

Ιόνιο Πανεπιστήμιο

ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

Τμήμα Ξένων Γλωσσών, Μετάφρασης και Διερμηνείας



Στοιχεία Φοιτήτριας :

Ανδραλή Γεωργία

Αριθμός Μητρώου : Ξ2018111

Ιδρυματικό E-mail : x18andr2@ionio.gr

Εκπόνηση Πτυχιακής Εργασίας με γλώσσες εργασίας Γερμανικά- Ελληνικά και τίτλο:

Korrelation zwischen funktionellen Beeinträchtigungen und psychopathologischen Dimensionen bei adulten ADHS-Patienten

Επιτροπή Εποπτείας:

Επόπτης: Παριανού Αναστασία

Δεύτερος Επιβλέπων: Κεραμίδας Σωτήριος

Korrelation zwischen funktionellen Beeinträchtigungen und
psychopathologischen Dimensionen bei adulten ADHS-Patienten

Πίνακας Περιεχομένων

Μετάφρασμα.....	6
2.6 Συννοσηρότητα	6
2.6.1 Συννοσηρότητα στην παιδική ηλικία	7
2.6.2 Συννοσηρότητα στους ενήλικες	9
2.7 Διαγνωστικά Κριτήρια	11
2.8 Θεραπεία	15
2.8.1 Ψυχοκοινωνικές (συμπεριλαμβανομένων των ψυχοθεραπευτικών) παρεμβάσεις	15
2.8.1.1 Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στα παιδιά	15
ΠΡΩΤΟΤΥΠΟ ΚΕΙΜΕΝΟ.....	16
2.6 Komorbidität	16
2.6.1 Komorbiditäten im Kindesalter	16
2.6.2 Komorbiditäten im Erwachsenenalter	19
2.7 Diagnosekriterien	21
2.8 Therapie	24
2.8.1 Psychosoziale (einschließlich psychotherapeutischer) Interventionen	24
2.8.1.1 Psychosoziale Interventionen bei Kindern	24
ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ	25
Γλωσσάρι	33
Βιβλιογραφία.....	35

Περίληψη

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) αποτελεί μια νευροβιολογική διαταραχή, η οποία εκδηλώνεται τόσο στα παιδιά, όσο και τους ενήλικες. Στο προς μετάφραση απόσπασμα από τη διατριβή της Anna Theresa Lorenz, του τμήματος Ψυχιατρικής και Ψυχοθεραπείας του Πανεπιστημίου Γιοχάνες Γκούτενμπεργκ του Μάινζ, αναλύεται η εμφάνιση της ΔΕΠΥ στην παιδική και την ενήλικη ζωή, το πλήθος των συννοσηροτήτων και η θεραπεία. Η ΔΕΠΥ συνήθως εμφανίζεται με μια ακόμη διαταραχή όπως της συμπεριφοράς, της ανάγνωσης ή άλλες νευροβιολογικές διαταραχές με αποτέλεσμα ο ασθενής να εμφανίζει συνδυαστικά τα συμπτώματα και των δύο διαταραχών. Τα ταξινομικά συστήματα, κυρίως το DSM-5 και το ICD-10 βοηθούν στη διάκριση των κυρίαρχων συμπτωμάτων και ως εκ τούτου η ΔΕΠΥ χωρίζεται σε κατηγορίες και υπότυπους. Όσον αφορά τη θεραπεία της διαταραχής, επιτυγχάνεται με ένα συνδυασμό ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής, παράλληλα με την στήριξη της οικογένειας, των εκπαιδευτικών και των ειδικών

Λέξεις κλειδιά: ΔΕΠΥ, συννοσηρότητα, ταξινομικά συστήματα, DSM-5, ICD-10, διαταραχές

Μετάφρασμα

2.6 Συννοσηρότητα

Η διάγνωση της ΔΕΠΥ θεωρητικά, γίνεται σε πολλές περιπτώσεις μόνο εάν ο ασθενής έχει εμφανίσει κάποια άλλη ψυχική διαταραχή. Αν υπάρχει μια περαιτέρω ψυχική ασθένεια, τότε είναι πιθανή τόσο η ενίσχυση των βασικών της συμπτωμάτων, όσο και η αποδυνάμωσή αυτών της ΔΕΠΥ. Η συννοσηρότητα των ψυχικών διαταραχών μπορεί μέσω των αυξανόμενων βασικών συμπτωμάτων, της Διαταραχής της ανάγνωσης και του μειωμένου κοινωνικοοικονομικού στάτους, να έχει αρνητικό αντίκτυπο στην

πρόγνωση της ΔΕΠΥ. Σε αυτές τις περιπτώσεις, μπορεί να εξεταστεί η συνεχής πορεία της ασθένειας. (Banaschewski κ.α. 2017, Biederman κ.α. 2011).

Στη συνέχεια θα εξεταστούν οι διάφορες συννοσηρότητες και οι επιδράσεις τους στους ασθενείς με ΔΕΠΥ, με διαφορετικό τρόπο στα παιδιά και τους ενήλικες.

2.6.1 Συννοσηρότητα στην παιδική ηλικία

Οι δύο σημαντικότερες συννοσηρότητες, που εμφανίζονται στο 30-50% των παιδιών με ΔΕΠΥ, είναι η Διαταραχή Διαγωγής-CD (συντομογραφία του Conduct Disorder) και η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή-ODD (Oppositional Defiant Disorder). (Wilens κ.α 2002, Biederman κ.α 1991, Kadesjo & Gillberg 2001). Μια μελέτη διδύμων κατέδειξε κοινή γενετική βάση για την CD, την ODD και τη ΔΕΠΥ (Nadder κ.α 2002). Ωστόσο, οι ειδικοί γονιδιακοί πολυμορφισμοί και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς. Όσον αφορά την Διαταραχή Διαγωγής, υπάρχουν διαφορετικές εκτιμήσεις για την εξέλιξή της. Είναι λοιπόν αμφιλεγόμενο εάν με το πέρασ της ηλικίας μεταβάλλεται σε Εναντιωματική Προκλητική Συμπεριφορά ή αν αποδίδεται στην εγγενή ψυχοπαθολογία της ΔΕΠΥ.

Η συνύπαρξη της ΔΕΠΥ με την Διαταραχή Διαγωγής είναι αρκετά συνηθισμένη και σύμφωνα με μια επεξηγηματική προσέγγιση, η ΔΕΠΥ αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την CD. Οι αναπτυξιακές διαταραχές που σχετίζονται με τη ΔΕΠΥ, τα προβλήματα συμπεριφοράς και οι χαμηλές κοινωνικές δεξιότητες, οδηγούν σε περιορισμούς συμμετοχής σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, όπως για παράδειγμα ο αποκλεισμός από ομάδες συνομηλίκων (peer groups). Συνεπώς, αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης της ενδεχόμενης Διαταραχής Διαγωγής (Murray- Close κ.α 2010). Περαιτέρω μελέτες, έχουν αποδείξει πως τα βασικά συμπτώματα της συννοσηρότητας ΔΕΠΥ και Διαταραχή Διαγωγής, ιδίως η ισχυρή παρορμητικότητα, παρατηρούνται και κατά την μεμονωμένη ύπαρξη ενός εκ των δύο διαταραχών (Waschbusch 2002, Newcorn κ.α 2001, Barkley 2006c).

Σύμφωνα με την ταξινόμηση των Ψυχικών Διαταραχών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ICD-10, οι Διαταραχές Διαγωγής ταξινομούνται βάσει συμπτωμάτων και διαπροσωπικών δεξιοτήτων. Σε περίπτωση που συμπεριλαμβάνεται παράλληλα η υπερκινητικότητα, γίνεται λόγος για ξεχωριστή διάγνωση και εντοπίζεται στην ταξινόμηση “Υπερκινητική διαταραχή της συμπεριφοράς” (F90.1) (Dilling κ.α 2011). Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών DSM-5, η ταξινόμηση, σε αντίθεση με την ICD-10, πραγματοποιείται κατά την έναρξη της διαταραχής. Σε αυτή την ταξινόμηση γίνεται διάκριση της Διαταραχής Διαγωγής που εμφανίζεται στην παιδική ηλικία (312.81), την εφηβεία (312.82) και μιας διαταραχής με απροσδιόριστη έναρξη (312.89). Μια επιπλέον διαταραχή εναντιωματικής συμπεριφοράς κωδικοποιείται ξεχωριστά, σε αντίθεση με την ταξινόμηση ICD-10 (313-81). Η παράλληλη εμφάνιση της Διαταραχής Διαγωγής και της ΔΕΠΥ, μπορεί να διαγνωστεί μέχρι το 18ο έτος της ηλικίας. Συνεπώς μιλάμε για συνδυασμό της ΔΕΠΥ με Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας (Rösler 2007, Rösler και Philipsen 2018).

Επιπλέον, οι Διαταραχές της Διάθεσης είναι αρκετά συχνές στα παιδιά με ΔΕΠΥ. Συνήθως εμφανίζονται παράλληλα με μια υπάρχουσα Αγχώδη Διαταραχή. Στο 25-30% περίπου των ασθενών με ΔΕΠΥ, παρατηρείται ο επιπολασμός της συννοσηρότητας Μονοπολικής Κατάθλιψης και Αγχώδους Διαταραχής, κυρίως των γενικευμένων μορφών (Biederman κ.α 1991, Biederman κ.α 1992, Safren et al. 2001). Ως αιτία ύπαρξης της Αγχώδους Διαταραχής σε συνδυασμό με τη ΔΕΠΥ, θεωρούνται στις μέρες μας οι παράγοντες κινδύνου (ψυχοκοινωνικοί) και όχι μια κοινή γενετική βάση (Schatz und Rostain 2006, Schwenck κ.α. 2007). Οι φόβοι που δημιουργούνται στους ασθενείς με ΔΕΠΥ, λόγω κοινωνικής απόρριψης και χαμηλής αυτοεκτίμησης, με το πέρασμα του χρόνου εδραιώνονται και καθιστούν εμφανή την διαταραχή. Απεναντίας, σε μια έρευνα (Levy, 2004) υποστηρίζεται πως η βάση των αιτιών δεν αποδεικνύει ότι οι ασθενείς με ΔΕΠΥ είναι κατά κανόνα παρορμητικοί, απτόητοι και ευάλωτοι στην εμφάνιση Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής. Σε μια ακόμη επεξηγηματική προσέγγιση, (Levy) η κοινή εμφάνιση των Διαταραχών, αποτελεί τη βάση Διαταραχής στο Σύστημα της ντοπαμίνης. Όσον αφορά την αλληλεπίδραση των δύο διαταραχών, υπάρχουν διαφορετικά αποτελέσματα μελέτης. Σε μια μετά- ανάλυση του 2018, σε αντίθεση με παλαιότερες έρευνες, δεν εντοπίστηκε στους ασθενείς με ΔΕΠΥ καμία αρνητική επίδραση των συννοσηροτήτων Αγχώδους Διαταραχής σε επίπεδο προσοχής και εργασιακής μνήμης (Maric κ.α 2018, Newcorn κ.α 2001, Epstein κ.α 1997).

Εντός οικογενείας του ασθενούς, η συσσώρευση της μονοπολικής κατάθλιψης, πρέπει να εξεταστεί, έτσι ώστε να διαπιστωθεί εάν οι οικογενειακοί παράγοντες αποτελούν αιτία. Η ύπαρξη της ΔΕΠΥ θέτει εκ των προτέρων υψηλό κίνδυνο για την εμφάνιση κατάθλιψης ή και αντίστοιχα. Από αυτό, δεν επηρεάζονται μόνο τα παιδιά με ΔΕΠΥ, αλλά και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας (Faraone κ.α 2000). Ορισμένοι ειδικοί αντιθέτως, υποστηρίζουν την άποψη ότι η μονοπολική κατάθλιψη δε συνδέεται άμεσα με τη ΔΕΠΥ, αλλά αποτελεί επιφανόμενο συννοσηροτήτων Αγχώδους Διαταραχής και Διαταραχής της Διαγωγής (Angold κ.α 1999, Mrug κ.α 2012, Fischer κ.α 2002).

Ο επιπολασμός διπολικής συννοσηρότητας κυμαίνεται περίπου στο 10% (Wilens κ.α 2002, Jensen και Steinhausen 2015, Milberger κ.α 1995). Επιπλέον, εμφανίζεται με μια παράλληλη διαταραχή ΔΕΠΥ κατά μέσο όρο 8 χρόνια νωρίτερα απ' ό,τι χωρίς συννοσηρότητα (Sachs κ.α 2000). Η διπολική κατάθλιψη, διακρίνεται πολύ δύσκολα από την ήδη υπάρχουσα ΔΕΠΥ. Συγκεκριμένα, η μανία, είναι σχεδόν πανομοιότυπη και στις δύο περιπτώσεις. Τυπικά συμπτώματα και στις δύο διαταραχές αποτελούν η υπερκινητικότητα, η απροσεξία, η υπερβολική ομιλία και η μειωμένη ανάγκη ύπνου. Η διάκριση των δύο διαταραχών προκύπτει μέσω διαφορικής διάγνωσης. Στην περίπτωση λοιπόν της ΔΕΠΥ και της διπολικής κατάθλιψης, η διαφορά εντοπίζεται στη συχνότητα και τη σοβαρότητα με την οποία αυτές εμφανίζονται, ενώ στην περίπτωση της διπολικής διαταραχής τα αντίστοιχα συμπτώματα είναι πιο έντονα και πιο ισχυρά απ' ό,τι στη ΔΕΠΥ (Barkley 2006c, κ.α. G1998).

Η νευρολογική διαταραχή Τικ, εμφανίζεται στο 34% των ασθενών με ΔΕΠΥ, τόσο στα παιδιά, όσο και τους ενήλικες (Spencer κ.α.1999, Spencer κ.α. 2001). Οι διαταραχές τικ, εμφανίζονται κοντά στην ηλικία των 10-12, δηλαδή 6 χρόνια αργότερα από την εμφάνιση της ΔΕΠΥ (Leckman 2002, Spencer κ.α. 2001). Όσον αφορά τη διαφορική διάγνωση, πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι τα παιδιά που πάσχουν από διαταραχές τικ, καταπιέζονται στο σχολείο, στην προσπάθειά τους να τις αποκρύψουν. Τα επακόλουθα

είναι η έλλειψη προσοχής και η κινητική ανησυχία. Τα συμπτώματα αυτά, συγχέονται εύκολα με εκείνα της ΔΕΠΥ. Συνήθως τα τικ υποχωρούν στην ενήλικη ζωή, ενώ τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ εξακολουθούν να υφίστανται (Peterson κ.α. 2001, Spencer κ.α. 2001). Νευροβιολογικά, υποστηρίζεται η άποψη ότι και στις δύο διαταραχές υπάρχει δυσλειτουργία στο μεσολομυϊκό και μεσοφλοιώδη μεταβολισμό της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης (Comings και Comings 1987).

(Freitag 2007) Συμπερασματικά, στο κεφάλαιο για τη ΔΕΠΥ και τις διαταραχές αυτισμού, οι διαταραχές αυτές παρόλο που διαφέρουν αιτιολογικά μεταξύ τους, ομοιάζουν ως προς την κοινωνική αλληλεπίδραση. Πιο συγκεκριμένα, πριν από τις διαγνωστικές διαδικασίες των τύπων απροσεξίας της ΔΕΠΥ, πρέπει να αποκλείονται από τη διαφοροδιάγνωση οι αυτιστικές διαταραχές. Η ειδικός υποστηρίζει την άποψη ότι οι υπότυποι της ΔΕΠΥ δεν πρέπει να διαγνωσθούν μαζί με τη Διαταραχή του Αυτισμού, καθώς σχεδόν όλα τα παιδιά με αυτιστικές διαταραχές, παρουσιάζουν επίσης ελλειμματική προσοχή. Εν αντιθέσει, σύμφωνα με μια σουηδική μελέτη διδύμων, αποδεικνύεται πως τα τρία τέταρτα της γενετικής διακύμανσης της ΔΕΠΥ και των αυτιστικών διαταραχών είναι κοινά (Lichtenstein κ.α 2010).

Οι δυσκολίες στην ανάγνωση, τη γραφή και την αριθμητική, εντοπίζονται στο 20-30% των παιδιών και των εφήβων με ΔΕΠΥ (Barkley 2006b, Murphy κ.α. 2002). Και οι δύο διαταραχές είναι κληρονομικές. Ωστόσο θεωρείται πως οι βιολογικές αιτιολογίες είναι διαφορετικές (Monuteaux κ.α. 2005, Raberger και Wimmer 2003). Παράλληλα υπάρχουν θεωρίες που υποστηρίζουν πως η ελλειμματική απόδοση ενδέχεται να προκύπτει δευτερευόντως, λόγω της απροσεξίας των παιδιών με ΔΕΠΥ και χωρίς διάγνωση καταλήγει σε έκδηλες μαθησιακές διαταραχές (Schwenck κ.α 2007).

Οι αναπτυξιακές διαταραχές μπορούν επίσης να συνυπάρχουν με τη ΔΕΠΥ. Σημαντικά μεγάλη είναι η διαφορά μεταξύ παιδιών με και χωρίς ΔΕΠΥ, όσον αφορά την ενούρηση (32% στα παιδιά με ΔΕΠΥ έναντι 14%) (Biederman κ.α. 1995a). Ο κίνδυνος νυχτερινής ή ημερήσιας ενούρησης, στα παιδιά 6 ετών με ΔΕΠΥ, είναι 2-4 φορές μεγαλύτερος. Σε αυτή την περίπτωση, η θεραπεία στα παιδιά με ΔΕΠΥ είναι, λόγω κακής συμμόρφωσης, αισθητά πιο ανεπιτυχής απ' ό,τι στα παιδιά χωρίς (68% έναντι 91%) (Robson κ.α. 1997, Crimmins κ.α. 2003). Επιπλέον τα παιδιά με ΔΕΠΥ είναι πιο ευάλωτα σε κινητικές διαταραχές, όπως στην ομιλία και μάλιστα παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά στις σωματικές διαταραχές, όπως για παράδειγμα βρογχικό άσθμα, διαταραχές ύπνου, τροφικές αλλεργίες και αυτοάνοσα νοσήματα του θυροειδούς αδένος (Niederhofer 2011, Karlstad κ.α. 2012, Fisher κ.α. 2014, Secnik κ.α. 2005).

2.6.2 Συννοσηρότητα στους ενήλικες

Ένας επικείμενος κίνδυνος εμφάνισης διαταραχών συμπεριφοράς δεν εντοπίζεται μόνο στα παιδιά που πάσχουν από ΔΕΠΥ. Ενήλικες, οι οποίοι κατά την παιδική τους ηλικία έπασχαν τουλάχιστον από Διαταραχή Διαγωγής (CD) έχουν πιθανότητα έως και 50% να εμφανίσουν Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας -ΑΔΠ (Satterfield και Schell 1997). Ορισμένοι ειδικοί, υποστηρίζουν πως η εμφάνιση της ΑΔΠ, οφείλεται

κυρίως στην Διαταραχή Διαγωγής και λιγότερο στη ΔΕΠΥ (Lahey κ.α 2005). Αντίθετα με αυτή τη γνώμη, υποστηρίζεται πως τα παιδιά με ΔΕΠΥ, που δεν έχουν προηγουμένως εμφανίσει κάποια Διαταραχή Διαγωγής, ως ενήλικες, σε ποσοστό 12% εμφανίζουν ΑΔΠ (Mannuzza κ.α 1998). Σε σύγκριση με την παιδική ηλικία, με πιο συχνή συννοσηρότητα της Διαταραχής Διαγωγής, στην ενήλικη ζωή σημειώνεται μείωση της συνυπάρχουσας αντικοινωνικής διαταραχής στο 20% των ασθενών με ΔΕΠΥ (Klein κ.α 2012). Αντιθέτως, η πρώιμη έναρξη της Διαταραχής Διαγωγής αυξάνει ιδιαίτερα τον κίνδυνο των σοβαρότερων βασικών συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ και την συνέχειά της στην ενήλικη ζωή. Επιπλέον, η πιθανότητες παραβατικής συμπεριφοράς και διαταραχών προσωπικότητας είναι αυξημένες με την ύπαρξη της Διαταραχής Διαγωγής (Just κ.α 2017, Mannuzza κ.α 2008).

Σύμφωνα με διάφορες μελέτες, η κατάχρηση ουσιών στους ασθενείς με ΔΕΠΥ απαντά σε ποσοστό 50% (Sullivan και Rudnik- Levin 2001, Molina και Pelham 2003). Καταχρήσεις, όπως του αλκοόλ κυμαίνονται στο 10-40%, της νικοτίνης στο 30%, των ναρκωτικών ουσιών στο 30%, με τη μαριχουάνα να αποτελεί το πιο κοινό ναρκωτικό και στις ομάδες ελέγχου (Klein κ.α. 2012, Biederman κ.α. 1995b, Molina και Pelham 2003). Αντίθετα, σε μια πολυεθνική μελέτη μεταξύ 5 έως 31% των χρηστών ουσιών, έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠΥ κατά την ταξινόμηση του DSM-IV και 5. Η ΔΕΠΥ διαγιγνώσκεται πιο συχνά στους χρήστες παράνομων ναρκωτικών απ' ό,τι στους εξαρτημένους από αλκοόλ (Van de Glind κ.α. 2013). Η παθοφυσιολογική σύνδεση της ΔΕΠΥ και του εθισμού δεν έχει αποσαφηνιστεί πλήρως. Από τη μια πλευρά, αναφέρεται πως η ΔΕΠΥ αποτελεί παράγοντα κινδύνου και καθιστά τον εθισμό εύκολο, υπό την επιρροή πχ. Συνομιλήκων ή των εξαρτημένων από ουσίες γονέων (Marshall κ.α 2003). Από την άλλη πλευρά, ο εθισμός λαμβάνεται ως μια μορφή αυτοθεραπείας που κατευνάζει τα υπάρχοντα συμπτώματα της ΔΕΠΥ και μειώνει τις εσωτερικές εντάσεις (Fröhlich και Lehmkuhl 2006, Waelens κ.α. 1995). Αξιοσημείωτη είναι η κοινή εμφάνιση της ΔΕΠΥ, των διαταραχών εθισμού και διαταραχών συμπεριφοράς. Μακροχρόνιες, οικογενειακές μελέτες έχουν αποδείξει πως η Διαταραχή Διαγωγής και η Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες για την κατάχρηση ουσιών (Molina και Pelham 2003, Biederman κ.α. 1995b). Επιπλέον, διάφορες μορφές εθισμού, όπως εθισμός στα τυχερά παιχνίδια, εντοπίζονται πολύ συχνά στους ασθενείς με ΔΕΠΥ. Σε αυτή την περίπτωση, ως παράγοντας κινδύνου λαμβάνεται η επιμονή των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ στην ενήλικη ζωή (Wilens κ.α. 1995, Breyer κ.α. 2009).

Η ΔΕΠΥ στην ενήλικη ζωή σχετίζεται επίσης με ένα μειωμένο, αλλά όλο και αυξανόμενο ποσοστό Διαταραχών της Διάθεσης. Σε μια μελέτη των ΗΠΑ, το 14% από τους 30.000 συμμετέχοντες διαγνώστηκε με τη συννοσηρότητα μονοπολικής κατάθλιψης και ΔΕΠΥ (14,0 % vs 3,2 %; $p \leq 0,0001$) (Hodgins κ.α. 2011). Τα στοιχεία αυτά διαπιστώθηκαν και σε περαιτέρω έρευνες (Murphy κ.α. 2006, Murphy και Barkley 1996). Αντιθέτως, το 7,6% των ασθενών με κατάθλιψη, εμφανίζει επίσης ΔΕΠΥ (McIntyre κ.α. 2010, Alpert κ.α. 1996). Η διάκριση ανάμεσα σε ΔΕΠΥ και μονοπολική κατάθλιψη μπορεί ορισμένες φορές να μην είναι εύκολη, καθώς συμπτώματα όπως δυσκολία συγκέντρωσης, χαμηλή αυτοεκτίμηση, επιβράδυνση και διαταραχές ύπνου είναι κοινά και στις δύο διαταραχές. Σε αυτή την περίπτωση, κρίνεται σημαντικός ο χρόνος. Ενώ τα συμπτώματα της κατάθλιψης εμφανίζονται

κυρίως το πρωί, της ΔΕΠΥ, από την άλλη, δεν επηρεάζονται από το χρόνο, αλλά από τα εξωτερικά ερεθίσματα και μπορούν να μεταβάλλονται καθόλη τη διάρκεια της ημέρας (Krause και Krause 2014a).

Τα ποσοστά της διπολικής Διαταραχής είναι παρόμοια με εκείνα της μονοπολικής κατάθλιψης. Σε μία έρευνα από 919 συμμετέχοντες, που έπασχαν από διπολική διαταραχή, στο 9,5% είχε καθιερωθεί η διάγνωση της ΔΕΠΥ εφ' όρου ζωής (Nierenberg κ.α 2005). Αντίθετα, ποσοστά από 4,48% έως 19,4% των ασθενών με ΔΕΠΥ, πληρούν ταυτόχρονα τα κριτήρια για διπολική κατάθλιψη (Secnik κ.α. 2005, Kessler RC κ.α. 2006). Η ΔΕΠΥ και η διπολική διαταραχή μοιάζουν κλινικά, όπως αναφέρθηκε παραπάνω σε πολλά συμπτώματα, γι' αυτό πρέπει να εξεταστούν με διαφορετική διάγνωση, όπως και η μονοπολική κατάθλιψη (Asherson κ.α. 2007).

Στη βιβλιογραφία παρέχονται διάφορες πληροφορίες για τη συχνότητα των συννοσηρών αγχώδων διαταραχών στους ενήλικες πάσχοντες από ΔΕΠΥ. Σε ορισμένες έρευνες εντοπίζεται ένα ελαφρώς υψηλότερο ποσοστό αγχώδους διαταραχής στους ασθενείς με ΔΕΠΥ, απ' ό,τι στους "ασθενείς- μάρτυρες", αλλά όχι πολύ σημαντικό (Klein κ.α. 2012, Murphy κ.α. 2012). Σε άλλες μελέτες, όπως σε μια των ΗΠΑ, τα δεδομένα ασφάλισης υγείας των ασθενών με ΔΕΠΥ αξιολογήθηκαν, δείχνοντας υψηλότερα ποσοστά στα επίπεδα άγχωδης διαταραχής σε σύγκριση με τους ασθενείς-μάρτυρες (13,77% έναντι 3,46%) (Secnik κ.α. 2005, Kessler RC κ.α. 2006).

Το Σύνδρομο Ανήσυχων Άκρων-RLS μπορεί επίσης να εκδηλωθεί στους ασθενείς με ΔΕΠΥ ήδη από την παιδική ηλικία. Ωστόσο, η διάγνωση πολλές φορές γίνεται κατά την ενηλικίωση, λόγω των πολλών παιδιατρικών διαφορικών διαγνώσεων. Σε περίπτωση που τα συμπτώματα του υπερκινητικού και παρορμητικού Τύπου ΔΕΠΥ και τα συμπτώματα του RLS εμφανιστούν ταυτόχρονα και στην ενήλικη ζωή, ενδέχεται να επηρεάζονται αρνητικά μεταξύ τους (Snitselaar κ.α. 2016). Σύμφωνα με μια γερμανική μελέτη, η εμφάνιση μιας εκ των δύο διαταραχών, αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης της άλλης διαταραχής (Roy κ.α. 2018). Αυτό ίσως οφείλεται στην παρόμοια παθοφυσιολογία. Και στις δύο διαταραχές υπάρχει δυσλειτουργία στο σύστημα ντοπαμίνης και έλλειψη σιδήρου (ο σίδηρος είναι απαραίτητος για την υγιή λειτουργία του εγκεφάλου). Σε αντίθεση με τη ΔΕΠΥ, στην περίπτωση του RLS υπάρχει περίσσεια εξωκυττάριας ντοπαμίνης λόγω μειορρυθμίας των υποδοχέων της (Khan κ.α. 2017).

2.7 Διαγνωστικά Κριτήρια

Η διάγνωση της ΔΕΠΥ επιτυγχάνεται αυστηρώς κλινικά, δηλαδή μέσω διερεύνησης των συμπτωμάτων, παρατήρησης της συμπεριφοράς και των ψυχοπαθολογικών ευρημάτων. Η Διάγνωση επίσης διεξάγεται βάσει διαφόρων συστημάτων ταξινόμησης. Οι δύο σημαντικότερες ταξινομήσεις σε παγκόσμιο επίπεδο είναι του DSM της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (American Psychiatric Association 2013), που χρησιμοποιείται κυρίως στις έρευνες και η ταξινόμηση του ICD-10 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) (Dilling κ.α 2011). Και τα δύο διαγνωστικά κριτήρια περιλαμβάνουν 18 στοιχεία, 9 εκ των οποίων αφορούν την Ελλειμματική Προσοχή και τα υπόλοιπα 9 επικεντρώνονται στην υπερκινητικότητα και την παρορμητικότητα.

Ελλειμματική Προσοχή

Ελλιπής προσοχή σε λεπτομέρειες και λάθη απροσεξίας.

Συχνά προβλήματα διατήρησης της προσοχής κατά το παιχνίδι και τις εργασίες.

Φαίνεται συχνά πως δεν ακούει

Συχνή ανυπακοή σε οδηγίες και κανόνες και μη ολοκλήρωση καθηκόντων.

Συχνά προβλήματα οργάνωσης και διαχείρισης χρόνου.

Συχνή αποφυγή εργασιών εκτεταμένης νοητικής προσπάθειας.

Χάσιμο αντικειμένων

Συχνή απόσπαση προσοχής από εξωτερικά ερεθίσματα.

Αμέλεια κατά τις καθημερινές δραστηριότητες.

Υπερκινητικότητα και Παρορμητικότητα

Κούνημα χεριών και ποδιών και αλλαγή θέσης.

Αποφυγή ακινησίας.

Τρέξιμο και σκαρφάλωμα σε ακατάλληλες στιγμές.

Συχνό θορυβώδες παιχνίδι

Υπερβολική κινητικότητα.

Υπερβολική ομιλία.

Απάντηση πριν την ολοκλήρωση της ερώτησης.

Συχνά προβλήματα αναμονής

Συχνή διακοπή στην ομιλία άλλου, στον οποίο δημιουργείται ενόχληση.

Πίνακας 1: Τα διαγνωστικά κριτήρια και συμπτώματα, σύμφωνα με την ταξινόμηση του DSM-V (Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία).

Η ταξινόμηση του DSM-5 διακρίνεται κατά την διάγνωση μεταξύ τριών υπότυπων (Πίνακας 2). ΔΕΠΥ με προεξέχοντα τον απρόσεκτο τύπο (314.00), με προεξέχοντα τον παραρμητικό και υπερκινητικό τύπο (314.01) και Συνδυασμένος τύπος ΔΕΠΥ (314.02). Επιπλέον, η ΔΕΠΥ διακρίνεται σε ήπια, μέτρια, σοβαρή και μερικώς διαλείπουσα. Στον τελευταίο τύπο, συμπεριλαμβάνονται οι ασθενείς, οι οποίοι, αν και

πληρούσαν όλα τα διαγνωστικά κριτήρια σε νεαρή ηλικία, σημείωσαν μικρή ύφεση τους τελευταίους 6 μήνες. Αν τα κριτήρια δεν πληρούνται για τη διαδικασία της διάγνωσης, τότε τα συμπτώματα εξακολουθούν να συνδέονται με τη λειτουργική βλάβη (Rösler και Philipsen 2018, Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία 2013). Όσοι πάσχουν από ΔΕΠΥ και εμφανίζουν τα σαφή συμπτώματα, όχι όμως τα κριτήρια που αναφέρονται παρακάτω, κατατάσσονται στην Απροσδιόριστη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (314.9) (Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία 2018). Η κατηγορία αυτή αναφέρεται και στους ασθενείς με λειτουργικές βλάβες.

Σύμφωνα με το ICD-10 η Διαταραχή της Δραστηριότητας και της Προσοχής (F90.0) διαχωρίζεται από την Διαταραχή Διαγωγής του υπερκινητικού τύπου (F90.1). Η πρώτη διαταραχή αποτελεί συνδυασμένο τύπο και μάλιστα είναι ο συνηθέστερος, κατά το DSM-5. Η δεύτερη διαταραχή αποτελεί συνδυασμό ΔΕΠΥ και της Διαταραχής Διαγωγής (CD), που όπως προαναφέρθηκε, μπορεί να διαγνωστεί έως την ηλικία των 18 ή σε μεγαλύτερη ηλικία να οδηγήσει σε Διαταραχή της Προσωπικότητας (Rösler κ.α. 2008). Το F90.8 και F90.9 είναι οι κατηγορίες, οι οποίες χρησιμοποιούνται μόνο σε περίπτωση που δεν υπάρχει σαφής αντιστοιχία στις F90.0 και F90.1. (Dilling κ.α. 2011).

DSM-5

ΔΕΠΥ με συνδυασμένο τύπο (314.02)

ΔΕΠΥ με προεξέχοντα απρόσεκτο τύπο (314.00)

ΔΕΠΥ με προεξέχοντα παρορμητικό και υπερκινητικό τύπο (314.01)

ΔΕΠΥ μη καθοριζόμενη (314.9)

ICD-10

Διαταραχή της Δραστηριότητας και της Προσοχής (F90.0)

Διαταραχή της Διαγωγής Υπερκινητικού Τύπου (F90.1)

Άλλες διαταραχές υπερκινητικού τύπου (F90.8)

Διαταραχή υπερκινητικού τύπου, μη καθοριζόμενη (F90.9)

Κριτήρια της Γιούτα (ΔΕΠΥ ενηλίκων)

Υποχρεωτικά:

Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα

Προαιρετικά (τουλάχιστον 2):

Συναισθηματική αστάθεια, παρορμητικότητα, έντονη ιδιοσυγκρασία, αντοχή στο στρες, αποδιοργάνωση

Χωρίς διαγνωστικούς υπότυπους.

Πίνακας 2 : Σύγκριση των διαγνωστικών συστημάτων ταξινόμησης ΔΕΠΥ (Rösler κ.α. 2008)

Κατά τη διάγνωση πρέπει να πληρούνται τα εξής κριτήρια:

- Σύμφωνα με το ICD-10, πρέπει να υπάρχουν έξι συμπτώματα απροσεξίας, που αναφέρονται στον πίνακα 1, τρία υπερκινητικότητας και ένα παρορμητικότητας.
- Σύμφωνα με το DSM-5 πρέπει να υπάρχουν έξι συμπτώματα της απροσεξίας ή έξι σημάδια υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας. Από την ηλικία των 17, αρκούν πέντε από τα συμπτώματα για τη διάγνωση.
- Οι παραπάνω δυσκολίες πρέπει κατά το DSM-5, να εμφανιστούν πριν την ηλικία των 12 και πριν την ηλικία των 7 κατά το ICD-10 και να έχουν διάρκεια τουλάχιστον 6 μήνες.
- Επιπλέον, οι λειτουργικές δυσκολίες της καθημερινότητας, αποτελούν μέρος της διάγνωσης και εμφανίζονται με τα βασικά συμπτώματα σε διάφορους τομείς. Αν αυτό δε συμβεί, οι λοιπές ψυχικές ασθένειες πρέπει να εξεταστούν υπό διαφορετική διάγνωση (AWMF, η ένωση επιστημονικών, ιατρικών εταιρειών της Γερμανίας, 2017).

Η διάγνωση ενηλίκων είναι πιο δύσκολη, καθώς τα ειδικά συμπτώματα πρέπει να έχουν αποδειχθεί ήδη από την παιδική ηλικία (Krause κ.α. 2018). Στην περίπτωση αυτή κρίνονται κατάλληλα τα κριτήρια της Γιούτα, του Paul Wender, τα οποία απεικονίζονται στην Κλίμακα Αξιολόγησης Wender Utah (WURS) και για τα οποία υπάρχει διαθέσιμη μια ψυχομετρικά, αξιολογημένη μετάφραση (Ward κ.α. 1993, Retz-Junginger κ.α. 2002). Κατά τα κριτήρια της Γιούτα, πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι, τα βασικά συμπτώματα της απροσεξίας και της υπερκινητικότητας πρέπει να υφίστανται, ενώ δεν απαιτείται το ίδιο για την παρορμητικότητα (Rösler κ.α. 2008). Στο πλαίσιο αυτής της εργασίας, πρέπει να εστιάσουμε στην ταξινόμηση του DSM-5 και τα κριτήρια της Γιούτα, καθώς η διάγνωση της ΔΕΠΥ ενηλίκων γίνεται βάσει αυτών των συστημάτων.

Στα διαγνωστικά εργαλεία, εκτός των νευρολογικών και ψυχολογικών εξετάσεων (όπως τεστ προσοχής και νοημοσύνης), συμπεριλαμβάνονται επίσης τα τυποποιημένα ερωτηματολόγια. Σε γενικές γραμμές, η διάγνωση των παιδιών διαφέρει θεμελιωδώς από εκείνη των ενηλίκων, καθώς στην παιδική ηλικία, χρησιμοποιούνται κατά κύριο λόγο κλίμακες εξωτερικής αξιολόγησης. Ωστόσο, τα παιδιά δε θεωρούνται ακόμα ικανά για κριτική αυτοαξιολόγηση ή περιγραφή των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων. Συνεπώς, η εξωτερική αξιολόγηση από γονείς και εκπαιδευτικούς, θεωρείται πιο έγκυρη (Zucker κ.α. 2002).

Στους ενήλικες, απεναντίας, η διάγνωση βασίζεται στην αυτοαξιολόγηση (AWMF 2017). Μελέτες αποδεικνύουν πως η αυτοαξιολόγηση των ασθενών με ΔΕΠΥ, ταυτίζεται σε μεγάλο βαθμό με την εξωτερική αξιολόγηση εξειδικευμένων ιατρών και γι' αυτό μπορεί να θεωρηθεί ένα διαγνωστικό μέσο (Rösler κ.α. 2004b). Ωστόσο, υπάρχουν άλλες μελέτες, οι οποίες αναιρούν την μεγάλη ακρίβεια στην αναδρομική διάγνωση, μέσω των εξωτερικών αξιολογήσεων από τρίτους (Breda κ.α. 2016). Παρόλα αυτά, η εξωτερική αξιολόγηση στους ενήλικους με ΔΕΠΥ, μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμη, καθώς πολλές φορές οι γονείς τους θυμούνται περισσότερα από αυτούς για τα συμπτώματα στην παιδική ηλικία (APA 2018, Barkley κ.α. 2002a).

Τα αποτελέσματα των νεότερων απεικονιστικών μεθόδων, όπως η αξονική τομογραφία, η (λειτουργική) Απεικόνιση Μαγνητικού Συντονισμού, η Τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET), Υπολογιστική Τομογραφία Εκπομπής Μονού Φωτονίου (SPECT), αλλά και η Ανάλυση συστήματος EEG και οι νευροψυχολογικές εξετάσεις, όπως Δοκιμασίες Συνεχούς Απόδοσης (CPT), αποτελούν αντικείμενο της τρέχουσας έρευνας. Μέχρι στιγμής, δεν έχει αποδειχθεί από καμία ειδική μέθοδο αξιόπιστη διαφοροποίηση μεταξύ ασθενών με ΔΕΠΥ και ατόμων ελέγχου και της ΔΕΠΥ και άλλων ψυχικών ασθενειών. Για το λόγο αυτό, οι μέθοδοι δεν αποτελούν ακόμη μέρος της κλινικής εξέτασης και των αποφάσεων για τη θεραπεία (Bush κ.α. 2005, Rösler και Philipsen 2018).

2.8 Θεραπεία

Η υπάρχουσα ΔΕΠΥ αντιμετωπίζεται μόνο σε περίπτωση που υπάρχουν λειτουργικοί περιορισμοί στους ασθενείς, οι οποίοι μάλιστα επιδρούν αρνητικά στην καθημερινότητά τους.

Η θεραπεία αποτελείται από έναν πολυτροπικό συνδυασμό φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας (Philipsen 2014, Rösler και Philipsen 2018). Οι ακόλουθες συστάσεις θεραπείας στηρίζονται στις γερμανικές κατευθυντήριες οδηγίες S3, οι οποίες δημιουργούνται βάσει αποδεικτικών στοιχείων και συναίνεσης (AWMF 2017).

2.8.1 Ψυχοκοινωνικές (συμπεριλαμβανομένων των ψυχοθεραπευτικών) παρεμβάσεις

Οι ψυχοκοινωνικές και ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, παρέχουν βοήθεια στον ασθενή και υποστήριξη, ώστε να του δοθεί η δυνατότητα να συμμετέχει πιο ενεργά στην κοινωνική ζωή. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα τη σίγουρη και ασφαλή αντιμετώπιση-ρύθμιση του περιβάλλοντός του, καλύτερη οργάνωση της καθημερινότητας, ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και επίτευξη μιας καλύτερης ποιοτικά ζωής.

Οι παραπάνω πληροφορίες απευθύνονται τόσο στους πάσχοντες, όσο τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς (AWMF 2017).

2.8.1.1 Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στα παιδιά

Οι θεραπείες γονέων στοχεύουν στην προσαρμογή της συμπεριφοράς τους απέναντι στα παιδιά. Βάσει αποτελεσμάτων, ενδέχεται μια θετική επίδραση στα συμπτώματα της ΔΕΠΥ και στη συνύπαρξη των παθόντων παιδιών με την οικογένειά τους. Ωστόσο,

δεν επηρεάζονται οι λειτουργικοί περιορισμοί εκτός οικογενειακού περιβάλλοντος (Charach κ.α. 2013, Daley κ.α. 2014). Γι' αυτό το λόγο, πρέπει και οι εκπαιδευτικοί όλων των σχολικών βαθμίδων να εκπαιδεύονται ως προς τη συμπεριφορά. Με τον τρόπο αυτό, βελτιώνεται η κατανόηση της διαταραχής. Με την προσαρμογή της διαπαιδαγώγησης και τις μεθόδους μάθησης, τα συμπτώματα και οι ψυχοκοινωνικοί περιορισμοί των παιδιών με ΔΕΠΥ ενδέχεται να ελαττωθούν. Οι παιδοκεντρικές παρεμβάσεις στοχεύουν στη βελτίωση της εργασιακής έντασης των παιδιών με ΔΕΠΥ και τη μείωση της Διαταραχής της Διαγωγής. Η Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία στοχεύει μεταξύ άλλων, στην ενίσχυση του αυτοέλεγχου των παιδιών, τη βελτίωση της κοινωνικής συμπεριφοράς και της ικανότητας οργάνωσης.

Αυτές οι παρεμβάσεις συνιστώνται στην προσχολική ηλικία και στην περίπτωση συμπτωμάτων μετρίου βαθμού, ως πρωτογενής θεραπεία με βάση τη συμπεριφορά.

Η γερμανική κατευθυντήρια γραμμή S3, δίνει μια ισχυρή σύσταση στους γονείς και τους εκπαιδευτικούς για θεραπείες κατά την προσχολική ηλικία και μια "ανοιχτή σύσταση" στους ασθενείς (AWMF 2017). Οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες στη σχολική ηλικία, όπως εκπαίδευση γονέων και ασθενών και οι σχολικές παρεμβάσεις, αποδίδονται ως "σύσταση". Το αδύναμο επίπεδο σύστασης οφείλεται στο χαμηλό αριθμό θετικών αποτελεσμάτων από έρευνες (AWMF 2017).

ΠΡΩΤΟΤΥΠΟ ΚΕΙΜΕΝΟ

2.6 Komorbidität

Es ist zu vermuten, dass die ADHS-Diagnose in vielen Fällen erst dann gestellt wird, wenn der Patient durch eine andere psychische Störung auffällig wurde. Liegt eine weitere psychische Erkrankung vor, kann es zu einer wechselseitigen Verstärkung der störungsspezifischen Symptome oder zu einer Überschattung der ADHS-Beschwerden kommen. Das Vorhandensein von psychischen Komorbiditäten kann sich durch zunehmende Kernsymptome, Teilleistungsstörungen und durch eine Abnahme des sozioökonomischen Status negativ auf die Prognose der ADHS-Erkrankung auswirken. In solchen Fällen kann ein persistierender Verlauf der Störung prognostiziert werden (Banaschewski et al. 2017, Biederman et al. 2011).

Die verschiedenen Komorbiditäten und deren Einfluss auf die ADHS-Patienten werden im Folgenden differenziert zwischen Kindes- und Erwachsenenalter betrachtet.

2.6.1 Komorbiditäten im Kindesalter

Die beiden häufigsten Komorbiditäten der kindlichen ADHS, die bei jeweils 30–50 % der Patienten auftreten, sind die Störung des Sozialverhaltens (SSV) und die oppositionelle Verhaltensstörung (ODD) (Wilens et al. 2002, Biederman et al. 1991, Kadesjo und Gillberg 2001). Anhand einer Zwillingsstudie wurde eine gemeinsame genetische Basis für SSV, ODD und ADHS belegt (Nadder et al. 2002). Die

spezifischen Genpolymorphismen und Umweltfaktoren sind jedoch noch nicht ausreichend untersucht. Hinsichtlich der oppositionellen Verhaltensstörung ist es umstritten, ob diese mit zunehmendem Alter in eine Störung des Sozialverhaltens übergeht oder ob sie der intrinsischen ADHS-Psychopathologie zuzuordnen ist.

In einem Erklärungsansatz für das häufige komorbide Auftreten von ADHS und SSV wird ADHS als Risikofaktor für eine SSV gesehen. Die mit ADHS einhergehenden Entwicklungsstörungen, die Verhaltensschwierigkeiten und die geringen sozialen Fähigkeiten führen zu funktionellen Einschränkungen wie beispielsweise Ausgrenzungen aus Peergroups. Dadurch wird die Gefahr für eine daraus entstehende SSV erhöht (Murray-Close et al. 2010). Mehrere Studien haben gezeigt, dass bei dem parallelen Vorliegen von ADHS und SSV schwerwiegendere Symptome, insbesondere eine stärkere Impulsivität, beobachtet werden als bei dem isolierten Auftreten von nur einer der beiden Störungen (Waschbusch 2002, Newcorn et al. 2001, Barkley 2006c).

In der ICD-10 Klassifikation werden Störungen des Sozialverhaltens nach dem Ort des Auftretens, den Symptomen und der Beziehungsfähigkeit unterschieden. Wenn sie zusammen mit dem Symptom der Hyperaktivität auftreten, wird dies als eigene Diagnose aufgeführt und ist unter der „Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“ (F90.1) zu finden (Dilling et al. 2011). In der DSM-5-Klassifikation wird die Einteilung im Gegensatz zu ICD-10 nach dem Störungsbeginn vorgenommen. Hier unterscheidet man zwischen einer Störung des Sozialverhaltens mit Beginn in der Kindheit (312.81), in der Adoleszenz (312.82) und zwischen einer Störung des Sozialverhaltens mit unspezifischem Beginn (312.89). Ein zusätzlich oppositionelles Trotzverhalten wird hier im Gegensatz zu der ICD-10-Klassifikation separat kodiert (313.81). Das gemeinsame Auftreten einer Störung des Sozialverhaltens und einer ADHS kann bis zum 18. Lebensjahr diagnostiziert werden. Danach spricht man von einer Kombination aus einer ADHS und einer antisozialen Persönlichkeitsstörung (Rösler 2007, Rösler und Philipsen 2018).

Affektive Störungen bei ADHS-Patienten im Kindesalter treten ebenfalls signifikant oft, häufig auch parallel mit einer gleichzeitig vorliegenden Angststörung auf. Bei ADHS Betroffenen beobachtet man eine Prävalenz an komorbiden monopolaren Depressionen und Angststörungen, insbesondere der generalisierten, von ca. 25 - 30 % (Biederman et al. 1991, Biederman et al. 1992, Safren et al. 2001). Als Ursache für Angststörungen in Kombination mit ADHS werden heute anstatt einer gemeinsamen genetischen Grundlage eher verschiedene psychosoziale Risikofaktoren angenommen (Schatz und Rostain 2006, Schwenck et al. 2007). Durch die ADHS bedingte soziale Zurückweisung und durch das geringe Selbstbewusstsein entwickeln die Betroffenen Ängste, die sich im Laufe der Zeit festigen und zu manifesten Störungen führen. Levy (2004) ist hingegen der Ansicht, dass die psychosozialen Ursachenmodelle nicht erklären, dass ADHS-Patienten in der Regel impulsiv und furchtlos sind und gleichzeitig generalisierte Angststörungen entwickeln können. In seinem Erklärungsansatz liegt dem gemeinsamen Auftreten der Störungen eine Störung des Dopaminsystems zugrunde. Hinsichtlich der Wechselwirkungen der beiden Störungen gibt es verschiedene Studienergebnisse. Eine Metaanalyse aus dem Jahr 2018 beobachtet im Gegensatz zu älteren Studien keinen negativen Einfluss einer

komorbiden Angststörung auf das Aufmerksamkeitslevel und das Arbeitsgedächtnis der ADHS-Patienten (Maric et al. 2018, Newcorn et al. 2001, Epstein et al. 1997).

Innerhalb der ADHS-betroffenen Familien ist eine Häufung der monopolen Depression zu beobachten, sodass man ätiologisch von familiären Faktoren ausgeht. Das Vorhandensein von ADHS oder einer Depression prädisponiert für ein erhöhtes Risiko für die jeweils andere Erkrankung. Dies betrifft nicht nur die betroffenen Kinder, sondern auch die jeweiligen Familienmitglieder (Faraone et al. 2000). Einige Autoren vertreten hingegen die Hypothese, dass die monopole Depression nicht direkt mit ADHS assoziiert ist, sondern ein Epiphänomen der komorbiden Angststörungen und der SSV ist (Angold et al. 1999, Mrug et al. 2012, Fischer et al. 2002).

Die Prävalenz für eine bipolare Komorbidität liegt bei ca. 10 % (Wilens et al. 2002, Jensen und Steinhausen 2015, Milberger et al. 1995). Sie tritt mit einer parallelen ADHS-Störung durchschnittlich 8 Jahre früher auf als ohne komorbide ADHS-Erkrankung (Sachs et al. 2000). Die bipolare Depression lässt sich nur schwer von einer vorliegenden ADHS-Erkrankung abgrenzen. Insbesondere die manische Facette ähnelt der ADHS-Symptomatik sehr. Bei beiden Störungen sind Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit, übermäßige Gesprächigkeit und ein vermindertes Schlafbedürfnis typische Symptome. Ein hilfreiches differentialdiagnostisches Unterscheidungsmerkmal ist die Frequenz und der Schweregrad, mit denen diese auftreten. Bei der bipolaren Störung sind diese jeweils höher beziehungsweise stärker ausgeprägt als bei der ADHS (Barkley 2006c, Geller et al. 1998).

Das Vorliegen einer Tic-Störung wird bei 34 % der ADHS-Patienten sowohl im Kindesalter auch im Erwachsenenalter beschrieben (Spencer et al. 1999, Spencer et al. 2001). Das Erkrankungsalter liegt bei Tic-Störungen rund 6 Jahre später als bei ADHS, folglich in einem Alter von 10-12 Jahren (Leckman 2002, Spencer et al. 2001). Differentialdiagnostisch ist zu beachten, dass Kinder, die unter Tics leiden im Unterricht oft versuchen diese zu unterdrücken, um nicht aufzufallen. Defizite in der Aufmerksamkeit und eine motorische Unruhe sind die Folge. Diese Symptome können mit denen der ADHS leicht verwechselt werden. Im Erwachsenenalter bilden sich die Tics meist zurück, während die ADHS-Symptome bestehen bleiben (Peterson et al. 2001, Spencer et al. 2001). Neurobiologisch nimmt man bei beiden Störungen eine Fehlfunktion im mesolimbischen und mesokortikalen Dopamin- und Serotoninstoffwechsel an (Comings und Comings 1987).

(Freitag 2007) schlussfolgert in ihrem Kapitel über ADHS und autistische Störungen, dass sich diese beiden Erkrankungen zwar ätiologisch voneinander unterscheiden, sie sich aber vor allem hinsichtlich der sozialen Interaktion ähneln. Insbesondere vor der Diagnosestellung des unaufmerksamen ADHS-Typs sollte eine autistische Störung differentialdiagnostisch ausgeschlossen werden. Die Autorin vertritt die Meinung, dass dieser ADHS-Subtyp nicht gemeinsam mit einer Autismus-Erkrankung diagnostiziert werden sollte, da fast alle Kinder mit einer autistischen Störung auch Aufmerksamkeitsdefizite aufweisen. Anhand einer schwedischen Zwillingsstudie wurde hingegen belegt, dass drei Viertel der genetischen Varianz von ADHS und autistischen Störungen geteilt werden (Lichtenstein et al. 2010).

Schwächen im Lesen, in der Rechtschreibung und in der Arithmetik findet man bei 20–30 % der ADHS-Kinder und -Jugendlichen (Barkley 2006b, Murphy et al. 2002). Familiäre Häufungen bestehen bei beiden Störungen. Man geht jedoch davon aus, dass die biologischen Ätiologien unterschiedlich sind (Monuteaux et al. 2005, Raberger und Wimmer 2003). Parallel dazu gibt es Theorien, die besagen, dass Leistungsdefizite auch sekundär aufgrund der Unaufmerksamkeit der ADHS-Kinder entstehen können und diese dann unbehandelt in manifesten Lernstörung enden (Schwenck et al. 2007).

Auch Entwicklungsstörungen können mit ADHS einhergehen. Signifikant mehr ADHSbeeinträchtigte Kinder leiden im Vergleich zu gesunden Kindern unter Enuresis (32 % vs 14 %) (Biederman et al. 1995a). Das allgemeine Risiko für nächtliches und diurnales Einnässen bei 6-jährigen Kindern mit ADHS ist um das 2-4-fache erhöht und der Therapieerfolg ist in diesen Fällen durch die schlechte Compliance auffallend geringer als bei Kindern ohne ADHS (68 % vs 91 %) (Robson et al. 1997, Crimmins et al. 2003). Weiterhin leiden Kinder mit ADHS unter Störungen der Entwicklung der motorischen Funktionen, der Sprache und unter einer höheren Rate an somatischen Erkrankungen wie beispielsweise Asthma bronchiale, Schlafstörungen, Zöliakie Allergien und Autoimmunerkrankungen der Schilddrüse (Niederhofer 2011, Karlstad et al. 2012, Fisher et al. 2014, Secnik et al. 2005).

2.6.2 Komorbiditäten im Erwachsenenalter

Nicht nur als Kinder haben ADHS-Patienten ein erhöhtes Risiko für Verhaltensstörungen. Erwachsene, die im Kindesalter unter einer Störung des Sozialverhaltens (SSV) litten, entwickeln mit einer Wahrscheinlichkeit von bis zu 50 % eine antisoziale Persönlichkeitsstörung (ASP) (Satterfield und Schell 1997). Einige Autoren sind überzeugt, dass vor allem die SSV und weniger die ADHS für das Auftreten einer ASP verantwortlich ist (Lahey et al. 2005). Gegen diese Hypothese spricht, dass auch ADHS-Kinder ohne eine vorangegangene SSV zu 12 % eine ASP im Erwachsenenalter entwickeln (Mannuzza et al. 1998). Insgesamt lässt sich im Vergleich zum Kindesalter, in dem die SSV die häufigste Komorbidität ist, ein Rückgang des komorbiden antisozialen Verhaltens im adulten Alter auf 20 % der ADHS-Patienten feststellen (Klein et al. 2012). Umgekehrt betrachtet erhöht insbesondere eine früh beginnende SSV das Risiko für stärkere ADHS-Kernsymptome und für eine Persistenz der ADHS ins Erwachsenenalter hinein. Des Weiteren ist die Wahrscheinlichkeit für delinquentes Verhalten und für Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter bei dem Vorliegen einer SSV erhöht (Just et al. 2017, Mannuzza et al. 2008).

In diversen Studien über den komorbiden Substanzmissbrauch bei ADHS-Patienten wurde dieser in bis zu 50 % der Fälle beschrieben (Sullivan und Rudnik-Levin 2001, Molina und Pelham 2003). Die Raten des Alkoholmissbrauchs liegen bei 10-40 %, die des Nikotinabusus bei 30 % und die des Drogenmissbrauchs bei bis zu 30 %, wobei Marihuana wie bei der normalen Vergleichsgruppe die häufigste Droge ist (Klein et al. 2012, Biederman et al. 1995b, Molina und Pelham 2003). Umgekehrt wurde in einer multinationalen Studie bei 5 bis 31% der Substanzabhängigen eine ADHS-Diagnose nach DSM-IV und -5 gestellt. Hierbei wurde ADHS bei Patienten mit illegalem Drogenkonsum öfter diagnostiziert als bei alkoholabhängigen Patienten (van de Glind et al. 2014). Der pathophysiologische Zusammenhang zwischen ADHS und Sucht ist

noch nicht hinreichend geklärt: Einerseits wird angegeben, dass ADHS einen Risikofaktor darstellt, der unter bestimmten Einflussfaktoren wie beispielsweise Peergruppen und substanzsüchtige Eltern den Weg zur Sucht erleichtert (Marshall et al. 2003). Andererseits wird die Sucht als eine Art Selbsttherapie angesehen, die die vorhandenen Symptome der ADHS-Patienten mildert und inneren Spannungen reduziert (Frölich und Lehmkuhl 2006, Wilens et al. 1995). Auffällig ist das häufig gemeinsame Auftreten von ADHS, Suchterkrankungen und Störungen des Sozialverhaltens. Durch Langzeit- und Familienstudien wurde belegt, dass die SSV und die antisoziale Persönlichkeitsstörung wesentliche Prädiktoren für einen Substanzmissbrauch sind (Molina und Pelham 2003, Biederman et al. 1995b). Auch andere Suchterkrankungen, wie zum Beispiel die Spielsucht, treten signifikant oft mit ADHS auf. Als Risikofaktor hierfür wird eine Persistenz der ADHS-Symptome ins Erwachsenenalter hinein beschrieben (Wilens et al. 1995, Breyer et al. 2009).

ADHS geht auch im Erwachsenenalter mit einer zwar verringerten, aber immer noch signifikant erhöhten Rate an affektiven Störungen einher. In einer Studie aus den USA mit 30.000 Teilnehmern wurde eine Rate von 14,0 % an komorbiden unipolaren Depressionen bei ADHS-Patienten festgestellt (14,0 % vs 3,2 %; $p \leq 0,0001$) (Hodgkins et al. 2011). Diese Zahlen wurden auch durch andere Studien belegt (Murphy et al. 2002, Murphy und Barkley 1996). Umgekehrt erkrankten ca. 7,6 % der depressiven Patienten zusätzlich an ADHS (McIntyre et al. 2010, Alpert et al. 1996). Die Unterscheidung zwischen einer ADHS und einer monopolen Depression kann mitunter erschwert sein, da einige Symptome wie Konzentrationsstörungen, vermindertes Selbstwertgefühl, Verlangsamung und Schlafstörungen bei beiden Erkrankungen auftreten. Wichtig ist hier der zeitliche Verlauf. Während die Symptome bei depressiv kranken Menschen häufig am Morgen auftreten, sind die der ADHS-Patienten zeitunabhängig und im Tagesverlauf je nach Außenreizen wechselnd (Krause und Krause 2014a).

Bei der bipolaren Störung sind die Zahlen ähnlich der einer unipolaren Depression. Bei 9,5 % der bipolaren Patienten in einer Studie von 919 bipolaren Teilnehmern wurde die Lebenszeitdiagnose einer ADHS festgestellt (Nierenberg et al. 2005). Demgegenüber erfüllen 4,48 %-19,4 % der ADHS-Patienten gleichzeitig die Kriterien für eine bipolare Depression (Secnik et al. 2005, Kessler RC et al. 2006). Wie bei der unipolaren Depression ähneln sich auch die Krankheitsbilder der ADHS und der bipolaren Störung wie oben aufgeführt in vielen Symptomen, die differentialdiagnostisch betrachtet werden müssen (Asherson et al. 2007).

In der Literatur findet man verschiedene Angaben zu der Häufigkeit von komorbiden Angststörungen bei adulten ADHS-Betroffenen. Einige Studien beschreiben zwar einen gering höheren Prozentsatz an Angststörungen bei ADHS-Patienten als bei Kontrollpersonen, jedoch ist er nicht signifikant (Klein et al. 2012, Murphy et al. 2002, Sobanski et al. 2007). Andere, wie zum Beispiel eine US-amerikanische Studie, die die Krankenversicherungsdaten von 2.252 ADHS-Patienten auswertete, weisen signifikant erhöhte Werte für Angststörungen bei ADHS-Patienten im Vergleich zu Kontrollpersonen nach (13,77 % vs 3,46 %) (Secnik et al. 2005, Kessler RC et al. 2006).

Ein Restless Legs-Syndrom (RLS) kann sich bei ADHS-Patienten bereits im Kindesalter manifestieren, wird aber aufgrund der vielen kindlichen Differentialdiagnosen häufig erst im Erwachsenenalter diagnostiziert (Walters et al. 1996). Auch bei adulten Patienten ähneln sich insbesondere die Symptome des hyperaktiven-impulsiven ADHS-Typs und die des RLS und können sich bei gleichzeitigem Auftreten gegenseitig negativ beeinflussen (Snitselaar et al. 2016). Laut einer deutschen Studie erhöht das Auftreten einer der beiden Störungen das Risiko für die Manifestation der jeweils anderen (Roy et al. 2018). Ein Grund dafür könnte in der ähnlichen Pathophysiologie liegen. Bei beiden Erkrankungen wird eine Dysfunktion des Dopaminsystems und ein zerebraler Eisenmangel beschrieben. Im Gegensatz zu ADHS wird beim RLS jedoch ein extrazellulärer Dopamin-Überschuss durch eine Downregulation der Dopaminrezeptoren angenommen (Khan et al. 2017).

2.7 Diagnosekriterien

Die Diagnostik der ADHS erfolgt rein klinisch. Hierzu gehört die Exploration der Symptome, die Verhaltensbeobachtung und der psychopathologische Befund. Die Diagnosestellung kann anhand verschiedener Klassifikationssysteme durchgeführt werden. Zwei der weltweit wichtigsten sind die DSM-Klassifikation der American Psychiatric Association (American Psychiatric Association 2013), die überwiegend in Studien genutzt wird und die ICD-10-Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Dilling et al. 2011). Beide diagnostische Systeme umfassen 18 Items, von denen 9 eine Aufmerksamkeitsstörung erfragen und die restlichen 9 auf Symptome der Überaktivität und Impulsivität abzielen. Die 18 DSM-5 Kriterien sind in der Tabelle 1 zusammengefasst.

Unaufmerksamkeit	Hyperaktivität und Impulsivität
Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler	Zappelt häufig mit Händen und Füßen und rutscht auf dem Stuhl herum
Hat häufig Probleme beim Aufrechterhalten der Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen	Verlässt häufig den eigenen Platz, wenn das Sitzen bleiben erwartet wird
Scheint häufig nicht zuzuhören	Läuft oder klettert häufig in Situationen herum, in denen das unangebracht ist
Befolgt häufig Anweisungen nicht und schließt Aufgaben nicht ab	Kann häufig nicht leise spielen
Hat häufig Organisations- und Zeitprobleme	Ist häufig unterwegs und wie von einem Motor getrieben
Vermeidet häufig Aufgaben, die längere geistige Anstrengung erfordern	Redet häufig exzessiv
Verliert häufig Sachen	Plätzt häufig mit einer Antwort heraus bevor der andere ausgesprochen hat
Lässt sich häufig leicht durch äußerliche Stimuli ablenken	Hat häufig Schwierigkeiten zu warten
Ist bei alltäglichen Aktivitäten häufig vergesslich	Unterbricht und stört häufig andere

Tabelle 1: Die 18 diagnostischen Kriterien und Symptome nach DSM-V (American Psychiatric Association 2013)

DSM-5 unterscheidet bei der Diagnosestellung zwischen drei Subtypen (Tabelle 2): ADHS mit überwiegender Unaufmerksamkeit (314.00), mit überwiegender Impulsivität und Hyperaktivität (314.01) und ADHS vom kombinierten Typ (314.02). Des Weiteren wird zwischen einer milden, moderaten, schweren und teilweise remittierenden ADHS unterschieden. Zu letzterem Typ werden Patienten gezählt, die zwar in jüngerem Alter allen Diagnosekriterien entsprachen, bei denen in den letzten 6 Monaten jedoch eine Partialremission eingetreten ist. Obwohl die vollständigen Kriterien für die Diagnosestellung nicht erfüllt werden, gehen die Symptome weiterhin mit funktionellen Beeinträchtigungen einher (Rösler und Philipsen 2018, American Psychiatric Association 2013). ADHS-Erkrankte, die deutliche Symptome aufweisen, jedoch nicht alle unten genannten Kriterien erfüllen, werden der Gruppe der „Nicht näher bezeichneten Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“ (314.9) zugeordnet (American Psychiatric Association 2018). In diese Gruppe fallen auch Patienten mit funktionellen Beschwerden.

Nach ICD-10 wird die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0) von der Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F90.1) unterschieden. Erstere entspricht dem kombinierten Typen nach DSM-5, der zugleich auch der häufigste ist. Letztere ist eine Kombination aus ADHS und einer Störung des Sozialverhaltens, deren Diagnose, wie oben bereits erwähnt, bis zum 18. Lebensjahr gestellt werden kann und die in höherem Alter in eine Persönlichkeitsstörung übergehen kann (Rösler et al. 2008). F90.8 und F90.9 sind Kategorien, die nur verwendet werden sollten, wenn eine eindeutige Zuordnung zu F90.0 oder F90.1 nicht möglich ist (Dilling et al. 2011).

DSM-5	ICD-10	Utah-Kriterien (Adulte ADHS)
ADHS vom kombinierten Typ (314.02)	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0)	Obligatorisch: Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität Fakultativ (mindestens 2): affektive Labilität, Impulsivität, Temperament, Stressintoleranz, Desorganisation Keine diagnostischen Subtypen
ADHS mit überwiegender Unaufmerksamkeit (314.00)	-	-
ADHS mit überwiegender Impulsivität/Hyperaktivität, (314.01)	-	-
-	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1)	-
-	Sonstige hyperkinetische Störungen (F90.8)	-
ADHS, nicht näher bezeichnet (314.9)	Hyperkinetische Störungen, nicht näher bezeichnet (F90.9)	-

Tabelle 2: Gegenüberstellung der diagnostischen ADHS-Klassifikationssysteme (Rösler et al. 2008)

Bei der Diagnosestellung müssen einige Kriterien erfüllt werden:

- Zum einen müssen nach ICD-10 sechs der in Tabelle 1 genannten Anzeichen von Unaufmerksamkeit, drei von Hyperaktivität und ein Symptom der Impulsivität bestehen.
- Nach DSM-5 müssen sechs Symptome der Unaufmerksamkeit oder sechs Anzeichen von Hyperaktivität und Impulsivität vorliegen. Ab einem Alter von 17 Jahren genügen hier jeweils fünf Symptome zur Diagnosestellung.
- Die genannten Beschwerden müssen außerdem nach DSM-5 vor dem 12. Lebensjahr und nach ICD-10 vor dem 7. Lebensjahr auftreten und mindestens 6 Monate anhalten.
- Zum anderen müssen die funktionellen Beeinträchtigungen des Alltags, die Teil der Diagnose sind, mit den zentralen Symptomen zusammen in mehreren Lebensbereichen vorkommen. Ist dies nicht der Fall, sollten andere psychische Erkrankungen als Differentialdiagnose in Betracht gezogen werden (AWMF 2017).

Im Erwachsenenalter ist die Diagnosestellung erschwert, da retrospektiv Symptome im Kindesalter nachgewiesen werden müssen (Krause et al. 1998). Hierzu eignen sich die Utah-Kriterien von Paul Wender, die im Wender Utah Rating Scale abgebildet werden und für die eine psychometrisch evaluierte Übersetzung vorhanden ist (WURS-k) (Ward et al. 1993, Retz-Junginger et al. 2002). Bei den Utah-Kriterien ist zu beachten, dass zur Diagnosestellung die Kernsymptome Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität vorliegen müssen, Impulsivität hingegen nicht (Rösler et al. 2008). Da im Kontext dieser Arbeit die Diagnosen der adulten ADHS anhand der DSM-5 Klassifikation und der Utah-Kriterien gestellt wurden, liegt der Fokus auf diesen beiden Systemen.

Zu den diagnostischen Standardinstrumenten gehören neben neuro- und testpsychologischen Untersuchungen wie Aufmerksamkeits- und Intelligenztests auch standardisierte Fragebögen. Generell unterscheidet sich die Diagnostik bei Kindern im Vergleich zu Erwachsenen insoweit grundlegend, dass im Kindesalter überwiegend Fremdbeurteilungsskalen verwendet werden. Man geht davon aus, dass Kinder noch nicht zur kritischen Selbstbeurteilung und Beschreibung der eigenen psychopathologischen Symptome fähig sind und somit im Kindesalter die Fremdbeurteilung durch Eltern und Lehrkräfte valider ist (Zucker et al. 2002).

Im Erwachsenenalter hingegen wird die Diagnose auf die Selbstbeurteilung gestützt (AWMF 2017). Dem liegen Studien zugrunde, welche aufzeigen, dass die Einschätzung der eigenen ADHS-Beschwerden in hohem Maße mit der Fremdbeurteilung durch einen qualifizierten Arzt übereinstimmen und somit zur Diagnostik verwendet werden können (Rösler et al. 2004b). Weiterhin gibt es Studien, die eine höhere Genauigkeit in der retrospektiven Diagnosestellung durch fremdanamnestic Angaben widerlegen (Breda et al. 2016). Gleichwohl können auch bei der adulten ADHS Fremdbeurteilungen hilfreich sein, da sich Erwachsene mitunter weniger an die Symptome in der Kindheit erinnern können als deren Eltern (American Psychiatric Association 2018, Barkley et al. 2002a).

Ergebnisse neuerer bildgebender Verfahren wie Computertomographie, (funktionelle) Kernspintomographie, Positronenemissionstomographie (PET), Single-PhotonEmissions-Computertomographie (SPECT), aber auch EEG-Analysen und neuropsychologische Tests wie der Continuous Performance Test (CPT) sind derzeit Gegenstand der aktuellen Forschung. Bisher bewährte sich keine Methode in ihrer Spezifität zur sicheren Unterscheidung von ADHS-Patienten und Kontrollpersonen und von ADHS und anderen psychiatrischen Erkrankungen. Aus diesem Grund sind diese Methoden noch kein Teil der klinischen Diagnostik und therapeutischen Entscheidungsfindung (Bush et al. 2005, Rösler und Philipsen 2018).

2.8 Therapie

Eine vorliegende ADHS wird nur dann behandelt, wenn funktionelle Einschränkungen vorliegen, unter denen die Patienten leiden und die den Alltag der Betroffenen einschränken. Die Therapie besteht multimodal aus einer Kombination aus Pharmako- und Psychotherapie (Philipsen 2014, Rösler und Philipsen 2018). Die folgenden Therapieempfehlungen basieren auf den aktuellen deutschen S3-Leitlinien, welche evidenz- und konsensbasiert erstellt werden (AWMF 2017).

2.8.1 Psychosoziale (einschließlich psychotherapeutischer)

Interventionen

Psychosoziale und -therapeutische Interventionen umfassen Hilfestellungen, die den Patienten an die Hand gegeben werden und die sie dabei unterstützen sollen besser an dem sozialen Leben teilnehmen zu können. Durch sie sollen die Betroffenen in der eigenen Umgebung sicherer und souveräner zurechtkommen, sich besser im Alltag organisieren, ihr Selbstwertgefühl aufbauen und so zu mehr Lebensqualität gelangen.

Dabei richten sie sich sowohl an die betroffenen Patienten, als auch an deren Eltern und Erzieher beziehungsweise an deren Lehrer (AWMF 2017).

2.8.1.1 Psychosoziale Interventionen bei Kindern

Die Elterntherapien zielen darauf ab das Erziehungsverhalten der Eltern auf ihre erkrankten Kinder anzupassen. Den Ergebnissen nach zu urteilen kann dadurch ein positiver Effekt auf die ADHS-Symptomatik der Kinder und deren Zusammenleben mit der Familie erzielt werden. Sie nehmen jedoch keinen Einfluss auf die funktionellen Einschränkungen außerhalb des familiären Bereichs (Charach et al. 2013, Daley et al. 2014). Aus diesem Grund sollten auch die Pädagogen im Kindergarten und in der Schule verhaltenstherapeutisch geschult werden. Deren Verständnis für die Störung wird auf diesem Weg verbessert.

Durch die Anpassung der Erziehungs- und Lernmethoden an die erkrankten Kinder können die Symptome und die psychosozialen Einschränkungen der Kinder reduziert werden. Kindzentrierte Interventionen sollen die Beschäftigungsintensität der Kinder verbessern und oppositionelles Verhalten vermindern. Kognitiv-behaviorale Behandlungsansätze zielen unter anderem darauf ab die Selbstkontrolle der Kinder zu stärken und das soziale Verhalten und die Organisationsfähigkeit zu verbessern.

Diese Interventionen werden im Vorschulalter und bei mäßigen Symptomen im Schulalter als primäre Therapie auf verhaltenstherapeutischer Basis empfohlen. Die deutsche S3-Leitlinie spricht den Elterntherapien im Vorschulalter eine „starke Empfehlung“, der Pädagogentherapie eine „Empfehlung“ und den patientenzentrierten Interventionen eine „offene Empfehlung“ aus (AWMF 2017). Im Schulalter wird der psychosozialen Therapie wie Elterntraining und patienten- und schulzentrierten Interventionen eine „Empfehlung“ zugeordnet. Der schwache Empfehlungsgrad kommt durch die geringe Anzahl an Studienergebnisse mit befürwortenden Nachweisen zustande (AWMF 2017).

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ

Το κείμενο που έχω επιλέξει για την πτυχιακή εργασία, με γλώσσες εργασίας Γερμανικά προς Ελληνικά, αποτελεί απόσπασμα από τη διατριβή της Anna Theresa Lorenz, με τίτλο *Korrelation zwischen funktionellen Beeinträchtigungen und Psychopathologischen Dimensionen bei Adulten ADHS-Patienten*. Βασικό θέμα, που εκτείνεται στα προς μετάφραση κεφάλαια είναι η ανάλυση της νευροβιολογικής διαταραχής, της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), οι συννοσηρότητες και η επίδραση στους ασθενείς κατά την παιδική και ενήλικη ζωή.

Το θέμα “ΔΕΠΥ” συγκαταλέγεται στις ιατρικές επιστήμες. Η ιατρική ως επιστήμη, αποτελείται από πολλούς τομείς και πεδία. Αναφέρεται σε όλες τις κοινωνίες και τους πολιτισμούς, καθώς ασχολείται με ζητήματα οικουμενικής φύσεως (υγεία, ασθένειες, πρόληψη, θεραπεία...). Η πολυπλοκότητα αυτής της επιστήμης, εκτός άλλων εντοπίζεται και στη γλώσσα. Η ειδική ορολογία της ιατρικής σε πολλές περιπτώσεις δε γίνεται κατανοητή από τους μη ειδικούς, όπως οι περισσότερες άλλωστε ειδικές γλώσσες. Αποτελεί επίσης αντικρουόμενη ειδική γλώσσα και μάλιστα, σε περίπτωση λανθασμένης απόδοσης ενδέχεται να υπάρξουν ιατρικά λάθη και λανθασμένοι χειρισμοί.

Αξίζει επιπλέον, σε αυτό το σημείο να αναφερθούν οι μεταφραστικές δυσκολίες, οι οποίες δικαιολογούν για ακόμη μια φορά την πολυπλοκότητα της ειδικής γλώσσας. Κατά τη μεταφορά λοιπόν, των λεξιλογικών και πολιτισμικών στοιχείων από τη γλώσσα αφετηρία στη γλώσσα στόχο, τίθενται ζητήματα στους μεταφραστές ειδικών κειμένων, τα οποία εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες και πρέπει να επιλυθούν για τα καλύτερο δυνατό, μεταφραστικό αποτέλεσμα. Ένας παράγοντας είναι η διαφορά των δύο πολιτισμών (στην περίπτωση αυτή Ελλάδας και Γερμανίας), ο χρόνος στον οποίο έχει συνταχθεί το κείμενο πηγή και ο χρόνος στον οποίο έχει συνταχθεί το κείμενο στόχος (σύγχρονο και στις δύο περιπτώσεις) και η ορολογία που χρησιμοποιείται (σύγχρονη και στις δύο περιπτώσεις).

Κατά τη μεταφραστική διαδικασία, εντοπίστηκαν ορισμένες προκλήσεις, όπως στην πρώτη παράγραφο του κεφαλαίου 2.6, με τίτλο *Komorbidität*. Αν και είναι μικρή ως προς την έκταση, είχε αρκετές μεταφραστικές προκλήσεις, τόσο ως προς τη δομή, όσο και προς το ειδικό λεξιλόγιο. Με λίγα λόγια, εκτός των μεταφραστικών τεχνικών για τη σωστή απόδοση στην ελληνική, χρειάστηκε αναζήτηση για την κατανόηση ορισμένων

ειδικών ορισμών. Ξεκινώντας από τις δομικές αλλαγές, αντικαταστάθηκαν οι σταθερές εκφράσεις της γερμανικής από λέξεις ή εκφράσεις της ελληνικής, που καλύπτουν το νόημα επαρκώς. Για παράδειγμα, η έκφραση *Es ist zu vermuten*, μεταφράστηκε με το επίρρημα *θεωρητικά*. Η επιλογή αυτή έγινε, επειδή προτίμησα να μην χρησιμοποιήσω κάποια έκφραση, όπως *αν υποθέσουμε*, καθώς παραπέμπει σε κάτι πιο απλοϊκό, ενώ σε αυτή την περίπτωση πρόκειται για επιστημονικό λόγο.

Για το ειδικό λεξιλόγιο (αναφορές σε διαταραχές), όπως το *Teilleistungsstörungen*, χρειάστηκαν αναζητήσεις σε γερμανικές πηγές, κυρίως για την κατανόηση του ορισμού. Σύμφωνα με την πηγή *Kinder Jugendärzte im Netz*, στη συγκεκριμένη διαταραχή, εντοπίζονται δυσκολίες στη γραφή, την ανάγνωση και την αριθμητική, γι' αυτό επέλεξα στο μετάφρασμα τη Διαταραχή της Ανάγνωσης, καθώς περικλείει τέτοιου είδους μαθησιακές δυσκολίες.

Στο επόμενο κεφάλαιο 2.6.1, η πρώτη παράγραφος, αποτελείται από μια σειρά διαταραχών που υπάρχουν, σαν ορισμοί, αυτούσιοι στην ελληνική, όπως Διαταραχή Διαγωγής, (*Störung des Sozialverhaltens SSV*) και η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (*Oppositionelle Verhaltensstörung - ODD*). Αυτό που εντόπισα ύστερα από έρευνα, είναι πως στα ελληνικά οι συντομογραφίες προέρχονται από τους αγγλικούς ορισμούς. Έτσι αποφάσισα να εξηγήσω στην παρένθεση από που προκύπτουν αυτές οι συντομογραφίες. Μετέφρασα λοιπόν ως : η Διαταραχή Διαγωγής - CD (η συντομογραφία του Conduct Disorder) και η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή - ODD (*Oppositional Defiant Disorder*).

Ένα ακόμη ζήτημα που με απασχόλησε σε αυτή την παράγραφο, είναι η μετάφραση της πρότασης *Anhand einer Zwillingsstudie wurde eine gemeinsame genetische Basis für SSV, ODD und ADHS belegt*. Για να αποφύγω τους ορισμούς αυτών των διαταραχών, προτίμησα τις συντομογραφίες, οι οποίες όπως αναφέρθηκε παραπάνω, προέρχονται από την αγγλική. Απέφυγα να αναφέρω τις διαταραχές αυτές με την ελληνική τους ονομασία, τόσο γιατί απουσιάζουν οι συντομογραφίες, όσο και γιατί η ΔΕΠΥ είναι επίσης συντομογραφία και μάλιστα η πλήρης ονομασία αυτών των διαταραχών θα ήταν αρκετά μεγάλη ως προς την έκταση και βάσει πρωτοτύπου, κυριαρχούν οι συντομογραφίες. Οι ειδικές γλώσσες χρησιμοποιούν πληθώρα συντομευμένων όρων κυρίως για τη γλωσσική οικονομία. Με τη δημιουργία των συντομογραφημένων λέξεων, έχουμε επίσης την δυνατότητα “γλωσσικής δημιουργίας”. Με λίγα λόγια, πολύ συχνά οι συντομογραφημένες λέξεις- όταν έχουν πλέον εδραιωθεί- αφομοιώνονται πλήρως στο λεξιλόγιο της εκάστοτε γλώσσας και θεωρούνται πλέον ολοκληρωμένες λέξεις (Αναστασία Παριανού: 75). Επιπλέον, στην τελευταία πρόταση αυτής της παραγράφου, στο μετάφρασμα κυριαρχεί μια πολύ διαφορετική συντακτική δομή. Αποφεύχθηκε η κατά λέξη μετάφραση, λόγω ύπαρξης σταθερών εκφράσεων της γερμανικής. Αντ' αυτού, χρησιμοποιήθηκαν στρατηγικές και τεχνικές μετάφρασης, για το καλύτερο μεταφραστικό αποτέλεσμα, στηριζόμενο όμως πάντα στο Κείμενο Πηγή. Για παράδειγμα, η έκφραση *es ist umstritten*, δεν μεταφράστηκε κατά λέξη. Υπήρξε η προσθήκη της πρότασης : *υπάρχουν δύο διαφορετικές εκτιμήσεις για την εξέλιξή της*, για να μην εξηγήσω στην επόμενη πρόταση για ποιο λόγο είναι αμφιλεγόμενη η Διαταραχή Διαγωγής.

Στην επόμενη παράγραφο (*In einem Erklärungsansatz...- für eine SSV gesehen*) εντόπισα ειδικό λεξιλόγιο, *Erklärungsansatz* και *Risikofaktor*. Οι ορισμοί τους στην

ελληνική, είναι η *επεξηγηματική προσέγγιση* και ο *παράγοντας κινδύνου*. Η πρώτη μου κίνηση ήταν να τους αναζητήσω σε λεξικά, η δεύτερη μου κίνηση ήταν ο εντοπισμός αυτών σε ειδικά κείμενα, αντίστοιχου περιεχομένου, έτσι ώστε να το επιβεβαιώσω. Επίσης, η πρόταση αυτή, στο μετάφρασμα αποδόθηκε με διαφορετική δομή. Όσον αφορά το *häufiges komorbide Auftreten*, μεταφράστηκε με προσθήκη του ρήματος *είναι*, το υποκείμενο που επέλεξα είναι η συνύπαρξη, που με λίγα λόγια περιγράφει την συννοσηρότητα της ΔΕΠΥ με τη Διαταραχή Διαγωγής και διατήρησα το *häufig* (συνηθισμένος) ως κατηγορούμενο του υποκειμένου.

Μια ακόμη μεταφραστική πρόκληση της ίδιας παραγράφου, είναι η απόδοση του *funktionellen Einschränkungen*. Μπορεί πράγματι σαν ορισμός να υπάρχει καθαυτός στην ελληνική (λειτουργικοί περιορισμοί), όμως έκανα μια έρευνα σε ελληνικά κείμενα που αφορούν τη ΔΕΠΥ και γενικώς ψυχιατρικού περιεχομένου και δεν τον εντόπισα. Για να αποφύγω λοιπόν τυχόν διαφορετικά νοήματα ή κάποια σύγχυση, αποφάσισα να ψάξω τον γερμανικό ορισμό σε γερμανικά λεξικά και να μεταφράσω με επεξήγηση. Έτσι οδηγήθηκα στο μεταφραστικό αποτέλεσμα *περιορισμοί συμμετοχής σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής*.

Μια από τις πιο δύσκολες για μετάφραση παραγράφους, είναι η *In der ICD-10 Klassifikation...- Philipsen 2018* βάσει έκτασης, ειδικού λεξιλογίου και αναφορών από ειδικούς. Με μια πρώτη ματιά, ο ειδικός ορισμός ICD-10, χρήζει αναζήτησης και ανάλυσης. Οι ταξινομήσεις αυτές, αποτελούν αποκλειστικά μέρη της ψυχιατρικής και μάλιστα οι ορισμοί είναι διεθνείς. Έτσι αποφάσισα να προσθέσω και μια μικρή επεξήγηση για αυτή την ταξινόμηση (ταξινόμηση των Ψυχικών Διαταραχών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας). Ένα μεγάλο ζήτημα αποτέλεσε η έκφραση *Ort des Auftretens*. Αποφάσισα να την παραλείψω, καθώς στην ελληνική γλώσσα (τόπος εμφάνισης) ανήκει στον καθημερινό λόγο και δεν παραπέμπει τόσο στον επιστημονικό. Θα ήταν αρκετά αντίθετη ως προς το ειδικό λεξιλόγιο, στο οποίο περιορίστηκε η πρόταση (συμπτώματα, διαπροσωπικές δεξιότητες). Για την απόφαση της παράλειψης, προηγήθηκε σκέψη, καθώς δεν ήθελα να παραλείψω σημαντικά στοιχεία. Εφόσον το νόημα δεν απέχει και δεν αφαιρέθηκαν τόσο σημαντικά στοιχεία, οδήγηθηκα σε αυτή την μεταφραστική επιλογή.

Μια ακόμη προσθήκη που χρειάστηκε για την επεξήγηση μιας ακόμη ταξινόμησης πραγματοποιήθηκε ύστερα από αναζήτηση σε περαιτέρω ελληνικές πηγές (Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών - DSM-5). Κλείνοντας αυτή την παράγραφο, έγινε αναζήτηση για τους ορισμούς των διαταραχών *oppositionelles Trotzverhalten*, *antisoziale Persönlichkeitsstörung* (διαταραχή εναντιωματικής συμπεριφοράς, Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας).

Μια σημαντική μεταφραστική δυσκολία που συνάντησα, ήταν η απόδοση του *manifesten Störungen*. Η αναζήτηση σε περαιτέρω πηγές, ιατρικού, γλωσσολογικού περιεχομένου, ήταν απαραίτητη για την κατανόηση του ορισμού. Ωστόσο, στην ελληνική γλώσσα, δεν υπάρχει μια παγιωμένη λέξη/ έκφραση που αποδίδει το νόημα. Γι' αυτό προτίμησα να μεταφράσω ως *καθιστούν εμφανή τη διαταραχή*, καθώς σύμφωνα με την πηγή Prostate.de¹, το Manifest σημαίνει σίγουρο, βέβαιο,

¹ <https://www.prostate.de/lexikon/manifest>

χρησιμοποιείται στην ιατρική με την έννοια ότι η ασθένεια έχει αναγνωριστεί μέσω αποδείξεων όπως, οι εξετάσεις, τα συμπτώματα (<https://www.prostata.de/lexikon/manifest>).

Στη συνέχεια, για την επόμενη πρόταση (Απεναντίας, σε μια έρευνα (Levy, 2004) υποστηρίζεται πως η βάση των αιτιών δεν αποδεικνύει πως οι ασθενείς με ΔΕΠΥ είναι κατά κανόνα παρορμητικοί, απτόητοι και ευάλωτοι στην εμφάνιση Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής), μετά από μια σειρά επιθέτων (παρορμητικοί, απτόητοι), επέλεξα να προβώ σε δομικές αλλαγές και να μετατρέψω το ρήμα *entwickeln* σε επίθετο, το ευάλωτος, τόσο για τη συνέχεια παράθεσης επιθέτων, όσο και για την αποφυγή επανάληψης της έκφρασης : να εμφανίσει/ δημιουργηθεί ασθένεια. Στην ίδια παράγραφο, δεν εντοπίστηκαν ιδιαίτερες δυσκολίες.

Ένα σημείο που χρειάστηκε προσοχή ήταν η πρόταση *für die jeweils andere Erkrankung*. Προχώρησα σε δομικές αλλαγές και απέφυγα την κατά λέξη μετάφραση, γιατί θα δημιουργούσε ένα μπερδεμα στον αναγνώστη. Περιορίστηκα λοιπόν στη λέξη “αντίστοιχα”, για να διατηρήσω το *jeweils* και δημιούργησα την πρόταση : *Η ύπαρξη της ΔΕΠΥ θέτει εκ των προτέρων υψηλό κίνδυνο για την εμφάνιση κατάθλιψης ή και αντίστοιχα*. Στην ίδια παράγραφο, έγιναν ορισμένες αλλαγές σε επίπεδο δομής ή λέξεων, έτσι ώστε να αποφευχθεί η κατά λέξη μετάφραση, καθώς σκοπός ήταν η μεταφορά του νοήματος, πιστή πάντα στη βάση του πρωτοτύπου. Ένα μικρό παράδειγμα είναι η μετάφραση της λέξης *Autoren*. Μετέφρασα ως *ειδικοί*, καθώς η πιστή μεταφορά “συγγραφείς” δεν παραπέμπει σε επιστημονικό λόγο, αλλά κυρίως σε λογοτεχνία. Η επιλογή αυτή, αποτελεί πιο γενικό όρο, δηλαδή ειδικοί επί του θέματος.

Στη μετάφραση της πρότασης *Insbesondere die manische Facette ähnelt der ADHS-Symptomatik sehr*, η μετατροπή κρίθηκε απαραίτητη μεταφραστική στρατηγική. Ενώ το ρήμα *ähneln*, θα μπορούσε να μεταφραστεί στα ελληνικά ως έχει (μοιάζει), προτίμησα να χρησιμοποιήσω το επίθετο πανομοιότυπος, με την προσθήκη του “σχεδόν”, για να καλύψω και να μην παραφράσω το σημασιολογικό περιεχόμενο του ρήματος *ähneln*.

Μια δυσκολία στη συνέχεια, εντόπισα στην πρόταση *Ein hilfreiches differentialdiagnostisches Unterscheidungsmerkmal ist die Frequenz und der Schweregrad, mit denen diese auftreten*. Το ειδικό λεξιλόγιο (differentialdiagnostisches, Unterscheidungsmerkmal), για να το κατανοήσω, το έψαξα σε περαιτέρω πηγές, όμως στη μετάφραση, έκρινα απαραίτητες κάποιες παραλείψεις και κάποιες προσθήκες, ώστε να αποδοθεί πλήρως το νόημα, σε συνδυασμό με το ειδικό λεξιλόγιο. Έτσι, ακολούθησαν οι εξής αλλαγές : *Η διάκριση των δύο διαταραχών προκύπτει μέσω διαφορικής διάγνωσης - Ein hilfreiches differentialdiagnostisches Unterscheidungsmerkmal*. Οι πληροφορίες που πρόσθεσα είναι η επεξήγηση του ρόλου της διαφορικής διάγνωσης, ενώ παρέλειψα τις λέξεις *hilfreich* και *Unterscheidungsmerkmal*, καθώς θα ήταν περιττές. Τις δύο τελευταίες προτάσεις της παραγράφου τις ένωσα με το *ενώ*, γιατί χρησιμοποίησα δύο φορές την έκφραση στην περίπτωση (1η: στην περίπτωση της ΔΕΠΥ και τη διπολικής κατάθλιψης, 2η: στην περίπτωση της διπολικής διαταραχής), για να αποφύγω την επανάληψη χωρίς συνοχή.

Για τη μετάφραση του *Tic-Störung*, υπήρξε η προσθήκη πληροφορίας, δηλαδή : νευρολογική διαταραχή. Η επιλογή αυτή έγινε, καθώς σε όλη την έκταση της εργασίας γίνεται λόγος για διαταραχές και θεώρησα πως η προσθήκη αυτή είναι περισσότερο προσδιοριστική.

Η πρόταση του κειμένου πηγή, *Neurobiologisch nimmt man bei beiden Störungen eine Fehlfunktion im mesolimbischen und mesokortikalen Dopamin- und Serotonin-Stoffwechsel an*, περιλαμβάνει σε μεγάλο βαθμό ειδικό λεξιλόγιο. Η μετάφρασή της, χρειάστηκε εκτός από τις μεταφραστικές διαδικασίες και μεγάλη αναζήτηση του λεξιλογίου και κατανόηση. Συνεπώς, το μεταφραστικό αποτέλεσμα στηρίχθηκε σε ελληνικές πηγές, όπου εντόπισα το μεσολομυϊκό και μεσοφλοιώδη μεταβολισμό.

Όσον αφορά το *Familiäre Häufungen*, στην ελληνική, περιγράφει την κληρονομικότητα των ασθενειών. Συνεπώς η δομή της μεταφρασμένης πρότασης απέχει σημαντικά από αυτή του κειμένου πηγή. Οι διαταραχές έγιναν υποκείμενα της πρότασης και επέλεξα το επίθετο κληρονομικές. Η κληρονομικότητα και οι κληρονομικές ασθένειες είναι ορισμοί που συναντάμε σε ελληνικά κείμενα επιστημονικού περιεχομένου.

Signifikant mehr ADHS beeinträchtigte Kinder leiden im Vergleich zu gesunden Kindern unter Enuresis (32 % vs. 14 %), η συγκεκριμένη πρόταση μεταφράστηκε με διαφορετική δομή, όπου παραλήφθηκε το επίθετο *gesunden* και περιορίστηκα στην επιλογή *Τα παιδιά με και χωρίς ΔΕΠΥ*, καθώς η ελληνική απόδοση του *gesund* (υγιής) ίσως παρέπεμπε σε άλλου είδους αναφορές.

Σε λεξιλογικό επίπεδο, το *Therapierfolge*, μεταφράστηκε περιφραστικά και με διαφορετικό τρόπο, τόσο ως προς την μετατροπία (από ουσιαστικό σε επίθετο, το ανεπιτυχής) όσο και ως προς περιεχόμενο (*Erfolge*- θετική χροιά, ανεπιτυχής- αρνητική χροιά).

Στην επόμενη ενότητα με τίτλο *Komorbidität im Erwachsenenalter*, υπήρξαν ορισμένες τροποποιήσεις στη μετάφραση, ως προς τη δομή, κυρίως και λιγότερο ως προς το λεξιλόγιο. Η έκφραση *ein erhöhtes Risiko*, μετατράπηκε σε *επικείμενος κίνδυνος*, καθώς σε προηγούμενες παραγράφους του μεταφράσματος συναντάμε την αντίστοιχη έκφραση “μεγάλος κίνδυνος”. Η επιλογή του επικείμενος, καλύπτει το νόημα και δεν απέχει ιδιαίτερα ως προς τη σημασία. Στη συνέχεια, επέλεξα να προσθέσω ορισμένες λέξεις, έτσι ώστε να μεταφράσω το *Kinder haben ADHS-Patienten*, παρά να περιοριστώ στην έκφραση “ Τα παιδιά με ΔΕΠΥ”, καθώς υπάρχει αρκετή επανάληψη σε μεγάλο τμήμα του μεταφράσματος. Μετέφρασα λοιπόν ως εξής : τα παιδιά που πάσχουν από ΔΕΠΥ.

Η επόμενη πρόταση, για να είναι δόκιμη στην ελληνική γλώσσα, δέχθηκε ορισμένες αλλαγές ως προς το συντακτικό. Ενώ στο πρωτότυπο, το υποκείμενο είναι η Διαταραχή SSV, στο μετάφρασμα υποκείμενο είναι η εμφάνιση της ΑΔΠ (προτίμησα τη συντομογραφία, όπως στο πρωτότυπο), με το *verantwortlich ist* να μεταφράζεται και να μετατίθεται σε “οφείλεται” και η Διαταραχή Διαγωγής (SSV), έγινε το ποιητικό αίτιο.

Στη συνέχεια οι λέξεις *Alkoholmissbrauch, Nikotinabusus* και *Drogenmissbrauch* μεταφράζονται ως κατάχρηση αλκοόλ, κατάχρηση νικοτίνης και κατάχρηση

ναρκωτικών ουσιών. Για την αποφυγή επανάληψης επέλεξα να μεταφράσω ως *Όσον αφορά τις καταχρήσεις, του αλκοόλ...-της νικοτίνης... των ναρκωτικών ουσιών*. Στην ίδια πρόταση συνάντησα και ειδικό λεξιλόγιο, το *Vergleichgruppen*. Η μετάφραση αυτής της λέξης χρειάστηκε αρκετή έρευνα, κυρίως γιατί δεν είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στην ελληνική. Έτσι αναζήτησα τον ορισμό σε γερμανικά λεξικά και διάφορες ιστοσελίδες. Ο ρόλος αυτής της ομάδας αντιστοιχεί στην ελληνική ‘‘ομάδα ελέγχου’’. Για να επιβεβαιώσω τον ορισμό έψαξε και σε ελληνικές ιατρικές πηγές.

Ένα σημείο που πρόσεξα ιδιαίτερα ήταν η απόδοση του *den Weg zur Sucht erleichtern*. Τόσο η συγκεκριμένη απόδοση, όσο και η πρόταση, χρειάστηκαν δομικές αλλαγές. Στο κείμενο στόχο αποφάσισα να παραθέσω δύο ρήματα (αποτελεί, καθιστά) έτσι ώστε να εξηγήσω ποιος είναι ο ρόλος της ΔΕΠΥ και στη συνέχεια παρέθεσα τα παραδείγματα των επιρροών (συνομήλικοι και εξαρτημένοι από ουσίες γονείς).

Στην πρόταση *Wie bei der unipolaren Depression ähnen sich auch die Krankheitsbilder der ADHS und der biopolaren Störung wie oben aufgeführt in vielen Symptomen die differentialdiagnostisch betrachtet werden müssen*, χρειάστηκαν ορισμένες αλλαγές για να γίνει ευκολότερη η μετάφραση στο κείμενο στόχο. Το Krankheitsbilder, μετατράπηκε στο επίρρημα ‘‘κλινικά’’, έτσι ώστε να εξηγήσω πως η ΔΕΠΥ και η Διπολική Διαταραχή μοιάζουν κλινικά. Η πρώτη έκφραση του κειμένου πηγή *Wie bei der unipolaren Depression*, μετατέθηκε στο τέλος της πρότασης του κειμένου στόχου.

Στην επόμενη περίοδο, καθώς δεν εντοπίστηκαν δυσκολίες, προχώρησα μόνο σε μετατροπία, δηλαδή τον *findet man*, που ενώ η απρόσωπη σύνταξη στα γερμανικά είναι πολύ συχνό γραμματικό φαινόμενο, στα ελληνικά δεν το συνηθίζουμε και μάλιστα είναι πιο απλός ο λόγος και όχι επιστημονικός, γι’ αυτό προτίμησα την παθητική φωνή *παρέχονται*.

Ένα αρκετά ενδιαφέρον ζήτημα αποτέλεσε η μετάφραση του Restless-Leg-Syndrom (RLS). Σύμφωνα με γερμανικές πηγές², η ονομασία νόσος Ekbom (Ekbom Disease) επρόκειτο να καθιερωθεί ως ονομασία αντί του Συνδρόμου Ανήσυχων Ποδιών-RLS. Η ύπαρξη όμως ενός συνδρόμου με την ίδια ονομασία (Ekbom Syndrome) αποτέλεσε εμπόδιο στη νέα ονομασία, αλλά και ο ίδιος ο ορισμός Restless-Leg είναι παραπλανητικός, καθώς δεν επηρεάζονται μόνο τα πόδια, αλλά και τα χέρια και ο κορμός. Ο Γερμανός καθηγητής νευρολογίας Wolfgang Oertel, απάντησε περί ορισμού πως στην Ευρώπη θα διατηρηθεί ο ορισμός RLS. Για την απόδοση στο κείμενο στόχο, επέλεξα το Σύνδρομο Ανήσυχων Άκρων και όχι Ποδιών (καθώς υπάρχουν και οι δύο ορισμοί στην ελληνική), καθώς αυτός επικρατεί σε επιστημονικά-ιατρικά κείμενα.

Στη συνέχεια, για το *zerebraler Eisenmangel*, προτίμησα να μεταφράσω ως έλλειψη σιδήρου, που είναι αρκετά γνωστή έκφραση στην ελληνική. Πρόσθεσα μια πληροφορία σε παρένθεση, από ελληνικές πηγές ιατρικού περιεχομένου, ότι ο σίδηρος είναι απαραίτητος για την υγιή λειτουργία του εγκεφάλου, για να μην παραλείψω το *zereblar* (εγκεφαλικός).

² <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0031-1293581>

Η πρόταση *Im Gegensatz zu ADHS wird beim RLS jedoch ein extrazellulärer Dopamin-Überschuss durch eine Downregulation der Dopaminrezeptoren angenommen*, περιέχει σε πολύ μεγάλο βαθμό ειδικό λεξιλόγιο: extrazellulärer Dopamin-Überschuss, Downregulation και Dopaminrezeptor. Πριν μεταφράσω, έψαξα σε γερμανικές σελίδες ιατρικού περιεχομένου, έτσι ώστε να καταλάβω περί τίνος πρόκειται. Για να επιβεβαιώσω τους ορισμούς, έψαξα σε ελληνικές ιστοσελίδες αντίστοιχου περιεχομένου.

Η πρώτη πρόταση του κεφαλαίου 2.7, δεν δέχτηκε μεγάλες αλλαγές. Προτίμησα να την ενώσω με την αμέσως επόμενη. Έτσι, αντικατέστησα το *Hierzu gehört* με το δηλαδή και έδωσα την επεξήγηση, για τον κλινικό τρόπο με τον οποίο διαγιγνώσκεται η ΔΕΠΥ.

Οι ονομασίες των οργανισμών χρειάστηκαν αναζήτηση, εκτός από τις ελληνικές και γερμανικές πηγές και από τις αγγλικές, καθώς πρόκειται για διεθνείς οργανισμούς, οι οποίοι είναι γνωστοί κυρίως από τις ονομασίες στα αγγλικά. Στα γερμανικά η ονομασία της *Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας*, είναι ευρέως διαδεδομένη με την αγγλική *American Psychiatric Association* και λιγότερο γνωστή είναι η γερμανική ονομασία *Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft*. Στη γλώσσα μας, η ελληνική ονομασία είναι η επικυρωμένη (*Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία*) και σε παρένθεση κράτησα την αγγλική. Ενώ πολλές φορές συνάντησα και την *Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση*, προτίμησα να μεταφράσω ως *Εταιρεία*, καθώς αυτός ο ορισμός συναντάται στις ταξινομήσεις και μάλιστα απαντά στην συντομογραφία APA. Οι ειδικές γλώσσες, όπως των διεθνών οργανισμών χρησιμοποιούν πληθώρα συντομογραφιών.

Στον πίνακα 1, με τις 18 προτάσεις συμπτωμάτων και κριτηρίων της ΔΕΠΥ, αποφάσισα να παραλείψω όσο μπορούσα τα ρήματα, καθώς στα ελληνικά δεν συνηθίζονται σε τίτλους και προχώρησα σε αλλαγές, έτσι ώστε το μετάφρασμα να ανταποκρίνεται στη γλώσσα στόχο και να μην απέχει σημαντικά από το πρωτότυπο. Για παράδειγμα, το ρήμα *Beachten häufig nicht* της πρώτης πρότασης, μεταφράστηκε ως ελλιπής προσοχής. Στη συνέχεια, στον ίδιο πίνακα η πρόταση *Scheinen häufig nicht zuzuhören*, δεν μπορούσε να μεταφραστεί με άλλο τρόπο και γι' αυτό το λόγο διατήρησα και στο μετάφρασμα το ρήμα. Υπήρξαν επίσης ορισμένες μετατροπές, οι οποίες με βοήθησαν να δημιουργήσω ένα δόκιμο μετάφρασμα στην ελληνική, π.χ. *vergesslich*: επίθετο, αμέλεια: ουσιαστικό, δύο διαφορετικές λέξεις, με το ίδιο όμως σημασιολογικό περιεχόμενο.

Στον πίνακα με τίτλο *Hyperaktivität und Impulsivität*, ακολούθησα την ίδια τακτική, με την αποφυγή ρημάτων. Περιορίστηκα σε μικρότερες προτάσεις, με μετατροπία του ρήματος σε ουσιαστικό και μάλιστα οδηγήθηκα σε παραλείψεις, οι οποίες θα ήταν περιττές στο κείμενο στόχο π.χ. παρέλειψα το *Motor* και προτίμησα τη διατήρηση του νοήματος, μεταφράζοντας ως *Υπερβολική κινητικότητα*.

Η μεγάλη περίοδος *DSM-5 unterscheidet bei der Diagnosestellung zwischen drei Subtypen (Tabelle 2): ADHS mit überwiegender Unaufmerksamkeit (314.00), mit überwiegender Impulsivität und Hyperaktivität (314.01) und ADHS vom kombinierten Typ (314.02). Des Weiteren wird zwischen einer milden, moderaten, schweren und teilweise remittierenden ADHS unterschieden. Zu letzterem Typ werden Patienten gezählt, die zwar in jüngerem Alter allen Diagnosekriterien entsprachen, bei denen in den letzten 6 Monaten jedoch eine Partialremission eingetreten ist*, περιέχει ειδικό

λεξιλόγιο σε μεγάλο βαθμό, που αφορά τις ταξινομήσεις και τους τύπους της ΔΕΠΥ. Προτίμησα να μην μεταφράσω κατά λέξη, αλλά να κατανοήσω πρώτα τον ορισμό στα γερμανικά και ύστερα να επεκταθώ σε ελληνικές πηγές, με σκοπό να ερευνήσω πως έχουν επικυρωθεί αυτοί οι ορισμοί στην ελληνική.

Όσον αφορά την παράγραφο *Nach ICD-10 wird die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0) von der Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F90.1) unterschieden. Erstere entspricht dem kombinierten Typen nach DSM-5, der zugleich auch der häufigste ist. Letztere ist eine Kombination aus ADHS und einer Störung des Sozialverhaltens, deren Diagnose, wie oben bereits erwähnt, bis zum 18. Lebensjahr gestellt werden kann und die in höherem Alter in eine Persönlichkeitsstörung übergehen kann (Rösler et al. 2008). F90.8 und F90.9 sind Kategorien, die nur verwendet werden sollten, wenn eine eindeutige Zuordnung zu F90.0 oder F90.1 nicht möglich ist (Dilling et al. 2011)*, έκρινα πως έπρεπε πρώτα να μελετήσω τις ταξινομήσεις σε ελληνικές πηγές και να μην μεταφράσω τις διαταραχές κατά λέξη, καθώς οι ταξινομήσεις αυτές έχουν μεταφραστεί στην ελληνική και έχουν επικυρωθεί.

Η ονομασία AWMF αποτελεί συντομογραφία του *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften*. Πρόκειται λοιπόν για έναν εξ' ολοκλήρου γερμανικό ορισμό, ο οποίος όμως δεν έχει μεταφραστεί επισήμως. Έτσι αποφάσισα να διατηρήσω την συντομογραφία και να προσθέσω μια μικρή επεξήγηση.

Αποφάσισα να προχωρήσω σε μία ακόμη παράλειψη, αυτή του *retrospektiv*. Σαν ορισμός στην ελληνική υπάρχει η *αναδρομική θεραπεία*, ο μοναδικός δηλαδή ορισμός που περιλαμβάνει το επίθετο αναδρομικός, όμως για να μην παραφράσω το κείμενο και μιας η λέξη "αναδρομικά" στην ελληνική δε συνοδεύεται ποτέ με τη λέξη συμπτώματα, οδηγήθηκα σε αυτή την επιλογή. Αντ' αυτού χρησιμοποίησα το επίθετο "ειδικά".

Η Κλίμακα Αξιολόγησης Wender Utah, χρησιμοποιείται στα ελληνικά ως ορισμός και πρόκειται για ένα σύστημα διάγνωσης της ΔΕΠΥ σε ηλικία 5 έως 17. Σε αντίθεση με το κείμενο πηγή, όπου χρησιμοποιείται ο αγγλικός ορισμός *Wender Utah Rating Scale*, στο κείμενο στόχο διατήρησα τον ορισμό ως έχει στην ελληνική με την αγγλική του συντομογραφία.

Η πρώτη πρόταση, της τελευταίας παραγράφου του 2.7 αποτελείται σαφώς από ειδικό λεξιλόγιο. Για ακόμη μια φορά, αναζήτησα τους ορισμούς στα ελληνικά και για την επιβεβαίωση, αναζήτησα σε ελληνικές πηγές. Στις πηγές αυτές, χρησιμοποιούνταν οι αγγλικές συντομογραφίες, τις οποίες διατήρησα επίσης στο μετάφρασμα.

Σε όλη την έκταση του κεφαλαίου 2.8, απέφυγα όσο μπορούσα την κατά λέξη μετάφραση. Σε αυτή την περίπτωση το νόημα θα ήταν κατανοητό, όμως ο λεξιλογικός 'χρωματισμός' θα ήταν φτωχός. Γι' αυτό προτίμησα να προβώ σε μεταφραστικές τεχνικές, κυρίως προσθήκες και μετατροπία. Το νόημα του μεταφράσματος δεν παρερμηνεύτηκε, στηρίχθηκε σε ελληνικές εκφράσεις, που είναι περισσότερο δόκιμες.

Στην πρώτη πρόταση του κεφαλαίου 2.8.1.1 μετέφρασα το *Elterntherapien* με επεξήγηση, καθώς η κατά λέξη μετάφραση θα ήταν λανθασμένη επιλογή, μιας και στην ελληνική υπάρχει ο ορισμός *γονική θεραπεία*, που όμως δε σχετίζεται με το παρόν θέμα.

Επιπλέον παρέλειψα τη μετάφραση του *erkrankten*, γιατί η μετάφρασή του ‘άρρωστος’, στην ελληνική δεν ανταποκρίνεται στους πάσχοντες διαταραχών.

Ένα σημείο το οποίο δεν αφορούσε ειδικό λεξιλόγιο, αλλά περισσότερο σε επίπεδο πολιτισμού, ήταν η μετάφραση του *Pädagogen im Kindergarten und in der Schule*. Για να μην αναλύσω τις σχολικές βαθμίδες, δεδομένου ότι πρόκειται για διαφορά μεταξύ των δύο πολιτισμών, αποφάσισα να μεταφράσω ως εκπαιδευτικοί όλων των σχολικών βαθμίδων, για να καλύψω το νόημα και να μην απέχω σε μεγάλο βαθμό όσον αφορά το λεξιλογικό επίπεδο.

Ολοκληρώνοντας τη μετάφραση, καταλήγω στο συμπέρασμα πως δεν αρκεί μόνο η κατανόηση του λεξιλογίου. Το επιστημονικό ύφος καθιστά τη μεταφραστική διαδικασία όλο και πιο δύσκολη, καθώς πρέπει να ληφθούν υπόψη τόσο οι γραμματικές και λεξιλογικές απαιτήσεις, όσο και οι πολιτισμικές. Το θέμα της εργασίας είναι οι ψυχικές διαταραχές, οι οποίες σε παγκόσμιο μάλιστα επίπεδο έχουν μελετηθεί και μεταφραστεί σε κάθε γλώσσα. Συνεπώς, πολλές από τις διαταραχές, τα συμπτώματα, τις ταξινομήσεις έχουν μεταφραστεί με τρόπο, που τις καθιστά επικυρωμένες στην εκάστοτε γλώσσα και δεν δέχονται τροποποίηση. Για το λόγο αυτό, οι περαιτέρω έρευνες σε ελληνικές πηγές, ειδικού περιεχομένου, ήταν σαφώς απαραίτητες, για την επιβεβαίωση των ορισμών, καθώς μια ‘απλή’ μετάφραση κατά λέξη, ενδεχομένως να απείχε σημαντικά από το νόημα. Επιπλέον, οι μεταφραστικές τεχνικές- στρατηγικές, κινήθηκαν κυρίως στο γραμματικό επίπεδο, για να υπάρξει ένα δόκιμο στην ελληνική μετάφρασμα. Τέλος, οι διαφορές ανάμεσα στο γερμανικό και ελληνικό πολιτισμό, επειδή είναι εμφανείς, προτίμησα να μεταφράσω με τρόπο που δεν μπερδεύει τον αναγνώστη, αλλά τον διευκολύνει ως προς την κατανόηση, με οικεία για αυτόν στοιχεία.

Γλωσσάρι

Angsstörung (f.)	Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή	Educalingo.com
Antisoziale Persönlichkeitsstörung (f.)	Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας	Therapie.de Galinos.gr
Aufmerksamkeitsdefizit Hyperaktivitätsstörung (f.)	Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα	De.greeklex.net
Autistische Störung (f.)	Αυτιστική Διαταραχή	De.greeklex.net
Bipolare Störung (f.)	Διπολική Διαταραχή	De.greeklex.net
Bronchiales Asthma (n.)	Βρογχικό Άσθμα	Cegla.de
Dopaminrezeptor (m.)	Υποδοχέας ντοπαμίνης	Flexicon.doccheck.com Sciencebehind.gr
Downregulation (f.)	Μειορρύθμιση	Flexicon.doccheck.com

		Collinsdictionary.com Lexilogia.gr
Drogenmissbrauch (m.)	Κατάχρηση ουσιών	De.greeklex.net
Eisen (n.)	Σίδηρος	De.greeklex.net
Entwicklungsstörung (f.)	Αναπτυξιακή Διαταραχή	De.greeklex.net
Enuresis (f.)	Ενούρηση	De.greeklex.net
Erklärungsansatz (m.)	Επεξηγηματική Προσέγγιση	Langenscheidt.com Medisyn.eu Scribbr.com
Fehlfunktion (f.)	Δυσλειτουργία	De.greeklex.net
Funktionelle Einschränkung (f.)	Λειτουργικός Περιορισμός	Medscape.com Energypress.gr
Impulsivität (f.)	Παρορμητικότητα	De.greeklex.net
Klassifikation (f.)	Ταξινόμηση	De.greeklex.net
Komorbidität (f.)	Συννοσηρότητα	Flexicon.doccheck.com Mednet.gr
Monopolare Depression (f.)	Μονοπολική Κατάθλιψη	Leitlinien.de Veresiesclinic.com
Motorische Funktion (f.)	Κινητική Διαταραχή	De.greeklex.net
Neurobiologisch	Νευροβιολογικός	De.greeklex.net
Nikotinabusus (m.)	Κατάχρηση νικοτίνης	De.greeklex.net
Oppositionelle Verhaltensstörung (f.)	Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή	Mayoclinic.com Msdmanuals.com Proseggisi.gr
Prävalenz (f.)	Επιπολασμός	Flexicon.doccheck.com Efsa.europa.eu
Psychopathologie (f.)	Ψυχοπαθολογία	Researchgate.gr
Psychosozial	Ψυχοκοινωνικός	Flexicon.doccheck.com
Restless-Legs-Syndrom (n.)	Σύνδρομο των Ανήσυχων Άκρων	Mayoclinic.com Neurologos.gr
Risikofaktor (m.)	Παράγοντας Κινδύνου	Collinsdictionary.com Oncologist-athens.gr
Selbsttherapie (f.)	Αυτοθεραπεία	De.greeklex.net
Schlafstörung (f.)	Διαταραχή Ύπνου	De.greeklex.net
Somatische Erkrankung (f.)	Σωματική Διαταραχή	De.greeklex.net

Störung des Sozialverhaltens (f.)	Διαταραχή Διαγωγής	Therapie.de Psychology.gr
Tic-Störung (f.)	Διαταραχή Τικ	De.greeklex.net
Unipolare Depression (f.)	Μονοπολική Κατάθλιψη	Leitlinien.de Veresiesclinic.com
Zerebral	Εγκεφαλικός	De.greeklex.net

Βιβλιογραφία

- Lorenz, A.T. (no date) *Korrelation zwischen Funktionellen Beeinträchtigungen und psychopathologischen Dimensionen Bei adulten ADHS-Patienten*, Google. Available at: https://books.google.gr/books/about/Korrelation_zwischen_funktionellen_Beein.html?id=MrFCzgEACAAJ&redir_esc=y (Accessed: March 2023).
- Παριανού Α. (17/05/2023) *Ειδική Μετάφραση και Διαπολιτισμική Επικοινωνία*.
- *Startseite* (no date) *Duden*. Available at: <https://www.duden.de/> (Accessed: June 2023).
- *Universitätsklinikum Köln (aör)* (no date) *ADHS*. Available at: <https://www.zentrales-adhs-netz.de/> (Accessed: April 2023).
- *Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ohne Hyperaktivität* (no date) *ADHS Deutschland e. V.* Available at: <https://www.adhs-deutschland.de/adhs-adhs-ads/das-aufmerksamkeitsdefizitsyndrom-ohne-hyperaktivitaet> (Accessed: April 2023).
- SE, S.K. (no date) *Adhs bei Erwachsenen, Behandlung und Therapie*. Available at: <https://www.schoen-klinik.de/adhs-bei-erwachsenen/behandlung> (Accessed: April 2023).
- Daniel Brandeis, R.H. (2021) *Biomarker in der Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, pädiatrie schweiz*. Available at:

<https://www.paediatricschweiz.ch/biomarker-in-der-diagnostik-der-aufmerksamkeitsdefizit-hyperaktivitaetsstoerung/> (Accessed: April 2023).

- SE, S.K. (no date b) *Neuropädie, unsere Behandlungsangebote - Schön Klinik*. Available at: <https://www.schoen-klinik.de/neuropaediatrie> (Accessed: April 2023).
- *Autismus und asperger-syndrom* (no date) *Gesundheitsportal*. Available at: <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/psyche/autismus-asperger.html> (Accessed: April 2023).
- *Was Kann Kindern und Jugendlichen mit ADHS Helfen?* (no date) *gesundheitsinformation.de*. Available at: <https://www.gesundheitsinformation.de/was-kann-kindern-und-jugendlichen-mit-adhs-helfen.html> (Accessed: April 2023).
- Stoll, J. (2018) *Aufmerksamkeits-defizits-hyperaktivitäts-störung (ADHS)*, Umweltbundesamt. Available at: <https://www.umweltbundesamt.de/themen/gesundheit/umweltmedizin/aufmerksamkeits-defizits-hyperaktivitaets-stoerung> (Accessed: April 2023).
- Junglas Hallo Petra, R. (2022) *ADHS - Symptome, Ursachen, Diagnose und Behandlung Einfach Erklärt., Concentrix®*. Available at: <https://www.concentrix.eu/magazin/adhs-symptome-ursachen-diagnose-behandlung/> (Accessed: April 2023).
- *Lexilogia forums* (no date) *Lexilogia Forums*. Available at: <https://www.lexilogia.gr/> (Accessed: April 2023).
- Charissis, L. (no date) *Entdecke Greeklex, Greeklex.net*. Available at: <https://de.greeklex.net/> (Accessed: April 2023).
- *Langenscheidt online dictionaries* (no date) *dictionary*. Available at: <https://en.langenscheidt.com/> (Accessed: April 2023).
- (No date) *Medisyn*. Available at: <https://www.medisyn.eu/> (Accessed: April 2023).
- *Your path to academic success* (2023) *Scribbr*. Available at: <https://www.scribbr.com/> (Accessed: April 2023).
- *Medscape Medical News July 6, 2023 et al.* (no date) *Today on medscape, Latest Medical News, Clinical Trials, Guidelines - Today on Medscape*. Available at: <https://www.medscape.com/> (Accessed: April 2023).
- *Home* (no date) *MEDNET*. Available at: <https://www.mednet.gr/> (Accessed: July 2023).
- (No date) *Veresies Medical Center*. Available at: <https://veresiesclinic.com/> (Accessed: April 2023).
- *Startseite* (no date) *Leitlinien.de*. Available at: <https://www.leitlinien.de/> (Accessed: April 2023).
- (No date) *Veresies Medical Center*. Available at: <https://veresiesclinic.com/el> (Accessed: April 2023).
- *No. 1 hospital in the nation* (no date) *Mayo Clinic*. Available at: <https://www.mayoclinic.org/> (Accessed: April 2023).
- *The trusted provider of medical information since 1899* (no date) *The Trusted Provider of Medical Information since 1899*. Available at: <https://www.msmanuals.com/> (Accessed: April 2023).
- *Αρχική* (2021) *ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ Εταιρεία Ειδικής Αγωγής*. Available at: <https://proseggisi.gr/> (Accessed: April 2023).

- Home (2021) European Food Safety Authority. Available at: <https://www.efsa.europa.eu/en> (Accessed: April 2023).
- Find and share research (no date) ResearchGate. Available at: <https://www.researchgate.net/> (Accessed: April 2023).
- Νευρολόγος Ανδρέας Μούσπρης, MD, MSC (no date) Ανδρέας Μούσπρης Νευρολόγος, MSc - Neyrologos.gr. Available at: <https://neyrologos.gr/> (Accessed: April 2023).
- Volkskrankheit Depression (no date) Psychotherapie-Portal und Therapeutensuche. Available at: <https://www.therapie.de/psyche/info/> (Accessed: April 2023).
- Ψυχολογία, Ψυχοθεραπεία, Ψυχική Υγεία (no date) Ψυχολογία. Available at: <https://www.psychology.gr/> (Accessed: April 2023).
- Admin (no date) Καλώς ήρθατε στο “science behind”, Science Behind.gr. Available at: <https://sciencebehind.gr/> (Accessed: April 2023).
- GmbH, D.C. (no date) Medizinwissen Suchen, knowhow teilen, DocCheck Flexikon. Available at: <https://flexikon.doccheck.com/de/Hauptseite> (Accessed: April 2023).
- Collins online dictionary: Definitions, thesaurus and translations (no date) Collins Online Dictionary | Definitions, Thesaurus and Translations. Available at: <https://www.collinsdictionary.com/> (Accessed: April 2023).
- (No date) Pschyrembel online. Available at: <https://www.pschyrembel.de/funktionelle%20Einschr%C3%A4nkung/S00P4> (Accessed: May 2023).
- Paidiatriki.gr " Διαταραχή Ελλειμματικής προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ): Κλινική εικόνα, διάγνωση και αντιμετώπιση (no date) paidiatriki Comments. Available at: https://www.paidiatriki.gr/diataraxi_elleimmatikis_prosoxis_a_yperkinitikotitas_dep_y_kliniki_eikona_diagnosi_kai_antimetopisi/ (Accessed: May 2023).
- Νόσος ICD-10: F90.1 Υπερκινητική διαταραχή της συμπεριφοράς (no date) Γαληνός - Νόσος ICD-10 - F90.1: Υπερκινητική διαταραχή της συμπεριφοράς. Available at: <https://www.galinos.gr/web/drugs/main/icdcodes/F90.1> (Accessed: May 2023).
- Cherry, K. (no date) Η ομάδα ελέγχου στο Ψυχολογικό Πείραμα. Available at: <https://el.reoveme.com/%CE%B7-%CE%BF%CE%BC%CE%AC%CE%B4%CE%B1-%CE%B5%CE%BB%CE%AD%CE%B3%CF%87%CE%BF%CF%85-%CF%83%CF%84%CE%BF-%CF%88%CF%85%CF%87%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CF%8C/> (Accessed: May 2023).
- Συντάκτης: ΚΕ.Δ.Α.Σ.Υ. Περισσότερες (no date) Η επίδραση της ΔΕΠ-Υ στην ζωή του ατόμου, 2 ΚΕ.Δ.Α.Σ.Υ. Δ' ΑΘΗΝΑΣ. Available at: <https://blogs.sch.gr/2kesydath/2021/05/10/i-epidrasi-tis-dep-y-stin-zoi-toy-atomoy/> (Accessed: May 2023).
- Schwarzes Brett (2011) physiopraxis. Available at: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0031-1293581> (Accessed: July 2023).

