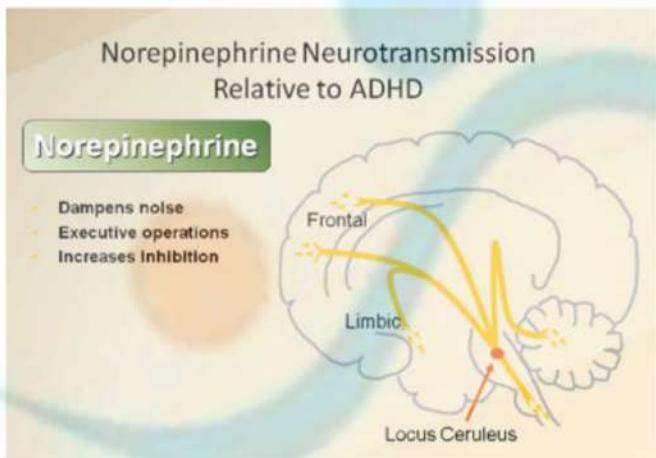
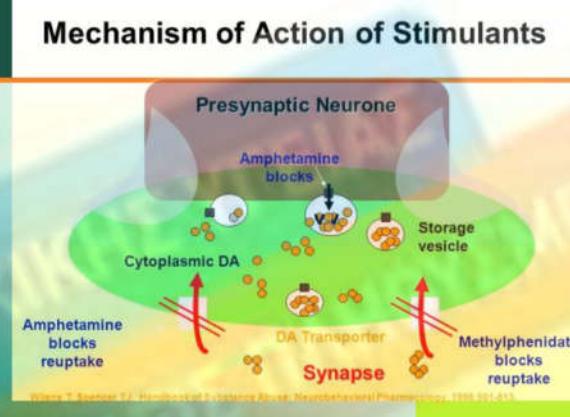
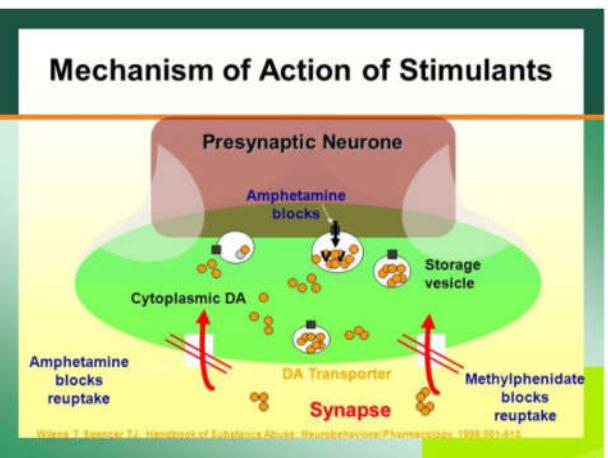


$\text{C}_{14}\text{H}_{19}\text{NO}_2 \cdot \text{HCl}$

MW = 269.77

## Μηχανισμός δράσης

- Χαρακτηρίζεται από το «Ψυχοφαρμακολογικό παράδοξο»
- Η χορήγησή της σε άτομα με ΔΕΠΥ αφενός μεν ευοδώνει την προσοχή και την συγκέντρωση αφετέρου δε μειώνονται η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα
- Ενώ είναι διεγέρτης του ΚΝΣ μειώνεται η υπερκινητικότητα στα άτομα με ΔΕΠΥ



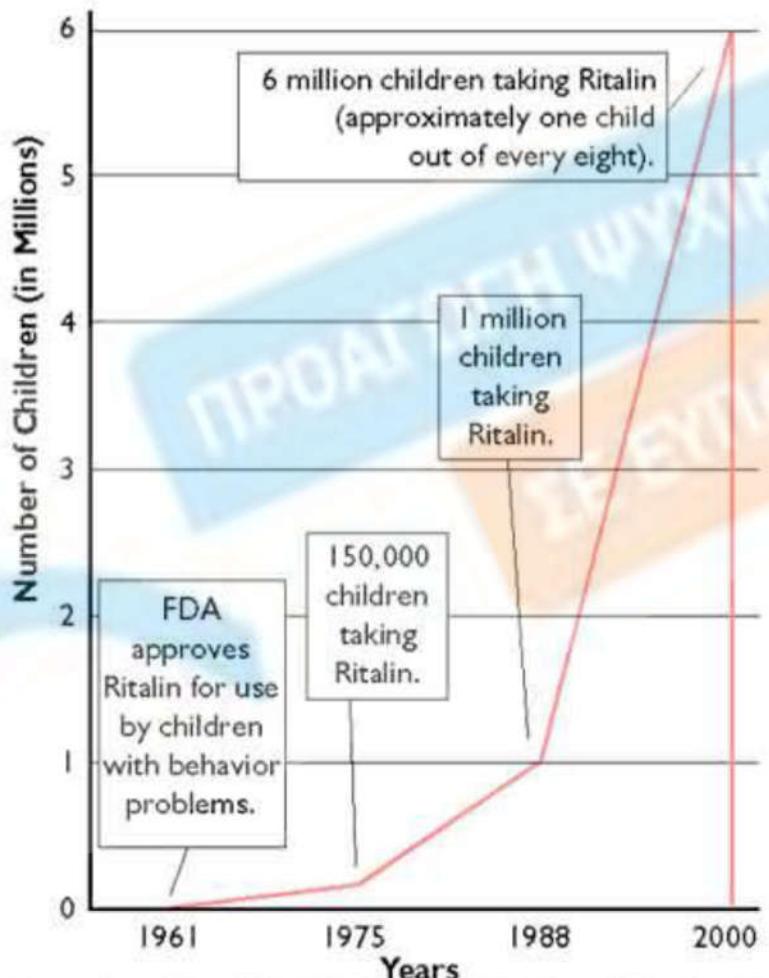
**Dopamine Neurotransmission Relative to ADHD**

**Dopamine**

## 2013 Top ADHD Drugs by Market Share

<b>Amphetamine / Dextroamphetamine (Adderall)</b>	38.1%
<b>Methylphenidate (Ritalin, Concerta, Daytrana, Methylin)</b>	23.4%
<b>Lisdexamfetamine (Vyvanse)</b>	16.1%
<b>Dexmethylphenidate (Focalin XR)</b>	4.4%
<b>Atomoxetine (Strattera)</b>	4.0%

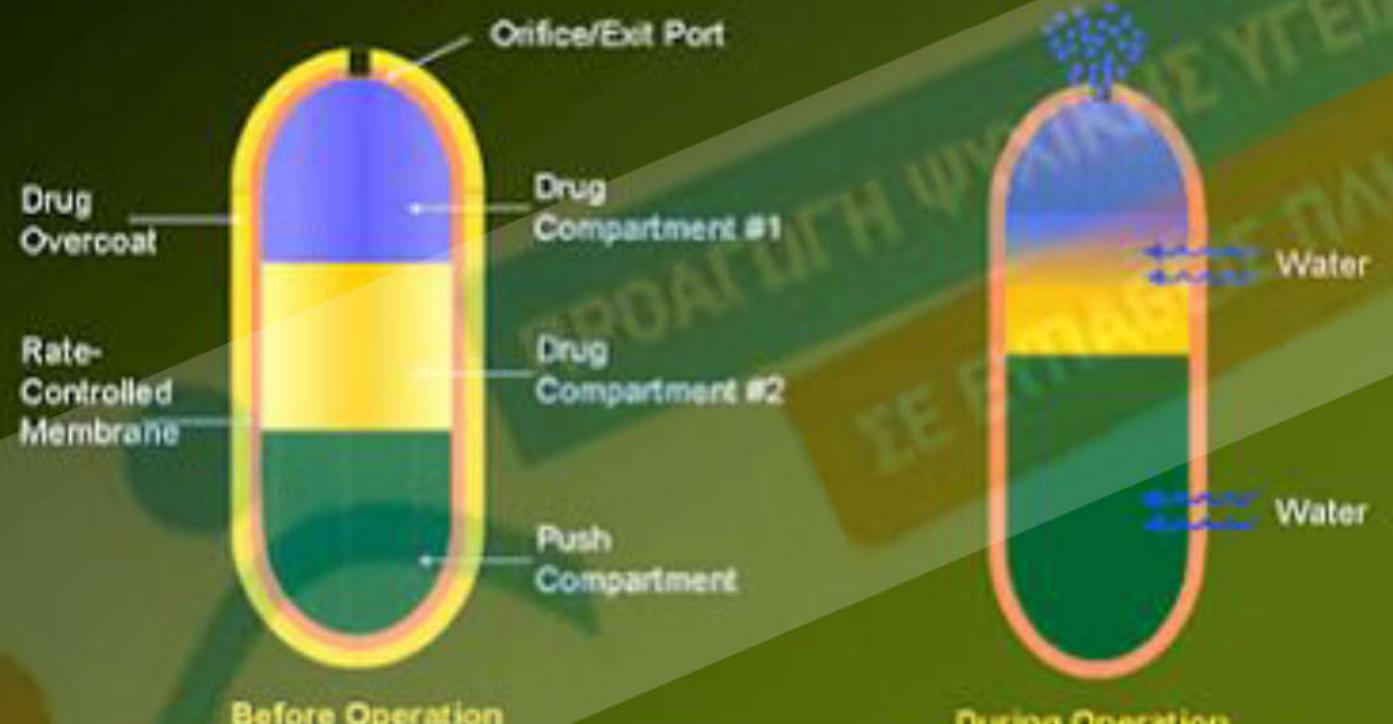
## Ritalin Use on the Rise in America



Source: Leonard Sax, M.D., "Ritalin: Better Living Through Chemistry?", *The World and I* (November 2000).



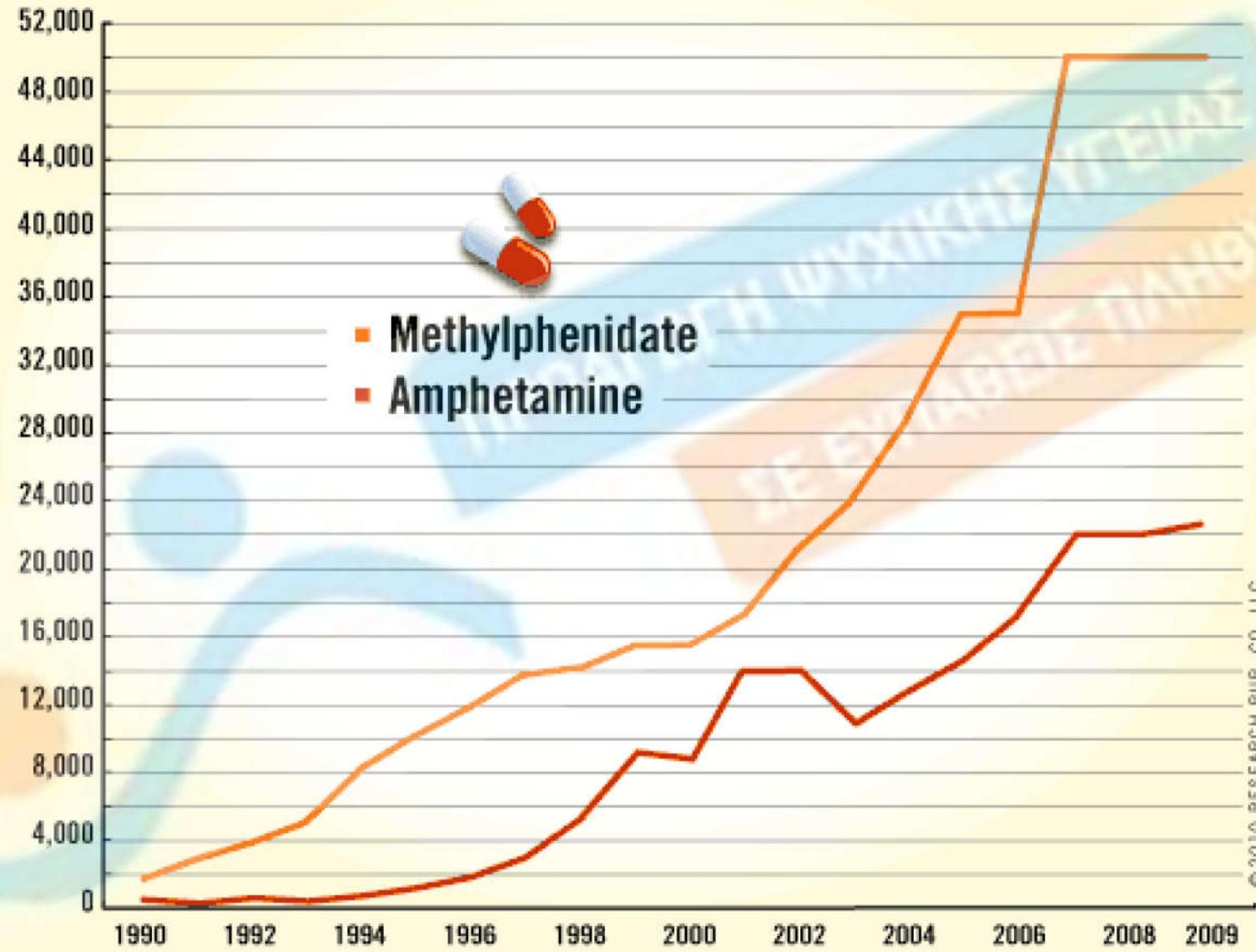
## Methylphenidate HCl (Concerta®) Extended-Release Tablets: Trilayer Capsule-Shaped Tablets



Concerta® (methylphenidate HCl) extended-release tablets [package insert]. Mountain View, Calif: Alza Corporation; 2006; Greenhill LL et al, for the Work Group on Quality Issues of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41:26S-49S;

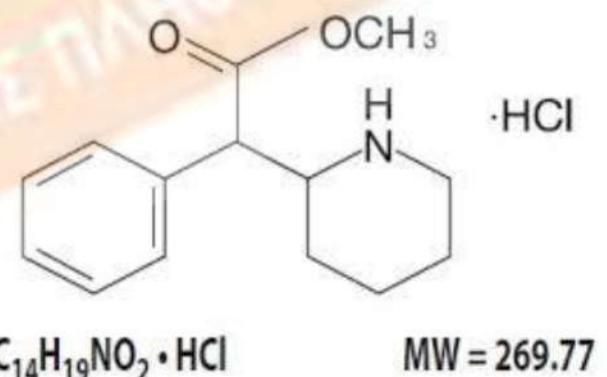
from [http://www.medscape.org/viewarticle/547415\\_10](http://www.medscape.org/viewarticle/547415_10)

## U.S. Annual Production Quota (Kilograms)

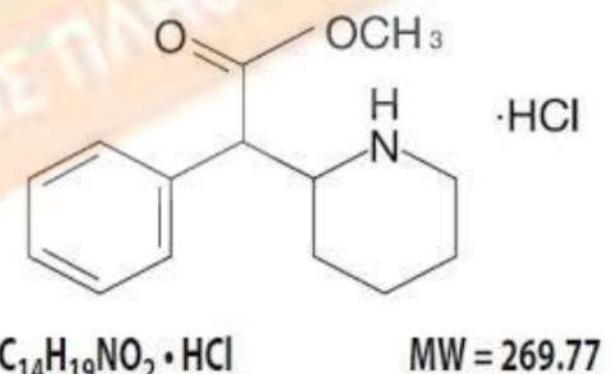


© 2010 RESEARCH PUB. CO., LLC

- Η Μεθυλφαινιδάτη (MPH) είναι φάρμακο της κατηγορίας των Διεγερτικών του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) το οποίο χρησιμοποιείται κυρίως για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ και της ναρκοληψίας
- Επίσης χρησιμοποιείται στις ανθεκτικές στη θεραπεία καταθλίψεις καθώς αυξάνει την ενεργητικότητα, βελτιώνει την προσοχή και ανακουφίζει το συναίσθημα.
- Η MPH είναι βοηθητική για τη λειτουργία της μνήμης σε άτομα που διαπιστώνεται ελάττωμα της μνημονικής λειτουργίας.



- Ανήκει στα φαρμακευτικά σκευάσματα που περιέχουν δραστικές ουσίες του πίνακα Γ' του άρθρου 1 του Ν. 3459/2006 (Κ.Ν.Ν.).
- Πρέπει να χορηγούνται με ειδική συνταγή ναρκωτικών.
- Η συνταγή αυτή φυλάσσεται για τρία χρόνια.



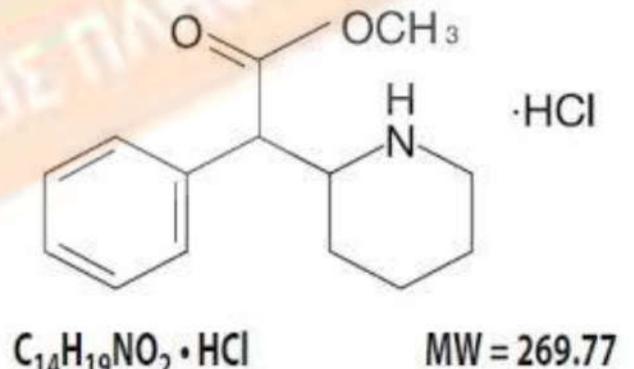
## Ανεπιθύμητες ενέργειες

- Οι ανεπιθύμητες ενέργειες σχετίζονται με θέματα
  - ✓ εθισμού,
  - ✓ πιθανής μικρής επίδρασης στο καρδιαγγειακό και
  - ✓ σπάνια με επιδείνωση ψυχιατρικής συμπτωματολογίας

# Ιατρική Χρήση

## Θέματα εθισμού:

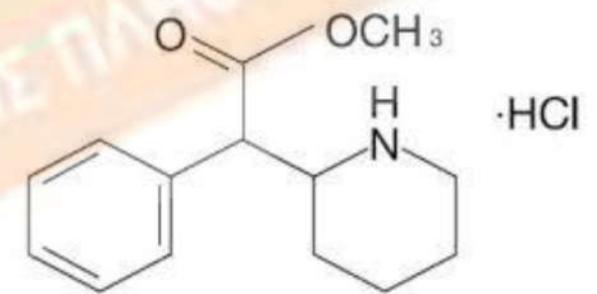
- Απότομη διακοπή της χρήσης μετά από μακροχρόνια χορήγηση σε μεγάλες δόσεις μπορεί να προκαλέσει φαινόμενα απόσυρσης με έντονη κόπωση και κατάθλιψη. Σοβαρή κατάθλιψη μπορεί να προκύψει μετά από απόσυρση αφού είχε προηγηθεί κατάχρηση.
- Η διακοπή μετά από παρατεταμένη θεραπευτική χορήγηση μπορεί να αποκαλύψει εκ νέου συμπτώματα της υποκείμενης νόσου.



# Ιατρική Χρήση

## Θέματα εθισμού:

- Ασθενείς με ιστορικό εξαρτήσεων πρέπει να λαμβάνουν με προσοχή την αγωγή. Χρειάζεται επιφυλακτικότητα σε ασθενείς με συννοσηρή διαταραχή της διαγωγής ή με χαοτική οικογένεια. Εάν η πιθανότητα κατάχρησης φαρμάκων από τον ασθενή ή την οικογένειά του είναι μεγάλη τότε είναι προτιμότερη η χορήγηση μη διεγερτικών φαρμάκων



C<sub>14</sub>H<sub>19</sub>NO<sub>2</sub> · HCl

MW = 269.77

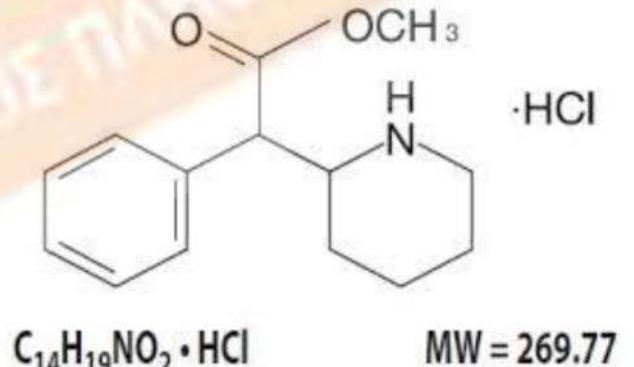
## Φαρμακοκινητική της κατάχρησης

- Οι υπερβολικά μεγάλες δόσεις ΜΡΗ και η διαφορετική οδός χορήγησης (από τη μύτη ή ενδοφλεβίως) προκαλούν υποκειμενικές αισθήσεις ανταμοιβής και ενίσχυσης παρόμοιες με τη δράση της κοκαΐνης το αίσθημα της ευφορίας (ψηλά)

# Ιατρική Χρήση

## Θέματα εθισμού:

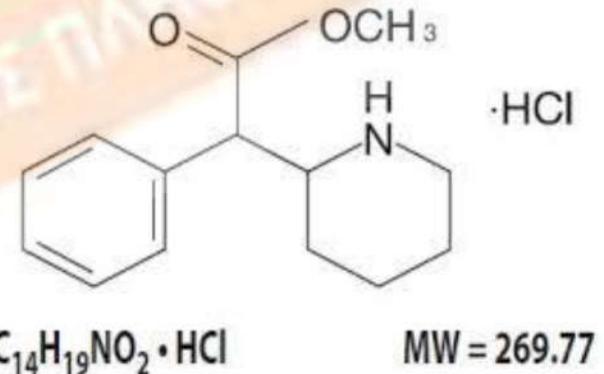
- Τα συμπτώματα κατάχρησης διεγερτών είναι ταχυκαρδία, ταχύπνοια, αυξημένη αρτηριακή πίεση και /ή εφίδρωση, μυδρίαση, υπερδραστηριότητα, ανησυχία, αϋπνία, κακός συντονισμός των κινήσεων, τρόμος, εξέρυθρο δέρμα, μειωμένη όρεξη έμετοι και ή κοιλιακοί πόνοι
- Παρατηρούνται επίσης άγχος, ψύχωση, εχθρότητα, επιθετικότητα και αυτό ή ετερο-καταστροφικός ιδεασμός



# Ιατρική Χρήση

## Ψύχωση

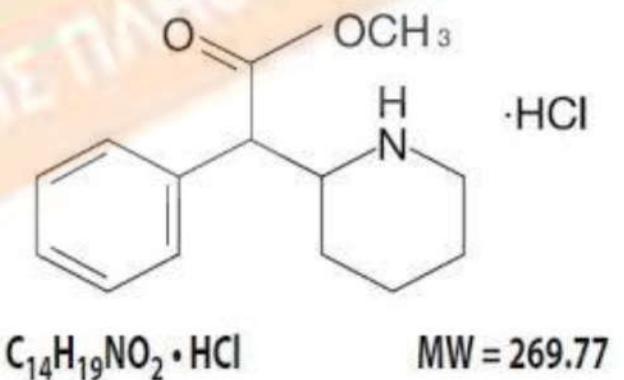
- Σε ασθενείς με προϋπάρχουσα ψυχωτική διαταραχή μπορεί να επαυξήσει φαινόμενα διαταραχών της συμπεριφοράς και της σκέψης
- Ψυχωτικά φαινόμενα (ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες) μπορεί να συμβούν με συνηθισμένες δόσεις σε παιδιά και εφήβους χωρίς ιστορικό ψυχωτικής διαταραχής. Εάν εμφανιστούν να θεωρηθεί αιτιολογικός παράγων και να διακοπεί η θεραπεία



# Ιατρική Χρήση

## Μανία

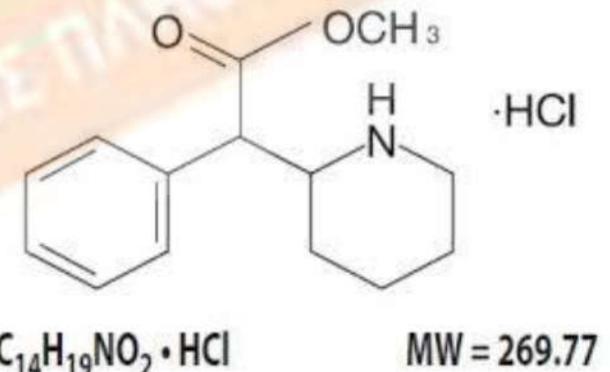
- Μπορεί να πυροδοτήσει μανιακά ή μικτά επεισόδια σε ασθενείς με ΔΕΠΥ και συννοσηρή διπολική διαταραχή. Πριν την έναρξη θεραπείας για ΔΕΠΥ είναι απαραίτητη η ενδελεχής αξιολόγηση των ασθενών και η λήψη λεπτομερούς ψυχιατρικού ιστορικού (οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας, διπολικής διαταραχής ή κατάθλιψης).
- Μανιακά συμπτώματα μπορεί να προκύψουν σε παιδιά με συνηθισμένες δόσεις χωρίς προηγούμενο ιστορικό μανίας. Εάν εμφανιστούν να θεωρηθεί αιτιολογικός παράγων και να διακοπεί η θεραπεία.



# Ιατρική Χρήση

## Επιθετικότητα και εχθρότητα

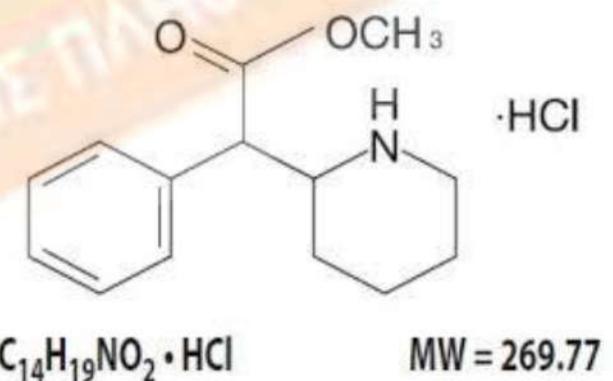
- Είναι φαινόμενα που συχνά παρουσιάζουν παιδιά και έφηβοι με ΔΕΠΥ. Αναφέρθηκε όμως και σε άτομα που λαμβάνουν θεραπεία για ΔΕΠΥ
- Παρά το γεγονός ότι δεν έχει τεκμηριωθεί αυτή η ανεπιθύμητη ενέργεια για τους διεγέρτες καλό είναι να παρακολουθούνται οι ασθενείς κατά την έναρξη της θεραπείας



# Υπερδοσολογία

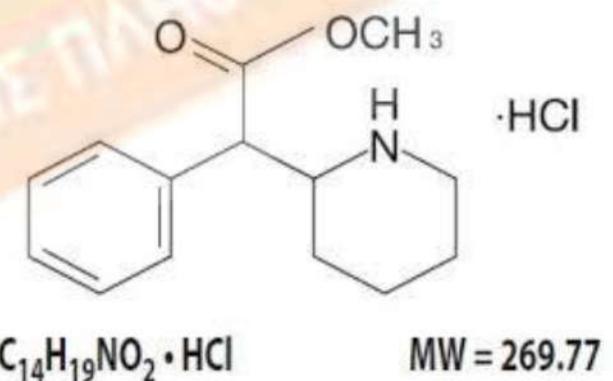
## Σημεία και Συμπτώματα:

- Οφείλονται κυρίως στην υπερδιέγερση του ΚΝΣ καθώς και στις έντονες συμπαθητικομιμητικές επιδράσεις:
- ✓ έμετος, νευρικότητα, τρόμος, αυξημένα αντανακλαστικά, μυϊκές συσπάσεις, σπασμοί (που μπορεί να οδηγήσουν σε κώμα), αίσθημα ευφορίας, σύγχυση, παραισθήσεις, παραλήρημα, εφίδρωση, ερυθρίαση, κεφαλαλγία, υπερπυρεξία, ταχυκαρδία, αίσθημα παλμών, καρδιακή αρρυθμία, υπέρταση, μυδρίαση, και ξηρότητα των βλεννογόνων.



# Μη Ιατρική Χρήση

- Η μη ιατρική χρήση της Μεθυλφαινιδάτης γίνεται κυρίως από άτομα χωρίς παθολογία με στόχο:
  - ✓ Βελτίωση της γνωσιακής επάρκειας
  - ✓ Ευφορία
  - ✓ Αύξηση αυτοεκτίμησης
  - ✓ Μείωση της κόπωσης
- Η συνταγογράφησή της σε άτομα που δεν πάσχουν καθώς και η μη επιμελής παρακολούθηση της πορείας της θεραπείας μπορεί να οδηγήσει σε φαινόμενα τοξικότητας και κατάχρησης.



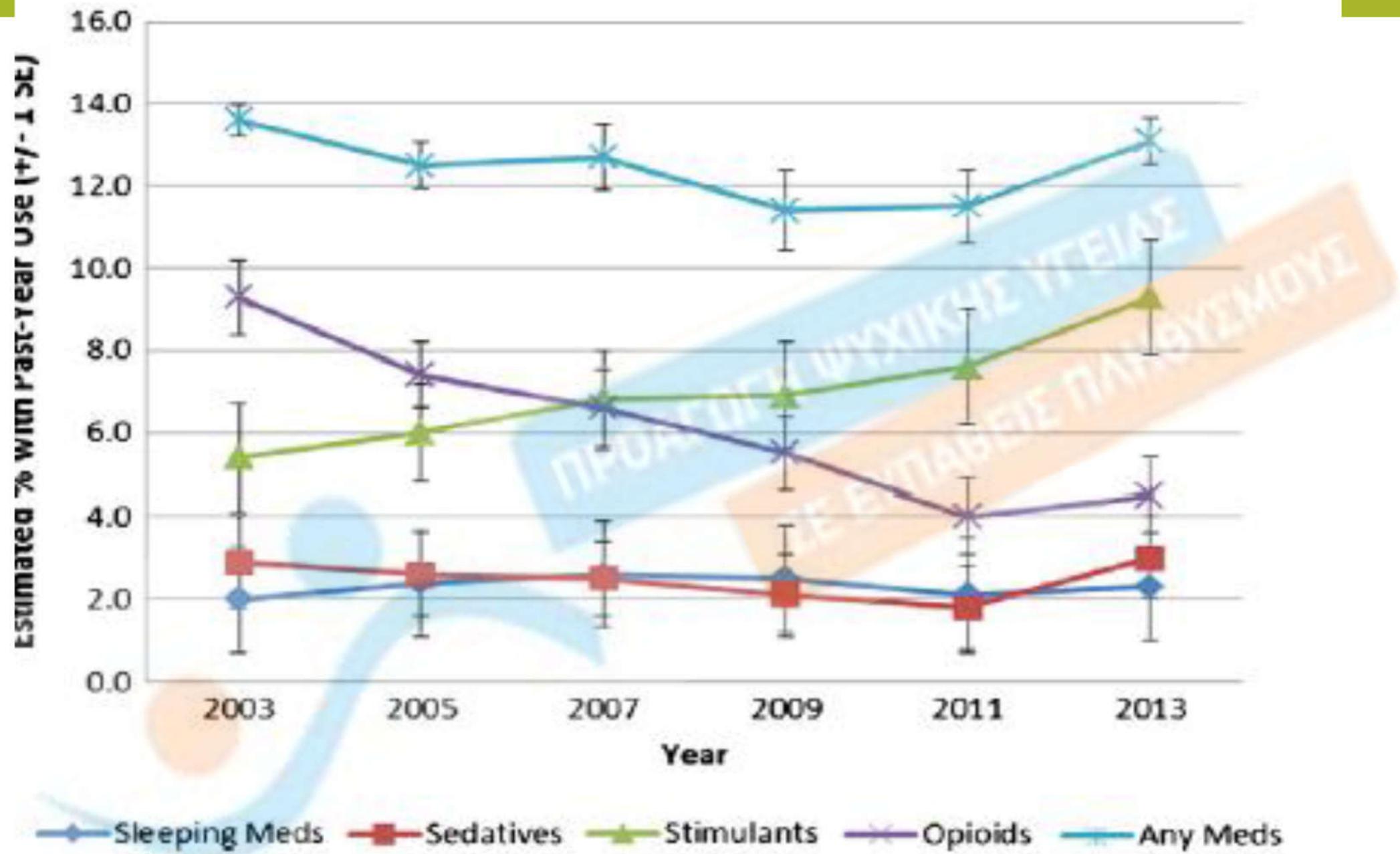
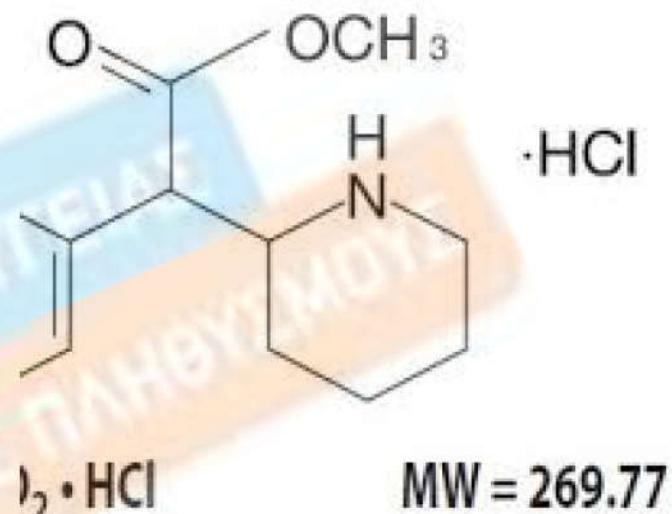
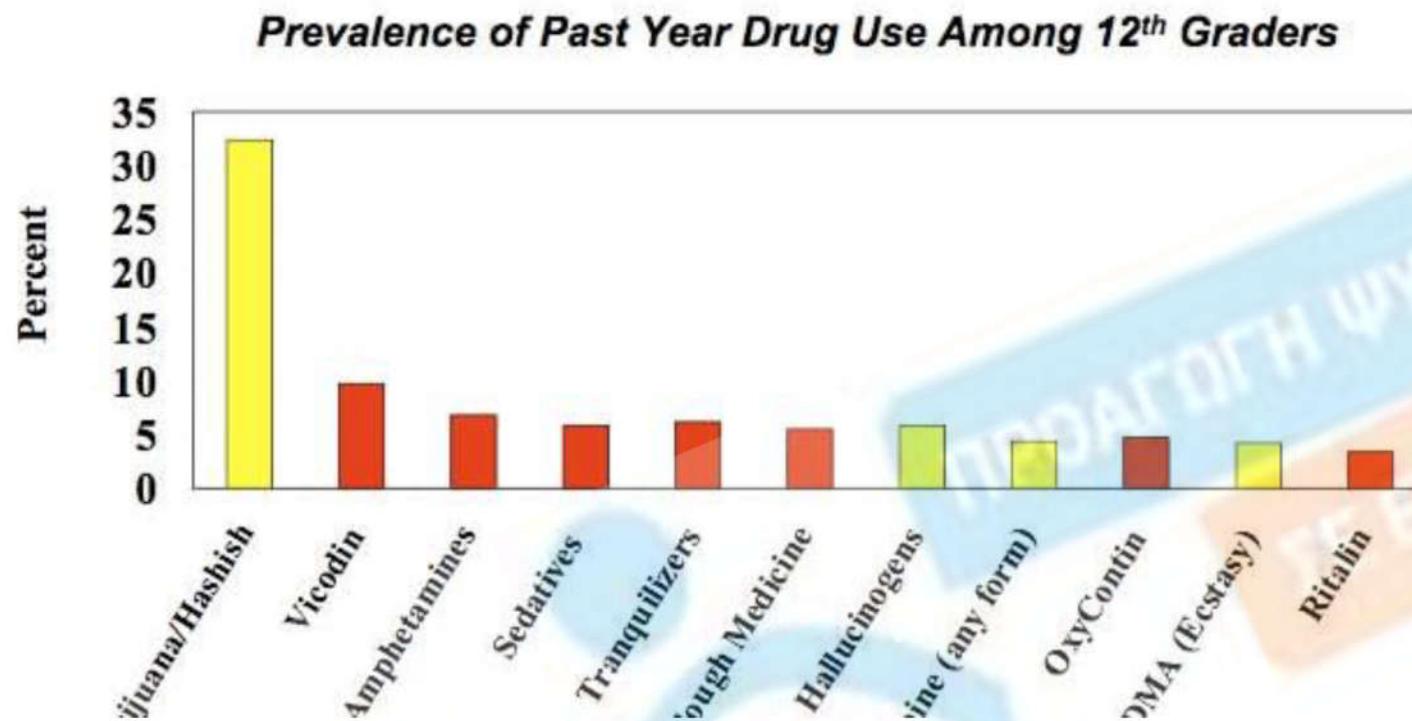


Fig. 1. Trends in past-year nonmedical use of prescription medications: 2003–2013.

## 7 Out of 11 of the Most Frequently Abused Drugs

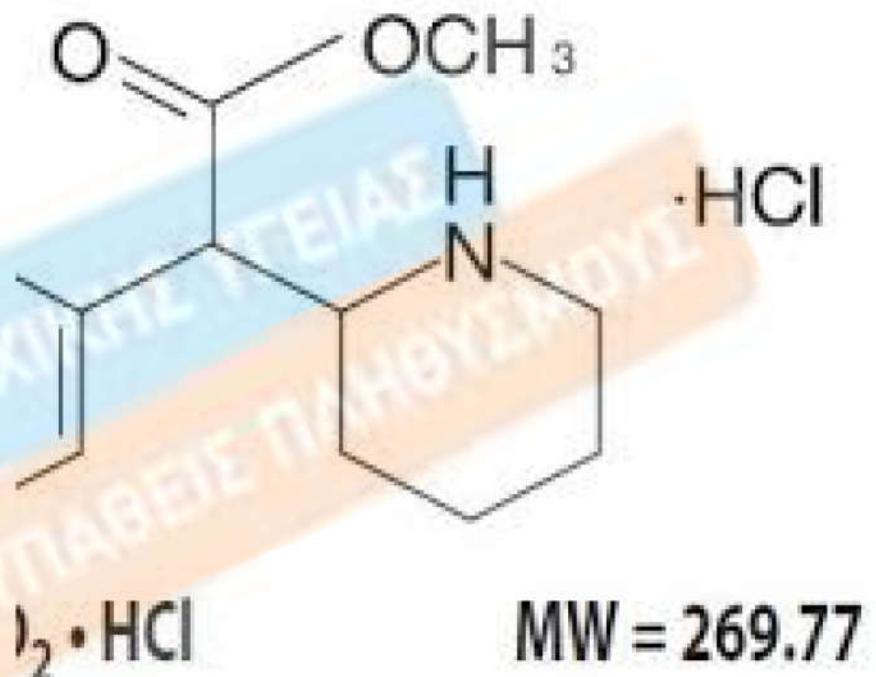
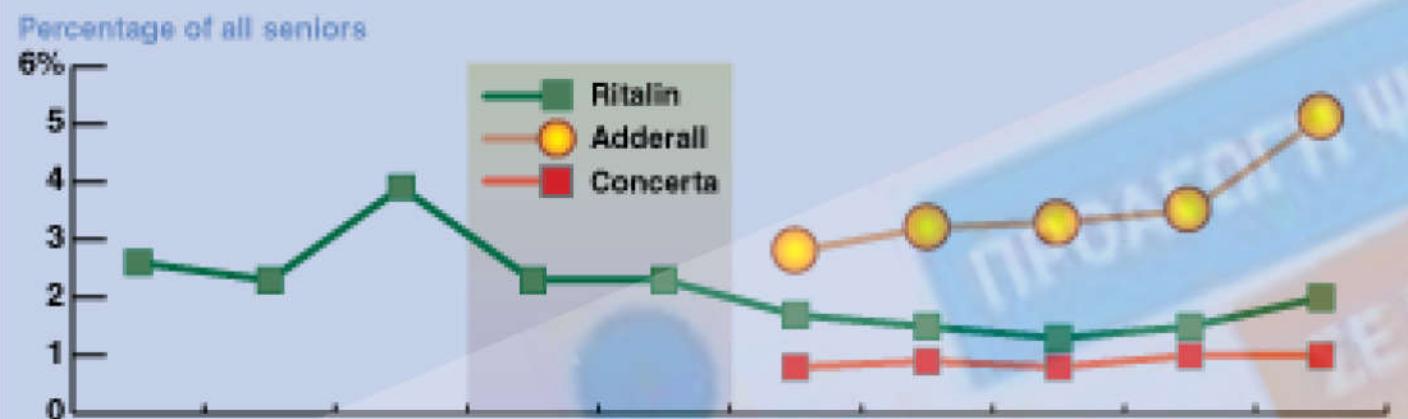


MW = 269.77

ΜΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΧΡΗΣΗ

in 2007. About 1 percent of seniors abused Concerta over the same period. Abuse of Ritalin declined since 2004 but is now trending up.

### Non-prescribed ADHD Medication Use Among High School Seniors in Previous 12 Months, 2002-2011



# ΜΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΧΡΗΣΗ

# Psychostimulant use among college students during periods of high and low stress: An interdisciplinary approach utilizing both self-report and unobtrusive chemical sample data

David R. Moore <sup>a,\*</sup>, Daniel A. Burgard <sup>b</sup>, Ramsey G. Larson <sup>a</sup>, Mikael Ferm <sup>a</sup>

D.R. Moore et al. / Addictive Behaviors 39 (2014) 987–993

**Table 1**  
Current Adderall & Ritalin use across all 3 assessment periods based on self-report & unobtrusive chemical sample data.

Dependent variable	Time of assessment		
	1 <sup>st</sup> week % (n)	Midterms % (n)	Finals % (n)
<b>Adderall use</b>			
Non-prescriptive use	0.8% (5)	3.2% (15)	2.8% (11) <sup>a</sup>
Prescribed as directed	1.8% (11)	1.5% (7)	1.3% (5)
Prescribed but not taken as directed	0.0% (0)	0.0% (0)	.3% (1)
Non-use	97.4% (609)	95.3% (448)	95.7% (376)
<b>Ritalin use</b>			
Non-prescriptive use	.3% (2)	3.4% (16)	.8% (3) <sup>a</sup>
Prescribed as directed	1.3% (8)	1.1% (5)	.8% (3)
Prescribed but not taken as directed	0.0% (0)	.2% (1)	.3% (1)
Non-use	98.4% (614)	98.1% (459)	98.2% (385)
Chemical sample data	ng AMP/mg creatinine	ng/mg (SD)	ng/mg (SD)
	74 (7)	240 (60)	111 (6)
	ng RIT/mg creatinine	170 (40)	310 (40)

Note. Assessment periods: 1<sup>st</sup> week of classes, at midterm, and immediately before final exams. Chemical samples were obtained from campus wastewater collected for 72 h during the same periods as survey data collection. AMP = amphetamine, the metabolite of Adderall/Dexedrine/Vyvanse. RIT = ritalinic acid, the metabolite of Ritalin/Focalin/Concerta. <sup>a</sup>One respondent reported non-prescriptive use of both Adderall and Ritalin at the 3<sup>rd</sup> assessment (Finals). For the other 2 assessment periods (1<sup>st</sup> week and midterms), the frequencies reflect unique individuals' non-prescriptive use of either Adderall or Ritalin.

# Use of illicit and prescription drugs for cognitive or mood enhancement among surgeons

Andreas G Franke<sup>1\*</sup>, Christiana Bagusat<sup>1</sup>, Pavel Dietz<sup>2</sup>, Isabell Hoffmann<sup>3</sup>, Perikles Simon<sup>2</sup>, Rolf Ulrich<sup>4</sup> and Klaus Lieb<sup>1</sup>

Franke et al. BMC Medicine 2013, 11:102  
<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/11/102>

**Table 5 AQ and RRT results for lifetime prevalence rates of prescription or illicit drug use for cognitive enhancement (CE) or mood enhancement (ME)**

Substance use for CE/ ME:	Study technique		Age of first use of enhancement (mean ± SD) (according to AQ)
	AQ (n= 957)	RRT (n= 1,102)	
Any prescription or illicit drug	8.9% (n = 85)	19.9%	24.0 ± 6.2
Methylphenidate (MPH)	2.5% (n = 24)		22.0 ± 2.8
Amphetamine pills	2.6% (n = 25)		22.6 ± 3.6
Illicit amphetamines	0.9% (n = 9)		23.0 ± 2.0
Modafinil	2.2% (n = 21)		35.8 ± 7.2
Ecstasy	0.6% (n = 6)		20.2 ± 3.0
Cocaine	1.6% (n = 15)		22.7 ± 3.0
Ephedrin	1.2% (n = 11)		193 ± 6.0
Antidementive drugs	0.3% (n = 3)		25.0 ± 2.8
Atomoxetin	0.6% (n = 6)		26.0 ± 0.0
Any antidepressant	2.4 (n = 23)	15.1%	38.7 ± 10.7

Lifetime prevalence rates of prescription or illicit drug use for CE and antidepressants for ME among 1,143 surgeons by anonymous questionnaire (AQ) compared to the Randomized Response Technique (RRT). Means are given with standard deviation (SD).

# Μη Ιατρική Χρήση

- ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ

- ✓ Κατάχρηση συνταγογράφησης (Prescription misuse)

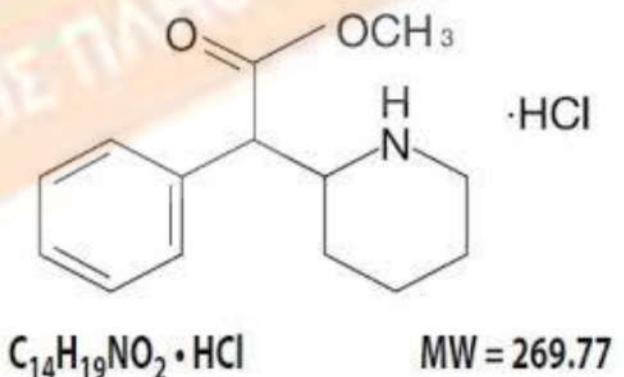
Θέματα με την υγεία των ατόμων αφού κινδυνεύουν από εθισμό

- ✓ Βελτιωτικό της γνωσιακής επάρκειας (Cognitive enhancement)

Θέματα ταυτότητας και προσωπικότητας, αυτονομίας και την έννοια της ιατρικής (όχι μόνο θεραπεία αλλά και βελτίωση)

- ✓ Επιλογή τρόπου ζωής (Life-style choice)

Θέματα ελευθερίας των πολιτών να πάρουν για μη ιατρική χρήση ουσία (να αγοράζεται με όρους διαφάνειας και όχι σε συνθήκες λαθρεμπορίου)



## Εποπτική Καθοδήγηση (Coaching)

- Παρέμβαση που στοχεύει στον εντοπισμό, τη στοχοθέτηση και αντιμετώπιση των καθημερινών προκλήσεων στη ζωή ενός ατόμου
- Χτίζεται μία ισότιμη σχέση μεταξύ του coach και του ατόμου, όπου το άτομο παρουσιάζει τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει και δουλεύει παράλληλα με τον coach για την επίλυσή τους
- Αναφορικά με την Ελλάδα, δεν υπάρχουν μέχρι στιγμής δεδομένα για την Εποπτική Καθοδήγηση

# ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΔΟΜΗΜΕΝΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

- Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες αναπτύχθηκαν με στόχο τη λειτουργική επιβάρυνση από τη ΔΕΠΥ.
- Ευρέως διαδεδομένες δεν έχουν ακόμη συστηματοποιηθεί ώστε να τεκμηριωθεί η αποτελεσματικότητά τους.

# Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία

- Μειώνει τα πυρηνικά συμπτώματα και συνοδά φαινόμενα συναισθηματικής απορρύθμισης, άγχους, κατάθλιψης και λειτουργικών επιπτώσεων στην καθημερινή ζωή
- Χορηγείται σε πολυεπίπεδη αντιμετώπιση και συμπληρωματικά με τη φαρμακευτική αγωγή (113-130)

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗΝ  
ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΑΣ**

