

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ REVIEW

Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στους ενήλικες Κλινική αναγνώριση, διάγνωση και θεραπευτικές παρεμβάσεις

Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) αποτελεί τη συχνότερη νευροαναπτυξιακή διαταραχή της παιδικής ηλικίας, η οποία στην πλειονότητα των περιπτώσεων επιμένει στην ενήλικη ζωή, προκαλώντας λειτουργική επιβάρυνση. Η εμπειρία σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία της ΔΕΠΥ στους ενήλικες είναι περιορισμένη. Η κλινική εικόνα της ΔΕΠΥ στους ενήλικες διαφοροποιείται από τα παιδιά, καθώς αυξάνονται οι ανάγκες για αυτοπροσδιοριζόμενη δράση, ανεξαρτησία και υψηλότερη απόδοση των εκτελεστικών λειτουργιών και της προσοχής. Η συννόηση με άλλες ψυχικές διαταραχές συμβάλλει στην πολυπλοκότητα της κλινικής εικόνας της ΔΕΠΥ. Οι διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων, οι αγχώδεις και οι συναισθηματικές διαταραχές, καθώς και η κατάχρηση ουσιών, αποτελούν τις πιο συχνές συννοσηρές καταστάσεις. Η διάγνωση στηρίζεται σε συγκεκριμένα κλινικά κριτήρια και απαιτεί εξειδικευμένη μεθοδολογία. Η έναρξη των συμπτωμάτων στην παιδική ηλικία, η αδιάλειπτη συνέχισή τους στην ενήλικη ζωή και η επίδρασή τους σε μείζονες τομείς της λειτουργικότητας αποτελούν τη βάση της διαγνωστικής αξιολόγησης. Διαφοροδιαγιγνώσκεται κατά κύριο λόγο από τη διπολική διαταραχή και την οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Η θεραπευτική προσέγγιση είναι πολυεπίπεδη. Αρχικά, πρέπει να αντιμετωπίζονται οι συννοσηρές διαταραχές. Οι διεγέρτες του κεντρικού νευρικού συστήματος (μεθυλφαινιδάτη, δεξαμεταμίνη) και η ατομοξετίνη έχουν αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα στα ειδικά συμπτώματα της ΔΕΠΥ. Δεύτερης επιλογής φαρμακευτικές θεραπείες θεωρούνται ορισμένα αντικαταθλιπτικά. Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις όπως η καθοδήγηση, η ψυχοεκπαίδευση και η γνωσιακή ψυχοθεραπεία χρησιμοποιούνται ευρέως. Η καλύτερη εκπαίδευση στην αναγνώριση της ΔΕΠΥ σε ενήλικες θα συμβάλει στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή της, βελτιώνοντας την υγεία και την ποιότητα ζωής των ασθενών, περιορίζοντας παράλληλα την οικογενειακή επιβάρυνση που προκαλεί η συγκεκριμένη διαταραχή.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) κατά DSM-IV-TR (attention deficit hyperactivity disorder, ADHD)¹ ή υπερκινητική διαταραχή κατά ICD-10 (hyperkinetic disorder, HD),² αποτελεί μια συχνή και σαφώς αναγνωρισμένη διαγνωστική οντότητα στον τομέα της Παιδοψυχιατρικής. Ωστόσο, ο παραδοσιακός διαχωρισμός της Παιδοψυχιατρικής από την Ψυχιατρική ενηλίκων έχει ενδεχομένως συμβάλει στην έλλειψη συνέχειας όσον αφορά στη διάγνωση και στην κατάλληλη αντιμετώπιση ενηλίκων ασθενών με ΔΕΠΥ.³ Έτσι, ενώ πρόσφατα δεδομένα δείχνουν

ότι η ΔΕΠΥ επιμένει και στην ενήλικη ζωή και επομένως δεν αποτελεί μια διαταραχή που περιορίζεται αποκλειστικά στη διάρκεια της παιδικής και της εφηβικής ηλικίας,⁴⁻⁷ οι υπηρεσίες για τους ενήλικες με ΔΕΠΥ παραμένουν σπάνιες, παρά την ύπαρξη αποδείξεων για τα πλεονεκτήματα της σωστής διάγνωσης και της κατάλληλης θεραπείας της.^{3,8} Η ελλιπής κατανόηση της συγκεκριμένης ψυχοπαθολογίας, η ανεπαρκής κλινική εμπειρία των ψυχιάτρων για τη διάγνωση της διαταραχής στην ενήλικη ζωή σε συνδυασμό με τη συχνή παρουσία συννοσηρών καταστάσεων (στους άξονες I και II του DSM-IV-TR) οδηγούν σε υποδιάγνωση της ΔΕΠΥ στους ενήλικες, όπως επισημαίνεται και στην

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2012, 29(5):562-576
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2012, 29(5):562-576

Α. Πεχλιβανίδης,
Α. Σπυροπούλου,
Α. Γαλανόπουλος,
Χ.Α. Παπαχρήστου,
Γ.Ν. Παπαδημητρίου

Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Εθνικό και
Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,
Νοσοκομείο «Αιγινήτειο», Αθήνα

Attention deficit hyperactivity
disorder (ADHD) in adults: Clinical
recognition, diagnosis and
therapeutic interventions

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Διάγνωση
Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής
υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ)
Ενήλικες
Θεραπεία

Υποβλήθηκε 20.2.2012
Εγκρίθηκε 4.3.2012

πρόσφατη Ευρωπαϊκή Δήλωση Συναίνεσης για τη ΔΕΠΥ στους ενήλικες.³ Στόχος του παρόντος άρθρου είναι η παράθεση των κυριότερων σημείων που αφορούν στην κλινική εικόνα, στη διαγνωστική προσπέλαση, στη συννόηση και στις θεραπευτικές παρεμβάσεις για τη ΔΕΠΥ στους ενήλικες.

2. Η ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η ΔΕΠΥ είναι μια από τις πιο συχνές συμπεριφορικές διαταραχές και η συχνότερη νευροαναπτυξιακή διαταραχή της παιδικής ηλικίας. Υπολογίζεται ότι το ποσοστό των παιδιών σχολικής ηλικίας με ΔΕΠΥ ανέρχεται σε 3–7% ή σε 1–2%,⁹ ανάλογα με το αν θα εφαρμοστούν τα κριτήρια του Diagnostic and Statistical Manual-IV-text revised (DSM-IV-T, πίν. 1) ή τα αυστηρότερα κριτήρια του International Classification of Diseases (ICD-10), αντίστοιχα. Η αναλογία αγοριών προς κορίτσια κυμαίνεται από 3:1 έως 5:1. Η συμπτωματολογία της ΔΕΠΥ διαφοροποιείται ανάλογα με τα αναπτυξιακά στάδια¹⁰ και χαρακτηρίζεται από ακατάλληλη για την ηλικία απροσεξία, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα (πίν. 2).

3. Η ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ

3.1. Η συνεχής παρουσία της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας στην ενήλικη ζωή

Η ΔΕΠΥ μέχρι πρόσφατα θεωρείτο ως μια διαταραχή, η οποία κατά κύριο λόγο φθίνει στη διάρκεια της εφηβείας.¹¹ Ωστόσο, τα τελευταία δεδομένα δείχνουν ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων επιμένει και στην ενήλικη ζωή, με κλινικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις.^{4–7} Σε πρόσφατη μετα-ανάλυση φάνηκε ότι στο 15% των περιπτώσεων η διαταραχή παραμένει στην πλήρη μορφή της μέχρι την ηλικία των 25 ετών, ενώ στο 50% η διαταραχή παραμένει σε μερική ύφεση, υποδεικνύοντας ουσιαστικά ότι τα 2/3 των παιδιών με ΔΕΠΥ συνεχίζουν να παρουσιάζουν κλινικά σημαντική διαταραχή και ως ενήλικες.¹² Επίσης, σε προοπτική μελέτη 119 νεαρών ενηλίκων, ηλικίας 19 ετών, με έναρξη ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία, ενώ τα συμπτώματα είχαν παρουσιάσει ύφεση στην ενηλικίωση, στο 90% των περιπτώσεων η λειτουργικότητα παρέμενε επηρεασμένη.¹³ Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ενώ η ένταση των συμπτωμάτων μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας, οι παράλληλες αναπτυξιακές αλλαγές συμβαίνουν και στους υγιείς, με αποτέλεσμα να παραμένουν οι διαφορές ανάμεσα στους

Πίνακας 1. Διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) παιδικής ηλικίας κατά DSM-IV-TR.*

Συμπτώματα απροσεξίας

Απροσεξία

Συχνά αποτυγχάνει να επικεντρώσει την προσοχή σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες, στο χώρο εργασίας ή σε άλλες δραστηριότητες

Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του στα καθήκοντά του ή στο παιχνίδι

Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του μιλούν

Συχνά δεν ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και αποτυγχάνει να ολοκληρώσει σχολικές εργασίες, εργασίες που του ανατίθενται ή καθήκοντα στο χώρο εργασίας (χωρίς να οφείλεται σε εναντιωματική συμπεριφορά ή αδυναμία κατανόησης των οδηγιών)

Συχνά δυσκολεύεται να οργανώσει εργασίες και δραστηριότητες

Συχνά αποφεύγει ή αποστρέφεται ή είναι απρόθυμος να εμπλακεί σε εργασίες που απαιτούν αδιάπτωτη πνευματική προσπάθεια (όπως σχολική εργασία ή προπαρασκευή των μαθημάτων στο σπίτι)

Συχνά χάνει αντικείμενα απαραίτητα για εργασίες ή δραστηριότητες (π.χ. παιχνίδια, μολύβια, βιβλία, εργασίες που έχουν δοθεί για το σπίτι)

Συχνά η προσοχή του διασπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα

Συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες

Συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας

Υπερκινητικότητα

Συχνά κινεί τα χέρια ή τα πόδια ή στριφογυρίζει στη θέση του

Συχνά αφήνει τη θέση του στην τάξη ή σε άλλες περιστάσεις, στις οποίες αναμένεται ότι θα παραμείνει καθισμένος

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)

Συχνά δυσκολεύεται να παίξει ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου ή σιχα

Συχνά είναι διαρκώς σε κίνηση και συχνά ενεργεί σαν να «κινείται με μηχανή»

Συχνά μιλάει υπερβολικά

Παρορμητικότητα

Συχνά απαντά απερίσκεπτα πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση

Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του

Συχνά διακόπτει ή ενοχλεί με την παρουσία του(της) τους άλλους (π.χ. παρεμβαίνει σε συζητήσεις ή παιχνίδια)

* Απαιτείται η παρουσία τουλάχιστον έξι από τα παρακάτω συμπτώματα απροσεξίας ή υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας τους τελευταίους 6 μήνες σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και μη αναμενόμενο από το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. Τα συμπτώματα αυτά πρέπει να είναι παρόντα πριν από την ηλικία των 7 ετών.¹

δύο πληθυσμούς.¹⁴ Ο επιπολασμός (prevalence) της ΔΕΠΥ στους ενήλικες, σύμφωνα με τα επιδημιολογικά δεδομένα, είναι 2–5%,^{15,16} αποτελεί δηλαδή μια συχνή διαταραχή, η οποία όμως υποδιαγιγνώσκεται συστηματικά.

Πίνακας 2. Συμπτώματα της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) ανάλογα με το ηλικιακό φάσμα.

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

3.2. Ταξινομικά συστήματα και υπότυποι της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας

Τα κριτήρια του DSM-IV-TR, ανάλογα με τα συμπτώματα που προεξάρχουν, διακρίνουν τρεις υπότυπους της ΔΕΠΥ: Τον απρόσεκτο τύπο (inattentive type), τον υπερδραστήριο-παρορμητικό τύπο (hyperactive-impulsive type) και το συνδυασμένο τύπο (combined type).¹ Τα κριτήρια κατά ICD-10 για την υπερκινητική διαταραχή (ΥΔ), όπως ορίζονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), είναι αυστηρότερα και προσδιορίζουν στην πραγματικότητα ένα υποσύνολο πιο βαριά πασχόντων ασθενών που πληρούν τα κριτήρια του συνδυασμένου τύπου κατά DSM-IV-TR¹⁷ (πίν. 1). Παράλληλα, τα κριτήρια του ICD-10 δεν δέχονται την ύπαρξη συννόσησης (όπως αγχώδεις διαταραχές ή κατάθλιψη).²

Στην επόμενη έκδοση του DSM (έκδοση V), η οποία βρίσκεται σε φάση προετοιμασίας, πρόκειται να υπάρξουν κάποιες διαφοροποιήσεις στη διάγνωση της ΔΕΠΥ (<http://www.dsm5.org>). Οι βασικότερες προτεινόμενες αλλαγές σχετικά με τη διάγνωση σε ενήλικες αφορούν στο διαγνωστικό ουδό και στην ηλικία έναρξης της διαταραχής. Συγκεκριμένα, για τους μεγαλύτερους εφήβους (ηλικία > 17 ετών) και τους ενήλικες θα απαιτείται η παρουσία τεσσάρων συμπτωμάτων, είτε απροσεξίας είτε υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας, από τα έξι που είναι σήμερα.¹⁸ Επί πλέον, το κριτήριο της ηλικίας έναρξης θα διευρυνθεί ώστε να περιλαμβάνει «συμπτώματα απροσεξίας ή υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας που προκαλούν σημαντική λειτουργική έκπτωση και παρατηρούνται από την ηλικία των 12 ετών», ενώ με τα ισχύοντα κριτήρια μερικά από τα συμπτώματα πρέπει να έχουν αρχίσει πριν από τα 7 έτη. Επί πλέον, τα κριτήρια του DSM-IV-TR λαμβάνουν υπ' όψη τους το αναπτυξιακό στάδιο των παιδιών και όχι την ηλικία τους.^{13,19}

Οι προτεινόμενες αλλαγές αναγνωρίζουν ότι σε ορισμένες περιπτώσεις τα συμπτώματα δεν είναι δυνατόν να εξακριβωθούν με σαφήνεια μέχρι τα πρώτα εφηβικά χρόνια, ενώ η έκπτωση από τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ μπορεί να αναπτυχθεί μετά την παιδική ηλικία. Η αλλαγή στον ελάχιστο απαιτούμενο αριθμό των συμπτωμάτων για τους ενήλικες αναγνωρίζει τις εξαρτώμενες από την ηλικία αλλαγές στην πορεία της διαταραχής. Οι συγκεκριμένες μεταβολές αναμένεται ότι θα οδηγήσουν σε αλλαγή της διάγνωσης σε ενήλικες, για τους οποίους ίσχυε ο προσδιορισμός «σε μερική ύφεση» και οι οποίοι πλέον θα πληρούν τα κριτήρια για ΔΕΠΥ κατά DSM-V. Παρ' όλα αυτά, η μικρή ηλικία έναρξης παραμένει το σημαντικότερο διαγνωστικό στοιχείο και για τη ΔΕΠΥ ενηλίκων.

3.3. Προγνωστικοί παράγοντες παραμονής της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας στην ενήλικη ζωή

Πρόσφατες μελέτες περιγράφουν τους προγνωστικούς παράγοντες παραμονής της ΔΕΠΥ στην ενήλικη ζωή (πίν. 3).^{4,20} Όλοι οι τύποι της ΔΕΠΥ επιμένουν στην ενήλικη ζωή, περιλαμβάνοντας και τη ΔΕΠΥ με συμπτώματα απροσεξίας

Πίνακας 3. Προγνωστικοί παράγοντες παραμονής της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στην ενήλικη ζωή.

Συνδυασμένος τύπος ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία
Ένταση συμπτωμάτων
Υψηλά ποσοστά συννόσησης (ιδίως με διαταραχές της διάθεσης, αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές της επικοινωνίας)
Οικογενειακό ιστορικό ΔΕΠΥ
Ψυχοκοινωνικές δυσκολίες
Ψυχοπαθολογία γονέων

και αυτή με χαμηλότερο επίπεδο επηρεασμένης λειτουργικότητας και συννόησης. Επί πλέον, η ΔΕΠΥ που επιμένει στην ενήλικη ζωή φαίνεται να έχει υψηλότερη οικογενή διεισδυτικότητα, καθώς αυξημένα ποσοστά παρατηρούνται στους γονείς και τα αδέρφια των ενήλικων ασθενών και στους απογόνους των γονέων που πάσχουν από ΔΕΠΥ ενηλίκων.²¹

4. ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Υπάρχουν δεδομένα για την εμπλοκή στην αιτιοπαθογένεια της ΔΕΠΥ κυρίως γενετικών,²² νευροβιολογικών^{23,24} και περιβαλλοντικών παραγόντων.²⁵ Οι μελέτες οικογενειών δείχνουν μεγαλύτερο κίνδυνο νόσησης στους συγγενείς πρώτου βαθμού σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.²¹ Τα δεδομένα από μελέτες σε διδύμους, σύμφωνα με απαντήσεις των γονέων και των δασκάλων τους σε παιδιά και ενήλικες, δείχνουν μέση κληρονομησιμότητα (heritability) σε ποσοστό 76%.²⁶ Επί πλέον, μελέτες διδύμων που παρακολουθούν την πορεία της διαταραχής σε διάφορα αναπτυξιακά στάδια υποστηρίζουν ότι το συνεχές των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της ζωής είναι αποτέλεσμα κοινών γενετικών επιδράσεων.²⁷ Οι μοριακές γενετικές μελέτες είναι σχετικά πρόσφατες, αλλά αναμένεται να επιβεβαιώσουν γενετικές μελέτες σύνδεσης (linkage studies) που έχουν ταυτοποιηθεί σε δείγματα παιδιών με ΔΕΠΥ και να ανακαλύψουν άλλα γονίδια που σχετίζονται με την υποχώρηση ή την επιμονή της στην ενήλικη ζωή. Έντονο ενδιαφέρον υπάρχει σχετικά με τους μηχανισμούς με τους οποίους η διαταραχή επιμένει σε κάποιους ενήλικες, ενώ σε κάποιους άλλους υποχωρεί. Μοριακές γενετικές μελέτες στα παιδιά έχουν δείξει απ' ευθείας σύνδεση μεταξύ συγκεκριμένων γονιδίων και της ΔΕΠΥ. Έχουν διαπιστωθεί στοιχεία για το γονίδιο του μεταφορέα της ντοπαμίνης (DAT1), της β-υδροξυλάσης της ντοπαμίνης (DBH), του H₁ υποδοχέα της σεροτονίνης (HTR1B), του μεταφορέα της σεροτονίνης (5-HTT), καθώς και της σχετιζόμενης με τα συναπτικά κυστίδια πρωτεΐνης 25 kDa (SNAP-25).²²

Οι συχνότεροι περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την εμφάνιση της ΔΕΠΥ είναι η ενδομήτρια έκθεση σε οινόπνευμα, κάπνισμα, ναρκωτικά, υψηλή αρτηριακή πίεση και stress της μητέρας κατά την κύηση, καθώς και η προωρότητα και το χαμηλό βάρος γέννησης.^{28,29} Δεδομένα από μελέτη υιοθετημένων που είχαν υποστεί έντονες στερήσεις στα πρώτα έτη της ζωής, συνδέονται αιτιολογικά με τη ΔΕΠΥ.³⁰ Σε ορισμένες περιπτώσεις, η περιβαλλοντική επίδραση μπορεί να μεσολαβείται από γενετικούς παράγοντες ευαισθησίας και να μην αποτελεί τον κύριο αιτιολογικό παράγοντα. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η έκθεση του εμβρύου στη νικοτίνη κατά την κύηση αντανάκλα γενετικές επιδράσεις και ότι δεν ευθύνεται η απ' ευθείας τοξική δράση της νικοτίνης ή άλλων συστατικών του

τσιγάρου.²⁹ Μελέτες διδύμων και υιοθεσίας έδειξαν πάντως ότι η κληρονομησιμότητα της ΔΕΠΥ οφείλεται κυρίως σε γενετικούς παράγοντες και λιγότερο σε περιβαλλοντικούς.³¹

Νευροψυχολογικές, νευροφυσιολογικές και νευροαναπτυξιακές μελέτες αποδίδουν τα βασικά συστατικά του συνδρόμου τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες σε εγκεφαλικές δυσλειτουργίες.³² Μελέτες με μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου (MRI) αναδεικνύουν μειωμένο όγκο φακοειδούς πυρήνα, μεσολοβίου, παρεγκεφαλίδας και δεξιών μετωπιαίων περιοχών, καθώς και αυξημένο ρυθμό λέπτυνσης του φλοιού.³³ Μελέτες με λειτουργική μαγνητική τομογραφία (fMRI) έδειξαν διαφορές σε ασθενείς με ΔΕΠΥ και υγιείς συμμετέχοντες και κάποιες από αυτές περιελάμβαναν και ασθενείς που δεν είχαν λάβει φαρμακευτική αγωγή.³⁴ Από μελέτες με τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (positron emission tomography, PET) διαπιστώθηκε διαταραγμένος μεταβολισμός γλυκόζης στις προμετωπιαίες και στις προκινητικές περιοχές του μετωπιαίου λοβού των ασθενών με ΔΕΠΥ,³⁵ ενώ επί πλέον μελέτες με SPECT έδειξαν υπολειτουργία σε προμετωπιαίες και ραβδωτές περιοχές σε παιδιά και ενήλικες που πάσχουν από ΔΕΠΥ, σε σχέση με υγιείς εθελοντές.³⁶ Η άμεση και αξιοσημείωτη απάντηση των ασθενών στη χορήγηση διεγερτικών του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) (όπως αμφεταμίνες, μεθυλφαινιδάτη), που αυξάνουν τα επίπεδα της ντοπαμίνης στις συνάψεις, υποδηλώνει ότι η βασική παθοφυσιολογική διαδικασία στην παθογένεια της ΔΕΠΥ περιλαμβάνει διαταραχή στην κατεχολαμινεργική, στη σεροτονινεργική και στη νικοτινική λειτουργία.^{37,38}

5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Στους ενήλικες, τα συμπτώματα απροσεξίας, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας είναι δυνατόν να έχουν λιγότερο σαφή έκφραση (πίν. 2).³ Παράλληλα, η κλινική εικόνα περιπλέκεται λόγω της συχνής συννόησης με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Ενώ τα παιδιά μπορούν να τρέχουν, να σκαρφαλώνουν ασταμάτητα ή να έχουν δυσκολία να παίξουν ήσυχα στον ελεύθερο χρόνο τους, οι ενήλικες βιώνουν ένα εσωτερικό αίσθημα ανησυχίας, αδυναμίας να ηρεμήσουν και υπερβολικής ομιλίας. Η απροσεξία εκδηλώνεται με εύκολη διάσπαση της προσοχής, αποδιοργάνωση, καθυστερήσεις σε ραντεβού, εύκολο αίσθημα ανίας, ανάγκη για αλλαγές, δυσκολία στη λήψη αποφάσεων, ευαισθησία στο stress και αδυναμία συνολικής θεώρησης των πραγμάτων. Η υπερκινητικότητα εκδηλώνεται με νευρικές κινήσεις, αδυναμία παραμονής για μεγάλο χρονικό διάστημα σε μια θέση, ακόμη κι αν αυτό είναι απαραίτητο (π.χ. κινηματογράφος, συνέδρια, εκκλησία κ.λπ.) ή με το να είναι συνεχώς «π' ατμών». Η

παρορμητικότητα εκδηλώνεται με ανυπομονησία, ενέργεια χωρίς σκέψη ή ακολουθώντας κυρίως το συναίσθημα, με το να ξοδεύει παρορμητικά ή και με το ν' αλλάζει συνεχώς εργασίες ή ερωτικούς συντρόφους. Επί πλέον, οι ενήλικες με ΔΕΠΥ βιώνουν συχνά συναισθηματικές μεταπτώσεις, καθώς και παροδικές εκρήξεις θυμού.³⁹ Τυπικά, μετά από την ηλικία των 30 ετών αδυνατούν να σταθεροποιήσουν τη ζωή τους τόσο σε επαγγελματικό (π.χ. απολύονται), όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο. Η παραμονή τους σε μια εργασία είναι συνήθως μικρής διάρκειας, το ίδιο και οι σχέσεις τους. Όσες από τις σχέσεις αυτές διατηρούνται, επηρεάζονται από την αδυναμία τους να ακούν και να συγκεντρώνονται σε ένα θέμα, από την τάση τους να αφήνουν τα πράγματα ανολοκλήρωτα, να διακόπτουν συνομιλίες, καθώς και τη μικρή χρονική διάρκεια που μπορούν να μένουν εστιασμένοι σε κάτι.⁴⁰ Τα τροχαία ατυχήματα είναι συχνά σε νεαρούς ενήλικες με ΔΕΠΥ, εξ αιτίας της τάσης τους να είναι διασπασμένοι, παρορμητικοί και της ανάγκης τους για ένταση.⁴¹ Επίσης, είναι πιθανότερο να εμπλακούν σε άλλα ατυχήματα όπως φιλονικίες, τραυματισμούς από σκυλιά, καθώς και εγκαύματα.⁴² Παράλληλα, ακολουθούν τρόπο ζωής που περιλαμβάνει κάπνισμα, κατανάλωση οινοπνεύματος, ναρκωτικών ουσιών, επικίνδυνη σεξουαλική ζωή, αδυναμία χρονικής ακρίβειας (κυρίως λόγω χρόνιων προβλημάτων ύπνου), έλλειψη συγκρότησης και μειωμένη φροντίδα της υγείας τους.^{42,43}

Τα προβλήματα απροσεξίας οδηγούν σε αδυναμία ολοκλήρωσης ακαδημαϊκών εργασιών, με αποτέλεσμα πτωχές επιδόσεις στο σχολείο, στο διάβασμα και στην εργασία σε σύγκριση με υγιείς παρόμοιας νοημοσύνης. Για τους λόγους αυτούς, πολλοί αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα,⁴⁴ αισθάνονται απομονωμένοι με κοινωνικές δυσκολίες και αίσθημα ντροπής. Οι αποτυχίες αφορούν στην προσωπική τους εξέλιξη, ενώ συχνά εμφανίζουν μειωμένη ικανότητα να προβάλλουν τις δυνατότητές τους σε κοινωνικές περιστάσεις, με αποτέλεσμα τη χαμηλότερη, για τα νοητικά και κοινωνικά δεδομένα τους, απόδοση.⁴⁵ Η συννόσηση με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές επιβαρύνει περισσότερο την κατάσταση.

Στο παράρτημα 1 παρατίθενται τρία αντιπροσωπευτικά κλινικά παραδείγματα ενηλίκων ασθενών με ΔΕΠΥ.⁴⁶

6. ΣΥΝΝΟΣΗΣΗ

6.1. Κυριότερες συννοσηρές καταστάσεις

Η κλινική εικόνα της ΔΕΠΥ χαρακτηρίζεται από το υψηλό ποσοστό συννόσησης. Στην παιδική ηλικία, 65% των παιδιών διαγιγνώσκονται με μία ή περισσότερες συννοσηρές καταστάσεις, όπως η εναντιωματική προκλητική διαταραχή

(oppositional disorder), η διαταραχή του λόγου (language disorder), οι αγχώδεις και συναισθηματικές διαταραχές, το σύνδρομο Tourette, η διαταραχή κινητικών ή φωνητικών μουςπασμάτων (tics), οι μαθησιακές και διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές.⁴⁷ Παρομοίως στους ενήλικες η συννόσηση είναι ο κανόνας, με ποσοστό 75% των ασθενών να έχουν τουλάχιστον μία διαταραχή, με μέσο αριθμό συννοσηρών καταστάσεων τις τρεις (πίν. 4).⁴⁷ Οι συχνότερες είναι οι συναισθηματικές και οι αγχώδεις διαταραχές, οι διαταραχές της προσωπικότητας και οι αναπτυξιακές διαταραχές.⁴⁸⁻⁵¹ Η ΔΕΠΥ έχει επίσης συσχετιστεί με πρώιμη έναρξη κατάχρησης ουσιών, ενώ ο τζόγος καθώς και άλλες εξαρτήσεις είναι επίσης πολύ συχνές.⁵²

Σύμφωνα με επιδημιολογικά και κλινικά δεδομένα, ποσοστό 10–20% των ασθενών με συνήθη προβλήματα ψυχικής υγείας πάσχουν και από ΔΕΠΥ ενηλίκων.^{48,53}

Επί πλέον, μελέτες δείχνουν ότι τα παραπάνω ποσοστά αυξάνουν σε ειδικούς πληθυσμούς, όπως σε άτομα με εξαρτήσεις, διαταραχές προσωπικότητας και όσους έχουν εμπλοκές με το νόμο, αναδεικνύοντας τη σημασία της διερεύνησης της παρουσίας της ΔΕΠΥ σε τέτοιους πληθυσμούς υψηλού κινδύνου.⁵⁴

6.2. Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας και παραβατική συμπεριφορά

Η ΔΕΠΥ έχει συσχετιστεί με παραβατικότητα στην ενήλικη ζωή, ιδίως όταν υπάρχει συννοσηρή διαταραχή της διαγωγής στην παιδική ηλικία ή κατάχρηση ουσιών και αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας στην ενήλικη ζωή. Σε φυλακισμένους άνδρες, η ΔΕΠΥ φάνηκε να σχετίζεται με περιστατικά επιθετικής συμπεριφοράς ανεξάρτητα από την παρουσία αντικοινωνικής διαταραχής της προσωπικότητας.⁵⁵ Οι ασθενείς με ΔΕΠΥ συλλαμβάνονται, καταδικάζονται και φυλακίζονται πιο συχνά σε σύγκριση με υγιείς ενήλικες, ενώ η διάγνωση της νόσου αυξάνεται στα ψυχιατρικά ιδρύματα των φυλακών.⁵⁶

Πίνακας 4. Επίπτωση ζωής για συννοσηρές ψυχιατρικές διαταραχές των ασθενών με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ).

Συννοσηρή διαταραχή	Επίπτωση ζωής
Αγχώδεις διαταραχές	59,0%
Διαταραχές της διάθεσης	45,4%
Κατάχρηση ουσιών	35,8%
Διαταραχές παρορμήσεων (αντικοινωνική διαταραχή, διαταραχή διαγωγής, διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή, βουλιμία, παθολογική χαρτοπαιξία)	69,8%
Οποιαδήποτε ψυχιατρική διαταραχή	88,6%

6.3. Νευροαναπτυξιακές διαταραχές

Η ΔΕΠΥ σχετίζεται επίσης με υψηλά ποσοστά νευροαναπτυξιακών δυσκολιών και διαταραχών, όπως οι διαταραχές του αυτιστικού φάσματος,⁵⁷ η δυσλεξία⁵⁸ και η διαταραχή του συντονισμού των κινήσεων,⁵⁹ γεγονός που φαίνεται να οφείλεται σε επικαλυπτόμενες γενετικές επιδράσεις. Τέτοιες νευροαναπτυξιακές συννοσηρότητες δεν έχουν μελετηθεί αρκετά σε ενήλικες με ΔΕΠΥ, αλλά παρατηρούνται συχνά στην κλινική πράξη και ενδέχεται να οδηγήσουν σε συνεχιζόμενες επιπτώσεις, παρά την επιτυχή θεραπεία της ΔΕΠΥ με φαρμακευτικά προϊόντα. Είναι επίσης συνήθης πρακτική στην Ευρώπη, κατά τη διάρκεια αξιολόγησης για ΔΕΠΥ, να αναζητούνται ήπια νευρολογικά σημεία, κατ' αναλογία με τη διάγνωση διαταραχών της προσοχής, του συντονισμού των κινήσεων και της αντίληψης στα παιδιά, οι οποίες συχνά συνυπάρχουν με τη ΔΕΠΥ.⁶⁰

6.4. Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας και εξαρτήσεις

Η συννόσηση με κατάχρηση ουσιών απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή λόγω των υψηλών ποσοστών εμφάνισης ΔΕΠΥ σε τέτοιους πληθυσμούς.⁶¹ Το οινόπνευμα και η κάνναβη αποτελούν τις συχνότερα χρησιμοποιούμενες ουσίες και ακολουθούν η κοκαΐνη και οι αμφεταμίνες.⁶² Σε 10 μελέτες που διερεύνησαν την παρουσία ΔΕΠΥ σε πληθυσμούς χρηστών, τα αναφερόμενα ποσοστά ήταν 11–54%.^{63,64} Μερικές φορές, οι ασθενείς περιγράφουν προσπάθειες αυτοθεραπείας με «παράνομα» διεγερτικά του ΚΝΣ, όπως ακριβώς πράττουν και κάποιοι γονείς με τη χορήγηση των φαρμάκων αυτών στα παιδιά τους που πάσχουν από ΔΕΠΥ. Σε ορισμένες περιπτώσεις, στους ασθενείς με ΔΕΠΥ που κάνουν χρήση

ουσιών περιγράφονται παράδοξες αντιδράσεις μετά από τη χρήση, όπως αίσθημα ηρεμίας, καλύτερη συγκέντρωση και μικρότερου βαθμού παρορμητικότητα. Παρ' όλο που η κατανάλωση ναρκωτικών με διεγερτική δράση, όπως η κοκαΐνη και οι αμφεταμίνες, μπορεί να έχει τα παραπάνω αποτελέσματα, κάτι τέτοιο συμβαίνει συχνότερα με την κατανάλωση οινόπνευματος και κάνναβης.⁶⁵ Στους χρήστες ουσιών με συνυπάρχουσα ΔΕΠΥ οι μορφές της χρήσης είναι πιο σοβαρές και χαρακτηρίζονται από πρώιμη έναρξη και μεγαλύτερη διάρκεια χρήσης, αυξημένες επιπτώσεις και μικρότερο χρονικό διάστημα μετάπτωσης από τη χρήση στην εξάρτηση.⁶⁶

7. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Οι ενήλικες με ΔΕΠΥ εμφανίζουν συχνά χαμηλή αυτοεκτίμηση, έκπτωση της διάθεσης, συναισθηματική αστάθεια και ευερεθιστότητα, συμπτώματα που συχνά συγχέονται με δυσθυμία, κυκλοθυμία, διπολική διαταραχή ή με οριακή διαταραχή της προσωπικότητας (πίν. 5, Παράρτημα). Επί πλέον, οι καθημερινές αλλαγές της διάθεσης στη ΔΕΠΥ είναι πολύ συχνές και αντιπροσωπεύουν μια κακώς ρυθμιζόμενη, αλλά βασικά φυσιολογική μεταβολή της διάθεσης και όχι τα άκρα της κατάθλιψης και της υπερθυμίας που παρατηρούνται στη διπολική διαταραχή. Η χρόνια αστάθεια της διάθεσης θεωρείται τμήμα του πυρηνικού συνδρόμου της ΔΕΠΥ.^{67,68}

Οι συγκρουσιακές σχέσεις, ο αυτοκτονικός ιδεασμός, η διαταραχή ταυτότητας και το αίσθημα εγκατάλειψης, στην πλειονότητα των περιπτώσεων ΔΕΠΥ, εμφανίζονται σε μικρότερο βαθμό σε σχέση με την οριακή διαταραχή προσωπικότητας.⁶⁹ Συνήθως, ο θυμός σε ασθενή με ΔΕΠΥ

Πίνακας 5. Διαφορική διάγνωση διαταραχής ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), διπολικής διαταραχής και οριακής διαταραχής προσωπικότητας (ΔΠ).

Συμπτώματα	ΔΕΠΥ	Διπολική διαταραχή	Οριακή ΔΠ
Υπερκινητικότητα	Ναι	Ναι	Όχι
Παρορμητικότητα	Ναι	Ναι	Ναι
Διαταραχή προσοχής	Ναι	Ναι	Όχι
Αστάθεια διάθεσης, ευερεθιστότητα	Ναι	Ναι	Ναι
Συχνότητα αλλαγής της διάθεσης	4–5 την ημέρα	Κάθε 2–3 ημέρες	4–5 την ημέρα
Αυξημένες συναναστροφές	Ναι	Ναι	Όχι
Μεγαλομανιακές τάσεις	Όχι	Ναι	Όχι
Άρση αναστολών	Όχι	Ναι	Όχι
Έναρξη στην παιδική ηλικία	Ναι	Ναι/όχι	Όχι
Πορεία νόσου	Χρόνια	Κατά επεισόδια	Χρόνια
Οικογενειακό ιστορικό	Θετικό	Θετικό	Άγνωστο
Ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης	Θετικό	Θετικό	Έντονα θετικό

εμφανίζεται πολύ γρήγορα, διαρκεί λίγα λεπτά και δεν τελειώνει με αυτοτραυματικές συμπεριφορές. Βέβαια, οι διαφορές αυτές ενδέχεται να είναι ασαφείς καθώς τα εν λόγω χαρακτηριστικά είναι χρόνια και τείνουν να θεωρούνται κομμάτι της προσωπικότητας των ασθενών. Τα άτομα με διαταραχή προσωπικότητας που επί πλέον έχουν ΔΕΠΥ με έναρξη στην παιδική ηλικία φαίνεται ότι ωφελούνται από τις φαρμακολογικές θεραπείες για την τελευταία. Πρόσφατες μελέτες σε ασθενείς με ΔΕΠΥ δείχνουν ότι η θεραπεία με διεγερτικά του ΚΝΣ και ατομοξετίνη, εκτός από τα πυρηνικά συμπτώματα της ΔΕΠΥ, βελτιώνει και την αστάθεια της διάθεσης.⁷⁰

8. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

8.1. Γενικές αρχές διαγνωστικής προσέγγισης

Η διάγνωση βασίζεται σε προσεκτική και συστηματική αξιολόγηση της παρουσίας και της επίπτωσης των συμπτωμάτων καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής και όχι σε απλή κλινική εντύπωση που σχηματίζεται κατά τη διάρκεια μιας συνεδρίας. Κεντρικό ρόλο στη διαδικασία αυτή διαδραματίζει η έναρξη των συμπτωμάτων κατά την παιδική ηλικία, τα τρέχοντα συμπτώματα της ΔΕΠΥ, καθώς και η παρουσία και η επίπτωσή τους σε δύο τουλάχιστον μείζονες τομείς της λειτουργικότητας (σχολείο, σπίτι, εργασία, διαπροσωπικές σχέσεις). Σημείο διαφοροποίησης από την αξιολόγηση της ΔΕΠΥ αποτελεί η αποδοχή των αναφορών των ενηλίκων από τους ίδιους, σε σχέση με τα παιδιά, για τα οποία βασιζόμαστε περισσότερο σε πληροφορίες από γονείς και δασκάλους. Ωστόσο, αυτές οι αυτοαναφορές των ασθενών μπορεί να μην είναι απόλυτα αξιόπιστες, καθώς η ανάκληση συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία είναι συχνά δύσκολη, με κύριο ζήτημα την υποεκτίμησή τους.⁷¹ Αν υπάρχει δυνατότητα, είναι επιθυμητή η άντληση συμπληρωματικών πληροφοριών από κάποιον συγγενή (συνήθως γονέα) που έχει γνώση της εικόνας του ασθενούς στην παιδική ηλικία, καθώς και από ένα γονέα ή σύντροφο για την εκτίμηση της παρούσας κλινικής του εικόνας.³ Ακόμη και οι γονείς όμως είναι δυνατόν να μην μπορούν να ανακαλέσουν με ακρίβεια το χρόνο έναρξης των συμπτωμάτων. Πρόσφατα στοιχεία έχουν δείξει ότι οι γονείς αναφέρουν ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων περίπου στα 5 έτη, ακόμη και όταν προηγούμενες ιατρικές καταγραφές κάνουν αναφορά για πρωιμότερη έναρξη.⁷² Ένας τρόπος να ξεπεραστεί το παραπάνω πρόβλημα θα ήταν η αναζήτηση πληροφοριών από τις σχολικές αναφορές και τις επιδόσεις των παιδιών, οι οποίες μπορεί να δώσουν πιο αξιόπιστες και ακριβείς πληροφορίες για την ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων.

Η διάγνωση της ΔΕΠΥ θα πρέπει να λαμβάνεται σοβα-

ρά υπ' όψη όταν τα τυπικά σημεία του συνδρόμου είναι παρόντα και υπάρχει απόδειξη για την παρουσία και τις επιπτώσεις τους καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής,⁸ ακόμη κι αν δεν είναι δυνατόν να στοιχειοθετηθεί η έναρξη των συμπτωμάτων στην παιδική ηλικία. Για παράδειγμα, αυτό μπορεί να συμβαίνει σε κάποιους ανθρώπους που πάσχουν από τον απρόσεκτο τύπο, αλλά οι δεξιότητές τους, το υψηλό νοητικό δυναμικό και το δομημένο περιβάλλον τους βοήθησαν ώστε να τα καταφέρουν κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας. Το πρόβλημα της απροσεξίας μπορεί να μην είναι αναγνωρίσιμο, μέχρι να αποφασίσουν να διαμένουν ανεξάρτητα από τους γονείς τους και να έρθουν αντιμέτωποι με τις απαιτήσεις οργάνωσης και προσοχής ενός εκπαιδευτικού ή επαγγελματικού περιβάλλοντος υψηλής βαθμίδας.⁷³

Επειδή η ύπαρξη συννόησης είναι ιδιαίτερα συχνή, η αξιολόγηση των συνυπαρχόντων συμπτωμάτων, συνδρόμων και διαταραχών πρέπει πάντοτε να αποτελεί τμήμα της κλινικής αξιολόγησης της ΔΕΠΥ στην ενήλικη ζωή.³

8.2. Διαγνωστική συνέντευξη και εργαλεία αξιολόγησης

Είναι απαραίτητο το πλήρες ιατρικό ιστορικό ψυχιατρικών και σωματικών θεραπειών, καθώς και το οικογενειακό ιστορικό για την ύπαρξη ψυχιατρικών ή νευρολογικών προβλημάτων. Ως κύριο εργαλείο αξιολόγησης συνιστάται η χρήση μιας δομημένης διαγνωστικής συνέντευξης, όπως η διαγνωστική συνέντευξη της ΔΕΠΥ για το DSM-IV-TR,⁷⁴ Conners Adult ADHD (CAADID).⁷⁵ Μια εναλλακτική υπό εξέλιξη είναι η διαγνωστική συνέντευξη για το ΔΕΠΥ σε ενήλικες (DIVA) (<http://www.divacenter.eu/DIVA.aspx>).

Εκτός από τις διαγνωστικές συνεντεύξεις, στις περισσότερες χρησιμοποιούμενες κλίμακες αξιολόγησης περιλαμβάνεται η κλίμακα αξιολόγησης για ΔΕΠΥ (που βασίζεται στα κριτήρια του DSM-IV-TR), καθώς και η κλίμακα αυτοαξιολόγησης συμπτωμάτων ΔΕΠΥ του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας 6 θεμάτων (ASRS).⁷⁶ Η τελευταία είναι διαθέσιμη στο διαδίκτυο, χωρίς περιορισμούς, σε αρκετές γλώσσες (<http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/asrs.php>). Άλλα διαθέσιμα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς είναι η Brown ADD Scale Diagnostic Form (BADD5),⁷⁷ η οποία μετρά μόνο συμπεριφορές που άπτονται της εκτελεστικής λειτουργίας και της απροσεξίας, η Conners Adult ADHD Rating Scale (CAARS)⁷⁸ που περιλαμβάνει τα DSM-IV-TR κριτήρια και έχει διαφορετικές εκδοχές για τους ασθενείς και για τους σημαντικούς άλλους (CAARS) και η Wender Utah Rating Scale (WURS),⁷⁹ η οποία περιλαμβάνει επίσης συμπτώματα άλλων διαταραχών που συχνά συνυπάρχουν με τη ΔΕΠΥ.

8.3. Άλλες δοκιμασίες

Δεν υπάρχουν νευροβιολογικές ή νευροψυχολογικές δοκιμασίες για τη ΔΕΠΥ με επαρκή ευαισθησία και ειδικότητα, ώστε να χρησιμοποιηθούν ως μεμονωμένες διαγνωστικές δοκιμασίες. Η λειτουργική απεικόνιση φαίνεται πολλά υποσχόμενη, αν και απαιτείται περισσότερη έρευνα προκειμένου να καθοριστεί η αξία της.⁸⁰ Νευροψυχολογικές δοκιμασίες (π.χ. η δοκιμασία Cantab, το Stop Signal Reaction Time, δοκιμασίες μέτρησης IQ ή η εξέταση των εκτελεστικών λειτουργιών μέσω μηχανογραφημένου συστήματος και η δοκιμασία ανταπόκρισης χρονικής ταχύτητας) μπορεί να συμπληρώσουν τη διαγνωστική προσπέλαση και να παράσχουν έναν αντικειμενικό δείκτη νοητικών λειτουργιών των ασθενών που πάσχουν από σύνδρομο ΔΕΠΥ.⁸¹ Οι ασθενείς με ΔΕΠΥ μπορεί επί πλέον να εμφανίζουν γνωστικά ελλείμματα, όπως δυσκολίες στη μάθηση, στην ανάγνωση και στη γραφή, τα οποία συμβάλλουν στη λειτουργική έκπτωση, εκτός από τις βλάβες που σχετίζονται με τα αυτιστικά χαρακτηριστικά. Δεδομένου ότι δεν υπάρχει καθορισμένο πρότυπο για μαθησιακές διαταραχές σε ενήλικες, μπορεί να είναι δύσκολο να διακρίνει κάποιος αυτές τις διαταραχές από τα μαθησιακά ελλείμματα που σχετίζονται με τη ΔΕΠΥ. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα προκειμένου να κατανοηθούν πλήρως οι γνωστικές διαταραχές που συνδέονται με τη ΔΕΠΥ σε ενήλικες. Παρά την πτωχή προγνωστική αξία των δοκιμασιών των γνωστικών επιδόσεων, κάποιοι ειδικοί αντιλαμβάνονται τη ΔΕΠΥ κυρίως ως έλλειμμα των εκτελεστικών λειτουργιών.^{82,83} Αν και αυτό δεν εμφανίζεται πάντα στα ελλείμματα των γνωστικών επιδόσεων, διαταραχές είναι συχνά ορατές στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι με ΔΕΠΥ διαχειρίζονται τα καθημερινά τους ζητήματα. Πολλά από τα προβλήματα που αναφέρονται από τους ενήλικες με ΔΕΠΥ θεωρείται ότι αντικατοπτρίζουν δυσλειτουργίες εκτελεστικών λειτουργιών, όπως η διαταραχή της αυτο-οργάνωσης, η ρύθμιση της προσοχής και του συναισθήματος, η διατήρηση της προσπάθειας και η εγρήγορση. Τα ελλείμματα αυτά αποκαλύπτονται μετά από ενδελεχή αξιολόγηση των επιδόσεων στην καθημερινή ζωή παρά από τις δοκιμασίες του εργαστηρίου.^{82,83}

9. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΕΝΗΛΙΚΑ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

9.1. Αρχές θεραπείας

Η πολυεπίπεδη θεραπευτική προσέγγιση της ΔΕΠΥ και των συννοσηρών καταστάσεων είναι αναγκαίο να εφαρμόζεται και στους ενήλικες.⁸⁴ Θα πρέπει να συμμετέχει όχι μόνο ο ασθενής αλλά, όπου αυτό είναι δυνατόν, ο(η)

σύντροφος, η οικογένεια και οι στενοί συγγενείς του. Η προσέγγιση αυτή συνήθως περιλαμβάνει ψυχοεκπαίδευση, φαρμακευτική αντιμετώπιση και ειδικά σχεδιασμένες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις.

Τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά τόσο στους ενήλικες όσο και στα παιδιά. Οι θετικές επιδράσεις των διεγερτικών του ΚΝΣ (μεθυλφαινιδάτη και δεξαμεταμίνη), αλλά και της μη διεγερτικής ατομοξετίνης, στα πυρηνικά συμπτώματα της ΔΕΠΥ έχουν τεκμηριωθεί σε πολλές μελέτες στα παιδιά. Ένας ολοένα αυξανόμενος αριθμός μελετών αναδεικνύει παρόμοια αποτελέσματα και στους ενήλικες.⁸⁵ Οι διεγέρτες του ΚΝΣ θεωρούνται πρώτης τάξης επιλογές με βάση τα δεδομένα αποτελεσματικότητας και ασφάλειας,⁸⁶ ενώ μαζί με την ατομοξετίνη, η οποία αποτελεί δευτερεύουσα επιλογή,⁸⁷ θεωρούνται φάρμακα ειδικής δράσης για τη ΔΕΠΥ. Επίσης, αναφέρεται αποτελεσματικότητα με ορισμένα άλλα φάρμακα όπως η βουπροπρόνη, η βενλαφαξίνη, η μοδαφινίλη και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά.^{3,87}

9.2. Αντιμετώπιση συννοσηρών καταστάσεων

Σε περίπτωση ύπαρξης συννοσηρών καταστάσεων θα πρέπει να διενεργείται προσεκτική αξιολόγηση. Οι σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπως η οξεία ψύχωση, η μείζων κατάθλιψη, η μανία και η κατάχρηση οινόπνευματος και ουσιών, συνιστάται να αντιμετωπίζονται πρώτες. Αντίθετα, ήπιες αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές μπορεί να βελτιωθούν με τη θεραπεία της ΔΕΠΥ και επομένως να μην απαιτηθεί περαιτέρω ειδική αντιμετώπιση.³

9.3. Φαρμακευτική αγωγή

Ο πλέον χρησιμοποιούμενος διεγέρτης του ΚΝΣ στους ενήλικες είναι η βραδείας αποδέσμευσης μεθυλφαινιδάτη (κύριος μηχανισμός δράσης ο προσυναπτικός αποκλεισμός επαναπρόσληψης της ντοπαμίνης), η οποία χορηγείται σε μία ή δύο δόσεις, με μέγιστη δοσολογία 72 mg ημερησίως. Η ατομοξετίνη έχει ως μηχανισμό δράσης την εκλεκτική αναστολή επαναπρόσληψης της νοραδρεναλίνης. Η αρχική δόση είναι 40 mg, ενώ η μέγιστη ημερήσια δοσολογία μπορεί να φθάσει μετά από 2–4 εβδομάδες στα 120 mg σε 1–2 δόσεις.^{86,87}

Οι διεγέρτες του ΚΝΣ βελτιώνουν τα πυρηνικά συμπτώματα της ΔΕΠΥ, καθώς και άλλα σχετικά προβλήματα, όπως είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση, οι εκρήξεις θυμού, οι συναισθηματικές διακυμάνσεις, τα γνωστικά προβλήματα και η κοινωνική λειτουργικότητα.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής

με διεγέρτες είναι συνήθως ήπιες και παροδικές και περιλαμβάνουν κεφαλαλγία, μειωμένη όρεξη, αίσθημα παλμών, εκνευρισμό, ξηροστομία και δυσκολία στην επέλευση του ύπνου. Οι διεγέρτες του ΚΝΣ δεν συνιστώνται στην κύηση και στη γαλουχία και μέχρι σήμερα αντενδείκνυνται στις ψυχώσεις, αν και ορισμένες φορές έχει εφαρμοστεί με επιτυχία η θεραπεία της ΔΕΠΥ σε σταθεροποιημένους ασθενείς με σχιζοφρένεια.⁸⁸ Σχετικές αντενδείξεις αποτελούν η υπέρταση, τα καρδιακά προβλήματα (αρρυθμίες, υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, στηθάγχη), ο υπερθυρεοειδισμός και το γλαύκωμα.⁸⁹ Η θεραπεία με διεγέρτες του ΚΝΣ είναι ασφαλής στα παιδιά με tic⁹⁰ και η επίδρασή τους στον επιληπτικό ουδό είναι περιορισμένη.⁹¹ Η χρήση τους στον αυτισμό έχει καλά αποτελέσματα, παρ'όλο που έχουν υπάρξει αναφορές για επιδείνωση ορισμένων αυτιστικών χαρακτηριστικών.⁹²

Τα άλλα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη ΔΕΠΥ, όπως η βουπροπιόνη, η μοδαφινίλη, η βενλαφαζίνη και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, έχουν περιορισμένη δυνατότητα αντιμετώπισης της διαταραχής της προσοχής και μικρό μέγεθος επίδρασης (effect size) σε σχέση με τους διεγέρτες στη θεραπεία της ΔΕΠΥ.^{93,94}

9.4. Η φαρμακευτική αγωγή και το ενδεχόμενο κατάχρησης

Η δυσκολία που συνοδεύει τη χρήση των διεγερτών, τόσο μεταξύ των ειδικών όσο και στο ευρύ κοινό, συνδέεται με την ιστορία κατάχρησης αμφεταμινών στο παρελθόν. Οι πιθανότητες κατάχρησης φαίνεται ότι συνδέονται με την οδό χορήγησης και την ταχεία έναρξη της δράσης. Η ενδοφλέβια ή η ρινική χρήση συνδέεται με ταχεία αύξηση των επιπέδων ντοπαμίνης στον εγκέφαλο. Φαίνεται ότι η από του στόματος χορήγηση φαρμακευτικών προϊόντων βραδείας αποδέσμευσης μειώνει τις πιθανότητες κατάχρησης.^{95,96} Ένα δυνητικό πρόβλημα της χρήσης διεγερτών του ΚΝΣ σχετίζεται με τη λήψη τους από γονείς παιδιών με ΔΕΠΥ στο πλαίσιο αυτοθεραπείας τους και από σπουδαστές προκειμένου να αυξήσουν την πνευματική τους απόδοση.

9.5. Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις

Οι ενήλικες αντιμετωπίζουν διαφορετικά προβλήματα από αυτά των παιδιών και επομένως έχουν ανάγκη διαφορετικής ψυχοκοινωνικής και ψυχολογικής υποστήριξης, η οποία οφείλει να αντιστοιχεί τόσο στο αναπτυξιακό τους επίπεδο, όσο και στην ίδια τη διαταραχή. Οι ψυχολογικές θεραπείες ψυχοεκπαίδευση, γνωσιακή-συμπεριφορική

θεραπεία, υποστηρικτική καθοδήγηση ή βοήθεια στην καθημερινή οργάνωση δραστηριοτήτων έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές.^{97,98}

Η καθοδήγηση (coaching) παρέχει μια δομημένη, υποστηρικτική ψυχοθεραπεία σε ατομικό ή ομαδικό πλαίσιο. Στόχος της είναι η εκπαίδευση των ασθενών σε τεχνικές επίλυσης προβλημάτων για συγκεκριμένα πρακτικά προβλήματα. Οι ασθενείς με ΔΕΠΥ, λόγω μιας δυσλειτουργίας παρούσας καθ'όλη τη διάρκεια της ζωής τους, τυπικά δεν μαθαίνουν πρακτικές οργάνωσης των καθημερινών προβλημάτων τους και είναι δυνατόν να αντιγράφουν λανθασμένες τεχνικές ή να υιοθετούν ακατάλληλες συμπεριφορές ως αντίδραση στις δυσκολίες που σχετίζονται με τη διαταραχή. Ένα πρόγραμμα υποστηρικτικής καθοδήγησης στοχεύει στην αποδοχή της διαταραχής, στην κατάλληλη διαχείριση του χρόνου, στον περιορισμό των δραστηριοτήτων σε «ένα στόχο τη φορά», στην οργάνωση οικιακών και οικονομικών θεμάτων, στην εκπαίδευση στον τρόπο υιοθέτησης και ολοκλήρωσης στόχων και στην κατανόηση συναισθηματικών αντιδράσεων που σχετίζονται με τη ΔΕΠΥ. Τα παραπάνω στοιχεία περιλαμβάνονται και στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία της ΔΕΠΥ.⁹⁷ Σύμφωνα με την κλινική εμπειρία των ειδικών, πολλοί ενήλικες ωφελούνται από ένα συνδυασμό υποστηρικτικής ή γνωσιακής θεραπείας και φαρμακοθεραπείας.

Η θεραπεία της ΔΕΠΥ μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων που είναι αποτέλεσμα των πυρηνικών συμπτωμάτων της διαταραχής, καθώς και των συναφών συμπτωμάτων και συννοσηρών διαταραχών. Έτσι, η κατάλληλη θεραπεία της ΔΕΠΥ στοχεύει στη βελτίωση της ψυχολογικής λειτουργικότητας και της αυτοεκτίμησης, της διαπροσωπικής/οικογενειακής, καθώς και της ακαδημαϊκής/επαγγελματικής λειτουργικότητας, ενώ παράλληλα φιλοδοξεί να βελτιώσει τα γνωστικά ελλείμματα, την οδήγηση και τον κίνδυνο χρήσης ουσιών.⁹⁹

10. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παραμονή της ΔΕΠΥ στην ενήλικη ζωή, είτε ως πλήρες σύνδρομο είτε ως υποοδική διαταραχή, συνδέεται με σημαντική ψυχοκοινωνική επιβάρυνση και με αυξημένο ποσοστό συννοσηρών καταστάσεων. Η κατάλληλη εκπαίδευση των ειδικών καθώς και η δημιουργία ειδικών δομών θα μπορούσε να συμβάλει σε αυξημένη κατανόηση, διαγνωστική ακρίβεια και θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ στην ενήλικη ζωή.

ABSTRACT

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults: Clinical recognition, diagnosis and therapeutic interventions

A. PEHLIVANIDIS, A. SPYROPOULOU, A. GALANOPOULOS, C.A. PAPACHRISTOU, G.N. PAPADIMITRIOU
*First Department of Psychiatry, National and Kapodistrian University of Athens, "Eginition" Hospital,
 Athens, Greece*

Archives of Hellenic Medicine 2012, 29(5):562–576

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a common psychiatric disorder of childhood that in most cases persists into adulthood, causing significant impairment. Adult psychiatrists may be confronted by lack of experience in the diagnosis and treatment of ADHD. The clinical picture of ADHD in adults is expressed differently from that in children, due to a growing need in adulthood for self-determined action, autonomy and higher performance in fields such as executive functioning and attention. Comorbid psychiatric syndromes, such as impulse control disorders, substance abuse, anxiety and mood disorders, may contribute to the complex clinical manifestations of ADHD. Diagnosis is based on specific clinical criteria and requires standardized methodology. The assessment of childhood-onset ADHD, the continuous presence of the symptomatology into adulthood and the degree of functional impairment should be taken into consideration. Bipolar disorder and borderline personality disorder are included in the differential diagnosis. ADHD treatment is generally multimodal. Comorbid psychiatric disorders should be treated first. The beneficial effects of stimulants (methylphenidate, dexamphetamine) and atomoxetine on the core symptoms of ADHD have been demonstrated, while antidepressants (venlafaxine, bupropion) are considered to be second line agents. Psychosocial treatment, such as coaching, psychoeducation and cognitive therapy, are also commonly used. Expertise in the diagnosis and treatment of adult ADHD may ameliorate the health and quality of life of the patients and minimize the burden of the disease on their overall family life.

Key words: ADHD, Adults, Attention deficit hyperactivity disorder, Diagnosis, Treatment

Βιβλιογραφία

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. APA, Washington, DC, 2000
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International statistical classification of diseases (ICD-10)*. WHO, Geneva, Switzerland, 1993
3. KOIJ SJ, BEJEROT S, BLACKWELL A, CACI H, CASAS-BRUGUÉ M, CARPENTIER PJ ET AL. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry* 2010, 10:67
4. LARA C, FAYYAD J, DE GRAAF R, KESSLER RC, AGUILAR-GAXIOLA S, ANGERMEYER M ET AL. Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: Results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biol Psychiatry* 2009, 65:46–54
5. GITTELMAN R, MANNUZZA S, SHENKER R, BONAGURA N. Hyperactive boys almost grown up. I. Psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1985, 42:937–947
6. WEISS G, HECHTMAN L, MILROY T, PERLMAN T. Psychiatric status of hyperactives as adults: A controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *J Am Acad Child Psychiatry* 1985, 24:211–220
7. MANNUZZA S, KLEIN RG, MOULTON JL 3rd. Persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into adulthood: What have we learned from the prospective follow-up studies? *J Atten Disord* 2003, 7:93–100
8. NICE. Attention deficit hyperactivity disorder: The NICE guideline on diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. British Psychological Society and Royal College of Psychiatrists, London, UK, 2008
9. FARAONE SV, SERGEANT J, GILLBERG C, BIEDERMAN J. The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? *World Psychiatry* 2003, 2:104–113
10. ΚΟΥΜΟΥΛΑ Α. Η εξέλιξη της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) στο χρόνο. *Ψυχιατρική* 2012, 23(Παράρτημα 1):49–59
11. HILL JC, SCHOENER EP. Age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1996, 153:1143–1146
12. FARAONE SV, BIEDERMAN J, MICK E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med* 2006, 36:159–165
13. BIEDERMAN J, MICK E, FARAONE SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: Impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry* 2000, 157:816–818
14. TAYLOR E, CHADWICK O, HEPTINSTALL E, DANCKAERTS M. Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adoles-

- cent development. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, 35:1213–1226
15. SIMON V, CZOBOR P, BÁLINT S, MÉSZÁROS A, BITTER I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: Meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2009, 194:204–211
 16. FAYYAD J, 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
 17. TRIPP G, LUK SL, SCHAUGHENCY EA, SINGH R. DSM-IV and ICD-10: A comparison of the correlates of ADHD and hyperkinetic disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, 38:156–164
 18. KOOIJ JJ, BUITELAAR JK, VAN DEN OORD EJ, FURER JW, RIJNDERS CA, HODIAMONT PP. Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. *Psychol Med* 2005, 35:817–827
 19. WENDER PH, WOLF LE, WASSERSTEIN J. Adults with ADHD. An overview. *Ann NY Acad Sci* 2001, 931:1–16
 20. BIEDERMAN J, FARAONE S, MILBERGER S, CURTIS S, CHEN L, MARRS 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
 21. FARAONE SV, BIEDERMAN J, MONUTEAUX MC. Toward guidelines for pedigree selection in genetic studies of attention deficit hyperactivity disorder. *Genet Epidemiol* 2000, 18:1–16
 22. FARAONE SV, PERLIS RH, DOYLE AE, SMOLLER JW, GORALNICK JJ, HOLMGREN MA ET AL. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2005, 57:1313–1323
 23. BEKKER EM, OVERTOOM CC, KENEMANS JL, KOOIJ JJ, DE NOORD I, BUITELAAR JK ET AL. Stopping and changing in adults with ADHD. *Psychol Med* 2005, 35:807–816
 24. SEIDMAN LJ, VALERA EM, BUSH G. Brain function and structure in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2004, 27:323–347
 25. BANERJEE TD, MIDDLETON F, FARAONE SV. Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatr* 2007, 96:1269–1274
 26. FARAONE SV, PERLIS RH, DOYLE AE, SMOLLER JW, GORALNICK JJ, HOLMGREN MA ET AL. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2005, 57:1313–1323
 27. LARSSON JO, LARSSON H, LICHTENSTEIN P. Genetic and environmental contributions to stability and change of ADHD symptoms between 8 and 13 years of age: A longitudinal twin study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004, 43:1267–1275
 28. MILBERGER S, BIEDERMAN J, FARAONE SV, CHEN L, JONES J. Further evidence of an association between attention-deficit/hyperactivity disorder and cigarette smoking. Findings from a high-risk sample of siblings. *Am J Addict* 1997, 6:205–217
 29. THAPAR A, RICE F, HAY D, BOIVIN J, LANGLEY K, VAN DEN BREE M ET AL. Prenatal smoking might not cause attention-deficit/hyperactivity disorder: Evidence from a novel design. *Biol Psychiatry* 2009, 66:722–727
 30. STEVENS SE, SONUGA-BARKE EJ, KREPPNER JM, BECKETT C, CASTLE J, COLVERT E ET AL. Inattention/overactivity following early severe institutional deprivation: Presentation and associations in early adolescence. *J Abnorm Child Psychol* 2008, 36:385–398
 31. FARAONE SV, DOYLE AE, KNOERZER JA. Heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Economics of Neuroscience* 2001, 3:54–57
 32. SEIDMAN LJ, VALERA EM, MAKRIS N. Structural brain imaging of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2005, 57:1263–1272
 33. DURSTON S. Converging methods in studying attention-deficit/hyperactivity disorder: What can we learn from neuroimaging and genetics? *Dev Psychopathol* 2008, 20:1133–1143
 34. SUSKAUER SJ, SIMMONDS DJ, FOTEDAR S, BLANKNER JG, PEKAR JJ, DENCKLA MB ET AL. Functional magnetic resonance imaging evidence for abnormalities in response selection in attention deficit hyperactivity disorder: Differences in activation associated with response inhibition but not habitual motor response. *J Cogn Neurosci* 2008, 20:478–493
 35. ZAMETKIN AJ, NORDAHL TE, GROSS M, KING AC, SEMPLEWE, RUMSEY J ET AL. Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. *N Engl J Med* 1990, 323:1361–1366
 36. AMEN DG, HANKS C, PRUNELLA J. Preliminary evidence differentiating ADHD using brain SPECT imaging in older patients. *J Psychoactive Drugs* 2008, 40:139–146
 37. KRAUSE KH, DRESEL SH, KRAUSE J, KUNG HF, TATSCH K, ACKENHEIL M. Stimulant-like action of nicotine on striatal dopamine transporter in the brain of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* 2002, 5:111–113
 38. VOLKOW ND, WANG GJ, KOLLINS SH, WIGAL TL, NEWCORN JH, TELANG F ET AL. Evaluating dopamine reward pathway in ADHD: Clinical implications. *JAMA* 2009, 302:1084–1091
 39. ASHERSON P. Clinical assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Expert Rev Neurother* 2005, 5:525–539
 40. ROBIN AL. The impact of ADHD on marriage. *The ADHD Report* 2002, 10:9–14
 41. FISCHER M, BARKLEY RA, SMALLISH L, FLETCHER K. Hyperactive children as young adults: Driving abilities, safe driving behavior, and adverse driving outcomes. *Accid Anal Prev* 2007, 39:94–105
 42. SWENSEN A, BIRNBAUM HG, BEN HAMADI R, GREENBERG P, CREMIEUX PY, SECNIK K. Incidence and costs of accidents among attention-deficit/hyperactivity disorder patients. *J Adolesc Health* 2004, 35:346.e1–e9
 43. OHLMEIER MD, PETERS K, KORDON A, SEIFERT J, WILDT BT, WIESE B ET AL. Nicotine and alcohol dependence in patients with comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol Alcohol* 2007, 42:539–543
 44. KESSLER RC, LANE M, STANG PE, VAN BRUNT DL, TROTT GE. The prevalence and workplace costs of adult attention deficit hyperactivity disorder in a large manufacturing firm. *Psychol Med* 2009, 39:137–147
 45. ANTSEL KM, FARAONE SV, MAGLIONE K, DOYLE A, FRIED R, SEIDMAN L ET AL. Is adult attention deficit hyperactivity disorder a valid diagnosis in the presence of high IQ? *Psychol Med* 2009, 39:1325–1335
 46. ADLER LA. Clinical presentations of adult patients with ADHD. *J Clin Psychiatry* 2004, 65(Suppl 3):8–11
 47. PLISZKA SR. Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with psychiatric disorder: An overview. *J Clin Psychiatry* 1998, 59(Suppl 7):50–58

48. KESSLER RC. Comorbidity patterns in a community sample of adults with ADHD: Results from the National Comorbidity Survey Replication. APA 160th Annual Meeting, San Diego, CA, 2007
49. KOOIJ JJ, AECKERLIN LP, BUITELAAR JK. Functioning, comorbidity and treatment of 141 adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) at a psychiatric outpatient department. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001, 145:1498–1501
50. BIEDERMAN J, FARAONE SV, SPENCER T, WILENS T, NORMAN D, LAPEYKA ET AL. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993, 150:1792–1798
51. MURPHY KR, BARKLEY RA, BUSH T. Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *J Nerv Ment Dis* 2002, 190:147–157
52. BREYER JL, BOTZET AM, WINTERS KC, STINCHFIELD RD, AUGUST G, REALMUTO G. Young adult gambling behaviors and their relationship with the persistence of ADHD. *J Gamb Stud* 2009, 25:227–238
53. PEHLIVANIDIS A, PAPANIKOLAOU K, SPYROPOULOU A, PAPADIMITRIOU GN. Clinical assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in adult psychiatric outpatients with depression and/or anxiety disorders (submitted)
54. 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
55. YOUNG S, GUDJONSSON GH, WELLS J, ASHERSON P, THEOBALD J, OLIVER B ET AL. Attention deficit hyperactivity disorder and critical incidents in a Scottish prison population. *Personality and Individual Differences* 2009, 46:265–269
56. FOLEY HA, CARLTON CO, HOWELL RJ. The relationship of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder to juvenile delinquency: Legal implications. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1996, 24:333–345
57. RONALD A, SIMONOFF E, KUNTSI J, ASHERSON P, PLOMIN R. Evidence for overlapping genetic influences on autistic and ADHD behaviours in a community twin sample. *J Child Psychol Psychiatry* 2008, 49:535–542
58. WILLCUTT EG, PENNINGTON BF, OLSON RK, DEFRIES JC. Understanding comorbidity: A twin study of reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2007, 144B:709–714
59. FRANCK S, FISHER SE, MARLOW AJ, McPHIE IL, TAYLOR KE, RICHARDSON AJ ET AL. Familial and genetic effects on motor coordination, laterality, and reading-related cognition. *Am J Psychiatry* 2003, 160:1970–1977
60. GILLBERG C. Deficits in attention, motor control, and perception: A brief review. *Arch Dis Child* 2003, 88:904–910
61. UPADHYAYA HP. Substance use disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: Implications for treatment and the role of the primary care physician. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2008, 10:211–221
62. SULLIVAN MA, RUDNIK-LEVIN F. Attention deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. Diagnostic and therapeutic considerations. *Ann NY Acad Sci* 2001, 931:251–270
63. MODESTIN J, MATUTAT B, WÜRMLER O. Antecedents of opioid dependence and personality disorder: Attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001, 251:42–47
64. OHLMEIER MD, PETERS K, TE WILDT BT, ZEDLER M, ZIEGENBEIN M, WIESE B ET AL. Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol Alcohol* 2008, 43:300–304
65. WILENSTE, UPADHYAYA HP. Impact of substance use disorder on ADHD and its treatment. *J Clin Psychiatry* 2007, 68:e20
66. 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
67. SKIRROW C, McLOUGHLIN G, KUNTSI J, ASHERSON P. Behavioral, neurocognitive and treatment overlap between attention-deficit/hyperactivity disorder and mood instability. *Expert Rev Neurother* 2009, 9:489–503
68. BARKLEY RA, FISCHER M. The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010, 49:503–513
69. PHILIPSEN AL. Differential diagnosis and comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) in adults. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006, 256(Suppl 1):i42–i46
70. GOLUBCHIK P, SEVER J, ZALSMAN G, WEIZMAN A. Methylphenidate in the treatment of female adolescents with cooccurrence of attention deficit/ hyperactivity disorder and borderline personality disorder: A preliminary open-label trial. *Int Clin Psychopharmacol* 2008, 23:228–231
71. BARKLEY RA, FISCHER M, SMALLISH L, FLETCHER K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *J Abnorm Psychol* 2002, 111:279–289
72. TODD RD, HUANG H, HENDERSON CA. Poor utility of the age of onset criterion for DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder: Recommendations for DSM-V and ICD-11. *J Child Psychol Psychiatry* 2008, 49:942–949
73. ANTSHEL KM. Attention-deficit hyperactivity disorder in the context of a high intellectual quotient/giftedness. *Dev Disabil Res Rev* 2008, 14:293–299
74. DUPAUL GJ, POWER TJ, ANASTOPOULOS AD, REID R. *ADHD rating scale-IV: Checklists, norms and clinical interpretation*. The Guilford Press, New York, 1998
75. EPSTEIN JN, JOHNSON DE, CONNERS CK, CAADID. *The Conner's adult ADHD diagnostic interview for DSM-IV*. MHS Inc, New York, 2001
76. KESSLER RC, ADLER L, AMES M, DEMLER O, FARAONE S, HIRIPI E ET AL. The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population. *Psychol Med* 2005, 35:245–256
77. BROWN TE. *Brown attention-deficit disorder scales manual*. Psychological Corporation, San Antonio, 1996
78. CONNERS CK, ERHARDT D, SPARROW E. *Conners' adult ADHD rating scales (CAARS). Technical manual*. Multi-Health Systems

- Inc, New York, 1999
79. WARD MF, WENDER PH, REIMHERR FW. The Wender Utah rating scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993, 150:885–890
 80. KRAUSE J, DRESEL SH, KRAUSE KH, LA FOUGÈRE C, ZILL P, ACKENHEIL M. Striatal dopamine transporter availability and DAT-1 gene in adults with ADHD: No higher DAT availability in patients with homozygosity for the 10-repeat allele. *World J Biol Psychiatry* 2006, 7:152–157
 81. McLEAN A, DOWSON J, TOONE B, YOUNG S, BAZANIS E, ROBBINS TW ET AL. Characteristic neurocognitive profile associated with adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychol Med* 2004, 34:681–692
 82. BROWN TE. Executive functions and attention deficit hyperactivity disorder: Implications of two conflicting views. *International Journal of Disability, Development and Education* 2006, 53:35–46
 83. BARKLEY RA, MURPHY KR, FISCHER M. *ADHD in adults: What the science says*. Guilford Press, New York, 2007
 84. MURPHY K. Psychosocial treatments for ADHD in teens and adults: A practice-friendly review. *J Clin Psychol* 2005, 61:607–619
 85. KOESTERS M, BECKER T, KILIAN R, FEGERT JM, WEINMANN S. Limits of meta-analysis: Methylphenidate in the treatment of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *J Psychopharmacol* 2009, 23:733–744
 86. BANASCHEWSKI T, COGHILL D, SANTOSH P, ZUDDAS A, ASHERSON P, BUITELAAR J ET AL. Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. A systematic review and European treatment guideline. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006, 15:476–495
 87. ADLER LA, SPENCER T, BROWN TE, HOLDNACK J, SAYLOR K, SCHUH K ET AL. Once-daily atomoxetine for adult attention-deficit/hyperactivity disorder: A 6-month, double-blind trial. *J Clin Psychopharmacol* 2009, 29:44–50
 88. TOSSELL JW, GREENSTEIN DK, DAVIDSON AL, JOB SB, GOCHMAN P, LENANE M ET AL. Stimulant drug treatment in childhood-onset schizophrenia with comorbid ADHD: an open-label case series. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2004, 14:448–454
 89. HABEL LA, COOPER WO, SOX CM, CHAN KA, FIREMAN BH, ARBOGAST PG ET AL. ADHD medications and risk of serious cardiovascular events in young and middle-aged adults. *JAMA* 2011, 306:2673–2683
 90. BLOCH MH, PANZA KE, LANDEROS-WEISENBERGER A, LECKMAN JF. Meta-analysis: Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children with comorbid tic disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009, 48:884–893
 91. KANNER AM. The use of psychotropic drugs in epilepsy: What every neurologist should know. *Semin Neurol* 2008, 28:379–388
 92. RESEARCH UNITS ON PEDIATRIC PSYCHOPHARMACOLOGY AUTISM NETWORK. Randomized, controlled, crossover trial of methylphenidate in pervasive developmental disorders with hyperactivity. *Arch Gen Psychiatry* 2005, 62:1266–1274
 93. WILENS TE, HAIGHT BR, HERRIGAN JP, HUDZIAK JJ, ROSENTHAL NE, CONNOR DF ET AL. Bupropion XL in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized, placebo-controlled study. *Biol Psychiatry* 2005, 57:793–801
 94. ADLER LA, REINGOLD LS, MORRILL MS, WILENS TE. Combination pharmacotherapy for adult ADHD. *Curr Psychiatry Rep* 2006, 8:409–415
 95. WILSON JJ, LEVIN FR. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and substance use disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2001, 3:497–506
 96. BIEDERMAN J, WILENS T, MICK E, SPENCER T, FARAONE SV. Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics* 1999, 104:e20
 97. SAFREN SA. Cognitive-behavioral approaches to ADHD treatment in adulthood. *J Clin Psychiatry* 2006, 67(Suppl 8):46–50
 98. RAMSAY JR. Current status of cognitive-behavioral therapy as a psychosocial treatment for adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2007, 9:427–433
 99. TORGENSEN T, GJERVAN B, RASMUSSEN K. ADHD in adults: A study of clinical characteristics, impairment and comorbidity. *Nord J Psychiatry* 2006, 60:38–43
- Corresponding author:*
- A. Pehlivanidis, First Department of Psychiatry, National and Kapodistrian University of Athens, “Eginition” Hospital, 72–74 Vassilisis Sophias Ave., GR-115 28 Athens, Greece
e-mail: apechlib@med.uoa

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Κλινικά παραδείγματα ενηλίκων ασθενών με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ)**Πρώτη περίπτωση (συννόσηση με ουσιοεξάρτηση και μείζονα συναισθηματική διαταραχή)**

Άνδρας 48 ετών, έμπειρος τεχνίτης, έγγαμος με δύο παιδιά, ο οποίος μόλις έλαβε εξιτήριο από ψυχιατρική κλινική μετά από ολιγοήμερη νοσηλεία. Μερικές εβδομάδες πριν από τη νοσηλεία του εμφάνισε σταδιακά επιδεινούμενη ευφορική διάθεση, φυγή ιδεών, λογόρροια, μειωμένη ανάγκη για ύπνο, παρορμητική συμπεριφορά, ενώ έκανε και πολλά έξοδα χρεώνοντας την πιστωτική του κάρτα για να αγοράσει πολλά ακριβά ρούχα και κοσμήματα. Αμέσως πριν από την έναρξη της συμπτωματολογίας έκανε μεγάλη κατανάλωση σιροπιού που περιείχε συνδυασμό συμπαθητικομιμητικού με κωδεΐνη για να αντιμετωπίσει κοινό κρυολόγημα. Από το ιστορικό του προέκυψε ότι μέχρι πριν από 10 έτη έκανε κατάχρηση κοκαΐνης και περιστασιακά ηρωίνης που είχε διακόψει, αφού είχε παρακολουθήσει με επιτυχία θεραπευτικό πρόγραμμα.

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του το μανιακό επεισόδιο αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με ολανζαπίνη και βαλπροϊκό νάτριο. Ο ύπνος επανήλθε, ενώ η ψυχοκινητική διέγερση και η λογόρροια υποχώρησαν. Ωστόσο, ο ασθενής συμπεριφερόταν αγενώς, ήταν εριστικός, διέκοπτε τις συγκεντρώσεις της κλινικής, δεν καθόταν με ησυχία στο δωμάτιό του και στις ομαδικές δραστηριότητες. Αρνιόταν τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και ζητούσε επίμονα εξιτήριο. Εξήλθε πρόωρα, με τη σύσταση συστηματικής εξωτερικής παρακολούθησης. Προσήλθε μερικές φορές στις προκαθορισμένες συναντήσεις με μεγάλη καθυστέρηση και κατόπιν, χωρίς προειδοποίηση, διέκοψε την παρακολούθηση.

Από το προσεκτικό κλινικό ιστορικό έγιναν γνωστά, μετά από πληροφορίες τόσο του ίδιου όσο και των συγγενών του, ότι ο ασθενής πράγματι απείχε τα τελευταία 10 χρόνια από κατάχρηση κοκαΐνης και ηρωίνης και ότι είχε παρουσιάσει δύο καταθλιπτικά επεισόδια πριν από 7 και 3 έτη, καθένα από τα οποία διήρκεσε περίπου 8 μήνες και απέδραμαν χωρίς τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής.

Η αναδρομική μελέτη των συμπτωμάτων ΔΕΠΥ από τον ασθενή και τους συγγενείς του, με τη βοήθεια της ειδικής για τη διάγνωση ημι-δομημένης συνέντευξης, έδειξε ότι κατά την πρώτη παιδική ηλικία, στο νηπιαγωγείο και στο δημοτικό ήταν ιδιαίτερα υπερκινητικός, σπάνια καθόταν ακίνητος, εύκολα αποσπώταν η προσοχή του και συνεχώς πεταγόταν στην τάξη να απαντήσει εκτός σειράς σε ερωτήσεις που απευθύνονταν σε άλλους. Δυσκολευόταν να ολοκληρώσει τις σχολικές εργασίες τόσο στο σχολείο όσο και στο σπίτι. Η μεγαλύτερη δυσκολία του ήταν στα μαθηματικά και την έκθεση. Οι ακαδημαϊκές του επιδόσεις, εξ αιτίας των δυσκολιών του, ήταν πτωχές, παρά το γεγονός ότι ορισμένοι δάσκαλοί του θεωρούσαν ότι είχε πολύ μεγαλύτερες δυνατότητες όπως αξιολογούσαν από τη γενικότερη συμπεριφορά του, κυρίως στην προφορική αξιολόγηση. Συχνά όμως δεχόταν επιπλήξεις τόσο στο σχολείο γιατί πεταγόταν στην τάξη όσο και

στο σπίτι γιατί οι γονείς του παρατηρούσαν ότι δεν άκουγε και δεν έκανε τα καθήκοντα που του ανέθεταν. Ως παιδί διακατεχόταν από μια αίσθηση μειονεξίας. Στην εφηβεία άρχισε να καπνίζει και να πίνει οινοπνευματώδη και στη συνέχεια έκανε περιστασιακή χρήση χασίς. Χειροδίκησε σε έναν καθηγητή του ο οποίος τον είχε επιπλήξει, πήρε αποβολή από το σχολείο και έκτοτε άρχισε να απουσιάζει συστηματικά. Τελικά, ο ασθενής δεν ολοκλήρωσε το λύκειο και κατατάχθηκε ως θελοντής στις ένοπλες δυνάμεις. Ανταποκρίθηκε πολύ καλά στις συγκεκριμένες συνθήκες του στρατού και μάλιστα απολύθηκε από τις ειδικές δυνάμεις με εύφημο μνεία διαγωγής. Κατόπιν, άρχισε να εργάζεται κοντά σε ένα θείο του εργολάβο οικοδομών, ο οποίος τον έπαιρνε μαζί του και τον τοποθετούσε δίπλα σε τεχνίτες για να εκπαιδευτεί. Ενώ άρχιζε με ενδιαφέρον μετά αδιαφορούσε, ήταν ασυνεπής στα ωράρια και μόνο μετά από επιμονή του θείου του συνέχιζε να εργάζεται παρά τη δυσκολία του να ολοκληρώνει πράγματα. Τα τελευταία χρόνια εργάζεται ως σοβατζής. Παντρεύτηκε σε μικρή σχετικά ηλικία την αδελφή ενός συναδέλφου του και απέκτησαν δύο παιδιά. Οι σχέσεις του ζευγαριού περιγράφονται κακές, εξ αιτίας της εκρηκτικής και βίαιης συμπεριφοράς του και της δυσκολίας του να ανταποκριθεί στις οικονομικές και στις κοινωνικές υποχρεώσεις της οικογένειας, τις οποίες έχει αναλάβει στο μεγαλύτερο μέρος η σύζυγός του.

Το ιστορικό αυτό είναι αντιπροσωπευτικό ασθενών με πολλαπλά προβλήματα από την παιδική ηλικία. Το αίσθημα της μειονεξίας στην παιδική ηλικία σχετιζόμενο με τα συμπτώματα ΔΕΠΥ, η συμπεριφορά στην εφηβεία που πήρε χαρακτηριστικά της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής, η συννοσηρότητα με κατάχρηση ουσιών, η μανιακή συμπτωματολογία πιθανά επαγόμενη από ουσιές ή στο πλαίσιο διπολικής διαταραχής και η δυσκολία προσαρμογής στη θεραπεία μετά την αποδρομή των μανιακών συμπτωμάτων είναι ενδεικτικά συνύπαρξης συμπτωματολογίας συναισθηματικής διαταραχής και ΔΕΠΥ.

Δεύτερη περίπτωση (συνύπαρξη με δυσθυμία)

Γυναίκα 25 ετών άγαμη, τραγουδίστρια, σερβιτόρα και φοιτήτρια ζήτησε αξιολόγηση των συνεχιζόμενων προβλημάτων της σχετικά με απροσεξία, υπερκινητικότητα, αποδιοργάνωση και δυσκολίες που αντιμετωπίζει να προγραμματίσει και να ολοκληρώνει καθήκοντα, τα οποία αναλαμβάνει. Πρόσφατα, ανιψιά της και αδελφή της διαγνώστηκαν ότι πάσχουν από ΔΕΠΥ και είχαν πολύ καλά αποτελέσματα στη φαρμακευτική αγωγή με διεγερτικά του ΚΝΣ. Η ασθενής σε ηλικία 7 ετών, όταν διέμενε στις ΗΠΑ, είχε διαγνωστεί ότι πάσχει από ΔΕΠΥ, αλλά κατόπιν επιθυμίας των γονέων της δεν πραγματοποιήθηκε οποιαδήποτε παρέμβαση.

Σε ηλικία 18 ετών ήλθε στην Ελλάδα για σπουδές. Από την πρώτη χρονιά επισκέφθηκε ψυχίατρο, ο οποίος διέγινωε δυσθυμία και της χορήγησε σε επαρκή δόση και για σχετικά μεγάλο χρονικό διάστημα δύο εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της

σεροτονίνης, σερτραλίνη και φλουοξετίνη. Η ασθενής με καμιά από τις δύο αγωγές δεν εμφάνισε βελτίωση.

Από την αναδρομική αξιολόγηση της συμπτωματολογίας ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία έγινε γνωστό ότι τα συμπτώματα επιβάρυναν σημαντικά τόσο τη λειτουργικότητά της στο σχολείο, στο σπίτι, στις δραστηριότητες, όσο και στην αυτοεκτίμησή της. Η έναρξή τους έγινε πριν από την ηλικία των 6 ετών. Η ασθενής ήταν απρόσεκτη, η μητέρα της και οι δασκάλες της συχνά ανέφεραν ότι δεν τους άκουγε όταν της μιλούσαν, ενώ συχνά συμπεριφερόταν ανυπόμονα και παρορμητικά. Έτρεχε και σκαρφάλωνε οπουδήποτε, με αποτέλεσμα να προκαλούνται ατυχήματα. Μια φορά έσπασε το πόδι της πηδώντας από κάτι έπιπλα. Έχανε συστηματικά πράγματα. Χρειαζόταν να πιάνουν με παραμάνια τα γάντια της στο μπουφάν της για να μην τα χάσει. Η υπερκινητικότητα της παιδικής ηλικίας εξελίχθηκε στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή σε μια ανάγκη να είναι συνεχώς σε κίνηση, να προγραμματίζει τις καθημερινές της δραστηριότητες με τέτοιο τρόπο ώστε να αποφεύγει καταστάσεις που απαιτούσαν αναμονή. Είχε κλήσεις της τροχαίας για οδήγηση με υπερβολική ταχύτητα.

Τη χρονική περίοδο της αξιολόγησής της βίωνε έντονη κοινωνικά και συναισθηματικά ζωή. Ουσιαστικά, είχε εγκαταλείψει τις σπουδές της και συμμετείχε επαγγελματικά σε μια καλλιτεχνική ομάδα, ενώ παράλληλα εργαζόταν ως σερβιτόρος. Η απόδοσή της δεν ήταν καλή επειδή ήταν ξεχασιάρα και καθυστερούσε να προσέλθει στην εργασία της. Διέκοπτε συνεχώς τους άλλους όταν μιλούσαν, ενώ σε συζητήσεις συχνά αποσπόταν η προσοχή της, με αποτέλεσμα να επηρεάζονται και οι προσωπικές της σχέσεις. Υπέφερε από ένα αίσθημα ανεπάρκειας, το οποίο σχετιζόταν άμεσα με τη διαταραχή της.

Η διάγνωση ΔΕΠΥ ενήλικα τέθηκε από τη συμπτωματολογία της και από το οικογενειακό ιστορικό παρουσίας ΔΕΠΥ. Έλαβε παρατεταμένης αποδέσμευσης μεθυλφαινιδάτη, με την οποία σημείωσε μέγιστη βελτίωση με 36 mg το πρωί και 18 mg τις μεσημεριανές ώρες.

Η δυσθυμία της ασθενούς υποχώρησε μετά από μικρό χρονικό διάστημα από την έναρξη θεραπείας με διεγερτικά του ΚΝΣ. Είναι πιθανόν η δυσθυμία να μην αποτελεί μια αληθή συννοσηρότητα, αλλά να είναι αποτέλεσμα των άνευ αγωγής συμπτωμάτων ΔΕΠΥ. Εναλλακτικά, η δυσθυμία θα μπορούσε πράγματι να αποτελεί συννοσηρή κατάσταση και να βελτιώθηκε από την άμεση αντικαταθλιπτική δράση των διεγερτικών του ΚΝΣ.

Τρίτη περίπτωση (συνύπαρξη με αγχώδη συμπτωματολογία)

Πρόκειται για άνδρα 45 ετών, έγγαμο με τρία παιδιά, πολιτικό μηχανικό, ο οποίος ζήτησε την αξιολόγησή του γιατί αντιμετώπιζε προβλήματα στο χώρο εργασίας και στο σπίτι. Παρέμενε για μεγάλα χρονικά διαστήματα στο γραφείο, αλλά παρ' όλα αυτά δυσκολευόταν να φέρει σε πέρας τις υποχρεώσεις του. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να διαθέτει λίγο χρόνο στη γυναίκα του και τα

παιδιά του. Επί πλέον, όταν όλη η οικογένεια ήταν μαζί εκείνος αισθανόταν αφηρημένος και δυσκολευόταν να τους παρακολουθεί. Το ατομικό του ψυχιατρικό ιστορικό ήταν ελεύθερο, πλην όμως δύο παιδιά του είχαν διαγνωστεί ότι πάσχουν από ΔΕΠΥ ενώ ο πατρικός παππούς και ο θείος του έπασχαν από διπολική διαταραχή. Η γενική φυσική του κατάσταση ήταν άριστη, με εξαίρεση τις υψηλές τιμές χοληστερόλης για τις οποίες ελάμβανε από διαιτίας αγωγή.

Ως παιδί στο νηπιαγωγείο και το δημοτικό, στην τάξη ήταν απρόσεκτος στα μαθήματα που δεν τον ενδιέφεραν και συχνά μιλούσε εκτός σειράς. Καθυστερούσε να αρχίσει να κάνει τα μαθήματά του για το σχολείο και αυτό γινόταν μόνο μετά από συστηματική παρότρυνση της εκπαιδευτικού μητέρας του. Έχανε πολύ χρόνο με το να ψάχνει βιβλία και εργασίες του, τα οποία συστηματικά έχανε μέσα στη μεγάλη ακαταστασία των πραγμάτων του. Παρά τις προσπάθειες του ίδιου και της μητέρας του, η απόδοσή του δεν ήταν ανάλογη των δυνατοτήτων που θεωρούσαν οι δάσκαλοί του ότι διαθέτει. Τα συμπτώματα αυτά βελτιώθηκαν κατά κάποιον τρόπο όταν στην τελευταία τάξη του δημοτικού μεταγράφηκε σε ιδιωτικό σχολείο, με μικρότερο αριθμό μαθητών στην τάξη και πολύ καλά συστηματοποιημένο πρόγραμμα σπουδών, το οποίο του διατηρούσε αμείωτο το ενδιαφέρον. Στο σπίτι όμως διέκοπτε τους γονείς του όταν συζητούσαν και συχνά τον επέπλητταν επειδή σκαρφάλωνε σε διάφορα μέρη, με αποτέλεσμα να κινδυνεύει και ορισμένες φορές να υποστεί ατυχήματα.

Η αναδρομική αξιολόγηση των συμπτωμάτων ΔΕΠΥ για την παιδική ηλικία έδειξε ότι πληρούσε τα κριτήρια για το συνδυασμένο υπότυπο της διαταραχής. Ως ενήλικας επίσης πληρούσε τα κριτήρια για τη διάγνωση ΔΕΠΥ. Στην εργασία είχε πρόβλημα να αρχίζει αλλά και να ολοκληρώνει θέματα μέσα στα απαιτούμενα χρονικά πλαίσια. Ανέβαλε ή καθυστερούσε μελέτες μέχρι να έλθει η προθεσμία, εργαζόταν με ρυθμούς χαμηλότερους του αναμενομένου και συχνά με παρορμητικό τρόπο άρχιζε κάποιο θέμα εργασίας ενώ θα έπρεπε να ετοιμάζεται να επιστρέψει στο σπίτι του. Διέκοπτε τους συναδέλφους του στο γραφείο, ενώ αυτοί ήταν απασχολημένοι. Προσπαθούσε να οργανωθεί, με μέτρια αποτελέσματα. Γέμιζε με σημειώσεις υπενθύμισης τις τσέπες του και το γραφείο ώστε να μη λησμονήσει τα ραντεβού και τις προθεσμίες. Όμως, οι μέθοδοι υποκατάστασης της ανεπάρκειας είχαν ακόμη λιγότερα αποτελέσματα στο σπίτι του, όπου επίσης βίωνε αδυναμία ουσιαστικής προσφοράς. Ήταν αφηρημένος στις συζητήσεις με τη σύζυγό του και αδυνατούσε να χαλαρώσει, ακόμη και στις διακοπές.

Από τα παραπάνω τέθηκε η διάγνωση της ΔΕΠΥ. Ο θεραπευτικός σχεδιασμός πραγματοποιήθηκε με σεβασμό στην επιθυμία του να μη λάβει διεγερτικά του ΚΝΣ. Χορηγήθηκε ατομοξετίνη και την περίοδο αυτή ο ασθενής είναι σταθεροποιημένος στη δόση των 72 mg εφάπαξ ημερησίως το πρωί, με σημαντική βελτίωση στη δυνατότητά του για οργάνωση. Ο ασθενής αναφέρει επαύξηση της αίσθησης ολοκλήρωσης και μεγαλύτερη διαθεσιμότητα προς την οικογένειά του.