



ΕΘΝΙΚΟ & ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Διερεύνηση της ύπαρξης εποπτικής καθοδήγησης (coaching) σε  
ενήλικα άτομα με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και  
Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ)**

**Μεταπτυχιακή φοιτήτρια: ΠΗΝΕΛΟΠΗ ΑΛΕΞΙΟΥ**

(Α.Μ. 20161141)

**Επιβλέπων Καθηγητής: ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ,**

Καθηγητής Ψυχιατρικής

ΑΘΗΝΑ, 2019

Το παρόν δοκίμιο αποτελεί διπλωματική εργασία που συντάχτηκε στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών με τίτλο: «Προαγωγή Ψυχικής Υγείας – Πρόληψη Ψυχιατρικών Διαταραχών» της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και υποβλήθηκε το Σεπτέμβριο του 2019.

Η συγγραφέας βεβαιώνει ότι το περιεχόμενο του παρόντος έργου είναι αποτέλεσμα προσωπικής εργασίας και ότι έχει γίνει η κατάλληλη αναφορά στην εργασία τρίτων, όπου κάτι τέτοιο ήταν απαραίτητο, σύμφωνα με τους κανόνες της ακαδημαϊκής δεοντολογίας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) αποτελεί μία Νευροαναπτυξιακή Διαταραχή, η οποία εντοπίζεται κυρίως στην παιδική ηλικία αλλά συνεχίζει στα 2/3 των ασθενών και στην ενήλικη ζωή. Η θεραπευτική παρέμβαση που ακολουθείται πριν και μετά την ενηλικίωση του ασθενούς οφείλει να είναι πολυεπίπεδη ώστε να αντιμετωπίζει τις λιγότερες δυνατές προκλήσεις στη ζωή του και να είναι λειτουργικός. Μεταξύ των παρεμβάσεων προτείνεται η Εποπτική Καθοδήγηση (coaching) η οποία στοχεύει στον εντοπισμό, τη στοχοθέτηση καθώς και την αντιμετώπιση των καθημερινών προσκλήσεων στη ζωή ενός ατόμου. Χτίζεται μία ισότιμη σχέση μεταξύ του coach και του ατόμου με ΔΕΠΥ, όπου το άτομο παρουσιάζει τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει και δουλεύει παράλληλα με τον coach για την επίλυσή τους. Παρά τη βιβλιογραφική ασάφεια που εντοπίζεται ως προς τον ορισμό και τις ιδιότητες του ατόμου που δρα ως «coach», η παρέμβαση αυτή προτείνεται ευρέως. Πάραυτα, στην Ελλάδα δεν υπάρχουν δεδομένα για την Εποπτική Καθοδήγηση στα ενήλικα άτομα με ΔΕΠΥ.

Για τους σκοπούς της έρευνας, κατασκευάστηκε ημι-δομημένη συνέντευξη η οποία περιλαμβάνει τον διεθνώς αποδεκτό ορισμό του ατόμου, που ασκεί εποπτική καθοδήγηση, και κατόπιν ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να υποδείξουν άτομα που υπάρχουν στη ζωή τους και, κατά τη γνώμη τους, έχουν αυτές τις ιδιότητες, επιτελώντας το ρόλο του coach. Η ερευνήτρια, στο πλαίσιο της διατύπωσης της ερευνητικής της υπόθεσης, είχε κατασκευάσει έναν κατάλογο, από πιθανά άτομα που λειτουργούν ως coach, με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία από κοινωνίες με παρόμοια κοινωνικο-πολιτισμικά χαρακτηριστικά. Η συνέντευξη χορηγήθηκε σε 50 άτομα (n=50), τα οποία έχουν λάβει διάγνωση ΔΕΠΥ ενηλίκων στο πλαίσιο του Ειδικού Ιατρείου του Τμήματος Νευροαναπτυξιακών Διαταραχών του Αιγινήτειου Νοσοκομείου.

Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι η μεγάλη πλειοψηφία όρισε τουλάχιστον ένα άτομο στη ζωή του λειτούργησε με την ιδιότητα του ατόμου που ασκεί εποπτική καθοδήγηση. Έτσι, η ενδελεχής ανάλυση των δεδομένων που έχουν καταγραφεί οδηγεί σε συμπεράσματα για συνέχιση της μελέτης αυτής.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: ΔΕΠΥ, ενήλικες, Εποπτική Καθοδήγηση

## ABSTRACT

Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder that is mostly common in childhood but also found to affect adults, in 2/3 of the patients. The treatment is considered to be a complex process, as long as it has to cover a major spectrum of patient's life, in order to help him/her being fully functional and come through everyday's challenges. Among other interventions, coaching is also suggested, since it focuses on finding and facing the challenges in patient's everyday life. Both the coach and the adult with ADHD build a relationship of equal terms, where the patient feels safe and discusses his/her problems while working with coach on solving them. Although, in bibliography there is a vagueness on how to define coaching and the skills that a coach should be occupied with, this intervention is widely suggested. In Greece, there are no references or evidence about coaching in adults with ADHD.

For the purposes of this research, a semi-structured interview was made, presenting the most approved definition for an ADHD coach and his/her skills. Later, the subjects were asked if they have ever had in their lives anyone who had similar skills, providing them support like a coach. The researcher, based on international bibliography from societies with similar socio-cultural kai economic status, had constructed a catalog of persons who possibly act like a coach. This catalog was the main hypothesis of the research and included every possible answer from the participants. 50 diagnosed patients (n=50) with adult ADHD, from the Specialized Psychiatric Clinic in Neurodevelopmental Disorders of Eginitio Hospital, participated in this 9-month research and were interviewed by the researcher.

The results suggest that the majority of the patients had indicated at least one person in their lives that was acting like a coach, providing them support. Thorough, analysis of the data from this research leads to conclusions for continuance of this research.

KEY WORDS: ADHD, adults, Coaching

*Τα μεγάλα πράγματα  
δημιουργούνται  
από ένα συνδυασμό  
μικρών πραγμάτων.*

*Vincent Willem Van Gogh*

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η, καθοριστικής σημασίας, συνδρομή της εποπτικής καθοδήγησης σε άτομα με ΔΕΠΥ, είναι κάτι που έμαθα και είχα τη χαρά να εντρυφήσω σε αυτό μέσα από το μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Προαγωγή Ψυχικής Υγείας και Πρόληψης Ψυχιατρικών Διαταραχών» της Ιατρικής Σχολής Αθηνών. Το ενδιαφέρον του κυρίου Πεχλιβανίδη τόσο για τους ασθενείς, ειδικά, του όσο και για την εύρεση τρόπων μεγαλύτερης προσφοράς στον τομέα της Ιατρικής, γενικότερα, ήταν η αφορμή για να ασχοληθώ με το θέμα της Εποπτικής Καθοδήγησης (ΕΚ) και με ενέπνευσε να καταβάλω κάθε δυνατή προσπάθεια να γνωρίσω και να μάθω το δυνατόν περισσότερα γύρω από αυτό το πεδίο. Ο κύριος Πεχλιβανίδης, όντας διαρκώς παρών, μου μεταλαμπάδευε αφενός τις πολύτιμες γνώσεις του και, αφετέρου, το πάθος για την έρευνα σε αυτόν τον τομέα, που αφορά τη ζωή και την υγεία εκατοντάδων ανθρώπων. Για τους παραπάνω λόγους, το πρώτο και μεγαλύτερο «ευχαριστώ» που θα ήθελα να εκφράσω μέσα από αυτή την εργασία, ανήκει δικαιοματικά στον αρχικό μου επιβλέποντα καθηγητή, κύριο Αρτέμη Πεχλιβανίδη.

Η περίοδος της μελέτης, ωστόσο, είναι μία αρκετά επίπονη πνευματική διαδικασία, η οποία δεν θα είχε έρθει εις πέρας χωρίς την πολύτιμη βοήθεια ορισμένων ακόμη ανθρώπων. Η κυρία Εύα Καλαντζή ήταν πάντοτε πρόθυμη και διαθέσιμη να με συμβουλευτεί και να με καθοδηγήσει, γι' αυτό και την ευχαριστώ θερμά για τη συνολική της αρωγή στην παρούσα εργασία. Δεν θα μπορούσα να παραλείψω φυσικά την αναφορά στην εξαιρετικά πολύτιμη συμβολή της αγαπητής συναδέλφου και φίλης Γεωργίας Βασιλείου, με την υποδειγματική συναδελφική της στάση, για τη διαρκή στήριξη και συμβουλευτική στα δυσκολότερα σημεία της έρευνας, που με μεγάλη προθυμία προσέφερε τις γνώσεις, το χρόνο και τον κόπο της αφίλοκερδώς. Συνολικά, η επιστημονική ομάδα ψυχολόγων και ψυχιάτρων που πλαισιώνει τον κύριο Πεχλιβανίδη στο ιατρείο Νευροαναπτυξιακών Διαταραχών του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, μου παρείχε διαρκώς συμβουλές και καθοδήγηση σε κάθε δυσκολία, επομένως είναι αδύνατο όλα αυτά τα άτομα να εξαιρεθούν από την προσπάθεια αυτή. Οι γονείς μου, οι φίλοι μου και ο σύντροφός μου, αποτελούν επίσης άτομα για τα οποία ένα «ευχαριστώ» είναι λίγο μπροστά στην αδιάλειπτη κατανόηση και στήριξη που μου προσέφεραν κατά το διάστημα της μελέτης. Φρόντιζαν πάντοτε να με ενθαρρύνουν και να με ωθούν να δίνω τον καλύτερό μου εαυτό σε ό,τι κάνω.

Τέλος, αισθάνομαι μεγάλη ευγνωμοσύνη για τους αξιόλογους καθηγητές που είχα την τύχη να γνωρίσω μέσα από το μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών, οι οποίοι με γέμισαν με γνώσεις και πολλά εφόδια για τα μετέπειτα βήματά μου στον ακαδημαϊκό χώρο. Ειδικότερα, οφείλω να ευχαριστήσω τον κύριο Παπαγεωργίου Χαράλαμπο, ο οποίος δέχθηκε να γίνει ο νέος επιβλέπων της παρούσας εργασίας, καθώς και την κυρία Μαρίνα Οικονόμου και τον κύριο Φραγκίσκο Γονιδάκη που συμπληρώνουν την τριμελή επιτροπή. Ωστόσο, η πιο σημαντική συμβολή ήταν αυτή των εθελοντών συμμετεχόντων, που αγκάλιασαν με τη στάση τους και το λόγο τους αυτή την έρευνα και δέχθηκαν με χαρά να γίνουν μέρος της. Τίποτα δεν θα είχε πραγματοποιηθεί χωρίς τους ανθρώπους αυτούς, γι' αυτό και το να εκφράσω ταπεινά την απεριόριστη εκτίμησή μου απέναντί τους, είναι το λιγότερο που μπορώ να κάνω. Ευχαριστώ, λοιπόν, όλους αυτούς τους ανθρώπους από καρδιάς, διότι είτε γνώριζαν πόσο σημαντική ήταν η συμβολή τους είτε όχι, αποτελούν αναπόσπαστο μέρος αυτού του πονήματος.

## ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

|       |                                                                             |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------|
| ΔΕΠΥ  | Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας: ΔΕΠΥ                |
| ΕΚ    | Εποπτική Καθοδήγηση                                                         |
| ADHD  | Attention Deficit and Hyperactivity Disorder                                |
| DSM V | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition, 2013) |
| CBT   | Cognitive Behavioral Therapy                                                |



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| 1.1 Ορισμός τη ΔΕΠΥ.....                              | 11 |
| 1.2 Διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠΥ .....               | 11 |
| 1.3 Η ΔΕΠΥ στην ενήλικη ζωή .....                     | 13 |
| 1.4 Ορισμός της Εποπτικής Καθοδήγησης (ΕΚ) .....      | 16 |
| 1.5 Η ΕΚ για ενήλικα άτομα με ΔΕΠΥ .....              | 18 |
| 1.5.1 Η ΕΚ για φοιτητές με ΔΕΠΥ .....                 | 20 |
| 1.6 Ο ρόλος και οι ιδιότητες του επόπτη (coach) ..... | 21 |
| 1.7 Η διαδικασία της ΕΚ .....                         | 23 |
| 1.8 Το επιγένημα της ΕΚ .....                         | 25 |

### 2. ΜΕΘΟΔΟΣ

|                                         |    |
|-----------------------------------------|----|
| 2.1 Σκοπός της έρευνας .....            | 28 |
| 2.2 Ερευνητική υπόθεση .....            | 28 |
| 2.3 Μεθοδολογία της έρευνας .....       | 30 |
| 2.3.1 Εργαλεία συλλογής δεδομένων ..... | 30 |
| 2.3.2 Το δείγμα .....                   | 31 |
| 2.3.3 Ανάλυση δεδομένων .....           | 32 |

### 3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

|                                                        |    |
|--------------------------------------------------------|----|
| 3.1 Πίνακες αποτελεσμάτων και στατιστική ανάλυση ..... | 33 |
| 3.2 Συζήτηση αποτελεσμάτων .....                       | 43 |

#### 4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

|                                              |        |
|----------------------------------------------|--------|
| 4.1 Ανάλυση συμπερασμάτων .....              | 46     |
| 4.2 Περιορισμοί της έρευνας .....            | 48     |
| 4.3 Προτάσεις για συνέχιση της έρευνας ..... | 49     |
| <br>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....                        | <br>50 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....                               | 56     |

## **1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

### **1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΔΕΠΥ**

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας αποτελεί μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή που εντοπίζεται κυρίως στα παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας και αφορά στα συμπτώματα που σχετίζονται με μειωμένη ή διασπασμένη συγκέντρωση, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα. Επηρεάζει το 3-7% των παιδιών και απαντάται σε μεγαλύτερα ποσοστά στα αγόρια απ' ότι στα κορίτσια. Είναι η πιο συχνή νευροαναπτυξιακή διαταραχή η οποία, ενώ μέχρι πρόσφατα θεωρείτο ότι εντοπίζεται μόνο στην παιδική ηλικία και τα συμπτώματά της υποχωρούν προς την εφηβεία, εντούτοις συνεχίζεται και στην ενήλικη ζωή στα 2/3 των περιπτώσεων. (Πεχλιβανίδης και συν., 2015)

Οι αιτιοπαθογενετικοί μηχανισμοί που συνδέονται με τη ΔΕΠΥ σχετίζονται τόσο με γενετικούς, νευροβιολογικούς όσο και με περιβαλλοντικούς παράγοντες. Σε μελέτες οικογενειών, φαίνεται πως οι συγγενείς α' βαθμού συντρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης της ΔΕΠΥ σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, καθότι φαίνεται ότι το σύνδρομο έχει συσχετιστεί με εγκεφαλικές δυσλειτουργίες. Τέλος, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες σχετίζονται κυρίως με την έκθεση του εμβρύου σε αλκοόλ, κάπνισμα και ναρκωτικά την περίοδο που κυοφορείται, στην υψηλή αρτηριακή πίεση και το στρες της μητέρας κατά την κύηση και την προωρότητα και το χαμηλό βάρος γέννησης. (Προκόπη & Πεχλιβανίδης, 2017)

### **1.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΔΕΠΥ**

Τα τρία κυριότερα συμπτώματα της ΔΕΠΥ, η απροσεξία, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα, εκφράζονται διαφορετικά με βάση την ηλικιακή ομάδα στην οποία υπάγονται οι πάσχοντες. Στον πίνακα 1 που ακολουθεί, παρουσιάζονται συνοπτικά οι διαφορετικές εκφάνσεις των συμπτωμάτων ανά ηλικία των ασθενών (Πεχλιβανίδης και συν., 2015), ενώ στους πίνακες 2 και 3 παρουσιάζονται αναλυτικά τα συμπτώματα που αναγνωρίζονται βάσει του DSM V.

**Πίνακας 1.** Συμπτωματολογία της ΔΕΠΥ ανάλογα με το ηλικιακό φάσμα

| Ηλικιακή Ομάδα | Συμπτώματα Απροσεξίας                                                                                                   | Συμπτώματα Παρορμητικότητας                                                                                                        | Συμπτώματα Υπερκινητικότητας                                                                                       |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Παιδιά         | Αδυναμία ολοκλήρωσης εργασιών<br>Εύκολη διάσπαση<br>Δυσκολία συγκέντρωσης                                               | Χαμηλός αυτοέλεγχος<br>Αδυναμία παραμονής στη σειρά<br>Αδιακρισία, κυρίως λεκτική                                                  | Υπερβολική κινητικότητα<br>Φαίνεται σαν να έχει «μοτεράκι»<br>Υπερβολική ομιλία                                    |
| Έφηβοι         | Αδυναμία εκπλήρωσης ακαδημαϊκών υποχρεώσεων<br>Εύκολη διάσπαση<br>Διαταραχές στην επικοινωνία<br>Διαταραχή της διάθεσης | Χαμηλός αυτοέλεγχος<br>Συχνή εμπλοκή σε σεξουαλικές δραστηριότητες υψηλού κινδύνου                                                 | Υποκειμενικό αίσθημα κινητικής ανησυχίας<br>Κατάχρηση ουσιών                                                       |
| Ενήλικες       | Δυσκολία διατήρησης της προσοχής<br>Ευκολία διάσπασης<br>Δυσκολία στο να ακούει τους άλλους                             | Χαμηλός έλεγχος των παρορμήσεων<br>Προβλήματα με την οδήγηση<br>Αδυναμία ελέγχου και αναστολής των συναισθηματικών του αντιδράσεων | Πολυάριθμες νευρικές κινήσεις<br>Υπερβολική ομιλία<br>Υποκειμενικό αίσθημα κινητικής ανησυχίας<br>Κατάχρηση ουσιών |

Στους πίνακες 2 και 3, υπάρχει λεπτομερέστερη περιγραφή των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ, όπως αυτά ορίζονται αναλυτικά από το DSM V. (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2016)

**Πίνακας 2.** Διαγνωστικά κριτήρια ΔΕΠΥ, Ελλειμματικής Προσοχής

| Συμπτώματα Ελλειμματικής Προσοχής |                                                                                                                                                |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                                | Συχνά αποτυγχάνει να επιστήσει την προσοχή σε λεπτομέρειες ή διαπράττει απρόσεκτα λάθη στο σχολείο, τη δουλειά, ή σε κάποια άλλη δραστηριότητα |
| 2.                                | Συχνά έχει δυσκολία να διατηρήσει την προσοχή στις δραστηριότητες                                                                              |
| 3.                                | Συχνά δείχνει να μην ακούει όταν του απευθύνονται                                                                                              |
| 4.                                | Συχνά δεν ακολουθεί τις οδηγίες και αποτυγχάνει να ολοκληρώσει τη σχολική δουλειά, τις μικροαγαρείες, ή τα καθήκοντα στην εργασία              |
| 5.                                | Συχνά έχει δυσκολία να οργανώσει τις δουλειές και τις δραστηριότητες                                                                           |
| 6.                                | Συχνά αποφεύγει, απεχθάνεται, ή είναι απρόθυμος/η να εμπλακεί σε εργασίες που απαιτούν παρατεταμένη διανοητική προσπάθεια                      |
| 7.                                | Συχνά χάνει αντικείμενα απαραίτητα για εργασίες ή δραστηριότητες                                                                               |
| 8.                                | Αφαιρείται συχνά από εξωτερικά ερεθίσματα                                                                                                      |
| 9.                                | Είναι συχνά ξεχασιάρης στις καθημερινές δραστηριότητες                                                                                         |

### Πίνακας 3. Εκφράσεις συμπτωμάτων υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας στη ΔΕΠΥ

| ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ |                                                                               |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                                                | Συχνά νευριάζει ή χτυπά ελαφρά χέρια ή πόδια ή στριφογυρίζει στη θέση         |
| 2.                                                | Συχνά αφήνει τη θέση σε καταστάσεις όπου αναμένεται η παραμονή του στη θέση   |
| 3.                                                | Συχνά τρέχει ή σκαρφαλώνει σε καταστάσεις όπου αυτό είναι ακατάλληλο          |
| 4.                                                | Συχνά είναι ανίκανο να παίξει ή να εμπλακεί σε δραστηριότητες αναψυχής ή σιχα |
| 5.                                                | Είναι συχνά «στο τρέξιμο», συμπεριφερόμενο σαν να «κινείται με μοτεράκι»      |
| 6.                                                | Συχνά μιλάει υπερβολικά                                                       |
| 7.                                                | Συχνά πετάει μία απάντηση πριν να έχει ολοκληρωθεί η ερώτηση                  |
| 8.                                                | Συχνά έχει δυσκολία να περιμένει τη σειρά του/της                             |
| 9.                                                | Συχνά διακόπτει ή επεμβαίνει σε άλλους                                        |

Η συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές συναντάται αρκετά συχνά στη ΔΕΠΥ, αφού το 75% των ασθενών λαμβάνουν διάγνωση για τουλάχιστον άλλη μία ψυχιατρική διαταραχή. Κατά μέσο όρο, έχει υπολογιστεί ότι οι συννοσηρές καταστάσεις που εμφανίζονται είναι τρεις. Στον πίνακα 4 παρατίθενται οι συννοσηρές καταστάσεις, και η συχνότητα αυτών, που 2συναντώνται στους ενήλικους πάσχοντες από ΔΕΠΥ. (Ουλής, 2010: 55-57)

### Πίνακας 4. Συννοσηρές διαταραχές στη ΔΕΠΥ

| Συνυπάρχουσες ψυχικές διαταραχές στη ζωή των ασθενών με τη ΔΕΠΥ |                                            |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| ➤                                                               | Αγχώδεις διαταραχές (59%)                  |
| ➤                                                               | Διαταραχές της διάθεσης (45,4%)            |
| ➤                                                               | Κατάχρηση ουσιών (35,8%)                   |
| ➤                                                               | Διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων (69,8%) |
| ➤                                                               | Άλλες ψυχικές διαταραχές (88,6%)           |

#### 1.3 Η ΔΕΠΥ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ

Οι ενήλικες με ΔΕΠΥ συμπεριλήφθηκαν πρόσφατα στο φάσμα της διαταραχής και θεωρείται ότι πρόκειται για την ίδια διαταραχή που εμφανίζεται στην παιδική ηλικία, η οποία συνεχίζει με την ίδια ή μειωμένη συμπτωματολογία και στην ενήλικη ζωή (Πεχλιβανίδης και συν., 2015). Έχει υποστηριχθεί όμως ότι η ΔΕΠΥ ενηλίκων ενδέχεται να μην έχει την παιδική ηλικία ως ηλικία έναρξης αλλά να αποτελεί κάτι νέο και ξεχωριστό που αφορά αποκλειστικά την ενήλικη ζωή (Moffitt et al., 2015), μία θεωρία που χρήζει περεταίρω έρευνας για να αποδειχθεί και αυτή τη στιγμή αμφισβητείται. Σε αγγλική έρευνα του 2016

(Kennedy et al.), ως απάντηση στην προηγούμενη θέση περί αφετηρίας της ΔΕΠΥ, αποδείχθηκε η ισχυρή σύνδεση που υπάρχει με τα συμπτώματα της παιδικής ηλικίας, τα οποία καθορίζουν τη σοβαρότητα και την εξέλιξη των συμπτωμάτων στην ενήλικη ζωή.

Οι ενήλικες με ΔΕΠΥ αντιμετωπίζουν πολλαπλές προκλήσεις στην καθημερινότητά τους. Οι δυσκολίες αυτές, όπως φαίνεται και στον πίνακα 5, σχετίζονται κυρίως με τις ακαδημαϊκές τους επιδόσεις, την οργάνωση του χρόνου και του χώρου, την εργασία και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις (Πεχλιβανίδης και συν., 2015; Ουλής, 2010). Τα ενήλικα άτομα αντιμετωπίζουν σαφή προβλήματα στη διατήρηση της προσοχής, την επίλυση προβλημάτων καθώς και τη λήψη αποφάσεων. Παρά το γεγονός ότι, σε σχέση με τον αντίστοιχο υγιή πληθυσμό, ο χρόνος διεκπεραίωσης αρμοδιοτήτων και εργασιών είναι ο ίδιος, είναι ξεκάθαρο ότι τα άτομα με ΔΕΠΥ δυσκολεύονται να επιλέξουν μία στρατηγική επίλυσης ενός προβλήματος στην καθημερινή ζωή (Capri et al., 2019). Σε έρευνα που έγινε το 2015 στην Ισπανία (Mantejo et al.) φάνηκε πως στις οικογένειες που ο ένας γονέας έχει ΔΕΠΥ υπάρχουν χαλαρότεροι οικογενειακοί δεσμοί, ενώ σε έρευνες που έγιναν στη Γκάνα (Ulzen et al., 2017) και στην Τουρκία (Kaya et al., 2008; Komurcu et al., 2014) συσχετίσθηκε η ΔΕΠΥ ενηλίκων με κακή οδηγική συμπεριφορά, η οποία είχε ως συνέπεια τη συχνή λήψη προστίμων και την εμπλοκή σε ατυχήματα που συχνά έφεραν τα άτομα στο νοσοκομείο με κατάγματα.

**Πίνακας 5.** Οι δυσκολίες στην καθημερινότητα των ασθενών με ΔΕΠΥ

| <i>Προβλήματα των ενηλίκων με ΔΕΠΥ</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Χαμηλή αυτοεκτίμηση</li><li>• Ιστορικό αποτυχιών</li><li>• Μη αποτελεσματική επικοινωνία με άλλους (το άτομο μιλάει πολύ και δεν ακούει τους άλλους)</li><li>• Δυσκολία στην οργάνωση των συνήθων προσωπικών και οικογενειακών καθηκόντων</li><li>• Δυσκολία στην περάτωση σπουδών (χαμηλότερες ακαδημαϊκές επιδόσεις)</li><li>• Δυσκολία στην εύρεση και διατήρηση εργασίας</li><li>• Κακή διαχείριση χρόνου και χρημάτων</li><li>• Δυσκολία στην ανάπτυξη και διατήρηση στενών σχέσεων στο γονεϊκό τους ρόλο</li><li>• Κακή ποιότητα ύπνου (δυσκολία ύπνου και αφύπνισης του ατόμου)</li><li>• Ψυχοκινητική ανησυχία</li></ul> |

Για να γίνει η διάγνωση της ΔΕΠΥ σε έναν ενήλικα, απαιτείται εξειδικευμένη κλινική εμπειρία. Η διαδικασία περιλαμβάνει μία αρχική συνέντευξη αξιολόγησης (η οποία μπορεί να εξαντληθεί σε περισσότερες από μία συναντήσεις), όπου πολλές φορές λαμβάνουν μέρος και στενά συγγενικά πρόσωπα. Στη συνέχεια αξιολογούνται τα παρόντα και παρελθόντα συμπτώματα, καθώς παράλληλα διερευνάται η έναρξή τους στην παιδική ηλικία. Σημαντική είναι η επίπτωσή τους στη ζωή του ατόμου με ΔΕΠΥ, σε βασικούς τομείς όπως: εργασία, εκπαίδευση, σχέσεις, οικογενειακή ζωή, κοινωνικές επαφές, ελεύθερος χρόνος, χόμπι, αυτοπεποίθηση, εικόνα εαυτού και, τέλος, καταγράφεται το πλήρες ιατρικό ιστορικό που αφορά τόσο το άτομο με ΔΕΠΥ όσο και την οικογένειά του (Πεχλιβανίδης, 2012). Μέχρι και σήμερα, η ΔΕΠΥ ενηλίκων υποδιαγιγνώσκεται σε πολλές χώρες (όπως στην Ισπανία, Τουρκία, Κίνα, Βόρεια Μακεδονία, Σλοβενία κ.α.) με αποτέλεσμα μη λαμβάνουν κάποια θεραπευτική αντιμετώπιση οι ενήλικοι πάσχοντες (Kooij et al., 2019; Quintero et al., 2017). Αυτό οφείλεται στο ότι δεν υπάρχουν αρκετοί ψυχίατροι ενημερωμένοι και ευαισθητοποιημένοι για τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ στην ενήλικη ζωή (Ginsberg et al., 2014; Stuhec et al., 2015; Altin et al., 2016, Kooij et al., 2010), είναι περιορισμένη η έρευνα σε επίπεδο χώρας για τη ΔΕΠΥ ενηλίκων (Davis et al., 2011; Ramos-Quiroga et al., 2014; Kooij et al., 2019) ή δεν υπάρχει ακόμα διαθέσιμη φαρμακευτική αγωγή για τους πάσχοντες (Sushevska Panevska et al., 2015).

Ως προς τη θεραπεία των ενηλίκων με ΔΕΠΥ, λόγω της πολυδιάστατης φύσης της διαταραχής, προτείνονται διαφόρων ειδών παρεμβάσεις. Αυτές είναι αφενός φαρμακευτικές αλλά και ψυχοκοινωνικές, που εφαρμόζονται στο πλαίσιο μίας πολυεπίπεδης θεραπευτικής προσέγγισης. Στοχεύουν να βοηθήσουν ολιστικά το άτομο, όταν παρέχονται παράλληλα, και να συνδράμουν στην αντιμετώπιση των δυσκολιών που προκύπτουν σε βιολογικό, κοινωνικό και ψυχολογικό επίπεδο, ενώ είναι σημαντική και η συνεργασία τόσο του ιδίου του ατόμου με ΔΕΠΥ όσο και της οικογένειας, του/της συντρόφου και των στενών συγγενών του. Στον πίνακα 6 φαίνονται οι παρεμβάσεις που γίνονται σε ενήλικους πάσχοντες από ΔΕΠΥ. (Πεχλιβανίδης και συν., 2012; Πεχλιβανίδης και συν., 2015)

**Πίνακας 6.** Είδη παρεμβάσεων για ενήλικες πάσχοντες από ΔΕΠΥ

| <i>Παρεμβάσεις για τη ΔΕΠΥ ενηλίκων</i>                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Ψυχοεκπαίδευση (για τη ΔΕΠΥ και τις συννοσηρές διαταραχές)</li><li>• Φαρμακευτική θεραπεία</li><li>• Εποπτική Καθοδήγηση (Coaching)</li><li>• Γνωσιακή Θεραπεία (ατομική και ομαδική)</li><li>• Θεραπεία Οικογένειας</li></ul> |

#### 1.4 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΠΟΠΤΙΚΗΣ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗΣ (ΕΚ)

Η Εποπτική Καθοδήγηση (ΕΚ) αναφέρεται στον αγγλικό όρο Coaching. Στην ελληνική βιβλιογραφία, το «Coaching» μεταφράζεται με διάφορους τρόπους, καθώς δεν υπάρχει επίσημη μετάφραση (μπορεί κανείς να τον συναντήσει ως *υποστηρικτική καθοδήγηση, εποπτεία ή εποπτική συμβουλευτική*), όμως για λόγους ευχρηστίας και, κατά το δυνατόν, ακριβέστερης νοηματικής απόδοσης στην παρούσα έρευνα, η ορολογία που χρησιμοποιείται για να τον αποδώσει είναι «Εποπτική Καθοδήγηση». Το coaching αναφερόταν εν πολλοίς στη διαδικασία της προπονητικής και χρησιμοποιείτο ως όρος με αμιγώς αθλητικό περιεχόμενο, όμως σταδιακά άρχισε να αφορά και άλλους είδους ομαδικές ή εξατομικευμένες παρεμβάσεις. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, χρησιμοποιείται ως όρος που περιγράφει τη διαδικασία προσωποποιημένης παρέμβασης σε υγιείς ανθρώπους ή σε άτομα με ΔΕΠΥ που επιθυμούν να διαχειριστούν καλύτερα τα ζητήματα που αφορούν στην οργάνωση, στη δομή, στην αποτελεσματικότητα και στην ανάπτυξη προσωπικών ικανοτήτων (Ratey, 2002). Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται τα βασικότερα είδη καθοδήγησης (coaching) που διενεργούνται σήμερα και συναντά κανείς στη βιβλιογραφία, καθώς και βασικές πληροφορίες για το καθένα.



**Πίνακας 7.** Τα βασικότερα είδη καθοδήγησης (coaching) και οι βασικές αρχές του κάθε είδους.

| ΤΑ ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΕΙΔΗ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗΣ    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Life/Personal Coaching</i>    | Είναι το είδος της καθοδήγησης που εστιάζει στην προσωπική ανάπτυξη του ατόμου με βάση τους στόχους που το άτομο θέτει για τη ζωή του.                                                                                                                                                                                                                           |
| <i>ADHD Coaching</i>             | Αποτελεί έναν συνδυασμό του Life Coaching και του Skill Coaching, που απευθύνεται αποκλειστικά σε πάσχοντες από ΔΕΠΥ και στοχεύει να υποβοηθήσει, σε συνδυασμό με τη φαρμακοθεραπεία και τις υπόλοιπες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, το άτομο να μετριάσει και να ελέγχει με πιο αποτελεσματικό τρόπο τα εμπόδια που βιώνει λόγω της ΔΕΠΥ στην καθημερινότητά του. |
| <i>Business Coaching</i>         | Το Business Coaching αναφέρεται στην υποστήριξη των εργαζομένων μιας εταιρίας αναφορικά με τις αναθέσεις/project πρέπει να φέρουν εις πέρας.                                                                                                                                                                                                                     |
| <i>Career Coaching</i>           | Αυτή η μορφή καθοδήγησης έχει να κάνει με την επαγγελματική συμβουλευτική για μια πιο επιτυχημένη και σταθερή πορεία στην αγορά εργασίας. Ο Επόπτης αναλαμβάνει ρόλο μέντορα που, σε συνδυασμό με τις επαγγελματικές φιλοδοξίες του ατόμου αναλαμβάνει να οδηγήσει το άτομο στο στόχο του.                                                                       |
| <i>Spiritual Coaching</i>        | Αφορά τις νέες μορφές πνευματικότητας και την καθοδήγηση στην επιλογή ενός πνευματικού τρόπου ζωής, μέσα από την εστίαση στη συνειδητότητα και τις πραγματικές επιθυμίες κάποιου.                                                                                                                                                                                |
| <i>Executive Coaching</i>        | Το Executive Coaching οργανώνεται και χρηματοδοτείται από μια επιχείρηση και στοχεύει στην αύξηση της απόδοσης του διοικητικού της προσωπικού, καθώς απευθύνεται σε στελέχη που συντονίζουν πολύπλοκες λειτουργίες.                                                                                                                                              |
| <i>Personal Finance Coaching</i> | Εστιάζει στην παροχή υποστήριξης για την αποτελεσματικότερη διαχείριση των οικονομικών ενός ατόμου, το πώς μπορεί να αποταμιεύει και να λαμβάνει καλύτερες αποφάσεις που αφορούν τη διαχείριση των χρημάτων του.                                                                                                                                                 |
| <i>Leader Coaching</i>           | Αποτελεί είδος καθοδήγησης που σχετίζεται με τη συμβουλευτική και την υποστήριξη εργαζομένων που αναλαμβάνουν ηγετικούς ρόλους. Αφορά τόσο τα νέα τους καθήκοντα όσο και τη δυναμική λήψης καθοριστικών αποφάσεων.                                                                                                                                               |
| <i>Skill Coaching</i>            | Εστιάζει στις ιδιαίτερες δεξιότητες τις οποίες θέλει να αναπτύξει το άτομο και το βοηθά στην επίτευξή τους.                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <i>Relationship Coaching</i>     | Η παρέμβαση αυτή σχετίζεται με την επίλυση διαπροσωπικών προβλημάτων των ζευγαριών και την παροχή υποστήριξης στη δόμηση καλύτερης επικοινωνίας μεταξύ του ζευγαριού.                                                                                                                                                                                            |

## 1.5 Η ΕΚ ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΕΠΥ

Τα άτομα με ΔΕΠΥ, όπως καταγράφεται διεθνώς και πιθανώς να συμβαίνει και στην Ελλάδα, δημιουργούν σχέσεις εμπιστοσύνης με ανθρώπους που έχουν ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Αυτοί οι άνθρωποι, βοηθούν τους πάσχοντες να ανταπεξέρχονται στις ιδιαίτερες ανάγκες που προκύπτουν στην καθημερινότητά τους, εξ' αιτίας του προβλήματός τους. Η ανάγκη αυτή, προκύπτει ακριβώς από την πολυδιάστατη μορφή της ΔΕΠΥ και τα πολλαπλά ελλείμματα που δημιουργεί στην καθημερινότητα του ατόμου.

Η Εποπτική Καθοδήγηση για τη ΔΕΠΥ (ADHD Coaching), δεν υποκαθιστά άλλες μορφές παρέμβασης (φαρμακοθεραπεία, ψυχοθεραπεία, ψυχοεκπαίδευση), παρά μόνο λειτουργεί συμπληρωματικά ως προς αυτές (Goldstein, 2002 & 2005). Όταν προϋπάρχει η ανάγκη για περαιτέρω υποστήριξη, η εποπτική καθοδήγηση φαίνεται πως λειτουργεί θετικά για τα άτομα, ως προς τη διαχείριση και αντιμετώπιση των καθημερινών τους δυσκολιών (Sehlin et al., 2018). Η ΕΚ εστιάζει στα συμπεριφορικά, συναισθηματικά και γνωσιακά ελλείμματα, βοηθώντας το άτομο με ΔΕΠΥ να αναπτύξει δεξιότητες και να περιορίσει τις αρνητικές συνέπειες της διαταραχής στην καθημερινότητά του. Για να γίνει η ΕΚ, πρέπει να προϋπάρχει η φαρμακοθεραπεία, έτσι ώστε να μπορέσει να οδηγήσει ένα άτομο χαμηλής λειτουργικότητας να επιτύχει υψηλή λειτουργικότητα στη ζωή του (Kubik, 2010).

Οι στόχοι της ΕΚ συχνά ταυτίζονται με αυτούς της Γνωσιακής – Συμπεριφορικής Θεραπείας (CBT), καθώς έχουν κοινές βάσεις, ωστόσο έχουν και αρκετά σημαντικές διαφορές. Η Γνωσιακή – Συμπεριφορική Θεραπεία στοχεύει στον εντοπισμό και τη θεραπευτική αντιμετώπιση του τριαδικού σχήματος των δυσπροσαρμοστικών αντιλήψεων για τον εαυτό, τον κόσμο και το μέλλον, μέσα από μία διαλεκτική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του ασθενούς και του ειδικού ψυχικής υγείας, ώστε να καταφέρει το άτομο να αναπτύξει προσαρμοστικές δεξιότητες για όλη του τη ζωή, αντισταθμίζοντας τα ελλείμματα που συνεπάγεται η ΔΕΠΥ. Στην περίπτωση της ΕΚ, η οποία εστιάζει στη δράση του ατόμου και όχι στις σκέψεις, το τριαδικό σχήμα που αποτελεί τη βάση της είναι τα ερωτήματα *τί, πώς* και *πότε* και όχι το *γιατί*. Δεν εστιάζει στο αίτιο αλλά στο αποτέλεσμα, δημιουργώντας μαζί με το άτομο με ΔΕΠΥ τις προϋποθέσεις για να πετύχει συγκεκριμένους στόχους του (Prevatt, 2016).

Στην Ελλάδα, η ΕΚ δεν υφίσταται ως επίσημος επαγγελματικός κλάδος και η πρακτική της παρέμβασης αυτής αμφισβητείται. Εντούτοις, είναι μία παρέμβαση που και οι ίδιοι οι πάσχοντες ζητούν συχνά και αναγνωρίζουν τη χρησιμότητά της, αφού όπως φαίνεται και στο ελληνικό σωματείο ατόμων με ΔΕΠΥ, ADHD Hellas, προτείνεται ως μία αποτελεσματική παρέμβαση μεταξύ άλλων στην κεντρική του ιστοσελίδα. Η ΕΚ εστιάζει στον εντοπισμό, στοχοθέτηση και αντιμετώπιση των καθημερινών προκλήσεων που επιφέρει η ΔΕΠΥ στη ζωή του ασθενούς (πχ. οργάνωση υποχρεώσεων, τήρηση προγράμματος για λήψη φαρμάκων, υπενθυμίσεις για σημαντικά γεγονότα, τρόποι ελαχιστοποίησης της διάσπασης προσοχής, διαχείριση στρες, βελτίωση διαπροσωπικών σχέσεων κτλ), ώστε να καταφέρει ο ασθενής να ζει πιο αυτόνομα και λειτουργικά (Ratey, 2002).

Είναι ένα εξατομικευμένο μοντέλο παρέμβασης, καθότι δομείται από τις ανάγκες του ασθενούς και λειτουργεί με γνώμονα αυτές. Η θέση του Επόπτη είναι πάντοτε υποστηρικτική ως προς τις ανάγκες του ασθενή και ποτέ καταπιεστική, έτσι ώστε να αισθάνεται ο ασθενής άνεση και ελευθερία να εκφράζεται μέσα σε μία δημιουργική σχέση που οικοδομείται από αυτόν και τον Επόπτη. Μέσα στο πλαίσιο αυτό, διατυπώνονται οι στόχοι του ατόμου και σταδιακά, το άτομο προσαρμόζεται στο μοντέλο επίτευξής τους που έχει φτιάξει με τον Επόπτη ώστε να τις υλοποιεί.

Ο Επόπτης και το άτομο με ΔΕΠΥ δουλεύουν μαζί όπου προσδιορίζουν και ταξινομούν τους στόχους που εκφράζονται, ορίζουν χρονοδιαγράμματα με εργασίες και περιγράφονται οι υποχρεώσεις, οι συναντήσεις και οι τηλεφωνικές κλήσεις που θα γίνουν για να ελεγχθεί η πορεία του ατόμου προς την πραγμάτωσή τους. Καταπολεμούνται τα αρνητικά συναισθήματα που αποτελούν τροχοπέδη στη λειτουργικότητα του ατόμου και ενισχύεται τόσο η θετική εικόνα εαυτού όσο και η αυτοπεποίθηση του ατόμου. Η ΕΚ αντισταθμίζει τα ελλείμματα στην καθημερινή ζωή και αξιολογεί τα αποτελέσματα των ενεργειών και του χρόνου που απαιτείται για την επίτευξη των στόχων του ατόμου (Ratey, 2002 & 2008).

Η κριτική που ασκείται ήδη από το 1995 στην ΕΚ για άτομα με ΔΕΠΥ έχει να κάνει με το ότι ο οποιοσδήποτε που μπορεί να αφιερώσει μερικά λεπτά την ημέρα (ψυχοθεραπευτής, φίλος, συμφοιτητής, εργοδότης κτλ) γνωρίζοντας κάτι γύρω από τη ΔΕΠΥ, μπορεί να λειτουργήσει σαν «προπονητής» για τον ασθενή (Hallowell, 1995). Σ' αυτό συμβάλλει το γεγονός ότι στις Η.Π.Α., μέχρι το 2005, δεν υπήρχε τρόπος να αναγνωριστεί επισήμως

κάποιος ως coach (Goldstein, 2005). Η θέση αυτή αποτελεί το δομικό λίθο της παρούσας έρευνας.

#### 1.5.1 Η ΕΚ ΓΙΑ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΜΕ ΔΕΠΥ

Οι φοιτητές με ΔΕΠΥ αποτελούν μία ειδική υποομάδα ασθενών που μπορεί να επωφεληθεί ιδιαίτερα από παρεμβάσεις όπως η ΕΚ. Η ΕΚ, καθώς είναι μία ψυχοκοινωνική παρέμβαση που βοηθά τα άτομα να αναπτύσσουν δεξιότητες, στρατηγικές και συμπεριφορές για να αντισταθμίζουν τα ελλείμματα που επιφέρει η διαταραχή στην καθημερινή τους ζωή, φαίνεται ότι στους φοιτητές αυξάνει την αυτοεκτίμηση, επηρεάζει θετικά τις επιδόσεις τους και μειώνει τα επίπεδα άγχους (Prevatt & Yelland, 2015). Πέραν του ενδιαφέροντος των ειδικών ψυχικής υγείας σχετικά με τα αποτελέσματα ενός τέτοιου τύπου παρέμβασης σε αυτό τον πληθυσμό, φαίνεται πως και οι ίδιοι οι φοιτητές, παρακινούμενοι από την επιθυμία τους να ικανοποιήσουν τους γονείς τους και να έχουν καλύτερες βαθμολογίες στα μαθήματα, έδειχναν μεγάλο ενδιαφέρον και προθυμία για την έναρξη συνεδριών ΕΚ (Prevatt et al., 2011).

Πιο συγκεκριμένα, σε έρευνα του 2013 (Parker et al.), μελετήθηκε η αντίληψη των φοιτητών αναφορικά με την επίδραση της ΕΚ στις ακαδημαϊκές τους επιδόσεις και τη γενικότερη λειτουργικότητά τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι φοιτητές απέδιδαν καλύτερα στο πανεπιστήμιο μετά από συνεδρίες ΕΚ, ενώ εξέφραζαν με ενθουσιασμό το πόσο τους βοήθησε τόσο στην ανάπτυξη μιας οργανωτικής συμπεριφοράς και θετικών συναισθημάτων, όσο και στην καλύτερη διαχείριση χρόνου που είχε ως συνέπεια μια παραγωγικότερη ακαδημαϊκή πορεία. Οι δεξιότητες που ανέπτυξαν τους βοήθησαν να κάνουν παραγωγικό διάβασμα, να παραδίδουν εργασίες εντός προθεσμιών και να μετριάζουν αποτελεσματικά τα αισθήματα αναβλητικότητας. Πέραν του αυστηρού πλαισίου του πανεπιστημίου και της απόδοσης εντός αυτού, οι φοιτητές αντιμετωπίζουν πολλαπλές προκλήσεις στη νέα τους ζωή ως φοιτητές. Έρευνα ψυχιάτρων στην Τουρκία (Ercan et al., 2015) συνδέει τη ΔΕΠΥ με την αγοραστική συμπεριφορά σε φοιτητές με ΔΕΠΥ. Συγκεκριμένα, ύστερα από μελέτη των αγοραστικών συνηθειών των φοιτητών, φάνηκε ότι οι νεαροί ενήλικες με ΔΕΠΥ προβαίνουν σε αγορές επηρεασμένοι από τις διαφημίσεις στα ΜΜΕ και στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, τις γνώμες των φίλων τους και τα εμπορικά σήματα των

προϊόντων (που σχετίζονται με τη μεγαλύτερη αναγνωρισιμότητά τους). Έτσι καταλήγουν να κάνουν παρορμητικές και μη προγραμματισμένες αγορές που έχουν ως αποτέλεσμα την κακή διαχείριση των οικονομικών τους. Ο έλεγχος των οικονομικών και η σωστή διαχείριση των χρημάτων αποτελεί ένα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο νεαρός ενήλικας με ΔΕΠΥ και η ΕΚ αναλαμβάνει να τον βοηθήσει στο να θέσει προτεραιότητες, να ξοδεύει με σύνεση, έπειτα από προγραμματισμό και σκέψη, τα χρήματά του σε αγαθά ή υπηρεσίες τα οποία πράγματι χρειάζεται, έχοντας δημιουργήσει με τη βοήθεια του επόπτη ένα πλάνο (Hallowell & Ratey, 2003, 2005).

#### 1.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΕΠΟΠΤΗ (COACH)

Ο επόπτης (ο οποίος δεν φέρει απαραίτητως την ιδιότητα του ειδικού ψυχικής υγείας) είναι συνήθως ο επαγγελματίας, ο οποίος αναλαμβάνει να υποστηρίξει το άτομο σε κάθε του βήμα για να επιτύχει τους στόχους που έχει θέσει στις πρώτες συνεδρίες. Χωρίς να είναι απαραίτητα κάποιος επαγγελματίας, όπως ήδη έχει επισημανθεί από το 1995, το άτομο αυτό μπορεί να είναι κάποιος φίλος, συνάδελφος, συμφοιτητής, συναθλητής, σύντροφος ή όποιος έχει γνώση της ΔΕΠΥ και αφιερώνει δέκα με δεκαπέντε λεπτά την ημέρα για να «καθοδηγεί» το άτομο με ΔΕΠΥ (Hallowell & Ratey, 2003 & 2011). Στην Ελλάδα αυτή τη στιγμή, δεν υπάρχουν επαγγελματίες που να ασκούν την ΕΚ για ΔΕΠΥ και τον ρόλο αυτό αναλαμβάνουν άτυπα τόσο οι ειδικοί ψυχικής υγείας και θεραπευτές που πλαισιώνουν τον/ην ασθενή, όσο και άτομα από το συγγενικό και ευρύτερο κύκλο του ατόμου με ΔΕΠΥ.

Ο ρόλος του επόπτη είναι να ενθαρρύνει το άτομο να εντοπίζει τους στόχους που πραγματικά επιθυμεί να βάλει στη ζωή του και τις δράσεις στις οποίες πρέπει να προβεί, ώστε να επιτύχει τα αποτελέσματα που θέλει. Έτσι, ο επόπτης το βοηθά να αντικαταστήσει τα δυσλειτουργικά πρότυπα συμπεριφοράς του παρελθόντος με νέες πιο λειτουργικές συμπεριφορές. Στην ΕΚ, ο επόπτης και το άτομο με ΔΕΠΥ, δουλεύουν μαζί διαρκώς και προσδιορίζουν τους στόχους, τους ταξινομούν θέτοντάς τους σε μία ιεραρχική βάση, ορίζουν χρονοδιαγράμματα για υποχρεώσεις/ εργασίες/ συναντήσεις και, τέλος, γίνονται τηλεφωνικές κλήσεις για να ελεγχθεί αν επιτεύχθηκαν οι στόχοι της εβδομάδας. Με τον τρόπο αυτό, δημιουργείται ένα παραγωγικό στρες στον πελάτη, αφού έτσι κρατά τον εγκέφαλό του σε εγρήγορση, ώστε να επιτυγχάνει σταδιακά όλα όσα επιθυμεί.

Ο επόπτης βοηθά επιπλέον το άτομο τόσο στην ανίχνευση των αρνητικών συναισθημάτων όσο και στους μηχανισμούς που τα πυροδοτούν, ενώ παράλληλα αναζητούν μαζί αποτελεσματικές μεθόδους αντιμετώπισης. Επικεντρώνεται στο τί, πώς και πότε αλλά ποτέ στο γιατί. Είναι γνωστό πως τα συναισθηματικά εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι πάσχοντες από ΔΕΠΥ τους αποτρέπουν από το να λάβουν δράση, τους παραλύουν και τους ωθούν να παλινδρομούν σε πρωθύστερες αρνητικές συμπεριφορές. Όταν ο επόπτης εντοπίσει το σημείο αυτό στη συμπεριφορά του ατόμου, αναλαμβάνει να διαχωρίσει το αρνητικό συναίσθημα από την ανικανότητα για να βοηθήσει τον ασθενή με ΔΕΠΥ, που συχνά δεν καταφέρνει να οργανωθεί επειδή του λείπει το κίνητρο. Του παρέχει τη θετική ενίσχυση που χρειάζεται και αυξάνει την αυτοεκτίμησή του, ώστε να ενεργοποιηθεί το σύστημα ανταμοιβής στον εγκέφαλο του ασθενή με ΔΕΠΥ, και το παραγόμενο αίσθημα ικανοποίησης έχει ως επακόλουθο την κινητοποίησή του.

Ο επόπτης, επιπροσθέτως, κατευθύνει με τον τρόπο που αναλύθηκε τη διαδικασία αλλά δεν την οδηγεί: παρέχει δομή χωρίς να την επιβάλλει, κάνει ερωτήσεις χωρίς να κρίνει, λαμβάνει υπόψιν συνολικά τον τρόπο ζωής και ανάγκες του ατόμου και φτιάχνουν μαζί το πλαίσιο που χρειάζεται, χωρίς να το καθορίζει εκείνος εξ' αρχής. Σύμφωνα με το μοντέλο της Nancy Ratey (2000), το coaching για τους ενήλικες με ΔΕΠΥ στηρίζεται σε 3 βασικούς άξονες: α) τη συνεργασία, β) τη δομή, γ) τη διαδικασία. Είναι μία ομαδική δουλειά που στηρίζεται σε μεθόδους αυτό-βοήθειας, δίνοντας πρωταγωνιστικό ρόλο στη δράση του ασθενή με ΔΕΠΥ τόσο εντός της εποπτικής καθοδήγησης όσο και εκτός αυτής.

Ο επόπτης πρέπει να είναι ένας καλός ακροατής, να διατηρεί μία συναισθηματική απόσταση, να αναπτύσσει ένα περιβάλλον οικειότητας και να κάνει ερωτήσεις προσπαθώντας να δείχνει συμπάρασταση χωρίς να ασκεί κριτική. Οι ερωτήσεις του επόπτη στον ασθενή με ΔΕΠΥ είναι ανοιχτού τύπου και πρέπει να μεταστρέψει την προσοχή του ατόμου από το αρνητικό αίσθημα της ενοχής για τα όσα δεν κατάφερε να υλοποιήσει, στο θετικό αίσθημα της ανταμοιβής για τα όσα κατάφερε να πετύχει. Όσο περισσότερο κατανοεί και εργάζεται με βάση τις ανάγκες του ατόμου, τόσο πιο πιθανό είναι το άτομο με ΔΕΠΥ να εργαστεί πάνω στις κατευθυντήριες που του δίνονται και να επιτύχει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Τέλος, ένα μέρος της δουλειάς του επόπτη είναι να διακρίνει αν χρειάζεται να παραπέμψει το άτομο και σε κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας για παράλληλη στήριξη ή αν πράγματι χρειάζεται καθοδήγηση που μπορεί να βοηθήσει στην ανταπόκριση στις

καθημερινές προκλήσεις. Η συνεργασία μεταξύ διαφόρων ειδικών ψυχικής υγείας και ΕΚ στην περίπτωση της ΔΕΠΥ κρίνεται απαραίτητη, καθώς η κάθε ειδικότητα βοηθά διαφορετική πτυχή της ζωής του ατόμου που εμφανίζει ελλείμματα λόγω της διαταραχής (Sleeper-Triplett 2010; Goldstein & Teeter Ellison, 2002; Ratey, 2008).

### 1.7 Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΚ

Όταν ένας ασθενής με ΔΕΠΥ αποφασίζει να ξεκινήσει συνεδρίες εποπτικής καθοδήγησης για να επιλύσει ορισμένα προβλήματα που εντοπίζει στη λειτουργικότητά του, θα πρέπει πρωτίστως να γίνεται κατόπιν επιθυμίας του ιδίου. Η διαδικασία της εποπτικής καθοδήγησης δεν είναι μία υπηρεσία παροχής συμβουλευτικής υποστήριξης, αλλά μία παρέμβαση αρκετά πιο δομημένη. Ο σκελετός πάνω στον οποίο παρέχονται οι κατευθυντήριες γραμμές για να επιτύχει το άτομο τα αποτελέσματα που επιθυμεί είναι κάθε φορά μοναδικός, αφού είναι οι εκάστοτε ανάγκες που τον ορίζουν και η παρέμβαση καταλήγει να έχει έναν εξατομικευμένο χαρακτήρα. Παρά την προσωποποιημένη μορφή της ΕΚ όμως, υπάρχει ένα βασικό πλαίσιο πάνω στο οποίο στηρίζεται η εποπτική καθοδήγηση και αναλύεται σε τέσσερις πυλώνες, όπως φαίνεται στον πίνακα 8, ενώ στον πίνακα 9 παρουσιάζεται συνολικά το πλαίσιο της ΕΚ. Στόχος των συνεδριών εποπτικής καθοδήγησης είναι η παροχή στήριξης στον ενήλικα με ΔΕΠΥ ώστε να αναλάβει ευθύνες, να παίρνει πρωτοβουλίες και να διαχειρίζεται αποτελεσματικά: α) το χρόνο, β) τα οικονομικά, γ) τις διαπροσωπικές σχέσεις και συγκρούσεις, δ) τις καθημερινές εργασίες και υποχρεώσεις του. (Sleeper-Triplett, 2010; Hallowell & Ratey, 2003; Doyle, 2006; Kooij et al., 2010)

**Πίνακας 8.** Οι βασικές αρχές της ΕΚ

| Οι 4 φάσεις της Εποπτικής Καθοδήγησης |                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Η Φάση της Ανακάλυψης                 | Το άτομο με ΔΕΠΥ μαζί με τη βοήθεια του επόπτη ανακαλύπτει τις ανάγκες και τις επιθυμίες που υπάρχουν, μέσα από τη λεκτικοποίηση των σκέψεων και των προβληματισμών του.                                                                                  |
| Η Φάση της Στοχοθεσίας                | Στο στάδιο αυτό τίθενται οι στόχοι και ο επόπτης αναλαμβάνει να υποστηρίξει το άτομο σε όλη του την πορεία μέχρι να φτάσει στην υλοποίηση των αναγκών του.                                                                                                |
| Η Φάση της Δράσης                     | Εγώ το άτομο με ΔΕΠΥ αναλαμβάνει ενεργό ρόλο, όπως συζήτησε με τον επόπτη, και προβαίνει σε σταδιακές δράσεις μέχρι να επιτύχει τους στόχους του, ενώ ο επόπτης, έχοντας έναν δευτερεύοντα βοηθητικό ρόλο, παρακολουθεί διαρκώς και ενδυναμώνει το άτομο. |
| Η Φάση της Ανατροφοδότησης            | Στην τελευταία αυτή φάση της ΕΚ, γίνεται μία αυτοαξιολόγηση των προηγούμενων φάσεων και το άτομο λαμβάνει ανατροφοδότηση για τις ενέργειές του από τον επόπτη.                                                                                            |

**Πίνακας 9.** Το πλαίσιο της ΕΚ

| Η Εποπτική Καθοδήγηση στηρίζεται στα εξής:                                                                                                          |                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Απουσία Κριτικής                                                                                                                                 | 9. Θετική ενίσχυση σκέψεων και συμπεριφορών                                                               |
| 2. Τρόποι βελτίωσης της απροσεξίας                                                                                                                  | 10. Μέθοδοι επίτευξης αυτογνωσίας και αυτοεκτίμησης                                                       |
| 3. Συμβουλευτική για περιορισμό της άσκοπης υπερκινητικότητας (εάν υπάρχει) και διοχέτευση της ενέργειας σε ασφαλείς και οργανωμένες δραστηριότητες | 11. Προβληματισμός του ατόμου, κατά τις συνεδρίες, για τη γενικότερη συμπεριφορά και λειτουργικότητά του. |
| 4. Στρατηγικές μείωσης του παρορμητισμού                                                                                                            | 12. Εντοπισμός ικανοτήτων και ταλέντων                                                                    |
| 5. Ενημέρωση για τους τρόπους εκδήλωσης και αντιμετώπισης των συμπτωμάτων                                                                           | 13. Ανάπτυξη στρατηγικών που καθιστούν την καθημερινότητα του ατόμου πιο λειτουργική                      |
| 6. Εκπαίδευση στην οργάνωση των καθημερινών δραστηριοτήτων                                                                                          | 14. Εφαρμογή του τριπτύχου: ενθάρρυνση – κατανόηση – υποστήριξη                                           |
| 7. Συμβουλευτική για κατανόηση των συναισθημάτων που σχετίζονται με τη ΔΕΠΥ                                                                         | 15. Καθορισμός των αναγκών και της κατεύθυνσης της ΕΚ από τις ανάγκες του πελάτη                          |
| 8. Δημιουργία και ενίσχυση κινήτρων                                                                                                                 | 16. Συμφωνία μεταξύ επόπτη και ενήλικα με ΔΕΠΥ για τον τρόπο και τους όρους συνεργασίας                   |



Η επιτυχία των συνεδριών εποπτικής καθοδήγησης φαίνεται όταν στη συμφωνηθείσα τελική συνεδρία, μετά τον αναστοχασμό και την αυτοαξιολόγηση, το άτομο είναι πιο λειτουργικό, αυτόνομο και έχει επιτύχει τους αρχικούς στόχους που είχε θέσει. Η αυτόνομη δράση του ενήλικα με ΔΕΠΥ, φαίνεται όταν συγκεντρώνει τις ικανότητες που περιγράφονται στον πίνακα 10.

**Πίνακας 10.** Οι ικανότητες του ατόμου με ΔΕΠΥ μετά την ολοκλήρωση της ΕΚ.

| <i>Μετά το τέλος των συνεδριών της ΕΚ, το άτομο με ΔΕΠΥ:</i>        |
|---------------------------------------------------------------------|
| 1. Έχει τη δυνατότητα να εντοπίζει τις αποσπάσεις της προσοχής του. |
| 2. Ελέγχει και μπορεί να διατηρεί την προσοχή του.                  |
| 3. Χρησιμοποιεί παραγωγικά την ανατροφοδότηση που λαμβάνει.         |

#### 1.8 ΤΟ ΕΠΙΓΕΝΝΗΜΑ ΤΗΣ ΕΚ

Μετά την ολοκλήρωση των συνεδριών ΕΚ, το άτομο είναι σε θέση να δρα περισσότερο αυτόνομα, να έχει αυτοπεποίθηση και να είναι πιο λειτουργικό στην καθημερινότητά του. Οι δράσεις του επικεντρώνονται στους στόχους του και έχει μάθει μέσα από στρατηγικές να μειώνει τη διάσπαση. Τα αποτελέσματα της ΕΚ όμως τείνουν να είναι συνολικά, αφού οι ενήλικες με ΔΕΠΥ φαίνεται να ωφελούνται ιδιαίτερα όταν η ΕΚ συνδυάζεται με τις υπόλοιπες παρεμβάσεις (Πεχλιβανίδης και συν., 2012). Άλλωστε, η αναγκαιότητα ενός ολιστικού μοντέλου αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ αναγνωρίζεται διεθνώς και θεωρείται απαραίτητη για την αντιμετώπιση των δυσκολιών που προκύπτουν σε βιολογικό και ψυχοκοινωνικό επίπεδο (Weissenberger et al., 2017), ενώ η ΕΚ προτείνεται ανάμεσα στις παρεμβάσεις που μπορούν να έχουν θετικά αποτελέσματα στους ενήλικες με ΔΕΠΥ, ακόμη κι αν αυτά δεν είναι απόλυτα μετρήσιμα (Kooij et al., 2019; Murphy, 2006). Μάλιστα, τα άτομα με ΔΕΠΥ εκφράζουν επίσης το αίτημα της πολυεπίπεδης θεραπείας, καθώς είναι πιο βοηθητική και ικανοποιεί τις ανάγκες που προκύπτουν σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ό,τι θα έκανε αποκλειστικά η φαρμακευτική θεραπεία (Skretting Solberg et al., 2015).

Σε έρευνα που έγινε το 2016 στην Τουρκία (Semerci et al.), φάνηκε πως υπήρχε αυξημένος κίνδυνος διακοπής της φαρμακοθεραπείας σε ενήλικους με ΔΕΠΥ το πρώτο δίμηνο μετά τη διάγνωση. Οι πάσχοντες με πανεπιστημιακή μόρφωση ή οικογενειακό ιστορικό στη ΔΕΠΥ

συμμορφώνονταν καλύτερα στη θεραπεία, ενώ οι πάσχοντες που δεν είχαν αυτά τα χαρακτηριστικά ήταν λιγότερο πιθανό να συμμορφωθούν. Παρατηρήθηκε ότι το 43,9% των ασθενών της δεύτερης ομάδας έπαυε να ακολουθεί πιστά τη φαρμακοθεραπεία πέντε εβδομάδες μετά την έναρξή της, ενώ το 63,4% μετά το πρώτο δίμηνο. Ωστόσο, ένα σημαντικό εύρημα της έρευνας ήταν ότι, όταν η φαρμακοθεραπεία ξεκινούσε παράλληλα με ψυχοεκπαίδευση και υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους, το ποσοστό μη συμμόρφωσης μειωνόταν δραματικά και η απουσία ψυχοεκπαίδευσης λειτουργούσε ως προγνωστικός παράγοντας για τη μετέπειτα διακοπή της θεραπείας. Κατ' επέκταση, λαμβάνοντας κανείς υπόψιν το γεγονός ότι ένα μέρος της ΕΚ ασχολείται με τη δημιουργία ενός προγράμματος και τη ρύθμιση υπενθυμίσεων σχετικά με τη λήψη φαρμάκων, εύκολα συνάγεται το συμπέρασμα πως η χρησιμότητά της ως προς τη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία, είναι εξαιρετικά σημαντική.

Ένα εξίσου σημαντικό θέμα είναι η ύπαρξη στίγματος γύρω από τη ΔΕΠΥ, που ταλαιπωρεί τους πάσχοντες, επηρεάζει την εικόνα για τον εαυτό τους, τους δημιουργεί άγχος και αισθήματα μειονεξίας και κατάθλιψης. Και σε αυτή την περίπτωση, η ΕΚ δουλεύοντας αργά και σταθερά με το άτομο, το βοηθά να γνωρίσει και να αποδεχθεί τη ΔΕΠΥ, με αποτέλεσμα (όταν συνυπάρχει η ψυχοεκπαίδευση και η παράλληλη ενημέρωση των στενών συγγενών), το στίγμα να καταπολεμάται (Kooij et al., 2010 & 2019). Η παράλληλη στήριξη μάλιστα του ασθενούς και του στενού οικογενειακού του περιβάλλοντος μέσω της ΕΚ, αμβλύνει τις ενδοοικογενειακές εντάσεις και οδηγεί στην ολοκληρωμένη υποστήριξη του ατόμου με ΔΕΠΥ (Robin, 2006).

Στην ΕΚ, ο επόπτης είναι από την αρχή ένας ενεργός σύμμαχος, ένας διοργανωτής για το χάος που αισθάνεται το άτομο με ΔΕΠΥ ότι το περιβάλλει, ο οποίος ενισχύοντας θετικά τις αντίστοιχες ενέργειες και συμπεριφορές αλλά και δημιουργώντας κίνητρα, καταφέρνει σιγά σιγά να περάσει μία θετική στάση ζωής στο άτομο. Έτσι, ενισχύεται η αυτοπεποίθηση και το άτομο κινητοποιείται για να επιτύχει όσα επιθυμεί. Όσον αφορά την υπερκινητικότητα, η ελεγχόμενη διοχέτευση της περισσευούμενης ενέργειας σε παραγωγικές διαδικασίες (χόμπι, αθλήματα), βοηθά το άτομο να την εκτονώνει (αντί να τη συσσωρεύει) και να διατηρεί, στη συνέχεια, πολύ καλύτερα την προσοχή του. Ακόμη, το άτομο είναι σε θέση να αναγνωρίζει και να ελέγχει τα συναισθήματά του και την παρορμητικότητά του, να οργανώνει σωστά το χρόνο, τις υποχρεώσεις και τα οικονομικά του ζητήματα και, γνωρίζοντας πλέον καλύτερα

τον εαυτό του και τις ιδιαιτερότητές του, είναι σε θέση με τις δεξιότητες που έχει αναπτύξει να βελτιώνει τις σχέσεις του με τους γύρω του. Ως αποτέλεσμα όλων των παραπάνω, παρατηρείται ότι η ΕΚ οδηγεί το άτομο στο να είναι πιο λειτουργικό στην καθημερινότητά του και να έχει μία πολύ καλύτερη ποιότητα ζωής, άποψη που εκφράζουν τα ίδια τα άτομα με ΔΕΠΥ που αντιμετωπίζουν την ΕΚ ως μία αποτελεσματική παρέμβαση, της οποίας τα αποτελέσματα έχουν επηρεάσει καθοριστικά τη ζωή τους. (Doyle, 2006; Parker et al., 2013; Kubik, 2010)

## **2. ΜΕΘΟΔΟΣ**

### **2.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Στην Ελλάδα, η έννοια της Εποπτικής Καθοδήγησης και το είδος του Επόπτη δεν έχει διερευνηθεί. Η κλινική εξέταση δείχνει ότι οι ενήλικες με ΔΕΠΥ εμπιστεύονται ένα πρόσωπο (τουλάχιστον) είτε από το στενό τους κύκλο (οικογενειακό, φιλικό) είτε τον ευρύτερο (εργασιακό, δομές ψυχολογικής υποστήριξης, κ.α.), για να λάβουν καθοδήγηση τις περιόδους που αισθάνονται ότι την έχουν ανάγκη.

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της έννοιας της Εποπτικής Καθοδήγησης σε ενήλικα άτομα με ΔΕΠΥ και οι πιθανοί επόπτες στη ζωή των πασχόντων. Πιο συγκεκριμένα, δίδεται ο ορισμός της Εποπτικής Καθοδήγησης στους πάσχοντες από ΔΕΠΥ μέσω ερωτηματολογίου<sup>1</sup> («Όπως καταγράφεται διεθνώς και πιθανώς να συμβαίνει και στην Ελλάδα, δημιουργούν σχέσεις εμπιστοσύνης με ανθρώπους που έχουν ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Αυτοί οι άνθρωποι, βοηθούν τους πάσχοντες να ανταπεξέρχονται στις ιδιαίτερες ανάγκες που προκύπτουν στην καθημερινότητά τους, εξ' αιτίας του προβλήματός τους.») και διερευνάται αν υπάρχει στη ζωή των Ελλήνων ενηλίκων ασθενών με ΔΕΠΥ ένα (τουλάχιστον) άτομο που να λειτουργεί για εκείνους σαν να τους προσφέρει εποπτική καθοδήγηση. Τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα αφορούν στην ιδιότητα των ατόμων αυτών (που είναι από το στενό ή τον ευρύτερο κύκλο τους) και το είδος της καθοδήγησης που οι πάσχοντες θεωρούσαν ότι λάμβαναν από τα άτομα αυτά.

Αποτελεί μία καινοτόμα έρευνα, καθώς στην Ελλάδα δεν έχει γίνει αντίστοιχη μελέτη και δεν υπάρχει σχετική βιβλιογραφία. Από τη μελέτη αυτή, αναμένεται να αναδειχθεί η ύπαρξη, η ιδιότητα ή και το είδος της στήριξης που παρέχουν ορισμένα άτομα σε πάσχοντες από ΔΕΠΥ. Σε δεύτερο επίπεδο, επρόκειτο να διερευνηθούν πιθανές συσχετίσεις των απαντήσεων των ασθενών με τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά τους.

### **2.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ**

Στην παρούσα έρευνα, έχουν σχηματισθεί οι ακόλουθες υποθέσεις:

---

<sup>1</sup> Βλ. Παράρτημα.

1. Το δείγμα των ανδρών να είναι μεγαλύτερο από των γυναικών.
2. Η πλειονότητα των ατόμων να απαντήσει θετικά στην ερώτηση σχετικά με το αν έχει ένα άτομο (τουλάχιστον) που να λειτουργεί σαν να του προσφέρει εποπτική καθοδήγηση.
3. Οι γυναίκες να δηλώσουν περισσότερα άτομα ως «coach» συγκριτικά με τους άνδρες.
4. Οι απαντήσεις μεταξύ τω δύο φύλων να διαφέρουν ως προς το είδος καθοδήγησης και ως προς την ιδιότητα του ατόμου που λειτουργεί ως «coach».
5. Τα άτομα νεαρότερης ηλικίας (έως 39 ετών) δηλώνουν περισσότερα άτομα ως coach σε σχέση με τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (από 40 ετών και άνω).
6. Τα άτομα που λειτουργούν ως coach, θεωρείται ότι βρίσκονται εντός των ομάδων που παρουσιάζονται στον πίνακα 11.

**Πίνακας 11. Πιθανές ιδιότητες ατόμων που λειτουργούν ως coach για τους ενήλικες με ΔΕΠΥ**

| ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ        | ΕΡΓΑΣΙΑ                 | ΣΤΕΝΟΣ ΚΥΚΛΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΕΥΡΥΤΕΡΟΣ ΚΥΚΛΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ                          |
|-------------------|-------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------|
| Μητέρα / Μητριά   | Συνάδελφος / Συνεργάτης | Σύντροφος                  | Μέντιουμ / χαρτορίχτρα / καφετζού / αστρολόγος (ζώδια) |
| Πατέρας / Πατριός | Προϊστάμενος            | Φιλικό πρόσωπο             | Κομμωτής / κομμώτρια / αισθητικός                      |
| Αδερφός/ή         | Εργοδότης               | Συγκάτοικος                | Γυμναστής / προπονητής, αθλητική ομάδα                 |
| Παππούς           |                         | Γείτονας                   | Πνευματικός (παππούλης της ενορίας), μοναχός/ή         |
| Γιαγιά            |                         |                            | Καθηγητής / δάσκαλος                                   |
| Θείος / α         |                         |                            | Ηλεκτρονικά forum / ομάδες σε κοινωνικά μέσα δικτύωσης |
| Ξαδέρφια          |                         |                            | Ομάδα Αυτοβοήθειας                                     |
|                   |                         |                            | Λογοθεραπευτής                                         |
|                   |                         |                            | Φυσικοπαθητικός                                        |
|                   |                         |                            | Σώμα Ελλήνων Προσκόπων                                 |
|                   |                         |                            | Ταξιτζής                                               |
|                   |                         |                            | Barman                                                 |

## 2.3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Για να διενεργηθεί η παρούσα έρευνα, υπήρξε προηγουμένως έγκριση του ερευνητικού πρωτοκόλλου από την επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Αιγινήτειου Νοσοκομείου και οι ασθενείς, στο πλαίσιο της αξιολόγησής τους από το Ειδικό Ιατρείο Νευροαναπτυξιακών Διαταραχών του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, παρείχαν έγγραφη συναίνεση για τη συμμετοχή τους σε έρευνες. Η ερευνήτρια βρισκόταν στο τμήμα Νευροαναπτυξιακών Διαταραχών του Αιγινήτειου Νοσοκομείου κάθε Παρασκευή από τον Ιούνιο του 2018 έως και το Φλεβάρη του 2019, όπου παρέδιδε το ερωτηματολόγιο της έρευνας στους πάσχοντες που επισκέπτονταν το ιατρείο Νευροαναπτυξιακών Διαταραχών για συνέχεια της παρακολούθησής τους. Το δείγμα ήταν 50 ενήλικα άτομα που έχουν διαγνωσθεί με ΔΕΠΥ από το τμήμα Νευροαναπτυξιακών Διαταραχών. Τα άτομα με ΔΕΠΥ, αφού είχαν συναινέσει εγγράφως για τη συμμετοχή τους, ενημερώνονταν από την ερευνήτρια, κα Αλεξίου Πηνελόπη, για το αντικείμενο της συγκεκριμένης έρευνας και στη συνέχεια παραχωρούσαν για τους σκοπούς της έρευνας προφορική συνέντευξη και συμπλήρωση ερωτηματολογίου. Η έρευνα είναι ανώνυμη και εμπίπτει στο πλαίσιο του απορρήτου.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε, ώστε να καταγράφουν τα άτομα τις απαντήσεις τους, επισυνάπτεται στο Παράρτημα και αποτελεί μέρος μιας ημι-δομημένης μορφής συνέντευξης. Χρησιμοποιήθηκε αρχικά περιγραφική στατιστική για την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων και στη συνέχεια έγινε έλεγχος των αποτελεσμάτων με μη παραμετρικά εργαλεία και chi-square, για να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p < 0,05$ ) μεταξύ των ομάδων ή των μέσων όρων των ομάδων που ελέγχθηκαν. Συγκρίθηκαν τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών (φύλο, ηλικιακή ομάδα) με τις δηλώσεις για την ύπαρξη και διάρκεια της ΕΚ καθώς και τον αριθμό και το είδος του επόπτη.

### 2.3.1. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για το πρώτο μέρος της έρευνας, αυτό της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, έγινε αναζήτηση στην εγχώρια και διεθνή βιβλιογραφία για επιστημονικά βιβλία και άρθρα που να αφορούν τη ΔΕΠΥ ενηλίκων, τις μορφές παρέμβασης και, πιο στοχευμένα, την ΕΚ ως νέα μορφή

παρέμβαση για τους πάσχοντες. Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: ADHD, adult ADHD, ADHD coaching, ADHD treatment, college students with ADHD και adult ADHD Coaching. Στη συνέχεια, έγινε μία πρόσθετη ανασκόπηση για την ανίχνευση του φαινομένου στον κόσμο και οι λέξεις-κλειδιά στην αναζήτηση πληροφοριών ήταν: ADHD Asia, ADHD Europe, ADHD America, ADHD Africa, ADHD Australia, ADHD globe. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση ξεκίνησε τον Οκτώβριο του 2017 και ολοκληρώθηκε με τη συγγραφή της παρούσας εργασίας, τον Ιούλιο του 2019.

Ως προς το ερευνητικό μέρος, για τη συλλογή δεδομένων από τα άτομα με ΔΕΠΥ χρησιμοποιήθηκε ημι-δομημένη συνέντευξη. Τα άτομα, μετά από μία πρώτη γνωριμία με την ερευνήτρια και μία σύντομη προφορική συνέντευξη, συμπλήρωναν ένα ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε για τους σκοπούς της έρευνας από την ερευνήτρια και τον κύριο Πechλιβανίδη. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 7 ερωτήσεις ανοικτού και κλειστού τύπου, οι οποίες αφορούσαν στους ακόλουθους 3 άξονες:

- ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ: για τους σκοπούς της έρευνας καταγραφόταν το φύλο, η ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης του/ης συμμετέχοντος.
- ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ: καταγράφεται αποκλειστικά η διάρκεια που ο/η συμμετέχων/ουσα είναι διαγνωσμένος/η με ΔΕΠΥ μέχρι την ημέρα της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.
- ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΕΚ: αφού δοθεί ο επίσημος ορισμός της ΕΚ, ο/η συμμετέχων/ουσα καλείται να απαντήσει σε 6 ερωτήσεις που αφορούν στο αν υπάρχει τουλάχιστον ένα άτομο που να λειτουργεί σαν να του/ης προσφέρει ΕΚ, την ιδιότητα αυτού του ατόμου, το χρονικό διάστημα που το άτομο αυτό παρείχε ΕΚ στον/ην ασθενή καθώς και το είδος της ΕΚ που θεωρούσε ο/η πάσχων/ουσα ότι λάμβανε, έπειτα από την ύπαρξη αντίστοιχων αναγκών του/ης.

### 2.3.2 ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα της παρούσας ερευνητικής εργασίας αποτελείται από 50 διαγνωσμένους ενήλικες με ΔΕΠΥ, από 18 έως 64 ετών. Από τα συνολικά 50 άτομα που συμμετείχαν, τα 32 ήταν άνδρες και τα 18 γυναίκες.

Η επιλογή του δείγματος ήταν τυχαία και προέκυπτε έπειτα από την προθυμία των ασθενών για συμμετοχή, κάθε Παρασκευή, μετά το προγραμματισμένο ραντεβού τους στο

Ιατρείο Νευροαναπτυξιακών Διαταραχών του Αιγινήτειου Νοσοκομείου για συνέχιση παρακολούθησης. Οι συμμετέχοντες/ουσες, αφού ενημερωνόταν από τον κύριο Πechλιβανίδη για το είδος, το σκοπό και το περιεχόμενο της έρευνας είχαν προηγουμένως συναινέσει για συμμετοχή σε έρευνα, συναντιόντουσαν με την ερευνήτρια σε γραφείο του εργαστηρίου του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, όπου γινόταν η σύντομη προφορική συνέντευξη και η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Ως κριτήρια για την εισαγωγή ατόμων στην έρευνα είχαν τεθεί τα ακόλουθα:

- η ύπαρξη γραπτής συναίνεσης του ατόμου, από το τμήμα Νευροαναπτυξιακών Διαταραχών του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, για συμμετοχή σε έρευνα,
- η ηλικία (άνω των 18),
- τα άτομα να είναι επισήμως διαγνωσμένα με ΔΕΠΥ από την Ειδικό Ιατρείο Νευροαναπτυξιακών Διαταραχών του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, να παρακολουθούνται τακτικά από το Ειδικό Ιατρείο και να υπάρχει ιατρικός φάκελος με τα στοιχεία τους,
- να μην αντιμετωπίζουν προβλήματα στο γραπτό ή προφορικό λόγο,
- να μιλούν την Ελληνική γλώσσα,
- να μη συνυπάρχει διάγνωση άλλων διαταραχών (πχ. Αυτισμός, διαταραχή χρήσης ουσιών ή αλκοόλ, διπολική διαταραχή κτλ).

### 2.3.3 ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Στην παρούσα εργασία, η ανάλυση των δεδομένων έγινε στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS. Εκεί, λήφθηκε υπόψιν το φύλο, η ηλικία, ο χρόνος που ο/η πάσχων/ουσα είναι διαγνωσμένος/η με ΔΕΠΥ, το μορφωτικό επίπεδο, καθώς και ότι αφορά στα άτομα που δήλωσε ότι έχουν ρόλο ΕΚ στη ζωή του (το είδος των ατόμων αυτών και ο αριθμός τους, αλλά και η χρονική διάρκεια της αρωγής που παρείχαν στον/ην ασθενή), το είδος της βοήθειας που του παρείχαν και η χρονική διάρκεια αυτής. Το δείγμα, επομένως, αναλύθηκε ως προς τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά που παρουσίασε. Τέλος, έγινε στατιστική ανάλυση με chi-square και t-test, για να ανιχνευθούν οι διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες καθώς και η ύπαρξη ή μη στατιστικά σημαντικών διαφορών.



### 3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο κεφάλαιο αυτό παρατίθενται τα συνολικά αποτελέσματα της έρευνας. Παρουσιάζονται αναλυτικοί και περιγραφικοί πίνακες δεδομένων που προέκυψαν από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων/ουσών καθώς και η στατιστική ανάλυση αυτών σε σχέση με το φύλο, την ηλικία, το είδος της ΕΚ καθώς και την ιδιότητα του ατόμου που αναλάμβανε να κάνει ΕΚ με τον/ην ασθενή.

#### 3.1 ΠΙΝΑΚΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Οι ακόλουθοι πίνακες αναφέρονται στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων/ουσών.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 12. ΦΥΛΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ**

|       | <b>ΑΝΔΡΕΣ</b> | <b>ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b> | <b>ΣΥΝΟΛΟ</b> |
|-------|---------------|-----------------|---------------|
| N (%) | 32            | 18              | 50            |
|       | 64%           | 36%             | 100%          |

**ΠΙΝΑΚΑΣ 13. ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ**

|               | <b>ΑΝΔΡΕΣ</b>  | <b>ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b> | <b>Μ.Ο. ΑΤΟΜΩΝ</b> |
|---------------|----------------|-----------------|--------------------|
| ΗΛΙΚΙΑ (Μ.Ο.) | 31.63 (± 10.1) | 35.94 (± 13.1)  | 33.18 (± 11.3)     |

**ΠΙΝΑΚΑΣ 14. ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ**

|       | <b>18-29 ΕΤΩΝ</b> | <b>30-39 ΕΤΩΝ</b> | <b>40-49 ΕΤΩΝ</b> | <b>50+ ΕΤΩΝ</b> | <b>ΣΥΝΟΛΟ</b> |
|-------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------|---------------|
| N (%) | 25 άτομα          | 11 άτομα          | 7 άτομα           | 7 άτομα         | 50 άτομα      |
|       | 50%               | 22%               | 14%               | 14%             | 100%          |

**ΠΙΝΑΚΑΣ 15. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ**

| <b>ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ</b> | <b>ΑΝΔΡΕΣ</b> | <b>N (%)</b> | <b>ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b> | <b>N (%)</b> | <b>ΣΥΝΟΛΟ</b> | <b>N (%)</b> |
|----------------------------|---------------|--------------|-----------------|--------------|---------------|--------------|
| Υποχρεωτική Εκπαίδευση     | 3             | 9.37%        | 0               | 0%           | 3             | 6%           |
| Δευτεροβάθμια              | 2             | 6.25%        | 2               | 11.11%       | 4             | 8%           |
| Τριτοβάθμια                | 27            | 84.38%       | 16              | 88.89%       | 43            | 86%          |
| <b>Σύνολο δείγματος</b>    | <b>32</b>     | <b>64%</b>   | <b>18</b>       | <b>36%</b>   | <b>50</b>     | <b>100%</b>  |

**ΠΙΝΑΚΑΣ 16. ΙΔΙΟΤΗΤΑ ΣΥΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ**

| ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ                             | ΑΝΔΡΕΣ | N(%)   | ΓΥΝΑΙΚΕΣ | N(%)   | ΣΥΝΟΛΟ | N (%) |
|----------------------------------------|--------|--------|----------|--------|--------|-------|
| Φοιτητές/τριες                         | 9      | 60%    | 6        | 40%    | 15     | 30%   |
| Καλλιτέχνες                            | 1      | 12.5%  | 7        | 87.5%  | 8      | 16%   |
| Ψυχολόγοι                              | 3      | 75%    | 1        | 25%    | 4      | 8%    |
| Εκπαιδευτικοί                          | 3      | 75%    | 1        | 25%    | 4      | 8%    |
| Γεωπόνοι                               | 1      | 33.33% | 2        | 66.67% | 3      | 6%    |
| Μηχανολόγοι/ Αρχιτέκτονες<br>Μηχανικοί | 2      | 66.67% | 1        | 33.33% | 3      | 6%    |
| Προγραμματιστές/ Τεχνικοί Η/Υ          | 1      | 50%    | 1        | 50%    | 2      | 4%    |
| Σώματα ασφαλείας                       | 1      | 100%   | 0        | 0%     | 2      | 4%    |
| Άλλο επάγγελμα / άνεργοι               | 9      | 100%   | 0        | 0%     | 9      | 18%   |

Ο πίνακας 17 αφορά σε μέρος της κλινικής εικόνας των ασθενών, που σχετίζεται με το χρονικό διάστημα που έχουν διαγνωσθεί με ΔΕΠΥ μέχρι την ημέρα της συνέντευξης.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 17. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΕΠΥ**

|     | 1-6 ΜΗΝΕΣ | 7-12 ΜΗΝΕΣ | 1-5 ΧΡΟΝΙΑ | 6-10 ΧΡΟΝΙΑ | 10+ ΧΡΟΝΙΑ | ΣΥΝΟΛΟ   |
|-----|-----------|------------|------------|-------------|------------|----------|
| N   | 22 άτομα  | 4 άτομα    | 14 άτομα   | 4 άτομα     | 6 άτομα    | 50 άτομα |
| (%) | 44%       | 8%         | 28%        | 8%          | 12%        | 100%     |

Οι πίνακες 18 με 21 περιλαμβάνουν τις συχνότητες που ειπώθηκαν αναφορικά με τη διάρκεια της ΕΚ, το είδος ΕΚ και την ιδιότητα των ατόμων που λειτουργούν ως coaches.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 18. ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΚ**

| ΔΙΑΡΚΕΙΑ      | <10 ΧΡΟΝΙΑ | 10+ ΧΡΟΝΙΑ | ΣΥΝΟΛΟ |
|---------------|------------|------------|--------|
| ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ | 18         | 21         | 39     |
| N (%)         | 46.2%      | 53.8%      | 100%   |

**ΠΙΝΑΚΑΣ 19. ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΕΚ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΕ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ**

| ΕΙΔΟΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ                                                                              | ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ | N (%)  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------|
| ΠΑΡΟΧΗ ΣΥΜΒΟΥΛΩΝ (ΜΕΙΩΣΗ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ, ΑΠΡΟΣΕΞΙΑΣ, ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ)                      | 21         | 53.85% |
| ΔΙΑΘΕΣΗ ΧΡΟΝΟΥ (ΑΠΟ ΕΠΟΠΤΗ) ΓΙΑ ΝΑ ΑΚΟΥΕΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ, ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ | 16         | 41.03% |
| ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ (ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΧΡΟΝΟΥ, ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΗΜΕΡΑΣ, ΕΠΙΛΥΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ)                      | 24         | 61.54% |
| ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΘΕΤΙΚΩΝ ΣΚΕΨΕΩΝ/ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ Ή ΑΥΤΟΓΝΩΣΙΑΣ (ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΑΔΥΝΑΜΙΩΝ)      | 8          | 20.51% |
| ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΚΙΝΗΤΡΩΝ / ΣΤΟΧΩΝ ΚΑΙ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΤΕΥΞΗ                                         | 11         | 28.21% |
| ΑΛΛΟ (δημιουργία αισθήματος ασφάλειας και σταθερότητας, κατανόηση, ανεκτικότητα)               | 4          | 10.26% |

**ΠΙΝΑΚΑΣ 20. ΟΙ 8 ΕΠΙΚΡΑΤΕΣΤΕΡΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΜΕ ΤΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΠΡΟΤΙΜΗΤΕΑ ΑΤΟΜΑ ΓΙΑ ΕΚ**

| ΙΔΙΟΤΗΤΑ COACH                                    | ΣΥΝΟΛΟ | N(%)   |
|---------------------------------------------------|--------|--------|
| Φιλικό πρόσωπο                                    | 18     | 46.15% |
| Μητέρα                                            | 17     | 43.59% |
| Καθηγητής / Δάσκαλος                              | 9      | 23.08% |
| Σύντροφος                                         | 9      | 23.08% |
| Πατέρας                                           | 7      | 17.95% |
| Θεία/ος                                           | 6      | 15.39% |
| Αδέρφια                                           | 5      | 12.82% |
| Εκπρόσωπος της Εκκλησίας (Πνευματικός/ Μοναχός/ή) | 4      | 10.26% |

**ΠΙΝΑΚΑΣ 21. ΟΙ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ ΠΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣΑΝ ΩΣ COACH**

| ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ        | N (%)      | ΕΡΓΑΣΙΑ                 | N (%)    | ΣΤΕΝΟΣ ΚΥΚΛΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | N (%)      | ΕΥΡΥΤΕΡΟΣ ΚΥΚΛΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ                          | N (%)     |
|-------------------|------------|-------------------------|----------|----------------------------|------------|--------------------------------------------------------|-----------|
| Μητέρα / Μητριά   | 17(43.59%) | Συνάδελφος / Συνεργάτης | 3(7.69%) | Σύντροφος                  | 9(23.08%)  | Μέντιουμ / χαρτορίχτρα / καφετζού / αστρολόγος (ζώδια) | -         |
| Πατέρας / Πατριός | 7(17.95%)  | Προϊστάμενος            | 2(5.13%) | Φιλικό πρόσωπο             | 18(46.15%) | Κομμωτής / κομμώτρια / αισθητικός                      | -         |
| Αδερφός/ή         | 5(12.82%)  | Εργοδότης               | 2(5.13%) | Συγκάτοικος                | -          | Γυμναστής / προπονητής, αθλητική ομάδα                 | 2(5.13%)  |
| Παππούς           | -          |                         |          | Γείτονας                   | -          | Πνευματικός (παππούλης της ενορίας), μοναχός/ή         | 4(10.26%) |
| Γιαγιά            | -          |                         |          |                            |            | Καθηγητής / δάσκαλος                                   | 9(23.05%) |
| Θείος / α         | 6(15.39%)  |                         |          |                            |            | Ηλεκτρονικά forum / ομάδες σε κοινωνικά μέσα δικτύωσης | 1(2.56%)  |
| Ξαδέρφια<br>1     | 1(2.56%)   |                         |          |                            |            | Ομάδα Αυτοβοήθειας                                     | 2(5.13%)  |
|                   |            |                         |          |                            |            | Λογοθεραπευτής                                         | 1(2.56%)  |
|                   |            |                         |          |                            |            | Φυσικοπαθητικός                                        | 1(2.56%)  |
|                   |            |                         |          |                            |            | Σώμα Ελλήνων Προσκόπων                                 | 2(5.13%)  |
|                   |            |                         |          |                            |            | Ταξιτζής                                               | 1(2.56%)  |
|                   |            |                         |          |                            |            | Barman                                                 | 1(2.56%)  |

Προκειμένου να γίνει σύγκριση των δεδομένων, διεξήχθη έλεγχος της κανονικότητας των κατανομών των μεταβλητών. Σύμφωνα με τη θεωρία, ως πιο ακριβής και αξιόπιστη διαδικασία ελέγχου για μικρά δείγματα θεωρείται αυτή των Shapiro-Wilk. Ο έλεγχος έδειξε πως τα δεδομένα δεν ακολουθούν κανονική κατανομή. Ως εκ τούτου για τη σύγκριση των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικά εργαλεία και ο έλεγχος  $\chi^2$ .

Αρχικά θελήσαμε να μελετήσουμε αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα φύλα ως προς τη χρήση ΕΚ.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 22. ΕΚ ΚΑΙ ΦΥΛΟ**

|       | ΑΝΤΡΕΣ |       | ΓΥΝΑΙΚΕΣ |       | ΣΥΝΟΛΟ |     |
|-------|--------|-------|----------|-------|--------|-----|
|       | ΝΑΙ    | ΟΧΙ   | ΝΑΙ      | ΟΧΙ   | ΝΑΙ    | ΟΧΙ |
|       | 23     | 9     | 16       | 2     | 39     | 11  |
| N (%) | 71.9%  | 28.1% | 88.9%    | 11.1% | 78%    | 22% |

Διενεργώντας  $\chi^2$  test δε φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες αναφορικά με την ύπαρξη ή μη της ΕΚ στη ζωή τους ( $\chi^2(1)=1.943$ ,  $p=.149$ ). Το εύρημα αυτό είναι συμβατό με τη βιβλιογραφία (Hallowell & Ratey, 2003, 3005) δεν μας παραξενεύει, καθότι δεν είναι τόσο το φύλο που ορίζει την ανάγκη για ΕΚ όσο οι ανάγκες που υπάρχουν στη ζωή του ατόμου.

Έπειτα συγκρίναμε τα δύο φύλα ως προς τη διάρκεια λήψης ΕΚ. Χωρίζοντας τη μεταβλητή της διάρκειας στα δύο (<10 χρόνια, >10 χρόνια) είχαμε τη δυνατότητα να διενεργήσουμε  $\chi^2$  test.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 23. ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΚ**

|                  | ΑΝΤΡΕΣ     |            | ΓΥΝΑΙΚΕΣ   |            |
|------------------|------------|------------|------------|------------|
|                  | <10 ΧΡΟΝΙΑ | >10 ΧΡΟΝΙΑ | <10 ΧΡΟΝΙΑ | >10 ΧΡΟΝΙΑ |
|                  | 12         | 11         | 6          | 10         |
| ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΚ (N%) | 52.17%     | 47.83%     | 37.50%     | 62.50%     |

Ούτε εδώ φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $\chi^2(1)=.818$ ,  $p=.283$ ), με το 52.7% των αντρών και το 37.5% των γυναικών να αναφέρει πως έχει ΕΚ τα τελευταία 10 χρόνια, ενώ αντίστοιχα το 47.8% των αντρών και το 62.5% των γυναικών να δηλώνουν πως

η ΕΚ που λαμβάνουν ξεπερνά τα 10 χρόνια. Βέβαια, το εύρημα αυτό εξαρτάται και από την ηλικία των συμμετεχόντων. Καθώς το μέγεθος του δείγματος ήταν μικρό δε μας επέτρεψε μια σύγκριση του φύλου και της διάρκειας ΕΚ με βάση την ηλικία. Μια τέτοια διαδικασία θα μπορούσε να διεξαχθεί σε μελλοντική έρευνα.

Σε σύγκριση μέσω των όρων Mann-Whitney που πραγματοποιήθηκε, για τη σύγκριση του μέσου αριθμού των coach μεταξύ των φύλων, δε φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά,  $U=147.5$ ,  $p=.301$ . Χαρακτηριστικά οι άντρες δηλώνουν κατά μέσο όρο 2.13 coaches, και οι γυναίκες 2.88. Το εν λόγω εύρημα έρχεται σε αντίθεση με την αρχική μας υπόθεση ότι οι γυναίκες πρόκειται να δηλώσουν περισσότερα άτομα που να λειτουργούν σαν να τους προσφέρουν ΕΚ συγκριτικά με τους άνδρες.

Μια ακόμα από τις υποθέσεις μας αφορούσε τη διαφορά που ενδέχεται να παρουσιάσουν τα δύο φύλα τόσο ως προς το είδος ΕΚ, όσο και ως προς την ιδιότητα του ατόμου που λειτουργεί ως coach. Διενεργώντας  $\chi^2$  συγκρίναμε τις 5 κατηγορίες που διαμορφώθηκαν για το είδος ΕΚ, μια προς μια, με τα δύο φύλα. Σε καμία σύγκριση δε φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά. Φαίνεται πως, τόσο οι άντρες, όσο και οι γυναίκες δηλώνουν πως επιλέγουν παρόμοιο είδος ΕΚ, με τη καθοδήγηση και τη συμβουλευτική να καταλαμβάνουν το μεγαλύτερο ποσοστό τόσο στους άντρες, όσο και στις γυναίκες.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 24. ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΙΔΟΣ ΕΚ**

| ΕΙΔΟΣ ΕΚ            | ΑΝΔΡΕΣ | N(%)   | ΓΥΝΑΙΚΕΣ | N(%)   | p-value |
|---------------------|--------|--------|----------|--------|---------|
| ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ          | 13     | 56.52% | 11       | 68.75% | .301    |
| ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ       | 10     | 43.48% | 11       | 68.75% | .242    |
| ΔΙΑΘΕΣΗ ΧΡΟΝΟΥ      | 8      | 34.78% | 8        | 50%    | .501    |
| ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΚΙΝΗΤΡΩΝ | 7      | 30.44% | 4        | 25%    | .812    |
| ΘΕΤΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ     | 4      | 17.39% | 4        | 25%    | .711    |

Αντίστοιχα κινηθήκαμε και για την ιδιότητα του ατόμου που λειτουργεί ως coach. Κάθε ιδιότητα απέκτησε τη μορφή διχοτομικής μεταβλητής με επιλογές «Ναι», «Όχι». Έτσι μπορούσαμε να συγκρίνουμε το φύλο με κάθε μια από τις ιδιότητες χρησιμοποιώντας  $\chi^2$ . Ούτε εδώ υπήρξαν σημαντικές διαφορές. Μάλιστα φαίνεται πως τα μέλη της οικογένειας και

για τα δύο φύλα προτιμώνται περισσότερο, με τη μητέρα να καταλαμβάνει τη πρώτη θέση προτίμησης για τους άντρες και με μικρή διαφορά τη δεύτερη για τις γυναίκες με ποσοστό 43.5% και 43.8% αντίστοιχα. Η επιλογή φιλικό πρόσωπο και καθηγητής/δάσκαλος συμπληρώνουν τη πρώτη τριάδα σε προτιμήσεις για την ιδιότητα του ατόμου που λειτουργεί ως coach.

Μια μόνο σύγκριση ήταν πολύ κοντά στο επίπεδο εμπιστοσύνης .05· αυτή του φύλου με την ιδιότητα «πνευματικός/μοναχός» ( $\chi^2(3)=3.101$ ,  $p=.078$ ). Μάλιστα είναι εντυπωσιακό πως καμία γυναίκα δεν αναφέρθηκε στη χρήση κάποιου πνευματικού, ενώ 4 άντρες έκαναν λόγω για λήψη καθοδήγησης από θρησκευτικούς φορείς.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 25. ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΤΟΜΟΥ ΓΙΑ ΕΚ**

| ΙΔΙΟΤΗΤΑ COACH            | ΑΝΔΡΕΣ | N(%)   | ΓΥΝΑΙΚΕΣ | N(%)   | p-value |
|---------------------------|--------|--------|----------|--------|---------|
| Φιλικό πρόσωπο            | 9      | 39.13% | 9        | 56.25% | .291    |
| Μητέρα                    | 10     | 43.48% | 7        | 43.75% | .987    |
| Καθηγητής/ Δάσκαλος       | 5      | 21.74% | 4        | 25%    | .812    |
| Σύντροφος                 | 5      | 21.74% | 4        | 25%    | .812    |
| Πατέρας                   | 3      | 13.04% | 4        | 25%    | .339    |
| Θεία/ος                   | 2      | 8.7%   | 4        | 25%    | .165    |
| Αδέρφια                   | 2      | 8.7%   | 3        | %      | .356    |
| Πνευματικός/<br>Μοναχός/ή | 4      | 17.39% | 0        | 0%     | .078    |

Βλέποντας πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς στα φύλα, θελήσαμε να δούμε αν η ηλικία διαδραματίζει κάποιο ρόλο στην ύπαρξη ΕΚ, τον αριθμό των coach ή τη διάρκεια της ΕΚ, καθώς επίσης στο είδος ΕΚ αλλά και την ιδιότητα του ατόμου που λειτουργεί ως coach. Χωρίσαμε την ηλικία σε 4 διαφορετικές ηλικιακές κατηγορίες οι οποίες διαμορφώνονται ανά δεκαετία.

Χρησιμοποιώντας το  $\chi^2$  test φάνηκε πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη χρήση ΕΚ ανάμεσα στις ηλικίες ( $\chi^2(3)=3.077$ ,  $p=.380$ ).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 26. ΧΡΗΣΗ ΕΚ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ**

| Ύπαρξη ΕΚ | 18-29 ΕΤΩΝ | 30-39 ΕΤΩΝ | 40-49 ΕΤΩΝ | 50+ ΕΤΩΝ | Σύνολο |
|-----------|------------|------------|------------|----------|--------|
| Ναι       | 80%        | 90.9%      | 57.1%      | 71.4%    | 78%    |
| Όχι       | 20%        | 9.1%       | 42.9%      | 28.6%    | 22%    |

Το εύρημα του πίνακα δείχνει πως με μεγάλη διαφορά, τα άτομα που ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία μεταξύ 30 και 39 ετών, αποζητούν την ΕΚ στην καθημερινότητά τους. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία (Ratey, 2002 & 2008), το εύρημα αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι οι άνθρωποι που πάσχουν από ΔΕΠΥ και ανήκουν στο ηλικιακό φάσμα 30 έως 39 ετών, αντιμετωπίζουν πολλαπλές προσκλήσεις στη ζωή τους. Πρόκειται για άτομα που καλούνται να έχουν μία σταθερή εργασία και να βιοπορίζονται από αυτή και, συνήθως, αποκτούν οικογένεια και παιδιά. Οι πολλαπλές προκλήσεις που βιώνουν, συνήθως τους οδηγούν στο να αποζητούν στήριξη από οικείους ή μη ώστε να ανταπεξέλθουν ικανοποιητικά στις καθημερινές τους υποχρεώσεις.

Βλέποντας πως δεν υπάρχουν γενικά μεγάλες διαφορές στην ύπαρξη ΕΚ ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες, θέλαμε να δούμε αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στον αριθμό των coach μεταξύ των διαφόρων ηλικιακών κατηγοριών. Για την εν λόγω σύγκριση χρησιμοποιήσαμε το Kruskal-Wallis test. Το Kruskal-Wallis test, είναι ένα μη παραμετρικό εργαλείο, το οποίο μας δίνει τη δυνατότητα σύγκρισης των μέσων όρων, όταν η σύγκριση περιλαμβάνει περισσότερες από δύο ομάδες και προσομοιάζει στην ANOVA. Η ανάλυση έδειξε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στον αριθμό των coaches ανάμεσα στις διάφορες ηλικιακές κατηγορίες,  $\chi^2(4)=9.907$ ,  $p<.05$ , με διάμεσο 15.80 για την ηλικιακή κατηγορία 18-29, 27.85 για τη κατηγορία 30-39, 22.38 για τη κατηγορία 40-49 και 19.20 για τη κατηγορία 50+. Κάνοντας σύγκριση κατά ζεύγη με το Dunn's post hoc test φαίνεται πως η στατιστικά σημαντική διαφορά εμφανίζεται μεταξύ των ηλικιακών κατηγοριών 18-29 και 30-39, με τη δεύτερη κατηγορία να εμφανίζει τον μεγαλύτερο αριθμό coach.

Τέλος, ούτε η σύγκριση των ηλικιακών ομάδων με τη διάρκεια λήψης ΕΚ έδωσε στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $\chi^2(3)=2.786$ ,  $p=.426$ ). Αν και δεν βρέθηκε διαφορά, παρατηρούμε πως οι ηλικιακές κατηγορίες 30-39 και 40-49 αναφέρουν πως η διάρκεια λήψης ΕΚ ξεπερνά τα 10 χρόνια, σε αντίθεση με τις άλλες δύο κατηγορίες. Εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι άτομα



που είναι 50+ δηλώνουν σε χαμηλότερο ποσοστό από όλες τις ομάδες (40%) πως έχουν ΕΚ για περισσότερο από 10 χρόνια. Αυτό το εύρημα ίσως σχετίζεται με το ότι τα άτομα αυτής της ηλικιακής ομάδας είναι διαγνωσμένα την τελευταία πενταετία και, όπως υποστήριξαν στην προφορική συνέντευξη, θεωρούσαν τόσο τα ίδια τα άτομα όσο και οι οικείοι τους ότι τα ελλείμματα που προκαλούσε η ΔΕΠΥ στην καθημερινότητά τους, από την παιδική τους ηλικία μέχρι τη διάγνωσή τους, ήταν αποτελέσματα απείθαρχου χαρακτήρα, τεμπελιάς, ιδιοτροπίας και όχι κάποιας διαταραχής.

Όσον αφορά το είδος ΕΚ που επιλέγεται στις διάφορες ηλικιακές κατηγορίες σημαντική διαφορά παρουσιάστηκε μόνο στη δημιουργία κινήτρων. Από εκείνους που ανέφεραν το συγκεκριμένο είδος ΕΚ το 10% ανήκε στη κατηγορία 18-29, το 50% στις κατηγορίες 30-39 και 40-49 και τέλος κανένας δεν αναφέρθηκε στη δημιουργία κινήτρων από 50 ετών και πάνω. Σχετικά με το σύνολο του δείγματος, πρώτο είδος σε προτίμηση, ανεξάρτητα από την ηλικία, έρχεται η καθοδήγηση με 59% και ακολουθεί η συμβουλευτική με 51.3% (Πίνακας 27).

Κλείνοντας, δεν εμφανίστηκαν διαφορές μεταξύ των ηλικιακών κατηγοριών και της ιδιότητας του ατόμου που λειτουργεί ως coach. Λαμβάνοντας υπόψη πως το φιλικό πρόσωπο και η μητέρα αποτελούν τις δύο πρώτες επιλογές του συνόλου του δείγματος εστιάσαμε σε αυτές. Φαίνεται πως από τα άτομα που ανέφεραν τη μητέρα, το 70% ανήκε στη κατηγορία 30-39, το 40% στη κατηγορία 18-29 και με περίπου 20% ακολουθούσαν οι κατηγορίες 40-49 και 50+ ( $\chi^2(3)=4.653$ ,  $p=.201$ ). Από εκείνους που έκαναν αναφορά στο φιλικό πρόσωπο, το μεγαλύτερο ποσοστό φαίνεται να προέρχεται από την ηλικιακή κατηγορία 50+ (80%), ενώ με μικρή διαφορά (60%) ακολουθεί η κατηγορία 30-39, έπειτα η κατηγορία 18-29 (35%) και τέλος η κατηγορία 40-49 (25%) ( $\chi^2(3)=4.798$ ,  $p=.187$ ).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 27. ΕΙΔΟΣ ΕΚ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ**

| Είδος ΕΚ            | 18-29<br>N(%) |         | 30-39<br>N(%) |        | 40-49<br>N(%) |         | 50+<br>N(%) |         | p-value |
|---------------------|---------------|---------|---------------|--------|---------------|---------|-------------|---------|---------|
|                     | Ναι           | Όχι     | Ναι           | Όχι    | Ναι           | Όχι     | Ναι         | Όχι     |         |
| Καθοδήγηση          | 11(55%)       | 9(45%)  | 6(60%)        | 4(40%) | 2(50%)        | 2(50%)  | 4(80%)      | 1(20%)  | .757    |
| Συμβουλευτική       | 12(60%)       | 8(40%)  | 6(60%)        | 4(40%) | 0(0%)         | 4(100%) | 2(40%)      | 3(60%)  | .146    |
| Διάθεση χρόνου      | 8(40%)        | 12(60%) | 4(40%)        | 6(60%) | 2(50%)        | 2(50%)  | 3(60%)      | 2(40%)  | .856    |
| Δημιουργία κινήτρων | 2(10%)        | 18(90%) | 5(50%)        | 5(50%) | 2(50%)        | 2(50%)  | 0(0%)       | 5(100%) | .027*   |
| Θετική ενίσχυση     | 6(30%)        | 14(70%) | 3(30%)        | 7(70%) | 1(25%)        | 3(75%)  | 1(20%)      | 4(80%)  | .972    |

\*p<.05

### 3.2 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η παρούσα έρευνα διαφώτισε αρκετές πτυχές της ΕΚ στην Ελλάδα, καθώς και το πως αυτή ασκείται στο πλαίσιο υποστήριξης ασθενών με ΔΕΠΥ από μη επαγγελματίες. Οι οικείοι άνθρωποι των ατόμων με ΔΕΠΥ, που δεν εξαντλούνται στον οικογενειακό κύκλο αλλά και στον φιλικό, επαγγελματικό και ευρύτερο, συχνά αναλαμβάνουν αυτό το ρόλο, είτε μετά από αίτημα των ατόμων με ΔΕΠΥ για υποστήριξη είτε από μόνοι τους. Οι γυναίκες, φάνηκε να είναι περισσότερο δεκτικές στην ΕΚ (n=88.9%) σε σύγκριση με τους άνδρες (n=71.9%) που απαντούσαν πιο συχνά αρνητικά, χωρίς ωστόσο να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην προτίμηση της ΕΚ μεταξύ των φύλων. Παρ' όλα αυτά, η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων/ουσών (n=78%) δήλωσε ότι λαμβάνει υποστήριξη από ένα τουλάχιστον άτομο στη ζωή του/ης, επικυρώνοντας τη δεύτερη ερευνητική υπόθεση και το 53.85% των ατόμων που απάντησε θετικά για την ύπαρξη της ΕΚ στην καθημερινότητά του, υποστήριξε πως η ΕΚ υπάρχει στη ζωή του/ης για διάστημα άνω των 10 ετών. Τα 2 είδη υποστήριξης που έδειξε η έρευνα ότι προτιμώνται περισσότερο είναι η καθοδήγηση (n=61.54%) και η συμβουλευτική (n=53.85%).

Το γεγονός ότι το δείγμα αποτελείται κυρίως από άνδρες (n=64%), επιβεβαιώνει τόσο την αρχική ερευνητική υπόθεση που είχε διατυπωθεί αναφορικά με τον αριθμό του ανδρικού δείγματος στην έρευνα, όσο και τη διεθνή βιβλιογραφία που υποστηρίζει ότι οι άνδρες με ΔΕΠΥ είναι αναλογικά περισσότεροι των γυναικών (Πεχλιβανίδης, 2013). Στο δείγμα που συγκεντρώθηκε εδώ, η αναλογία που διαμορφώθηκε ήταν 2:1 άνδρες προς γυναίκες. Ακόμη, το 50% του δείγματος αποτελείται από άτομα ηλικίας 18-29 ετών (το 30% του συνολικού δείγματος μάλιστα είναι φοιτητές) και το 52% των συμμετεχόντων/ουσών έχει διαγνωσθεί πρόσφατα με ΔΕΠΥ (<1 χρόνος).

Από τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα, φάνηκε πως συγκεκριμένα γι' αυτούς/ες που ασχολούνται με καλλιτεχνικά επαγγέλματα ή είναι καλλιτέχνες, έχουν όλοι κάποιον/α να τους υποστηρίζει και το είδος της υποστήριξης που έχουν κυρίως ανάγκη είναι η συμβουλευτική. Οι συμμετέχοντες/ούσες του συνολικού δείγματος στην πλειονότητά τους δήλωσαν μεγαλύτερη άνεση στο να απευθύνονται πρωτίστως σε φιλικό πρόσωπο για ΕΚ (n=46.15%), ενώ στη συνέχεια δήλωσαν την μητέρα (n=43.59%), τους καθηγητές (n=23.08%),

το/η σύντροφο (n=23.08%), τον πατέρα (n=17.95%), το/η θείο/α (n=15.39%), τα αδέρφια (n=12.82%) και κάποιον εκπρόσωπο της θρησκείας (πνευματικός, μοναχός/ή, n=10.26%). Έτσι οι δύο βασικές κατηγορίες ατόμων που προσφέρουν ΕΚ, όπως διαμορφώθηκαν έπειτα από τις απαντήσεις, είναι οι φίλοι και η μητέρα, από το στενό και τον οικογενειακό κύκλο του ατόμου με ΔΕΠΥ.

Οι άνδρες με ΔΕΠΥ φαίνεται ότι πρωτίστως επιλέγουν να απευθυνθούν στη μητέρα τους για ΕΚ (n=43.48%) ή αναλαμβάνει εκείνη μόνη της να τους υποστηρίξει, ενώ πολλές φορές δεν διστάζουν να απευθυνθούν σε άτομο που σχετίζεται με τη θρησκεία (n=17.39%). Οι γυναίκες αντιθέτως δεν απευθύνθηκαν σε εκπρόσωπο της θρησκείας αλλά προτιμούν να απευθύνονται κυρίως σε φίλους (n=56.25%). Ωστόσο, οι ομάδες ατόμων που δήλωναν ως coach άνδρες και γυναίκες, δεν διέφεραν στατιστικώς σημαντικά, διαψεύδοντας την τέταρτη υπόθεση της έρευνας. Οι γυναίκες δήλωναν από 0 έως 11 άτομα για εποπτική καθοδήγηση και οι άνδρες από 0 έως 5, όπως είχε τεθεί και στην τρίτη και πέμπτη ερευνητική υπόθεση.

Όσον αφορά τις αρνητικές απαντήσεις των ανδρών στην ύπαρξη ΕΚ (n=9), το 66.67% θεωρεί πως δεν τη χρειάζεται διότι, όπως υποστήριξαν στην προφορική συνέντευξη, είναι αυτοπαρακινούμενοι (self-motivated) και δεν χρειάστηκε να ζητήσουν ποτέ βοήθεια, ενώ το υπόλοιπο 33.33%, παρουσιαζόταν με έντονη εσωστρέφεια στην προφορική συνέντευξη και απέδωσε την μη ύπαρξη ΕΚ στο γεγονός ότι δεν υπήρχε γι' αυτούς ένα υποστηρικτικό περιβάλλον. Οι άνδρες γενικότερα κατά τη διαδικασία της προφορικής συνέντευξης παρουσιαζόταν ως πιο εσωστρεφείς, φειδωλοί και λακωνικοί, ενώ οι άνδρες που είχαν την ιδιότητα του φοιτητή, ψυχολόγου και γιατρού είχαν μεγαλύτερη άνεση να μιλούν για τον εαυτό τους και να κάνουν διάλογο.

Οι γυναίκες που συμμετείχαν ήταν στην πλειονότητά τους (n=87.5%) αρκετά κοινωνικές, εξωστρεφείς, ομιλητικές και επιδίωκαν τη συζήτηση. Μεταξύ αυτών, υπήρξαν 2 γυναίκες οι οποίες υποστήριξαν ότι διαβάζουν τις καθημερινές αστρολογικές προβλέψεις και ασχολούνται στον ελεύθερο χρόνο τους ερασιτεχνικά με την αστρολογία. Ωστόσο, καμία εκ των 2 γυναικών δεν αποτύπωσε αυτή την πτυχή την καθημερινής της ενασχόλησης στο ερωτηματολόγιο, παρόλο που οι προβλέψεις αυτές καθόριζαν σε μεγάλο βαθμό τις αποφάσεις και την καθημερινότητά τους. Έτσι, εφόσον οι ίδιες δεν ήθελαν να αποτυπωθεί στην έρευνα αυτή η πληροφορία, απουσιάζει από τα τελικά δεδομένα αυτή η παράμετρος. Αυτό είχε ως συνέπεια να μην επαληθευθεί η έκτη ερευνητική υπόθεση αναφορικά με τις

ιδιότητες των ατόμων που λειτουργούν ως coach στον πίνακα 11, αφού δεν έλαβε η κάθε τιμή του πίνακα από τουλάχιστον μία απάντηση.

## **4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

### **4.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΩΝ**

Σύμφωνα με τα δεδομένα που προκύπτουν από την έρευνα, η ΕΚ, παρά το ότι δεν αποτελεί μέχρι στιγμής μία ακόμη παρέμβαση στο ολιστικό πλαίσιο αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ ενηλίκων σε συνδυασμό με την φαρμακοθεραπεία, ψυχοεκπαίδευση και ψυχοθεραπεία, φαίνεται ότι είναι κάτι που τα ίδια τα άτομα με ΔΕΠΥ επιζητούν. Στην Ελλάδα, για μία τέτοια εξειδικευμένη παρέμβαση, δεν υπάρχει επίσημος φορέας πιστοποίησής της και το ρόλο του «coach» αναλαμβάνουν άτυπα άνθρωποι που γνωρίζουν κάποια πράγματα για τη ΔΕΠΥ, βρίσκονται στον περίγυρο του ασθενούς και έχουν τη διάθεση να ασχοληθούν μαζί του και να το υποστηρίξουν. Όπως έδειξε η έρευνα, οι άνθρωποι που υποστηρίζουν το άτομο με ΔΕΠΥ δεν περιορίζονται στον στενό κύκλο της οικογένειας, αλλά μπορεί να είναι ακόμη και από τη δουλειά, το πανεπιστήμιο, την Εκκλησία και κάθε τί άλλο μπορεί να αφορά η καθημερινότητα του ατόμου με ΔΕΠΥ. Τα υψηλά ποσοστά θετικών απαντήσεων (n=78%) άλλωστε, δείχνουν τις πολλαπλές ανάγκες των ασθενών στην καθημερινότητα που υποβοηθούνται από μία τέτοιου τύπου παρέμβαση, στην οποία μάλιστα οι ίδιοι αποδίδουν πολλές από τις προσωπικές και επαγγελματικές του επιτυχίες. Έτσι, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η ενημέρωση και η εκπαίδευση εκπαιδευτικών φορέων και εκπροσώπων της Εκκλησίας σχετικά με τη ΔΕΠΥ ενηλίκων, θα ήταν αρκετά βοηθητική για τα άτομα με ΔΕΠΥ, που συχνά στρέφονται σε αυτούς τους φορείς για υποστήριξη.

Οι ενήλικοι άνδρες με ΔΕΠΥ, έχοντας μια περαιτέρω δυσκολία στο να επικοινωνήσουν τις ανάγκες τους και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, σε πολλές περιπτώσεις δεν αποζητούν επιπρόσθετη υποστήριξη, όμως αυτοί που ζητούν έδειχναν πιο σίγουροι για τον εαυτό τους και κατάφερναν να έχουν, σε ακαδημαϊκό επίπεδο, περισσότερες επιτυχίες. Στο δείγμα των ανδρών, αξίζει να δοθεί μία μεγαλύτερη έμφαση, καθώς αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας και φαίνεται να είναι ο διπλάσιος αριθμός συγκριτικά με τις γυναίκες που έχουν ΔΕΠΥ. Οι γυναίκες, από την άλλη πλευρά, έχουν την ικανότητα να μιλούν πιο ανοιχτά για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν και να ζητούν με περισσότερη ευκολία την επιπρόσθετη στήριξη, κι αυτό φάνηκε από τον αριθμό των ατόμων που ζητούσαν/λάμβαναν υποστήριξη, που έφτανε μέχρι και τα 11 άτομα.

Η ύπαρξη της ΕΚ στη ζωή του ατόμου με ΔΕΠΥ, που στο πλαίσιο της γενικότερης υποστήριξης του ασθενούς βοηθά στην τήρηση ενός προγράμματος της λήψης φαρμακοθεραπείας, έχει θετικά αποτελέσματα σε συνδυασμό με τις υπόλοιπες παρεμβάσεις. Η διττή της λειτουργία έχει να κάνει με το ότι αφενός συμβάλλει στη συμμόρφωση του ασθενούς στο θεραπευτικό μοντέλο που του προτείνει ο ψυχίατρος και αφετέρου αποτελεί ένα προληπτικό μέτρο ως προς την αποτροπή εμφάνισης συνοσσηρών καταστάσεων. Επιπλέον, λαμβάνοντας υπόψιν την τάση των ατόμων με ΔΕΠΥ να αισθάνονται μοναξιά (Stickley et al., 2017), μία πολυεπίπεδη θεραπευτική παρέμβαση και ειδικότερα η ΕΚ σε συνδυασμό με τις υπόλοιπες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, είναι σε θέση να βελτιώσει την αυτοπεποίθηση του ατόμου και να του παράσχει ένα πλαίσιο συναισθηματικής σταθερότητας και ασφάλειας. Η παρέμβαση αυτή λειτουργεί προληπτικά ως προς την τάση του ατόμου να απομονώνεται και να καταλήγει στη μοναχικότητα, αποτρέποντας μία πιθανή συναισθηματική διαταραχή που σχετίζεται με καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι τα άτομα με ΔΕΠΥ που ζητούσαν υποστήριξη από τους οικείους τους, δεν βίωναν τόσο την απώλεια κινήτρων, όπως ανέφεραν στις προφορικές τους συνεντεύξεις, όσο την αδυναμία να υλοποιήσουν τις επιθυμίες τους και να χρησιμοποιήσουν τα κίνητρά τους παραγωγικά για να υλοποιήσουν τους στόχους τους. Αυτό, εξηγεί το εύρημα της έρευνας που ήθελε τους περισσότερους πάσχοντες να αποζητούν καθοδήγηση και συμβουλευτική, και πολύ λιγότεροι εξ' αυτών εξέφραζαν την ανάγκη βοήθειας στη δημιουργία κινήτρων. Έτσι, απ' όλα τα παραπάνω προκύπτει ότι είναι αναγκαία η δημιουργία δομών στην Ελλάδα, βάσει του Αμερικανικού προτύπου, που η ΕΚ θα ορίζεται σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο και με ένα συγκεκριμένο τρόπο, όπου θα παρέχεται εξειδικευμένη εκπαίδευση στα άτομα που επιθυμούν να ασκήσουν επαγγελματικά την ΕΚ, ώστε οι πάσχοντες να λαμβάνουν βοήθεια από ένα ολοκληρωμένο μοντέλο παρέμβασης. Μέσα απ' όλα τα παραπάνω, ανοίγει μία συζήτηση για την πιθανή αναγκαιότητα της ΕΚ ως μορφή παρέμβασης, που θα μπορούσε να αποδειχθεί μέσα από πιο εκτεταμένες μελέτες. Η παρούσα έρευνα αποτελεί την πρώτη απόπειρα ανίχνευσης του φαινομένου αυτού στην Ελλάδα.

#### 4.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο παρόν ερευνητικό πόνημα, αναπόφευκτα εμφανίστηκαν ορισμένοι περιορισμοί. Αρχικά, το δείγμα της έρευνας ήταν περιορισμένο ( $n=50$ ) και εστιασμένο στα άτομα που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή και παρακολουθούνται από το ειδικό ιατρείο Νευροαναπτυξιακών Διαταραχών του Αιγινήτειου Νοσοκομείου. Μάλιστα, ο αριθμός των γυναικών συμμετεχουσώντων υπολειπόταν αυτού των ανδρών, εύρημα το οποίο δικαιολογείται βέβαια βιβλιογραφικά, αλλά η διαφορά που παρουσιάστηκε δεν ήταν αναμενόμενη. Ο περιορισμένος αριθμός του δείγματος προέκυψε από το χρονικό περιορισμό εντός του οποίου έπρεπε να ολοκληρωθεί η έρευνα στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος «Προαγωγής Ψυχικής Υγείας και Πρόληψης Ψυχιατρικών Διαταραχών» της Ιατρικής σχολής Αθηνών. Υπό αυτό το πρίσμα, τα αποτελέσματα της έρευνας δεν είναι εύκολο να γενικευθούν για τον ευρύ πληθυσμό και συνίσταται συνέχιση της μελέτης σε μεγαλύτερο δείγμα.

Έπειτα, κατά την εκπόνηση της έρευνας, φάνηκε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν περιοριστικό για ορισμένους πάσχοντες. Αυτό προέκυψε καθότι τα άτομα με ΔΕΠΥ που συμμετείχαν, από ντροπή ή για προσωπικούς λόγους ορισμένες, υπέκρυπταν πληροφορίες που είχαν δώσει στην προφορική συνέντευξη πριν την συμπλήρωσή του. Ως αποτέλεσμα, ορισμένες κατηγορίες ΕΚ που είχαν τεθεί ως υποθέσεις στον πίνακα με τα είδη των coach δεν επαληθεύτηκαν, παρά το ότι προφορικά είχαν επιβεβαιωθεί. Αναγκαστικά, λοιπόν, παραλείφθηκαν δεδομένα τα οποία ενδεχομένως να άλλαζαν τα αποτελέσματα της έρευνας, στα οποία όμως η ερευνήτρια δεν μπορούσε να επέμβει, καθ' ότι σεβάστηκε ως όφειλε την επιθυμία των συμμετεχόντων/ουσών.

Τέλος, έγινε σαφές ότι η ΕΚ είχε μία σειρά από οφέλη για τις ζωές των ατόμων με ΔΕΠΥ. Τα οφέλη και οι επιτυχίες που είχαν πάραυτα χάρη στην ΕΚ, αποτελούν στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας μη μετρήσιμα μεγέθη. Το αποτέλεσμα των παραπάνω είναι να μην μπορεί να ανιχνευθεί ο ακριβής μηχανισμός που λειτουργεί η ΕΚ ούτε και να είναι μετρήσιμα τα αποτελέσματα που επιφέρει. Όλα μεταφράζονται ποιοτικά, έπειτα από τις συνεντεύξεις των ασθενών, οι οποίοι μεν αποδίδουν στην ΕΚ τα θετικά αποτελέσματα που παρατηρούσαν σε διάφορους τομείς στη ζωή τους, χωρίς όμως να είναι σε θέση να περιγράψουν με απόλυτη ακρίβεια το πώς αυτά συντελέστηκαν. Η συνέχιση της παρούσας έρευνας με ποσοτικές μετρήσεις, θα είναι σε θέση να διαφωτίσει αυτές τις πτυχές του επιγεννήματος ΕΚ.



#### 4.3 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Παρά τους περιορισμούς που συνάντησε η παρούσα μελέτη, εντούτοις ανίχνευσε την ύπαρξη της ΕΚ σε ενήλικα άτομα με ΔΕΠΥ, που αποτελούσε την κύρια ερευνητική υπόθεση. Κατάφερε να δείξει μέσα από τις μαρτυρίες των ενήλικων ατόμων με ΔΕΠΥ και το ερωτηματολόγιο που συμπλήρωσαν, την αναγκαιότητα αυτής της παρέμβασης και απάντησε στο πώς αυτή συντελείται και από ποια άτομα. Η επίδραση της ΕΚ, ενώ μέσα από δεκάδες μελέτες φαίνεται να έχει θετικά επιγενόμενα στις ζωές των ενήλικων ατόμων με ΔΕΠΥ, εντούτοις χρήζει περαιτέρω διερεύνησης, με περισσότερα εμπειρικά δεδομένα, τόσο σε ειδικούς πληθυσμούς (φοιτητές με ΔΕΠΥ, γονείς παιδιών με ΔΕΠΥ) όσο και στο γενικό πληθυσμό. Θα ήταν ενδιαφέρον, να μελετηθεί αυτό το φαινόμενο σε μεγαλύτερη κλίμακα δείγματος, ενδεικτικά προτείνεται σε δείγμα άνω των 200 ατόμων, για να υπάρχει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα του φαινομένου στην Ελλάδα. Επίσης, προτείνεται μεταξύ άλλων, να είναι ισόποσο το δείγμα των ανδρών και των γυναικών, ώστε να ανιχνευθούν καλύτερα οι διαφορές που προκύπτουν στις ανάγκες για ΕΚ μεταξύ των φύλων, και να δοθεί έμφαση στα κλινικά χαρακτηριστικά των ατόμων (συννοσηρότητα, διαταραχές διάθεσης, συνέπεια ασθενούς απέναντι στη φαρμακοθεραπεία και άλλες μορφές θεραπείας που του έχουν συστηθεί). Μέσα από τη συνέχιση μιας τέτοια έρευνας, η Ιατρική και η Ψυχολογία θα είναι σε θέση να γνωρίζουν περισσότερα για τους μηχανισμούς που μπορούν να λειτουργήσουν προληπτικά για την ψυχική υγεία των ατόμων με ΔΕΠΥ και, ενδεχομένως, να τους παράσχουν ένα πιο ολοκληρωμένο και εξατομικευμένο θεραπευτικό μοντέλο αντιμετώπισης των ελλειμμάτων που επιφέρει η διαταραχή.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Altin M., Ergil Altin G., Semerci B., (2016). An online survey of Turkish psychiatrists' attitudes about and experiences of adult attention deficit hyperactivity disorder in clinical practice. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 12: 2455-2461.
- Antoni J., Ramos-Quiroga J.A., Nasillo V., Fernandez-Arana F., Casas M., (2014). Addressing the lack of studies in attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 14(5): 553-567.
- Capri T., Martino G., Giannatiempo S., Semino M., Fabio R.A., (2019). Attention, problem solving and decision making in adult subjects with ADHD. *Journal of Clinical & Developmental Psychology*. 1(1): 1-9.
- Curly, M. (2001), *The Life Coaching Handbook. Everything you need to be an effective Coach*. USA: Crown House Publishing Limited.
- Davis M.J., Cheung S.F., Takahashi T., Shinoda H., Lindstrom W.A., (2011). Cross-national invariance of attention-deficit/hyperactivity disorder factors in Japanese and U.S. university students. *Research in Developmental Disabilities*. 32: 2972-2980.
- Doyle, B.B. (2006). *Understanding and Treating Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc.
- Ercan E., Ipsi M., Inci S.B., Ercan E., Ercan E.S., (2015). The effects of attention deficit hyperactivity disorder on clothing selection and habits among Turkish University students. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorder*. 7(3): 191-198.
- Ginsberg Y., Quintero L., Anand E., Casillas M., Upadhyaya H., (2014). Underdiagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in adult patients: a review of the literature. *The primary care companion for CNS disorders*. 16(3).
- Goldstein, S., Teeter Ellison, A. (2002), *Clinician's Guide to Adult ADHD. Assessment and Intervention*, Florida: Academic Press.
- Goldstein, S., 2005. Coaching as a Treatment for ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 9(2): 379-381.

- Hallowell E.M., Ratey J.J., (2003). *Ζώντας με τη Διάσπαση. Αναγνωρίζοντας και αντιμετωπίζοντας τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής (ΔΕΠ) στα παιδιά και στους ενήλικες*, μτφρ. Μ. Πενταράκου-Κουκ, Αθήνα: Ελληνική Παιδεία.
- Hallowell E.M., Ratey J.J., (2005). *Delivered from Distraction. Getting the most out of life with attention deficit disorder*. New York: Ballantine Books.
- Kaya A., Tyner Y., Guclu B. Taner E., Kaya Y., Bahcivan H.G., Benli I.T., (2008). Trauma and adult attention deficit hyperactivity disorder. *The Journal of International Medical Research*. 36: 9-16.
- Kennedy M., Kreppner J., Knights N., Kumsta R., Maughan B., Golm D., Rutter M., Schlotz W., Sonuga-Barke E.J.S., (2016). Early institutional deprivation is associated with a persistent variant of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: clinical presentation, developmental continuities and life circumstances in the English and Romanian Adoptees Study. *Journal of child psychology and psychiatry*. 57(10): 1113-1125.
- Kolar D., Keller A., Golfinopoulos M., Cumyn L., Syer C., Hechtman L., (2008). Treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 4(2): 389-403.
- Komurcu E., Bilgic A., Herguner S., (2014). Relationship between extremity fractures and attention-deficit/hyperactivity disorder symptomatology in adults. *International Journal of Psychiatry in medicine*. 47(1): 55-63.
- Kooij S.J., Bejerot S., Blackwell A., Caci H., Casas-Brugué M., Carpentier P.J., Edvinsson D., Fayyad J., Foeken K., Fitzgerald M., Gaillac V., Ginsberg Y., Henry C., Krause J., Lensing M.B., Manor I., Niederhofer H., Nunes-Filipe C., Ohlmeier M.D., Oswald P., Pallanti S., Pehlivanidis A., Ramos-Quiroga J.A., Rastam M., Ryffel-Rawak D., Stes S., Asherson P., (2010). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European network adult ADHD. *BMC Psychiatry*. 10 (67).
- Kooij S., Bijlenga D., Salerno L., Jaeschke R., Bitter I., Balázs J., Thome J., Dom G., Kasper S., Nunes Filipe C., Stes S., Mohr P., Leppämäki S., Casas M., Bobes J., McCarthy J.M., Richarte V., Kjems Philipsen A., Pehlivanidis A., Niemela A., Styr B., Semerci B., Bolea-Alamanac B., Edvinsson D., Baeyens D., Wynchank D., Sobanski E., Philipsen A.,

- McNicholas F., Caci H., Mihailescu I., Manor I., Dobrescu I., Saito T., Krause J., Fayyad J., Ramos-Quiroga J.A., Foeken K., Rad F., Adamou M., Ohlmeier M., Fitzgerald M., Gill M., Lensing M., Motavalli Mukaddes N., Brudkiewicz P., Gustafsson P., Tani P., Oswald P., Carpentier P.J., De Rossi P., Delorme R., Markovska Simoska S., Pallanti S., Young S., Bejerot S., Lehtonen T., Kustow J., Müller-Sedgwick U., Hirvikoski T., Pironti V., Ginsberg Y., Félegyházy Z., Garcia-Portilla M.P., Asherson P., (2019). Updated European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*. 56: 14-34.
- Kubik J.A., (2010). Efficacy of ADHD coaching for Adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 13(5): 442 – 453.
- Μανιαδάκη Κ., Κάκουρος Ε., (2016). *Η διαχείριση της ΔΕΠΥ. Από τη θεωρία στην πράξη*. Αθήνα: Gutenberg.
- Moffitt T.E., Houts R., Asherson P., Belsky D.W., Corcoran D.L., Hammerle M., Harrington H., Hogan S., Meier M.H., Polanczyk G.V., Poulton R., Ramrakha S., Sugden K., Williams B., Rohde L.A., Caspi A., (2015). Is adult ADHD a childhood-onset neurodevelopmental disorder? Evidence from a four-decade longitudinal cohort study. *The American Journal of Psychiatry*. 172(10): 967-977.
- Montejo J., Duran M., Del Mar Martínez M., Hilari A., Roncalli N., Vilaregut A., Corrales M., Nogueira M., Casas M., Linares J.L., Ramos-Quiroga J.A., (2015). Family functioning and parental bonding during childhood in adults diagnosed with ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 23(1): 57-64.
- Murphy K., (2006). Psychological counseling of adults with ADHD. In Barkley R. A., *Attention Deficit and Hyperactivity Disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guilford Press, 3<sup>rd</sup> edition.
- Murphy K., Ratey N., Maynard S., Sussman S., Wright S.D., (2010). Coaching for ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 13(5): 546-552.
- Ουλής Π., (2010), *Στοιχεία Κλινικής Ψυχοπαθολογίας*, Αθήνα: ΒΗΤΑ.

- Parker D.R., Hoffman S.F., Sawilowsky S., Rolands L., (2013). Self-Control in Postsecondary Settings: Students' Perceptions of ADHD College Coaching. *Journal of Attention Disorders*. 17(3): 215-232.
- Πεχλιβανίδης Α., (2012). Η εμπειρία από τη μελέτη της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) ενηλίκων στην Ελλάδα. *Ψυχιατρική*. 23(1): 60-65.
- Πεχλιβανίδης Α., Παπανικολάου Α., Γιαννοπούλου Ι., (2015). Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας στους ενήλικες. Στο Παπαδημητρίου Γ.Ν., Λιάπας Ι.Α., Λύκουρας Ε., *Σύγχρονη Ψυχιατρική*, Αθήνα: ΒΗΤΑ.
- Πεχλιβανίδης Α., Σπυροπούλου Α., Γαλανόπουλος Α., Παπαχρήστου Χ.Α., Παπαδημητρίου Γ.Ν., (2012). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στους ενήλικες. Κλινική αναγνώριση, διάγνωση και θεραπευτικές παρεμβάσεις. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 29(5): 562-576.
- Prevatt F., (2016). Coaching for college students with ADHD. *Current Psychiatry Reports*. 18(12): 110.
- Prevatt F., Lampropoulos G.K., Bowles V., Garrett L., (2011). The use of between session assignments in ADHD coaching with college students. *Journal of Attention Disorders*. Vol. 15(1): 18-27.
- Prevatt F., Yelland S., (2015). An empirical evaluation of ADHD coaching in college students. *Journal of Attention Disorders*. Vol. 19(8): 666-677.
- Προκόπη Α., Πεχλιβανίδης Α., (2017). Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/ υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στην ενήλικη ζωή. *Γνωσιακή – Συμπεριφορική Έρευνα & Θεραπεία*. 3(1): 39-48.
- Quintero J.A., Morales I., Vera R., Zuluaga P., Fernandez A., (2017). The impact of adult ADHD in the quality of life profile. *Journal of Attention Disorders*. 23(9): 1007-1016.
- Ratey, N. (2002). Life coaching for adult ADHD. In S. Goldstein & A. T. Ellison (Eds.), *Clinician's guide to adult ADHD: Assessment and intervention*. San Diego, CA: Academic Press.
- Ratey, N. (2008). *The Disorganized Mind. Coaching your ADHD brain to take control of your time, tasks and talents*. New York: St. Martin's Press.

- Robin A. L., (2006). Training families with adolescents with ADHD. In Barkley R. A., *Attention Deficit and Hyperactivity Disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guilford Press, 3<sup>rd</sup> edition.
- Sehlin H., Hedman Ahlstrom B., Andersson G., Wentz E., (2018). Experiences of an internet-based support and coaching model for adolescents and young adults with ADHD and autism spectrum disorder – a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 18(1): 15.
- Semerici B., Taskiran S., Tufan E., Sanli I., (2016). Factors predication treatment adherence in patients with adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a preliminary study. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorder*. 8(3): 139-147.
- Skretting Solberg B., Haavik J., Halmoy A., (2015). Health care services for adults with ADHD: Patient satisfaction and the role of psycho-education. *Journal of Attention Disorders*. 23(1): 99-108.
- Sleeper-Triplett, J. (2010), *Empowering youth with ADHD*, Florida: Specialty Press Inc.
- Soderqvist H., Kajsa E., Ahlström B.H., Wentz E., (2017). The caregivers' perspectives of burden before and after an internet-based intervention of young persons with ADHD or autism spectrum disorder. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 24(5): 383-392.
- Sprich S.E., Burbridge J., Lerner J.A., Safren S.A., (2015). Cognitive-Behavioral Therapy for ADHD in Adolescents: Clinical Considerations and a Case Series. *Cognitive and Behavioral Practice*. 22: 116-126.
- Stickley A., Koyanagi A., Takahashi H., Ruchkin V., Kamio Y., (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and loneliness among adults in the general population. *Research in Developmental Disabilities*. 62: 115-123.
- Stuhec M., Svab V., Locatelli I., (2015). Prevalence and incidence of attention-deficit/hyperactivity disorder in Slovenian children and adolescents: a database study from a national perspective. *Croatian Medical Journal*. 56: 159-165.

- Sushevska Panevska L., Zafirova-Ivanovska B., Vasilevska K., Isjanovska R., Kadri H., (2015). Relationship between ADHD and depression among university students in Macedonia. *Materia Sociomedica*. 27(1): 18-21.
- Ulzen T.P., Higginbotham J.C., Donnir G., Jerome L., Segal A., (2017). Undiagnosed attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) among unionized drivers in Ghana: public health and policy implications. *Accident analysis and Prevention*. 114: 12-16.
- Vidal-Estrada R., Bosch-Munso R., Nogueira-Morais M., Casas-Brugue M., Ramos-Quiroga J.A., (2012). Psychological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults: a systematic review. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 40(3): 147-154.
- Weissenberger S., Ptacek R., Klicperova-Baker M., Erman A., Schonova K., Raboch J., Goetz M., (2017). ADHD, lifestyles and comorbidities: a call from a holistic perspective – from medical to societal intervening factors. *Frontiers in Psychology*. Vol. 8(454).
- Wentz E., Nyden A., Krevers B., (2012). Development of an internet-based support and coaching model for adolescents and young adults with ADHD and autism spectrum disorders: a pilot study. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 21: 611-622.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### Ερωτηματολόγιο

Ημερομηνία: \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_

#### 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ονοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_

Ιδιότητα: \_\_\_\_\_

Ηλικία: \_\_\_\_\_ ετών

Πόσο καιρό είστε διαγνωσμένος/η με ΔΕΠΥ;

|              |  |               |  |               |  |                |  |               |  |
|--------------|--|---------------|--|---------------|--|----------------|--|---------------|--|
| 1-6<br>ΜΗΝΕΣ |  | 7-12<br>ΜΗΝΕΣ |  | 1-5<br>ΧΡΟΝΙΑ |  | 6-10<br>ΧΡΟΝΙΑ |  | 10+<br>ΧΡΟΝΙΑ |  |
|--------------|--|---------------|--|---------------|--|----------------|--|---------------|--|

Ορισμός Εποπτικής Καθοδήγησης για ασθενείς με ΔΕΠΥ

*Τα άτομα με ΔΕΠΥ, όπως καταγράφεται διεθνώς και πιθανώς να συμβαίνει και στην Ελλάδα, δημιουργούν σχέσεις εμπιστοσύνης με ανθρώπους που έχουν ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Αυτοί οι άνθρωποι, βοηθούν τους ασθενείς να ανταπεξέρχονται στις ιδιαίτερες ανάγκες που προκύπτουν στην καθημερινότητά τους, εξ' αιτίας του προβλήματός τους. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους αναφέρονται στη δημιουργία σχέσεων ασφάλειας και εμπιστοσύνης σε ισότιμη βάση, χωρίς οι ίδιοι να είναι συγγενείς ή επαγγελματίες ψυχικής υγείας.*

2. Βάσει του παραπάνω ορισμού, θα μπορούσατε να ανακαλέσετε ένα άτομο (τουλάχιστον), ακόμη και συγγενή σας, που να έχει λειτουργήσει για εσάς με αντίστοιχο τρόπο, σαν να σας προσφέρει εποπτική καθοδήγηση;

|     |  |     |  |
|-----|--|-----|--|
| ΝΑΙ |  | ΟΧΙ |  |
|-----|--|-----|--|



3. Αν ναι, ποια ήταν η ιδιότητα αυτού του ατόμου;

.....

.....

4. Ποια η σχέση σας με αυτό το άτομο:

.....

.....

.....

5. Για πόσο χρονικό διάστημα είχατε αυτό το πρόσωπο στη ζωή σας να σας καθοδηγεί;

|              |  |               |  |               |  |                |  |               |  |
|--------------|--|---------------|--|---------------|--|----------------|--|---------------|--|
| 1-6<br>ΜΗΝΕΣ |  | 7-12<br>ΜΗΝΕΣ |  | 1-5<br>ΧΡΟΝΙΑ |  | 6-10<br>ΧΡΟΝΙΑ |  | 10+<br>ΧΡΟΝΙΑ |  |
|--------------|--|---------------|--|---------------|--|----------------|--|---------------|--|

6. Τι είδους βοήθεια σας παρείχε;

.....

.....

.....

.....

.....

7. Εάν τα άτομα που λειτουργούσαν για εσάς ως επόπτες είναι περισσότερα του ενός, παρακαλώ αναφέρετέ τα, καθώς και την ιδιότητά τους.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Σας ευχαριστούμε  
για τη συμμετοχή!*

## ΠΡΟΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΗΤΡΙΑ

Η βοήθεια που λάμβανε ο/η ασθενής με ΔΕΠΥ είχε να κάνει με:

|                                                                                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ΠΑΡΟΧΗ ΣΥΜΒΟΥΛΩΝ (ΜΕΙΩΣΗ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ, ΑΠΡΟΣΕΞΙΑΣ, ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ)                 |  |
| ΔΙΑΘΕΣΗ ΧΡΟΝΟΥ (ΑΠΟ ΕΠΟΠΤΗ) ΓΙΑ ΝΑ ΑΚΟΥΕΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ                        |  |
| ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ (ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΧΡΟΝΟΥ, ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΗΜΕΡΑΣ, ΕΠΙΛΥΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ)                 |  |
| ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΘΕΤΙΚΩΝ ΣΚΕΨΕΩΝ/ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ Ή ΑΥΤΟΓΝΩΣΙΑΣ (ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΑΔΥΝΑΜΙΩΝ) |  |
| ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΚΙΝΗΤΡΩΝ / ΣΤΟΧΩΝ ΚΑΙ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΤΕΥΞΗ                                    |  |
| ΑΛΛΟ                                                                                      |  |

Το είδος του ανθρώπου που λειτουργούσε ως επόπτης:

| ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ        |  | ΕΡΓΑΣΙΑ                 |  | ΣΤΕΝΟΣ ΚΥΚΛΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ |  | ΕΥΡΥΤΕΡΟΣ ΚΥΚΛΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ                          |  |
|-------------------|--|-------------------------|--|----------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|
| Μητέρα / Μητριά   |  | Συνάδελφος / Συνεργάτης |  | Σύντροφος                  |  | Μέντιουμ / χαρτορίχτρα / καφετζού / αστρολόγος (ζώδια) |  |
| Πατέρας / Πατριός |  | Προϊστάμενος            |  | Φιλικό πρόσωπο             |  | Κομμωτής / κομμώτρια / αισθητικός                      |  |
| Αδερφός/ή         |  | Εργοδότης               |  | Συγκάτοικος                |  | Γυμναστής / προπονητής, αθλητική ομάδα                 |  |
| Παππούς           |  | Άλλο [...]              |  | Γείτονας                   |  | Πνευματικός (παππούλης της ενορίας), μοναχός/ή         |  |
| Γιαγιά            |  |                         |  | Άλλο [...]                 |  | Καθηγητής / δάσκαλος                                   |  |
| Θείος / α         |  |                         |  |                            |  | Ηλεκτρονικά forum / ομάδες σε κοινωνικά μέσα δικτύωσης |  |
| Άλλο [...]        |  |                         |  |                            |  | Ομάδα Αυτοβοήθειας (Α.Α.)                              |  |
|                   |  |                         |  |                            |  | Λογοθεραπευτής                                         |  |
|                   |  |                         |  |                            |  | Φυσικοπαθητικός                                        |  |
|                   |  |                         |  |                            |  | Σώμα Ελλήνων Προσκόπων                                 |  |
|                   |  |                         |  |                            |  | Άλλο [...]                                             |  |