

Η εξέλιξη της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στον χρόνο

A. Κουμούλα

Τμήμα Ψυχιατρικής Παιδιών και Εφήβων, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο», Αθήνα

Ψυχιατρική 2012, 23:Π49–Π59

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή, δηλαδή σχετίζεται με την ωρίμανση του νευρικού συστήματος και εμφανίζεται με σταθερή πορεία και ειδικές γνωστικές δυσλειτουργίες. Για πολλά χρόνια η ΔΕΠΥ θεωρούνταν διαταραχή χαρακτηριστική της παιδικής ηλικίας. Μακροχρόνιες όμως μελέτες έδειξαν ότι ένα σημαντικό ποσοστό παιδιών με ΔΕΠΥ γίνονται ενήλικοι με ΔΕΠΥ. Η κλινική εικόνα της ΔΕΠΥ ποικίλλει ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο του ατόμου. Στην προσχολική ηλικία (3–5 ετών) η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από υπερβολική σωματική κινητικότητα, δυσκολία στη συνεργασία με τα συνομήλικα παιδιά και μη συμμόρφωση στις υποδείξεις των ενηλίκων. Στη σχολική ηλικία (6–12 ετών), εκτός από τα πυρηνικά συμπτώματα της διαταραχής, όπως περιγράφονται στα ταξινομικά συστήματα, δηλαδή συμπτώματα απροσεξίας, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας, συχνά εμφανίζεται εναντιωματική συμπεριφορά, συγκρούσεις με συνομηλικούς και ακαδημαϊκά προβλήματα. Στην εφηβεία μειώνεται η υπερδραστηριότητα, συνεχίζουν οι συγκρούσεις με τους γονείς και εμφανίζονται συχνά συμπεριφορές υψηλού κινδύνου. Στους ενήλικους συνήθως μειώνεται σημαντικά η έκδηλη σωματική κινητικότητα, ενώ παραμένουν η απροσεξία και η παρορμητικότητα. Με την πάροδο του χρόνου ο αριθμός των συμπτωμάτων συνήθως μειώνεται, παραμένουν όμως οι επιπτώσεις και η δυσλειτουργία που προκαλεί η διαταραχή. Η διάγνωση της ΔΕΠΥ στους ενήλικους απαιτεί αναδρομική διάγνωση της ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία. Από τη σχολική ηλικία είναι συχνές οι συνυπάρχουσες διαταραχές, οι οποίες τις περισσότερες φορές συνεχίζονται μέχρι την ενήλικη ζωή. Η εναντιωματική-προκλητική διαταραχή στην παιδική ηλικία σχετίζεται με την εμφάνιση της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας στους ενήλικους. Από την άλλη μεριά, οι συναισθηματικές διαταραχές, που επίσης είναι συχνές σε παιδιά, εφήβους και ενήλικους με ΔΕΠΥ, μπορεί να οφείλονται είτε σε κοινούς βιολογικούς μηχανισμούς είτε στη μακροχρόνια επίδραση ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που συνοδεύουν τα άτομα με ΔΕΠΥ. Η σχέση της ΔΕΠΥ με τη χρήση ουσιών έχει αποτελέσει αντικείμενο ερευνών, με επικρατέστερη την άποψη ότι η παρουσία της διαταραχής διαγωγής είναι απαραίτητη ώστε ένα άτομο με ΔΕΠΥ να εμφανίσει διαταραχή χρήσης ουσιών. Το κάπνισμα και το αλκοόλ φαίνεται πως δεν απαιτούν αυτή τη διαμεσολάβηση και η ΔΕΠΥ από μόνη της αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για το κάπνισμα και τον αλκοολισμό. Η θεραπεία με διεγερτικά στην παιδική ηλικία ασκεί κάποια προστατευτική επίδραση έναντι της χρήσης ουσιών και του αλκοολισμού στην εφηβεία. Η διάγνωση της οριακής διαταραχής προσωπικότητας

τίθεται συχνά σε ενήλικους με ΔΕΠΥ και ο συνηθέστερος λόγος είναι η αλληλοεπικάλυψη των συμπτωμάτων. Τίθεται το ερώτημα κατά πόσον είναι σκόπιμη η διάγνωση της οριακής διαταραχής στους ενήλικους, καθώς όταν προηγείται η ΔΕΠΥ τα συμπτώματα και οι επιπτώσεις στη λειτουργικότητα οφείλονται σ' αυτή τη διαταραχή.

Λέξεις ευρητηρίου: Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας, νευροαναπτυξιακή διαταραχή, αναπτυξιακή πορεία, συννοσηρότητα, επιπτώσεις.

Εισαγωγή

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας κατά DSM-IV (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD) ή Υπερκινητική Διαταραχή (Hyperkinetic Disorder, HD) κατά ICD-10, είναι μια συνήθης συμπεριφορική διαταραχή της παιδικής ηλικίας και χαρακτηρίζεται από ακατάλληλη για την ηλικία Απροσεξία, Υπερκινητικότητα και Παρορμητικότητα. Σύμφωνα με το DSM-IV, υπάρχουν τρεις υπότυποι της ΔΕΠΥ: ο Απρόσεκτος, ο Υπερκινητικός-Παρορμητικός και ο Συνδυασμένος τύπος. Υπολογίζεται ότι το ποσοστό της ΔΕΠΥ είναι γύρω στο 3-7% των παιδιών της σχολικής ηλικίας εάν εφαρμοστούν τα κριτήρια του DSM-IV-TR,¹ ενώ το ποσοστό περιορίζεται στο 1-2% εάν εφαρμοστούν τα αυστηρότερα κριτήρια του ICD-10. Στην ουσία, αυτό που προσδιορίζει το ICD-10² ως Υπερκινητική Διαταραχή, είναι ο συνδυασμένος υπότυπος της ΔΕΠΥ του DSM-IV.

Τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠΥ στα δύο ταξινομικά συστήματα, DSM-IV και ICD-10 (πίνακας 1), αντανακλούν τα γνωστικά ελλείμματα που συνδέονται με ακατάλληλη και διασπαστική συμπεριφορά, όπως διαταρακτική συμπεριφορά στην τάξη, παρορμητικές απαντήσεις και πράξεις που μπορεί να βάλουν το παιδί σε κίνδυνο.

Η ΔΕΠΥ ως νευροαναπτυξιακή διαταραχή

Ομάδες εργασίας για την αναθεώρηση του DSM (DSM-V Work Groups) έχουν συμφωνήσει να εντάξουν τη ΔΕΠΥ σε μια νέα ενότητα: τις νευροαναπτυξιακές διαταραχές (neurodevelopmental disorders). Οι νευροαναπτυξιακές διαταραχές εμφανίζονται νωρίς στη ζωή και σχετίζονται πρωταρχικά με διαταραχή στην ανάπτυξη του νευρικού συστήματος. Στην ίδια διαγνωστική ενότητα περιλαμβάνονται, εκτός από τη ΔΕΠΥ, οι Διαταραχές του Αυτιστικού Φάσματος, οι Διαταραχές Επικοινωνίας (λόγου) και άλλες. Οι νευ-

ροαναπτυξιακές διαταραχές είναι διαταραχές που, σύμφωνα και με τους Rutter και συν έχουν οκτώ κύρια χαρακτηριστικά:³

1. Εμφανίζονται με μια καθυστέρηση-απόκλιση σε ψυχολογικά χαρακτηριστικά που επηρεάζονται από την ωρίμανση (δηλαδή οι δεξιότητες αναπτύσσονται μόνον όταν η απαραίτητη νευρωνική δομή είναι διαθέσιμη).
2. Η πορεία της διαταραχής είναι σχετικά σταθερή, δεν χαρακτηρίζεται δηλαδή από υφέσεις και εξάρσεις που εμφανίζουν οι περισσότερες πολυπαραγοντικές ψυχικές διαταραχές.
3. Υπάρχει μια γενική τάση να μειώνεται με τον χρόνο η δυσλειτουργία που συνδέεται με τη διαταραχή, ενώ παράλληλα υπάρχει η τάση να επιμένει η διαταραχή στην ενήλικη ζωή.
4. Οι διαταραχές έχουν κάποιου βαθμού γενική ή ειδική γνωστική δυσλειτουργία.
5. Υπάρχει τάση για αλληλοεπικάλυψη των διαφόρων νευροαναπτυξιακών διαταραχών.
6. Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις υπάρχει σημαντική γενετική επίδραση.
7. Η επίδραση του περιβάλλοντος είναι επίσης πολύ σημαντική.
8. Υπάρχει μεγαλύτερη επικράτηση στους άρρενες.

Ως κύρια προβλήματα της ΔΕΠΥ θεωρούνται η απορύθμιση της συμπεριφοράς, τα ελλείμματα στις εκτελεστικές λειτουργίες, κυρίως στον ανασταλτικό έλεγχο (inhibitory control) και την ενεργό μνήμη (working memory), καθώς και η καθυστέρηση της αποστροφής (delay aversion), δηλαδή η συμπεριφορική τάση αυτών των ατόμων να δείχνουν προτίμηση σε μικρότερες άμεσες αμοιβές έναντι μεγαλύτερων αμοιβών που καθυστερούν.^{4,5} Τα ελλείμματα στις εκτελεστικές λειτουργίες και η αποστροφή της καθυστέρησης αποτελούν δύο ξεχωριστά και πολύ πρώιμα, από την προσχολική ηλικία, νευροαναπτυξιακά

Πίνακας 1: Διαγνωστικά κριτήρια για τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας.**ICD-10**

Αναφέρεται ως υπερκινητική διαταραχή. Τουλάχιστον 6 συμπτώματα Απροσεξίας και 3 συμπτώματα Υπερκινητικότητας και 1 σύμπτωμα Παρορμητικότητας, που συνυπάρχουν τους τελευταίους 6 μήνες, σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και μη αναμενόμενο από το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. Τα συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα πριν από την ηλικία των 7 ετών.

DSM-IV

Έξι (ή περισσότερα) από τα παρακάτω συμπτώματα απροσεξίας ή υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας παρόντα τους τελευταίους 6 μήνες σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και μη αναμενόμενο από το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. Τα συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα πριν την ηλικία των 7 ετών.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΡΟΣΕΞΙΑΣ*Απροσεξία*

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

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ*Υπερκινητικότητα*

1. Συχνά κινεί τα χέρια ή τα πόδια ή στριφογυρίζει στη θέση του
2. Συχνά αφήνει τη θέση του στην τάξη ή σε άλλες περιστάσεις, στις οποίες αναμένεται ότι θα παραμείνει καθισμένος
3. Συχνά τρέχει εδώ κι εκεί και σκαρφαλώνει με τρόπο υπερβολικό σε περιστάσεις οι οποίες δεν προσφέρονται για ανάλογες δραστηριότητες (στους εφήβους και τους ενήλικες μπορεί να περιορίζεται σε υποκειμενικά αισθήματα κινητικής ανησυχίας)
4. Συχνά δυσκολεύεται να παίζει ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου ήσυχα (DSM-IV) ή
5. Συχνά κάνει θορύβους κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού ή δεν μπορεί να συμμετέχει ήσυχα στις δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου (ICD-10)
6. Συχνά είναι διαρκώς σε κίνηση και συχνά ενεργεί σαν να «κινείται με μηχανή» (DSM-IV)
7. Επιδεικνύει ένα σταθερό μοντέλο υπερβολικής κινητικής δραστηριότητας το οποίο δεν τροποποιείται ουσιαστικά ανάλογα με τις κοινωνικές συνθήκες ή απαιτήσεις (ICD-10)
8. Συχνά μιλάει υπερβολικά (DSM-IV)

Παρορμητικότητα

1. Συχνά απαντά απερίσκεπτα πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση
2. Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του
3. Συχνά διακόπτει ή ενοχλεί με την παρουσία του/της τους άλλους (π.χ. παρεμβαίνει σε συζητήσεις ή παιχνίδια)
4. Συχνά μιλάει υπερβολικά, δυσανάλογα με την απαίτηση του κοινωνικού πλαισίου (ICD-10)

Στην παρένθεση το ταξινομικό σύστημα στο οποίο αναφέρεται το κριτήριο

χαρακτηριστικά στα άτομα που εμφανίζουν ΔΕΠΥ.⁶ Η ΔΕΠΥ έχει επιπτώσεις στη γνωστική, οικογενειακή, κοινωνική, συναισθηματική, συμπεριφορική και ακαδημαϊκή σφαίρα.

Η συμπτωματολογία της ΔΕΠΥ στις διάφορες αναπτυξιακές φάσεις

Η συμπτωματολογία στη ΔΕΠΥ ποικίλει ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο του ατόμου. Στην προσχολική ηλικία (3–5 ετών) τα παιδιά με ΔΕΠΥ δεν μπορούν να παίξουν ήσυχα, εμφανίζουν δυσκολίες σε δραστηριότητες που απαιτούν προσοχή και στη συνεργασία με άλλα παιδιά. Επιπλέον, έχουν την τάση να μη συμμορφώνονται στις απαιτήσεις των ενηλίκων και εμφανίζουν λιγότερες κοινωνικές δεξιότητες σε σχέση με τους συνομηλικούς τους.^{7,8} Στην *προσχολική ηλικία* είναι προβληματική η εφαρμογή των κριτηρίων της ΔΕΠΥ διότι είναι δύσκολο να χαρακτηριστεί η συμπεριφορά ενός παιδιού ως υπερκινητική/απρόσεκτη-παρορμητική, καθώς σχεδόν όλα τα παιδιά αυτής της ηλικίας είναι σε έναν βαθμό απρόσεκτα και υπερκινητικά. Επίσης, σπάνια τα παιδιά της ηλικίας αυτής βρίσκονται σε καταστάσεις που απαιτείται διατήρηση της προσοχής.

Στη *σχολική ηλικία* συνεχίζονται οι συγκρούσεις με τους συνομηλικούς, εμφανίζουν δυσκολίες στην οργάνωση των σχολικών εργασιών και μειωμένη σχολική επίδοση, ακόμη και τα παιδιά με φυσιολογική νοημοσύνη. Συχνά έχουν δυσκολίες στις καθημερινές δραστηριότητες, όπως στην τακτοποίηση του προσωπικού τους χώρου και την προσωπική υγιεινή. Επιπλέον, τα παιδιά αυτής της ηλικίας συχνά έχουν συνοδά προβλήματα, αυξημένο κίνδυνο ατυχημάτων, δυσκολίες με τον ύπνο, εναντιωματική συμπεριφορά και ενούρηση.^{3–13}

Στην *εφηβεία* περίπου το 85% των παιδιών με ΔΕΠΥ συνεχίζουν να έχουν συμπτώματα.¹⁴ Μπορεί να υπάρχει μείωση της υπερδραστηριότητας, η οποία συχνά είναι πολύ έντονη στα μικρότερα παιδιά, αλλά η απροσεξία, η παρορμητικότητα και η εσωτερική ανησυχία παραμένουν σοβαρές δυσκολίες. Οι έφηβοι συνεχίζουν να εμφανίζουν δυσκολίες στην ολοκλήρωση των σχολικών εργασιών, με αποτέλεσμα τη μειωμένη σχολική επίδοση. Επίσης, αναφέρονται περισσότερες συγκρούσεις με τους γονείς τους και πτωχές κοινωνικές δεξιότητες. Οι έφηβοι με ΔΕΠΥ είναι συνήθως ανώριμοι και εμπλέκονται σε δραστη-

ριότητες υψηλού κινδύνου, όπως ριψοκίνδυνη οδήγηση, κάπνισμα, σεξουαλικές επαφές χωρίς προφυλάξεις, χρήση χασις.^{15–18}

Οι ενήλικοι με ΔΕΠΥ συνεχίζουν να έχουν τα ίδια συμπτώματα από την παιδική ηλικία. Υπάρχει γενικά η τάση να υποχωρεί σε σημαντικό βαθμό η υπερκινητικότητα με τη μορφή που απαντάται στα παιδιά, στους δε ενήλικους βιώνεται ως υποκειμενική κινητική ανησυχία. Η απροσεξία και η παρορμητικότητα παραμένουν σε μεγάλο βαθμό. Οι ενήλικοι με ΔΕΠΥ έχουν περισσότερες πιθανότητες να εγκαταλείψουν το πανεπιστήμιο, να απολυθούν από την εργασία και να έχουν κακές σχέσεις με εργοδότες και συναδέλφους. Εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης και αυξημένο κίνδυνο κακής σωματικής υγείας, σοβαρών τροχαίων ατυχημάτων, καπνισματος και χρήσης ουσιών. Μπορεί να αλλάζουν συχνά επάγγελμα μέχρι να βρουν αυτό που τους ταιριάζει, δεν προτιμούν τη δουλειά γραφείου, που τη βρίσκουν πολλές φορές βαρετή, προτιμούν δουλειές με κίνηση και δράση και ελκύονται από δουλειές που έχουν στοιχεία διέγερσης και κινδύνου, όπως επιχειρηματικές προσπάθειες. Έχουν πτωχές οργανωτικές δεξιότητες όσον αφορά την εργασία τους και υπάρχει ακαταστασία στον επαγγελματικό τους χώρο. Όσον αφορά στην προσωπική τους ζωή συχνά έχουν συζυγικά προβλήματα, ασταθείς σχέσεις, διαζύγια, δυσκολεύονται στην οργάνωση του σπιτιού, τη διαχείριση των οικονομικών και την εποπτεία των παιδιών. Στον ελεύθερο χρόνο τους συχνά προτιμούν δραστηριότητες που έχουν στοιχεία διέγερσης, όπως αθλήματα δράσης και περιπέτειας, τυχερά παιχνίδια, ή χρειάζονται προσήλωση, π.χ. πλοήγηση στο διαδίκτυο.^{19–22}

Η διάγνωση της ΔΕΠΥ στους ενήλικους

Η ΔΕΠΥ παλαιότερα θεωρούνταν ως μια διαταραχή χαρακτηριστική της παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Οι κλινικοί συμφωνούσαν ότι τα συμπτώματα υποχωρούν με την πάροδο της ηλικίας και εξαφανίζονται περίπου στο τέλος της εφηβείας. Ωστόσο, διαχρονικές μελέτες παιδιών και εφήβων με ΔΕΠΥ έχουν δείξει ότι η διαταραχή επιμένει στην ενήλικη ζωή σε σημαντικό ποσοστό. Μια μελέτη στις ΗΠΑ για την επιβεβαίωση των ευρημάτων προηγούμενης μελέτης για τον επιπολασμό και τις συσχετίσεις των ψυχικών διαταραχών (National Comorbidity Survey Replication Study) βρήκε ότι το 36% των ενηλίκων που πληρούσαν τα κριτήρια για ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία, συνέχισαν να τα

πληρούν και ως ενήλικοι.²³ Το συνολικό ποσοστό των ενηλίκων που πληρούσαν τα κριτήρια για τη ΔΕΠΥ ήταν 4,4%.²⁴ Στο πλαίσιο της μεγάλης πολυκεντρικής μελέτης που έγινε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σε διάφορες χώρες για την εκτίμηση του επιπολασμού, των συσχετίσεων και της αντιμετώπισης ψυχικών διαταραχών (World Mental Health surveys),²⁵ μια ομάδα ερευνητών εξέτασε συνολικά 11.422 άτομα 18-44 ετών σε 10 χώρες για τη διερεύνηση της ΔΕΠΥ. Το μέσο ποσοστό της ΔΕΠΥ ήταν 3,4%, με μικρότερο ποσοστό στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες (1,9%) σε σχέση με τις πιο πλούσιες χώρες (4,2%).²⁶

Η ομάδα εργασίας που επεξεργάζεται τα διαγνωστικά κριτήρια για τη ΔΕΠΥ και τις Διασπαστικές Διαταραχές για το DSM V (DSM-5 ADHD and Disruptive Behavior Disorders Work Group) προτείνει αλλαγές σε σχέση με την προηγούμενη αναθεώρηση (DSM IV TR), ως προς τα διαγνωστικά κριτήρια και τη δημιουργία υποτύπων της διαταραχής αλλά και για να συμπεριλάβει τη διάγνωση στους μεγαλύτερους εφήβους και ενήλικους.²⁷ (1) Ενώ στα παιδιά απαιτούνται τουλάχιστον 6 κριτήρια από την Απροσεξία ή/και την Υπερκινητικότητα/Παρορμητικότητα, για τους μεγαλύτερους εφήβους και τους ενήλικους απαιτούνται μόνο 4 συμπτώματα από κάθε ομάδα συμπτωμάτων. Αναγνωρίζει με αυτόν τον τρόπο ότι με την πάροδο της ηλικίας μπορεί να μειώνεται ο αριθμός των συμπτωμάτων αλλά παραμένουν η δυσλειτουργία και οι επιπτώσεις της διαταραχής. (2) Ο κατάλογος των συμπτωμάτων της Υπερκινητικότητας/Παρορμητικότητας έχει αυξηθεί από 9 σε 13 και έχουν γίνει τροποποιήσεις σε αρκετά κριτήρια για να συμπεριλάβουν συμπεριφορές που απαντώνται περισσότερο σε ενήλικους.

Η διάγνωση της ΔΕΠΥ στους ενήλικους είναι αρκετά πολύπλοκη διαδικασία: Απαιτείται αναδρομική διάγνωση για την παιδική ΔΕΠΥ, καθώς η διαταραχή εμφανίζεται σύμφωνα με το DSM-IV-TR πριν από τα 7 έτη της ηλικίας. Για τη διάγνωση της παιδικής ΔΕΠΥ, εκτός από την κλινική εξέταση είναι απαραίτητες οι πληροφορίες από τους γονείς και το σχολείο, καθώς για τα περισσότερα συμπτώματα απαιτείται η παρατήρηση από τρίτους (συχνά αφήνει τη θέση του στην τάξη, αποτυγχάνει να ολοκληρώσει σχολικές εργασίες, διασπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα κ.λπ.). Η ανάκληση τέτοιων στοιχείων συμπεριφοράς εξαρτάται από τη διαθεσιμότητα και τη μνημονική ικανότητα των γονέων του ενήλικου πλέον ασθενούς, καθώς και τις πληροφορίες για την παιδική του ηλικία και τα προβλήματα συμπεριφοράς

από τον ίδιο τον ασθενή. Πολλές φορές η αξιολόγηση από τον ασθενή τέτοιων στοιχείων της συμπεριφοράς του δεν είναι αντικειμενική. Η αναδρομική διάγνωση που βασίζεται μόνο στις πληροφορίες από τον ίδιο τον ασθενή δεν είναι ακριβής. Σε μια μελέτη με θεραπευτική παρέμβαση από τους Wender et al ενήλικοι ασθενείς που ανέφεραν ιστορικό παιδικής ΔΕΠΥ τυχαίοι ήθηκαν σε δύο ομάδες που έλαβαν ψυχοδιεγερτικό ή εικονικό φάρμακο. Δεν υπήρχαν διαφορές ως προς την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Ωστόσο, όταν οι αναλύσεις περιορίστηκαν στους ασθενείς που είχαν αξιολογηθεί από τους γονείς τους ως υπερκινητικοί στην παιδική ηλικία, το ψυχοδιεγερτικό ήταν σημαντικά πιο αποτελεσματικό από το εικονικό φάρμακο.²⁸

Συννοσηρότητα

Η συννοσηρότητα είναι σχεδόν ο κανόνας για τη ΔΕΠΥ της παιδικής ηλικίας. Υπολογίζεται ότι 60–100% των παιδιών με ΔΕΠΥ εμφανίζουν επίσης μια ή περισσότερες συνυπάρχουσες διαταραχές²⁹ οι οποίες συχνά συνεχίζονται στην ενήλικη ζωή.^{24,30} Ένας τρόπος για να διερευνήσουμε τη συνέχεια της ΔΕΠΥ μεταξύ της παιδικής ηλικίας και της ενήλικης ζωής είναι να συγκρίνουμε τις συννοσηρές καταστάσεις μεταξύ των δύο ηλικιακών φάσεων. Παρόλ' αυτά, η σχέση της ΔΕΠΥ με τις συνυπάρχουσες διαταραχές είναι πολύπλοκη: Δεν υπάρχει ομοφωνία κατά πόσον οι συνυπάρχουσες διαταραχές αντιπροσωπεύουν διαφορετικές μορφές της ίδιας πρωταρχικής κατάστασης ή είναι πραγματικά ανεξάρτητες καταστάσεις.

Η Εναντιωματική-Προκλητική Διαταραχή (ΕΠΔ) και η Διαταραχή Διαγωγής (ΔΔ) είναι οι πιο συχνές συννοσηρές διαταραχές της ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία. Η συνύπαρξη της ΕΠΔ πιθανόν αποτελεί έναν δείκτη βαρύτητας των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ ή μια σοβαρή παραλλαγή της ΔΕΠΥ.²⁹ Έρευνες υποστηρίζουν ότι η συνύπαρξη ΔΕΠΥ και ΕΠΔ/ΔΔ αποτελεί μια ξεχωριστή διαταραχή, όπως περιγράφεται στο ICD-10.^{31–33} Περισσότερα από 50% των παιδιών με ΔΕΠΥ πληρούν τα κριτήρια για ΕΠΔ και/ή ΔΔ. Θεωρείται βέβαιο ότι η ΔΕΠΥ, η ΔΔ και η Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας (ΑΔΠ) στους ενήλικους συνδέονται μεταξύ τους. Ο τρόπος που σχετίζονται είναι ο εξής: η ΔΕΠΥ προηγείται της ΕΠΔ, η οποία προηγείται της ΔΔ, η οποία προηγείται της ΑΔΠ.^{29,34} Οι Biederman et al μελέτησαν παιδιά με ΔΕΠΥ και ενήλικους με ΔΕΠΥ με έναρξη στην παιδική ηλικία και διαπίστωσαν ότι, ενώ δεν υπήρχαν διαφορές ως προς τον αριθμό και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων

της ίδιας της ΔΕΠΥ μεταξύ των δύο φύλων, υπήρχαν διαφορές ως προς τις συννοσηρές καταστάσεις: Η ΕΠΔ στα αγόρια ήταν πιο συχνή απ' ό,τι τα κορίτσια στην παιδική ηλικία, στους ενήλικους ήταν εξίσου συχνή στα δύο φύλα και πιο συχνή από την ομάδα ελέγχου. Για τη ΔΔ, η οποία είναι πιο σοβαρή διαταραχή συμπεριφοράς, η συννοσηρότητα καθόλη τη διάρκεια της ζωής ήταν πιο συχνή στους άνδρες με ΔΕΠΥ απ' ό,τι στις γυναίκες με ΔΕΠΥ. Και τα δύο φύλα είχαν υψηλότερα ποσοστά ΔΔ από τις ομάδες ελέγχου. Επιπλέον, η ΑΔΠ ήταν πιο συχνή στους άνδρες με ΔΕΠΥ.^{35,36} Η ΔΕΠΥ από μόνη της δεν προδιαθέτει σε ΑΔΠ στους ενήλικους. Ο συνδυασμός της ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία με ΔΔ και χαμηλή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση της οικογένειας προδιαθέτουν σε ΑΔΠ.³⁷ Οι Thapar et al σε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προτείνουν ότι η ισχυρή σχέση μεταξύ ΔΕΠΥ και ΔΔ μπορεί να είναι αποτέλεσμα τριών παραγόντων: (1) υπάρχουν κοινοί γενετικοί παράγοντες και για τις δύο διαταραχές, (2) η ΔΕΠΥ και η ΔΔ συνδέονται με διαφορετικούς γενετικούς παράγοντες οι οποίοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, ή (3) η ΔΕΠΥ είναι πρωταρχική και απαραίτητη κατάσταση και λόγω βιολογικής προδιάθεσης εμφανίζεται η ΔΔ. Επιπλέον σημειώνουν ότι λίγα γνωρίζουμε για τους παράγοντες που προδιαθέτουν, μεσολαβούν και διευκολύνουν τη σύνδεση μεταξύ ΔΕΠΥ και αντικοινωνικής συμπεριφοράς.³⁸

Οι συνυπάρχουσες συναισθηματικές διαταραχές είναι συχνές στη ΔΕΠΥ. Τα ποσοστά της Μείζονος Κατάθλιψης στην παιδική και εφηβική ΔΕΠΥ κυμαίνονται από 12% με 50%.³⁹ Οι καταθλιπτικές διαταραχές εμφανίζονται στα παιδιά και τους εφήβους αρκετά χρόνια μετά την έναρξη της ΔΕΠΥ και, σύμφωνα με μελέτες, είναι πιθανόν να προκύπτουν από τη μακροχρόνια επίδραση ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, όπως είναι οι δυσκολίες στις σχέσεις με τους συνομηλίκους και την οικογένεια και η αποτυχία στο σχολείο.³⁰⁻⁴² Αντίθετα, άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι η συνυπάρχουσα κατάθλιψη δεν σχετίζεται με τη σοβαρότητα των προβλημάτων και τις επιπτώσεις της ΔΕΠΥ.⁴³⁻⁴⁵ Επιπλέον, η συννοσηρότητα της ΔΕΠΥ με τις συναισθηματικές διαταραχές μπορεί να οφείλεται σε κοινούς βιολογικούς μηχανισμούς: διαταραχές στο ντοπαμινεργικό σύστημα, δυσλειτουργία των ίδιων εγκεφαλικών περιοχών.⁴⁶ Η κατάθλιψη είναι συχνή και στους ενήλικους με ΔΕΠΥ. Σε μια ανασκόπηση μελετών βρέθηκε ότι τα ποσοστά των ενήλικων με ΔΕΠΥ που έχουν εμφανίσει τουλάχιστον ένα επεισόδιο κατάθλιψης σε κάποια χρονική περίοδο, κυμαίνονται από 19% έως 53%.⁴⁷ Η παρουσία της κατάθλιψης

επιβαρύνει ακόμη περισσότερο την ήδη επιβαρυσμένη κοινωνική και ακαδημαϊκή λειτουργικότητα των παιδιών με ΔΕΠΥ. Παρόμοια επίδραση έχει και στους ενήλικους με ΔΕΠΥ: Είναι συχνές οι δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις, την κοινωνική ζωή και την επαγγελματική δραστηριότητα. Ως προς τη θεραπευτική αντιμετώπιση είναι σημαντικό να αναγνωρίζονται και οι δύο διαταραχές, όταν συνυπάρχουν. Είναι όμως εξίσου σημαντικό να γίνεται διαφοροποίηση μεταξύ της παρουσίας καταθλιπτικής διαταραχής και της παρουσίας καταθλιπτικών συμπτωμάτων που εμφανίζονται δευτερογενώς λόγω των επιπτώσεων της ΔΕΠΥ και των αρνητικών συναισθημάτων που τις συνοδεύουν. Στην πρώτη περίπτωση πρέπει να αντιμετωπίζονται και οι δύο διαταραχές, όταν όμως τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι δευτερογενή, τις περισσότερες φορές αρκεί η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ.⁴³ Σύμφωνα με τους McIntosh et al, προβλήματα συγκέντρωσης και μνήμης, κινητική ανησυχία, ευερεθιστότητα, ανηδονία και προβλήματα ύπνου μπορεί να είναι συμπτώματα της ΔΕΠΥ και δεν πρέπει να εκλαμβάνονται ως συμπτώματα κατάθλιψης. Υποστηρίζουν όμως ότι δεν είναι τυπικό για τη ΔΕΠΥ να εμφανίζεται σταθερά καταθλιπτικό συναίσθημα και αυτοκτονικός ιδεασμός όταν δεν συνυπάρχει κατάθλιψη. Οι ίδιοι συγγραφείς τονίζουν ότι οι περισσότεροι ασθενείς με ΔΕΠΥ διατηρούν μια σταθερότητα του συναισθήματος παρά τις κοινωνικές και επαγγελματικές δυσκολίες που συνεπάγεται αυτή η διαταραχή.⁴⁷

Η σχέση μεταξύ ΔΕΠΥ και κατάχρησης ουσιών έχει επισημανθεί και διερευνηθεί από διάφορες ερευνητικές ομάδες. Έχει βρεθεί ότι η Διαταραχή Χρήσης Ουσιών (ΔΧΟ) στα άτομα με ΔΕΠΥ αρχίζει νωρίτερα στην εφηβεία και τη νεαρή ενήλικη ζωή και σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.⁴⁸ Προτείνεται ότι υπάρχει ένα έλλειμμα στη ρύθμιση της συμπεριφοράς που εξηγεί τη συννοσηρότητα μεταξύ ΔΕΠΥ και ΔΧΟ.⁴⁹ Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η διάγνωση της ΔΕΠΥ δεν αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο για χρήση ουσιών και μόνον όταν συνυπάρχει ΔΔ αυξάνεται ο κίνδυνος,⁵⁰ ή ότι η ΔΕΠΥ και η ΔΧΟ συνδέονται έμμεσα, η δε ΔΔ χρησιμεύει ως διαμεσολαβητής (mediator) μεταξύ των δύο.⁵¹ Σε μία ανασκόπηση μελετών για τη σχέση ΔΕΠΥ και κατάχρησης ουσιών, οι Flory & Lynam συμπέραναν ότι η σχέση αυτή εξαφανίζεται όταν ληφθεί υπ' όψιν η παρουσία της ΔΔ. Παρόλ' αυτά, υπάρχουν ενδείξεις ότι η ΔΕΠΥ αλληλεπιδρά με τη ΔΔ και αυξάνει ακόμη περισσότερο τον κίνδυνο για χρήση ουσιών.⁵²

Πρόσφατη follow up μελέτη δείχνει ότι η ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία είναι ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για χρήση ουσιών, αλκοόλ και για κάπνισμα. Επιπλέον, η παρουσία ΕΠΔ ή ΔΔ στην παιδική ηλικία ήταν επίσης σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για ΔΧΟ.⁵³ Όσον αφορά στο κάπνισμα, φαίνεται πως υπάρχει ειδική σχέση μεταξύ ΔΕΠΥ και κατάχρησης νικοτίνης: Η νικοτίνη ενισχύει την προσοχή διεγείροντας την απελευθέρωση ακετυλοχολίνης, σεροτονίνης και ντοπαμίνης. Το ποσοστό των καπνιστών μεταξύ των ασθενών με ΔΕΠΥ είναι περίπου διπλάσιο από τον γενικό πληθυσμό. Η χρήση της νικοτίνης μπορεί να αυξάνει τον κίνδυνο για κατάχρηση άλλων ουσιών, είτε αυξάνοντας την έκθεση σε παρέες που χρησιμοποιούν ουσίες, είτε μεταβάλλοντας τη βιολογική λειτουργία σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου.⁵⁴ Σε μια μεγάλη μακροχρόνια μελέτη στη Δανία για τον αλκοολισμό, που δημοσιεύθηκε πρόσφατα, παρακολούθηθηκαν παιδιά αλκοολικών και μη-αλκοολικών πατέρων, από τη γέννησή τους μέχρι τα 40 έτη, για τον προσδιορισμό προγνωστικών παραγόντων για την εμφάνιση αλκοολισμού στους ενήλικους. Η ΔΕΠΥ και η ΔΔ στην παιδική ηλικία αποτελούσαν, ανεξάρτητα η μία από την άλλη, προγνωστικούς παράγοντες για αλκοολισμό. Όταν οι δύο διαταραχές συνυπήρχαν, ο κίνδυνος για την εμφάνιση του αλκοολισμού ήταν ακόμη μεγαλύτερος από ό,τι για την κάθε μία ξεχωριστά. Οι ερευνητές βρήκαν ότι τα κυριότερα χαρακτηριστικά που αποτελούσαν προγνωστικούς δείκτες για τον αλκοολισμό ήταν η ανικανότητα αυτών των ατόμων να ελέγξουν παρορμητικές πράξεις και τα ήπια γνωστικά ελλείμματα, κυρίως αυτά που σχετίζονται με την προσοχή και τη συγκέντρωση. Αυτά τα χαρακτηριστικά είναι κοινά και για τη ΔΕΠΥ και για τη ΔΔ. Προτείνουν δε, ότι μπορούν να θεωρηθούν ως ενδοφαινότυποι για τον αλκοολισμό.⁵⁵ Σε παρόμοιο συμπέρασμα καταλήγουν οι Groman et al, υποστηρίζοντας ότι η γενετικά προσδιορισμένη αποτυχία της λειτουργίας της αναστολής της αντίδρασης (response inhibition) είναι ένας ενδοφαινότυπος και για τις δύο διαταραχές.⁵⁶ Και άλλοι ερευνητές βρήκαν παρόμοια σύνδεση μεταξύ ΔΕΠΥ, ΔΔ και αλκοολισμού,⁵² ενώ άλλοι θεωρούν ότι μόνο η ΔΔ αποτελεί παράγοντα κινδύνου για αλκοολισμό.⁵⁷ Ένα άλλο ζήτημα για οποίο υπάρχει προβληματισμός στην επιστημονική κοινότητα, είναι κατά πόσον η θεραπεία της ΔΕΠΥ με διεγερτικά του ΚΝΣ στην παιδική ηλικία ή/και αργότερα αυξάνει τον κίνδυνο για χρήση ουσιών αργότερα. Σύμφωνα

με τους Lambert et al, η πρώιμη έκθεση σε αμφεταμίνες/μεθυλφενυδάτη προδιαθέτουν σε χρήση διεγερτικών, κοκαΐνης και νικοτίνης στην ενήλικη ζωή, διότι η αυξημένη νευροχημική ευαισθητοποίηση από τα συγκεκριμένα φάρμακα αυξάνει την ανταπόκριση στις διεγερτικές ιδιότητες της κοκαΐνης. Η συγκεκριμένη ερευνητική ομάδα προτείνει ότι η θεωρία της ευαισθητοποίησης κατέχει σημαντική θέση, παρόλο που τα άτομα με ΔΕΠΥ έχουν περισσότερους παράγοντες κινδύνου που προδιαθέτουν σε κατάχρηση ουσιών.⁵⁸⁻⁶⁰ Αντίθετα, σε μια μετα-ανάλυση 6 μελετών στις οποίες παιδιά με ΔΕΠΥ έλαβαν θεραπεία με διεγερτικά, βρέθηκε ότι η πιθανότητα για διαταραχές χρήσης ουσιών και αλκοόλ στην εφηβεία ήταν 5,8 φορές μικρότερη σε σχέση με παιδιά που δεν έλαβαν φαρμακοθεραπεία για τη ΔΕΠΥ. Ωστόσο, στους νεαρούς ενήλικους η πιθανότητα να εμφανίσουν διαταραχές χρήσης ουσιών ήταν μόνο 1,4 φορές μικρότερη. Κατά τους συγγραφείς, η μη διατήρηση της προστατευτικής επίδρασης της φαρμακοθεραπείας στη νεαρή ενήλικη ζωή μπορεί να οφείλεται στη διακοπή της θεραπείας στην εφηβεία –εάν δηλαδή μεσολάβησαν αρκετά χρόνια χωρίς θεραπεία– ή στην πλημμελή επίβλεψη των γονέων μετά την εφηβεία, ή ακόμη στο ότι η μέση ηλικία έναρξης της χρήσης ουσιών στα άτομα με ΔΕΠΥ είναι τα 19 έτη.⁶¹ Οι ίδιοι ερευνητές, σε μια νεότερη μελέτη παρακολούθησης παιδιών και εφήβων με ΔΕΠΥ που έλαβαν θεραπεία με διεγερτικά, βρήκαν ότι η φαρμακοθεραπεία δεν αύξησε ούτε μείωσε τον κίνδυνο για χρήση ουσιών στη νεαρή ενήλικη ζωή.⁶²

Η σχέση της ΔΕΠΥ με την Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας (ΟΔΠ) έχει επίσης αποτελέσει αντικείμενο μελετών. Η κλινική παρατήρηση ότι ενήλικοι με διάγνωση ΟΔΠ συχνά αναφέρουν ιστορικό παιδικής ΔΕΠΥ, έχει επιβεβαιωθεί και ερευνητικά. Σε δύο μελέτες, το 60% και το 42%, αντίστοιχα, των ενήλικων με ΟΔΠ πληρούσαν τα κριτήρια για παιδική ΔΕΠΥ.^{63,64} Έχουν προταθεί δύο πιθανές εξηγήσεις για τα υψηλά ποσοστά: (1) στην αλληλοεπικάλυψη κλινικών χαρακτηριστικών και διαγνωστικών κριτηρίων μεταξύ των δύο διαταραχών, όπως η παρορμητικότητα και η συναισθηματική αστάθεια, και (2) η ΔΕΠΥ αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη ΟΔΠ.⁶⁴ Από την άλλη πλευρά, οι Gillberg et al αμφισβητούν τη χρησιμότητα της διάγνωσης οποιασδήποτε διαταραχής προσωπικότητας στα άτομα που έχουν διαγνωστεί στην παιδική ή εφηβική ηλικία με μια νευροαναπτυξιακή/νευροψυχιατρική διαταραχή όπως η ΔΕΠΥ.

Θεωρούν ότι η διάγνωση της διαταραχής προσωπικότητας δεν προσφέρει τίποτε στον τρόπο που αντιλαμβάνομαστε τη φύση των προβλημάτων των ασθενών με ΔΕΠΥ και ότι οι ασθενείς που πληρούν τα κριτήρια στην ενήλικη ζωή για μια ή περισσότερες διαταραχές προσωπικότητας συνεχίζουν να έχουν απλά ΔΕΠΥ.²⁹

Συμπεράσματα

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας είναι μια συνήθης νευροαναπτυξιακή διαταραχή, η οποία εμφανίζεται για πρώτη φορά στην παιδική ηλικία και συχνά συνεχίζεται στην ενήλικη ζωή. Η υπόθεση ότι η ΔΕΠΥ είναι μια διαταραχή που συναντάται μόνο στην παιδική ηλικία είχε κυριαρχήσει για πολλά χρόνια στην επιστημονική κοινότητα. Είναι σημαντικό να έχει κανείς υπόψη του την αναπτυξιακή πορεία της ΔΕΠΥ, καθώς και ότι η συνύπαρξη και άλλων ψυχοπαθολογικών καταστάσεων κάνει τους κλινικούς να μην την αναγνωρίζουν.

Η μακροχρόνια παρακολούθηση παιδιών με ΔΕΠΥ στην εφηβική και ενήλικη ζωή έδειξε τα εξής:

- Εάν εφαρμοστούν τα διαγνωστικά κριτήρια της παιδικής ΔΕΠΥ στους ενήλικους, το ποσοστό που τα πληροί είναι μικρότερο σε σχέση με τα παιδιά: αυτό δεν σημαίνει βελτίωση στη γενικότερη λειτουργικότητα, αλλά ότι οι τρόποι που εκφράζεται η δυσλειτουργία αυτών των ατόμων ποικίλουν ανάλογα με την ηλικία.
- Η Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας και η κατάχρηση ουσιών είναι πιο συχνές στους ενήλικους με ιστορικό παιδικής ΔΕΠΥ σε σχέση με άτομα χωρίς παιδική ψυχοπαθολογία. Η παιδική ΔΕΠΥ

μπορεί να θεωρηθεί ως πρόδρομη κατάσταση της Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας των ενηλίκων.

- Η ΔΕΠΥ στους ενήλικους συχνά συνυπάρχει με άλλες διαταραχές οι οποίες επιβαρύνουν ακόμη περισσότερο τη συνολική λειτουργικότητα του ατόμου. Η συνύπαρξη συναισθηματικών διαταραχών θέτει το ζήτημα της ιεράρχησης των διαγνώσεων: πολλές φορές η διάγνωση και θεραπεία της ΔΕΠΥ επιφέρει βελτίωση της γενικότερης κατάστασης και έμμεση αντιμετώπιση των συναισθηματικών συμπτωμάτων.
- Η διάγνωση της ΔΕΠΥ στους ενήλικους, στους οποίους δεν έχει διαγνωστεί στο παρελθόν, απαιτεί πρωταρχικά την αναδρομική διάγνωση στην παιδική ηλικία. Οι πληροφορίες από τον ίδιο τον ασθενή δεν είναι αρκετές, είτε διότι τα συμπτώματα δεν αξιολογούνται ως σοβαρά από το ίδιο το άτομο είτε διότι η μνημονική τους ανάκληση δεν είναι πάντοτε εφικτή. Όπως και στα παιδιά, για να τεθεί η διάγνωση απαιτούνται περισσότερες πηγές πληροφοριών. Για τους νέους ενήλικους, οι γονείς, καθώς και κάποιες γραπτές αναφορές από το σχολείο, όπως κάποιες παρατηρήσεις στον έλεγχο ή προφορικές παρατηρήσεις που θυμούνται οι γονείς, αποτελούν πολύτιμες πληροφορίες για την αναδρομική διάγνωση της ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία.
- Αν και υπάρχουν περισσότερες ψυχοπαθολογικές, κοινωνικές και εκπαιδευτικές επιπτώσεις στους ενήλικους που είχαν διαγνωστεί με παιδική ΔΕΠΥ, τουλάχιστον οι μισοί λειτουργούν αρκετά καλά στην ενήλικη ζωή.

The course of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) over the life span

A. Koumoula

Department of Child and Adolescent Psychiatry, "Sismanoglio" General Hospital of Athens, Athens, Greece

Psychiatriki 2012, 23:S49–S59

Attention Deficit Hyperactivity Disorder is a neurodevelopmental disorder, associated with the maturation of the nervous system and appearing on a standard proceeding with special cognitive impairments. For many years ADHD was concerned as a typical childhood disorder. Long-term studies though, showed that an important percentage of children with ADHD grew as adults with ADHD. The clinical picture varies with the developmental stage. In pre-school years (3–5 years) the clinical picture

is characterized by excessive physical activity, difficulty in cooperation with peers and non-compliance to the recommendations of adults. In school age (6–12 years), apart from the nuclear symptoms of the disorder, as described in the classification systems, i.e. inattention, hyperactivity and impulsivity, oppositional behavior often occurs, conflicts with peers and academic problems. In adolescence hyperactivity lessens, conflicts with parents continue and high risk behaviors often appear. In adults physical activity usually decreases significantly, while inattention and impulsivity still remain. With the passing of time the number of symptoms are usually reduced, however the impact and impairment caused by the disorder remain. The diagnosis of ADHD in adults requires a retrospective diagnosis of ADHD in childhood. Since childhood, comorbid disorders are common, most times continuing until adult life. The Oppositional Defiant Disorder during childhood is related to the presenting of Antisocial Personality Disorder in adults. On the other hand, emotional disorders, which are also rather common in children, adolescents and adults with ADHD, can be due to either common biological mechanisms or the long-standing effect of psychosocial and environmental factors which follow people with ADHD. The relationship between ADHD and substance abuse has been a subject of research, with the view of the existence of Conduct Disorder being necessary for a person to present a Substance Use Disorder, currently prevailing. Smoking and alcohol drinking do not seem to require this mediation and ADHD can be itself a predictor for smoking and alcoholism. Stimulant treatment in childhood offers some protective effect against drug abuse and alcoholism in adolescence. The diagnosis of Borderline Personality Disorder is common in adults with ADHD and the most common reason is the overlap of symptoms between the two disorders. The question is whether the diagnosis of Borderline Personality Disorder in adults is appropriate and useful in the presence of ADHD, because when ADHD precedes the symptoms and the impairment in functioning are due to this disorder. In general, when another diagnosis or several symptoms as a part of another disorder are also present, treatment of the primary disorder, i.e. ADHD, is beneficial and effective for all the presenting problems.

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder, neurodevelopmental disorder, comorbidity, impairment.

Βιβλιογραφία

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994
- World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases (ICD-10)*. WHO, Geneva, 1993
- Rutter M, Kim-Cohen J, Maughan B. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *J Child Psychol Psychiatry* 2006, 47:276–295
- Sonuga-Barke E. Psychological heterogeneity in AD/HD. A dual pathway of cognition and performance. *Behav Brain Res* 2002, 130:29–36
- Castellanos FX, Tannock R. Neuroscience of attention deficit/hyperactivity disorder: The search for endophenotypes. *Nat Rev Neurosci* 2002, 3:617–628
- Sonuga-Barke E, Dalen L, Remington B. Do executive deficits and delay aversion make independent contributions to preschool attention deficit/hyperactivity disorder symptoms? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003, 42:1335–1342
- Alessandri SM. Attention, play, and social behavior in ADHD preschoolers. *J Abnorm Child Psychol* 1992, 20:289–302
- DuPaul GJ, McGoey KE, Eckert TL, VanBrakle J. Preschool children with attention deficit/hyperactivity disorder: impairments in behavioral, social, and school functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001, 40:508–515
- Szatmari P, Offord DR, Boyle MH. Correlates, associated impairments and patterns of service utilization of children with attention deficit disorder: findings from the Ontario Child Health Study. *J Child Psychol Psychiatry* 1989, 30:205–217
- Pliszka SR. Attention-deficit hyperactivity disorder: a clinical review. *Am Fam Physician* 1991, 43:1267–1275
- Lahey BB, Pelham WE, Stein MA, Loney J, Trapani C, Nugent K et al. Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder for younger children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998, 37:695–702
- Merrill RM, Lyon JL, Baker RK, Gren LH. Attention deficit hyperactivity disorder and increased risk of injury. *Adv Med Sci* 2009, 54:20–26
- Weiss MD, Salpekar J. Sleep problems in the child with attention deficit hyperactivity disorder: defining aetiology and appropriate treatments. *CNS Drugs* 2010, 24:811–828
- Biederman J, Faraone S, Milberger S, Curtis S, Chen L, Marris A et al. Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: results from a four-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, 35:343–351
- Mannuzza S, Klein RG, Konig PH, Giampino TL. Hyperactive boys almost grown up. IV. Criminality and its relationship to psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1989, 46:1073–1079
- Fischer M, Barkley RA, Fletcher KE, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children: predictors of psychiatric, academic, social, and emotional adjustment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993, 32:324–332

17. Hart EL, Lahey BB, Loeber R, Applegate B, Frick PJ. Developmental change in attention-deficit hyperactivity disorder in boys: a four-year longitudinal study. *J Abnorm Child Psychol* 1995, 23:729–749
18. Edwards G, Barkley RA, Laneri M, Fletcher K, Metevia L. Parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *J Abnorm Child Psychol* 2001, 29:557–572
19. Mannuzza S, Klein RG. Long-term prognosis in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000, 9:711–726
20. Murphy K, Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder adults: comorbidities and adaptive impairments. *Compr Psychiatry* 1996, 37:393–401
21. Biederman J, Wilens TE, Mick E, Faraone SV, Spencer T. Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence? *Biol Psychiatry* 1998, 44:269–273
22. Barkley R. Major life activity and health outcomes associated with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Clin Psychiatry* 2002, 63(Suppl 12):10–15
23. Kessler RC, Adler LA, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Faraone SV et al. Patterns and predictors of attention deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2005, 57:1442–1451
24. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O et al. The prevalence and correlates of Adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006, 163:716–723
25. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP et al. WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health surveys. *JAMA* 2004, 291:2581–2590
26. Fayyad F, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry* 2007, 190:402–409
27. American Psychiatric Association, DSM V Development. A 10 Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Cited 20 May 2010. Available from www.dsm5.org/ProposedRevision
28. Wender PH, Reimherr FW, Wood DR: Attention deficit disorder (“minimal brain dysfunction”) in adults. *Arch Gen Psychiatry* 1981, 38:449–456
29. Gillberg C, Gillberg I C, Rasmussen P, Kadesjö B et al. Co-existing disorders in ADHD—implications for diagnosis and intervention. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004, 13:80–92
30. Biederman J. Impact of comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry* 2004, 65(Suppl 3):3–7
31. Albrecht B, Banaschewski T, Brandeis D, Heinrich H, Rothenberger A. Response inhibition deficits in externalizing child psychiatric disorders: An ERP-study with the Stop-task. *Behav Brain Funct* 2005, 1:22
32. Banaschewski T, Brandeis D, Heinrich H, Albrecht B, Brunner E, Rothenberger A. Association of ADHD and conduct disorder – brain electrical evidence for the existence of a distinct subtype. *Child Psychol Psychiatry* 2003, 44:356–376
33. Jensen PS, Martin D, Cantwell DP. Comorbidity in ADHD: implications for research, practice, and DSM-V. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997, 36:1065–1079
34. Steinhausen HC, Novik TS, Baldursson G, Curatolo P, Lorenzo MJ, Rodrigues Pereira R et al. ADORE Study Group. Co-existing psychiatric problems in ADHD in the ADORE cohort. *Eur Child Psychiatry* 2006, 15(Suppl 1):i25–i29
35. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Mick E, Lapey KA. Gender differences in a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Res* 1994, 53:13–29
36. Biederman J, Mick E, Faraone SV, Braaten E, Doyle A, Spencer T et al. Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *Am J Psychiatry* 2002, 159:36–42
37. Lahey BB, Loeber R, Burke JD, Applegate B. Predicting future antisocial personality disorder in males from a clinical assessment in childhood. *J Consult Clin Psychol* 2005, 73:389–399
38. Thapar A, van den Bree M, Fowler T, Langley K, Whittinger N. Predictors of antisocial behavior in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006, 15:118–125
39. Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Co-morbidity. *J Child Psychol Psychiatry* 1999, 40:57–87
40. Herman KC, Lambert SF, Ialongo NS, Ostrander R. Academic pathways between attention problems and depressive symptoms among urban African American children. *J Abnorm Child Psychol* 2007, 35:265–274
41. Ostrander R, Crystal DS, August G. Attention deficit-hyperactivity disorder, depression, and self- and other assessments of social competence: A developmental study. *J Abnorm Child Psychol* 2006, 34:773–787
42. Ostrander R, Herman KC. Potential cognitive, parenting, and developmental mediators of the relationship between ADHD and depression. *J Consult Clin Psychol* 2006, 74:89–98
43. Biederman J, Mick E, Faraone SV. Depression in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) children: “True” depression or demoralization? *J Affect Disord* 1998, 47:113–122
44. Drabick DA, Gadow KD, Sprafkin J. Co-occurrence of conduct disorder and depression in a clinic-based sample of boys with ADHD. *J Child Psychol Psychiatry* 2006, 47:766–774
45. Daviss WB. A review of co-morbid depression in pediatric ADHD: Etiologies, phenomenology, and treatment. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2008, 18:565–571
46. Schmidt S, Peterman F. Developmental psychopathology: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *BMC Psychiatry* 2009, 9:58
47. McIntosh D, Kutcher S, Binder C, Levitt A et al. Adult ADHD and comorbid depression: A consensus-derived diagnostic algorithm for ADHD. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2009, 5:137–150
48. Wilens TE, Biederman J, Mick E, Faraone SV, Spencer T. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is associated with early onset substance use disorders. *J Nerv Ment Dis* 1997, 185:475–482
49. Wilson JJ, Levin FR. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and substance use disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2001, 3:497–506
50. Disney ER, Elkins IJ, McGue M, Iacono WG. Effects of ADHD, conduct disorder, and gender on substance use and abuse in adolescence. *Am J Psychiatry* 1999, 156:1515–1521
51. Brook D, Brook J, Zhang C, Koppel J. The association between attention deficit hyperactivity disorder in adolescence and Substance Use Disorders in adulthood. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010, 164:930–934
52. Frory K, Lynam DR. The relation between attention deficit hyperactivity disorder and substance abuse: what role conduct disorder play? *Clin Child Fam Psychol Rev* 2003, 6:1–16
53. Wilens TE, Martelon M, Joshi G, Bateman C et al. Does ADHD predict substance use disorders? A 10 year follow-up study of

- young adults with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011, 50:543–553
54. Newcorn GH. Co-morbidity in adults with ADHD. *CNS Spectr* 2008, 13:(Suppl 12):12–15
55. Knop J, Penick EC, Nickel EJ, Mortensen EL, Sullivan MA, Murtaza S et al. Childhood ADHD and Conduct Disorder as independent predictors of male alcohol dependence at age 40. *J Stud Alcohol Drugs* 2009, 70:167–177
56. Groman SM, James AS, Jentsch JD. Poor response inhibition: At the nexus between substance abuse and attention deficit hyperactivity disorder. *Neurosci Biobehav Rev* 2009, 33:690–698
57. Schuckit MA, Smith TL, Pierson J, Trim R, Danko GP. Externalizing disorders in the offspring from the San Diego prospective study of alcoholism. *J Psychiatr Res* 2008, 42:644–652
58. Lambert NM, Hartsough CS. Prospective study of tobacco smoking and substance dependencies among samples of ADHD and non-ADHD participants. *J Learn Disabil* 1998, 31:533–544
59. Lambert NM. Stimulant treatment as a risk factor for nicotine use and substance abuse, in NIH Consensus Development Conference Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. NIH, Bethesda, Md, 1998:191–198
60. Lambert NM, McLeod M, Schenk S. Subjective responses to initial experience with cocaine: an exploration of the incentive-sensitization theory of drug abuse. *Addiction* 2006, 101: 713–725
61. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J, Gunawardene S. Does stimulant therapy of attention-deficit hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics* 2003, 111:179–185
62. Joseph Biederman MD, Michael C Monuteaux, ScD Thomas Spencer et al. Stimulant therapy and risk for subsequent Substance Use Disorders in male adults with ADHD: A naturalistic controlled 10-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2008, 165:597–603
63. Fossati A, Novella L, Donati D, Donini M, Maffei C. History of childhood attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and borderline personality disorder: a controlled study. *Compr Psychiatry* 2002, 43:369–377
64. Philipsen A, Limberger MF, Lieb K, Feige B, Kleindienst N, Ebner-Priemer U et al. Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. *Br J Psychiatry* 2008, 192:118–123

Αλληλογραφία: Α. Κουμούλα, Παιδοψυχίατρος, Τμήμα Ψυχιατρικής Παιδιών και Εφήβων, ΓΝΑ «Σισμανόγλειο», Σισμανογλείου 1, 151 26 Μαρούσι, Αθήνα
Τηλ: (+30) 213-20 58 297, 213-20 58 298, 6944-641 725
e-mail: koumoula@gmail.com