



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΔΕΠΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Σκούρου Κλεοπάτρα

Επιβλέπων: Παυλίδου Ευτέρπη
Επίκουρος Καθηγήτρια, Παιδιατρική

Ιωάννινα, Αύγουστος, 2025



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΔΕΠΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ
Σκούρου Κλεοπάτρα

Επιβλέπων: Παυλίδου Ευτέρπη
Επίκουρος Καθηγήτρια, Παιδιατρική

Ιωάννινα, Αύγουστος, 2025

COMORBIDITY OF ADHD IN CHILDREN

Δήλωση μη λογοκλοπής

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι εξ ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μου ερευνητικής εργασίας, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους, μορφής και προέλευσης) για τη συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

Σκούρου Κλεοπάτρα,



Υπογραφή

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω την πιο βαθιά μου ευγνωμοσύνη στην κόρη μου, που αποτελεί τη μεγαλύτερη πηγή δύναμης, έμπνευσης και χαράς στη ζωή μου. Χάρη στην αγάπη της , κατάφερα να συνεχίσω και να ολοκληρώσω αυτό το ταξίδι που είχα αφήσει για αρκετά χρόνια, ακόμη και στις πιο απαιτητικές στιγμές. Ένα ξεχωριστό ευχαριστώ οφείλω στη μητέρα μου, που στάθηκε δίπλα μου με αμέριστη στήριξη, κατανόηση και ανιδιοτελή αγάπη. Η παρουσία και η βοήθειά της υπήρξαν καθοριστικές, ώστε να μπορέσω να αφιερωθώ με συνέπεια και αφοσίωση σε αυτή την προσπάθεια.

Ιδιαίτερη ευγνωμοσύνη εκφράζω επίσης στην καθηγήτρια και επιβλέπουσα της πτυχιακής μου, Παυλίδου Ευτέρπη, για την ανάθεση, την υπομονή και την πολύτιμη συμβολή της καθ' όλη την διάρκεια.

Περίληψη

Η ΔΕΠΥ είναι μια συχνή νευροαναπτυξιακή διαταραχή της παιδικής ηλικίας που χαρακτηρίζεται από επίμονα πρότυπα απροσεξίας, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας. Στα πέντε κεφάλαια αυτού του έργου, η ΔΕΠΥ εξετάστηκε από πολλαπλές οπτικές γωνίες, ξεκινώντας από τον κλινικό ορισμό, την επιδημιολογία και το διαγνωστικό πλαίσιο της, και προχωρώντας στη συνέχεια σε μια ολοκληρωμένη ανάλυση των προτύπων συννοσηρότητας της. Τα εισαγωγικά κεφάλαια θέτουν τα θεωρητικά θεμέλια της ΔΕΠΥ, τονίζοντας την επικράτησή της σε διάφορους πληθυσμούς, τις διαφορές μεταξύ των φύλων και τους γενετικούς, νευροβιολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου. Οι διαγνωστικές παράμετροι εξετάστηκαν με συγκεκριμένη αναφορά στα κριτήρια του DSM-5, τη διαφορική διάγνωση και τις πολυπλοκότητες που ενυπάρχουν στη διάκριση της ΔΕΠΥ από άλλες ψυχιατρικές και αναπτυξιακές διαταραχές. Η επακόλουθη εστίαση στη συννοσηρότητα υπογράμμισε την υψηλή συχνότητα με την οποία η ΔΕΠΥ συνυπάρχει με επιπλέον διαταραχές, ένα χαρακτηριστικό που διαμορφώνει βαθιά τα κλινικά αποτελέσματα. Το τέταρτο κεφάλαιο παρείχε ένα θεωρητικό πλαίσιο για την κατανόηση της συννοσηρότητας, παρουσιάζοντας το επιδημιολογικό βάρος της και περιγράφοντας τις αναπτυξιακές τροχιές που διαμορφώνονται από αλληλεπικαλυπτόμενα συμπτώματα και κοινές αιτιολογικές οδούς.

Το πέμπτο κεφάλαιο εξέτασε λεπτομερώς τις πιο συχνές συννοσηρές καταστάσεις, συμπεριλαμβανομένης της διαταραχής εναντιωματικής-επαναστατικής συμπεριφοράς και της διαταραχής συμπεριφοράς, των διαταραχών άγχους, των καταθλιπτικών και διαταραχών της διάθεσης, των μαθησιακών δυσκολιών, της διαταραχής του αυτιστικού φάσματος, των διαταραχών ύπνου και των διαταραχών χρήσης ουσιών. Κάθε κατάσταση αναλύθηκε από την άποψη της επικράτησης, της κλινικής σπουδαιότητας, των νευροβιολογικών βάσεων και των επιπτώσεων στη θεραπεία.

Η συσσωρευτική ανάλυση υπογραμμίζει ότι η ΔΕΠΥ στα παιδιά σπάνια αποτελεί μεμονωμένη διάγνωση, αλλά μάλλον ένα σύνθετο αναπτυξιακό σύνδρομο που συχνά συνδέεται με εξωτερίκευση, εσωτερίκευση και νευροαναπτυξιακές συννοσηρότητες. Αυτές οι συννοσηρότητες εντείνουν την αναπηρία σε ακαδημαϊκούς, κοινωνικούς και οικογενειακούς τομείς και απαιτούν πολυτροπικές, εξατομικευμένες προσεγγίσεις για την αξιολόγηση και τη θεραπεία. Η κατανόηση της ΔΕΠΥ στο πλαίσιο της

συννοσηρότητας είναι επομένως ζωτικής σημασίας για τη βελτιστοποίηση της έγκαιρης διάγνωσης, την προσαρμογή των παρεμβάσεων και τη βελτίωση των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων για τα παιδιά που πάσχουν και τις οικογένειές τους.

Abstract

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is a common neurodevelopmental disorder of childhood that is characterized by persistent patterns of inattention, hyperactivity, and impulsivity. Across the first five chapters of this work, ADHD has been examined through multiple lenses, beginning with its clinical definition, epidemiology, diagnostic framework, and then progressing toward a comprehensive analysis of its comorbidity patterns. The introductory chapters established the conceptual foundation of ADHD, emphasizing its prevalence across populations, sex differences, and genetic, neurobiological, and environmental risk factors. Diagnostic considerations were reviewed with specific reference to DSM-5 criteria, differential diagnosis, and the complexities inherent in distinguishing ADHD from other psychiatric and developmental conditions.

The subsequent focus on comorbidity highlighted the high frequency with which ADHD co-occurs with additional disorders, a feature that profoundly shapes clinical outcomes. Chapter Four provided a theoretical framework for understanding comorbidity, presenting its epidemiological burden and outlining developmental trajectories shaped by overlapping symptoms and shared etiological pathways. Chapter Five examined in detail the most common comorbid conditions, including oppositional defiant disorder and conduct disorder, anxiety disorders, depressive and mood disorders, learning disabilities, autism spectrum disorder, sleep disturbances, and substance use disorders. Each condition was analyzed in terms of prevalence, clinical significance, neurobiological underpinnings, and treatment implications.

The cumulative analysis underscores that ADHD in children is rarely a singular diagnosis but rather a complex developmental syndrome frequently intertwined with externalizing, internalizing, and neurodevelopmental comorbidities. These comorbidities intensify impairment across academic, social, and familial domains and demand multimodal, individualized approaches to assessment and treatment. Understanding ADHD in the context of comorbidity is therefore crucial for optimizing early identification, tailoring interventions, and improving long-term outcomes for affected children and their families.

Περιεχόμενα

Κεφάλαιο 1^ο : Εισαγωγή	11
Κεφάλαιο 2ο : Κατανόηση της ΔΕΠΥ	17
2.1. Ορισμός της ΔΕΠΥ.....	17
2.2. Βασικά συμπτώματα: Απροσεξία, υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα.....	18
2.3. Τύποι ΔΕΠΥ (έλλειψη προσοχής, υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα, συνδυασμός).....	20
2.4. Επικράτηση και δημογραφικές διαφορές.....	21
2.5. Αιτιολογία και παράγοντες κινδύνου (γενετικοί, νευροβιολογικοί, περιβαλλοντικοί).....	24
Κεφάλαιο 3ο : Διαγνωστικό πλαίσιο	27
3.1. Διαγνωστικά κριτήρια DSM-5 για τη ΔΕΠΥ	27
3.2. Διαφορική διάγνωση.....	29
3.3. Προκλήσεις στη διάγνωση	31
Κεφάλαιο 4^ο : Συννοσηρότητα στη ΔΕΠΥ	34
4.1 Ορισμός και σημασία της συννοσηρότητας	34
4.2 Επιδημιολογία των συννοσηρών διαταραχών στο ΔΕΠΥ	35
4.3 Αναπτυξιακές τροχιές και μοτίβα συννοσηρότητας	37
Κεφάλαιο 5^ο : Συχνές συννοσηρές διαταραχές	40
5.1 Διαταραχή εναντιωματικής προκλητικής συμπεριφοράς (ODD) και διαταραχή συμπεριφοράς (CD)	40
5.2 Διαταραχές άγχους.....	42
5.3 Κατάθλιψη και διαταραχές της διάθεσης	46
Συμπεράσματα	50

Βιβλιογραφία	52
---------------------------	-----------

Κεφάλαιο 1^ο : Εισαγωγή

Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) είναι μια ευρέως μελετημένη νευροαναπτυξιακή διαταραχή που επηρεάζει εκατομμύρια παιδιά παγκοσμίως. Χαρακτηρίζεται από ένα επίμονο μοτίβο απροσεξίας, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας που παρεμποδίζει τη λειτουργία ή την ανάπτυξη. Ιστορικά, η ΔΕΠΥ θεωρούνταν ένα μεμονωμένο πρόβλημα συμπεριφοράς, αλλά δεκαετίες έρευνας έχουν αποδείξει ότι η ΔΕΠΥ σπάνια αποτελεί μια αυτόνομη πάθηση.

Αντίθετα, συχνά εμφανίζεται παράλληλα με άλλες ψυχολογικές, συμπεριφορικές ή αναπτυξιακές διαταραχές. Αυτή η συνύπαρξη, γνωστή ως συννοσηρότητα, έχει βαθιές επιπτώσεις στη διάγνωση, τη θεραπεία και τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα για τα παιδιά με ΔΕΠΥ.

Η ΔΕΠΥ έχει αναγνωριστεί στην ιατρική βιβλιογραφία από τις αρχές του 20ού αιώνα, αλλά η σύγχρονη κατανόηση της διαταραχής διαμορφώθηκε σε μεγάλο βαθμό από τη δημοσίευση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM) από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία. Το DSM-5, που εκδόθηκε το 2013, περιγράφει τη ΔΕΠΥ ως μια χρόνια πάθηση που χαρακτηρίζεται από συμπτώματα απροσεξίας και/ή υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας που παρεμποδίζουν τη λειτουργία ή την ανάπτυξη και πρέπει να έχουν εμφανιστεί πριν από την ηλικία των 12 ετών (Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, 2013). Αν και τα διαγνωστικά κριτήρια είναι απαραίτητα για τον εντοπισμό και την ταξινόμηση της διαταραχής, αποκαλύπτουν επίσης μια εγγενή πολυπλοκότητα. Τα παιδιά που διαγιγνώσκονται με ΔΕΠΥ συχνά εμφανίζουν συμπτώματα που αλληλεπικαλύπτονται με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, γεγονός που περιπλέκει τόσο τη διάγνωση όσο και τη θεραπεία.

Η έννοια της συννοσηρότητας στην ψυχιατρική αναφέρεται στην παρουσία περισσότερων από μιας διαγνώσιμων διαταραχών σε ένα άτομο. Στο πλαίσιο της ΔΕΠΥ, η συννοσηρότητα δεν αποτελεί εξαίρεση, αλλά τον κανόνα. Μελέτες εκτιμούν ότι περίπου το 60% έως 80% των παιδιών με ΔΕΠΥ πληρούν τα κριτήρια για τουλάχιστον μία επιπλέον ψυχιατρική διαταραχή (Larson, Russ, Kahn, & Halfon, 2011; Jensen et al., 2001). Αυτές οι διαταραχές μπορεί να κυμαίνονται από εσωτερικευμένες

καταστάσεις, όπως άγχος και κατάθλιψη, έως εξωτερικευμένες διαταραχές, όπως η διαταραχή εναντιωματικής προκλητικής συμπεριφοράς (ODD) και η διαταραχή συμπεριφοράς (CD), καθώς και μαθησιακές δυσκολίες και διαταραχές του φάσματος του αυτισμού (ASD). Η παρουσία συννοσηροτήτων μπορεί να επιδεινώσει τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ και αντίστροφα, οδηγώντας σε πιο σύνθετες κλινικές εκδηλώσεις και χειρότερα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα.

Η συννοσηρότητα στην ΔΕΠΥ θέτει πολλά σημαντικά θεωρητικά, κλινικά και πρακτικά ερωτήματα. Από θεωρητική άποψη, αναγκάζει να επανεξεταστεί ο τρόπος ταξινόμησης και κατανόησης των ψυχιατρικών διαταραχών. Παραδοσιακά, οι διαταραχές της ψυχικής υγείας διαγιγνώσκονται με βάση καταλόγους συμπτωμάτων, όπως περιγράφεται σε εγχειρίδια όπως το DSM. Ωστόσο, τα υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας αμφισβητούν την έννοια των διακριτών διαγνωστικών κατηγοριών. Για παράδειγμα, η αλληλεπικάλυψη μεταξύ της ΔΕΠΥ και των διαταραχών άγχους υποδηλώνει πιθανές κοινές αιτιολογικές μηχανισμούς, όπως η δυσλειτουργία των ντοπαμινεργικών ή νοραδρενεργικών συστημάτων (Pliszka, 2000). Μελέτες νευροαπεικόνισης έχουν δείξει ότι τόσο η ΔΕΠΥ όσο και το άγχος σχετίζονται με ανωμαλίες στον προμετωπιαίο φλοιό και στις μεταιχμιακές περιοχές του εγκεφάλου (Bush, Valera, & Seidman, 2005). Τέτοια ευρήματα υποδεικνύουν ότι αυτές οι διαταραχές μπορεί να μην είναι εντελώς ξεχωριστές οντότητες, αλλά μάλλον διαφορετικές εκδηλώσεις υποκείμενων νευροαναπτυξιακών ευπαθειών.

Κλινικά, η παρουσία συννοσηρών διαταραχών επηρεάζει σημαντικά την πορεία και την πρόγνωση της ΔΕΠΥ. Τα παιδιά με συννοσηρή ΔΕΠΥ και διαταραχές άγχους, για παράδειγμα, μπορεί να εμφανίζουν λιγότερες διαταραχές συμπεριφοράς από ό,τι τα παιδιά με μόνο ΔΕΠΥ, αλλά βιώνουν περισσότερη εσωτερική δυσφορία και ακαδημαϊκές δυσκολίες (Jarrett & Ollendick, 2008). Αντίστροφα, τα παιδιά με ΔΕΠΥ και ODD ή CD είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν επιθετική συμπεριφορά, να έχουν δυσκολίες στις σχέσεις με τους συνομηλίκους τους και να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο κατάχρησης ουσιών και εγκληματικής συμπεριφοράς στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή (Biederman, Newcorn, & Sprich, 1991). Η φύση της συννοσηρότητας μπορεί επομένως να επηρεάσει όχι μόνο τον τύπο της παρέμβασης που απαιτείται, αλλά και τις μακροπρόθεσμες προοπτικές για το παιδί.

Επιπλέον, η συννοσηρότητα περιπλέκει τον σχεδιασμό και την εφαρμογή της θεραπείας. Η ΔΕΠΥ αντιμετωπίζεται συνήθως με διεγερτικά φάρμακα όπως η μεθυλφαινιδάτη ή οι αμφεταμίνες, τα οποία έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά στη μείωση των βασικών συμπτωμάτων (Faraone & Buitelaar, 2010). Ωστόσο, η παρουσία συννοσηρών διαταραχών άγχους ή διάθεσης μπορεί να απαιτεί πρόσθετες φαρμακολογικές ή ψυχολογικές παρεμβάσεις. Για παράδειγμα, οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) μπορεί να ενδείκνυνται για το άγχος ή την κατάθλιψη, ενώ η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT) μπορεί να είναι πιο κατάλληλη για την αντιμετώπιση συννοσηρών συναισθηματικών συμπτωμάτων. Αυτό απαιτεί μια πιο διαφοροποιημένη, εξατομικευμένη θεραπευτική προσέγγιση και συχνά περιλαμβάνει συντονισμό μεταξύ πολλαπλών παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων παιδίατρων, ψυχιάτρων, ψυχολόγων και εκπαιδευτικών.

Οι εκπαιδευτικές επιπτώσεις της συννοσηρότητας της ΔΕΠΥ είναι εξίσου σημαντικές. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ και μαθησιακές δυσκολίες συχνά παρουσιάζουν χαμηλή σχολική επίδοση, αυξημένη απουσία από το σχολείο και υψηλότερα ποσοστά εγκατάλειψης της εκπαίδευσης σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους (DuPaul & Stoner, 2014). Οι εκπαιδευτικοί μπορεί να δυσκολεύονται να διαχειριστούν αυτά τα παιδιά στην τάξη, ειδικά εάν τα προβλήματα συμπεριφοράς είναι εμφανή. Επιπλέον, η διπλή παρουσία ελλειμμάτων προσοχής και μαθησιακών προκλήσεων μπορεί να δυσχεράνει τη διάκριση μεταξύ των ακαδημαϊκών δυσκολιών που προκύπτουν από την απροσεξία και εκείνων που προέρχονται από συγκεκριμένες μαθησιακές διαταραχές, όπως η δυσλεξία ή η δυσκολία στην αριθμητική. Αυτό περιπλέκει περαιτέρω τη διαδικασία αξιολόγησης και υπογραμμίζει την ανάγκη για ολοκληρωμένες αξιολογήσεις που λαμβάνουν υπόψη ένα ευρύ φάσμα πιθανών παραγόντων.

Από τη σκοπιά της δημόσιας υγείας, η κατανόηση της συννοσηρότητας της ΔΕΠΥ είναι απαραίτητη για την κατανομή των πόρων και τον σχεδιασμό των υπηρεσιών. Τα παιδιά με πολλαπλές διαγνώσεις συνήθως απαιτούν πιο εντατικές και μακροχρόνιες παρεμβάσεις, γεγονός που θέτει μεγαλύτερες απαιτήσεις στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, εκπαίδευσης και κοινωνικών υπηρεσιών. Η έγκαιρη αναγνώριση και παρέμβαση είναι βασικές στρατηγικές για τον μετριασμό των αρνητικών επιπτώσεων της συννοσηρότητας. Προγράμματα που παρέχουν ολοκληρωμένη φροντίδα, συνδυάζοντας ιατρικές, ψυχολογικές και εκπαιδευτικές υπηρεσίες, έχουν δείξει υποσχέσεις στην αντιμετώπιση των σύνθετων αναγκών αυτών

των παιδιών (Murray, Rabiner, Schulte, & Newitt, 2008). Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής και οι επαγγελματίες πρέπει επομένως να ενημερώνονται από το αυξανόμενο σώμα αποδεικτικών στοιχείων που υπογραμμίζουν την επικράτηση και τον αντίκτυπο των συννοσηροτήτων της ΔΕΠΥ.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η συννοσηρότητα στη ΔΕΠΥ έχει επίσης επιπτώσεις στην αυτοεκτίμηση και την κοινωνική λειτουργία του παιδιού. Τα παιδιά που πάσχουν από πολλαπλές διαταραχές συχνά παρουσιάζουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση, μεγαλύτερη κοινωνική απόρριψη και αυξημένες οικογενειακές συγκρούσεις (Greene et al., 2002). Οι γονείς παιδιών με ΔΕΠΥ και συννοσηρότητες αναφέρουν συχνά υψηλότερα επίπεδα άγχους και επιβάρυνσης των φροντιστών, τα οποία μπορούν να επηρεάσουν τη συνολική δυναμική της οικογένειας. Αυτό δημιουργεί έναν κύκλο όπου η συμπεριφορά του παιδιού επηρεάζει την αντίδραση των γονέων, η οποία με τη σειρά της επηρεάζει την συναισθηματική ευημερία του παιδιού, επιδεινώνοντας περαιτέρω τα συμπτώματα. Οι παρεμβάσεις με βάση την οικογένεια και τα προγράμματα υποστήριξης των γονέων είναι επομένως κρίσιμα στοιχεία ενός ολοκληρωμένου σχεδίου θεραπείας.

Η έρευνα έχει επίσης αποκαλύψει ότι η εμφάνιση συννοσηρών διαταραχών μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με δημογραφικούς παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Τα αγόρια είναι πιο πιθανό να διαγνωστούν με διαταραχές εξωτερίκευσης όπως η ODD και η CD, ενώ τα κορίτσια με ΔΕΠΥ μπορεί να υποδιαγιγνώσκονται ή να είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν προβλήματα εσωτερικοποίησης όπως άγχος και κατάθλιψη (Gershon, 2002). Αυτή η μεροληψία λόγω φύλου μπορεί να οδηγήσει σε ανισότητες στη διάγνωση και τη θεραπεία, με τα κορίτσια να λαμβάνουν ενδεχομένως λιγότερο κατάλληλες ή καθυστερημένες παρεμβάσεις. Επιπλέον, τα παιδιά από οικογένειες με χαμηλό εισόδημα ή μειονοτικές ομάδες συχνά υποεκπροσωπούνται στην κλινική έρευνα και ενδέχεται να αντιμετωπίζουν εμπόδια στην πρόσβαση σε ποιοτική φροντίδα.

Ένας άλλος τομέας που παρουσιάζει αυξανόμενο ενδιαφέρον είναι ο ρόλος της γενετικής και των περιβαλλοντικών επιδράσεων στην ανάπτυξη της συννοσηρότητας της ΔΕΠΥ. Μελέτες σε δίδυμα και οικογένειες έχουν δείξει με συνέπεια ότι η ΔΕΠΥ έχει μια ισχυρή κληρονομική συνιστώσα, με εκτιμήσεις που κυμαίνονται από 70% έως 80% (Faraone et al., 2005). Ωστόσο, οι γενετικοί παράγοντες από μόνοι τους δεν

μπορούν να εξηγήσουν πλήρως τη μεταβλητότητα στην κλινική εικόνα. Η προγεννητική έκθεση σε τοξίνες, οι δυσμενείς συνθήκες στην πρώιμη παιδική ηλικία, οι πρακτικές ανατροφής και τα κοινωνικοοικονομικά μειονεκτήματα έχουν όλα συσχετιστεί με την ανάπτυξη της ΔΕΠΥ και των συννοσηροτήτων της (Nigg, 2006). Αυτό υποστηρίζει ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο στο οποίο οι βιολογικές προδιαθέσεις αλληλεπιδρούν με περιβαλλοντικούς παράγοντες στρες για να παράγουν τα παρατηρούμενα μοτίβα συννοσηρότητας.

Τα τελευταία χρόνια, έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον για διαγνωστικές προσεγγίσεις που ξεπερνούν τα παραδοσιακά διαγνωστικά όρια. Αυτές οι προσεγγίσεις επικεντρώνονται στον εντοπισμό κοινών υποκείμενων μηχανισμών που συμβάλλουν σε πολλαπλές διαταραχές, όπως ελλείμματα ρύθμισης των συναισθημάτων, διαταραχές της εκτελεστικής λειτουργίας ή άτυπη επεξεργασία των ανταμοιβών. Τέτοια πλαίσια προσφέρουν τη δυνατότητα για πιο στοχευμένες και αποτελεσματικές παρεμβάσεις, αντιμετωπίζοντας τις βαθιές αιτίες της δυσλειτουργίας αντί να θεραπεύουν κάθε διαταραχή ξεχωριστά. Για παράδειγμα, η εκπαίδευση σε δεξιότητες εκτελεστικής λειτουργίας ή στρατηγικές ρύθμισης των συναισθημάτων μπορεί να ωφελήσει τα παιδιά με ΔΕΠΥ και άγχος, ανεξάρτητα από τη συγκεκριμένη διάγνωσή τους.

Παρά τις σημαντικές προόδους στην κατανόηση της συννοσηρότητας της ΔΕΠΥ, εξακολουθούν να υπάρχουν πολλά κενά. Μεγάλο μέρος της υπάρχουσας έρευνας έχει επικεντρωθεί σε δυτικούς πληθυσμούς, με περιορισμένα δεδομένα από μη δυτικά ή χαμηλού εισοδήματος περιβάλλοντα. Οι πολιτισμικές αντιλήψεις για τη συμπεριφορά και τις ψυχικές ασθένειες μπορούν να επηρεάσουν την αναγνώριση, τη διάγνωση και τη θεραπεία της ΔΕΠΥ και των συννοσηρών διαταραχών. Μελλοντικές μελέτες πρέπει να υιοθετήσουν πιο περιεκτικές και ποικιλόμορφες μεθοδολογίες για να διασφαλιστεί ότι τα ευρήματα θα είναι γενικεύσιμα σε διαφορετικά περιβάλλοντα.

Επιπλέον, υπάρχει ανάγκη για διαχρονική έρευνα που να παρακολουθεί την ανάπτυξη και τα αποτελέσματα των παιδιών με συννοσηρότητα ΔΕΠΥ στο πέρασμα του χρόνου. Ενώ οι διατομεακές μελέτες παρέχουν πολύτιμες στιγμιαίες εικόνες, μόνο οι διαχρονικές μελέτες μπορούν να αποκαλύψουν πώς εξελίσσονται, αλληλεπιδρούν και επηρεάζουν τις διαδρομές της ζωής οι συννοσηρές καταστάσεις.

Συνοψίζοντας, η συννοσηρότητα της ΔΕΠΥ στα παιδιά αποτελεί ένα σύνθετο, πολυδιάστατο φαινόμενο με ευρείες επιπτώσεις. Η κατανόηση της αλληλεπίδρασης

μεταξύ της ΔΕΠΥ και άλλων ψυχολογικών διαταραχών απαιτεί την ενσωμάτωση κλινικών γνώσεων, θεωρητικών ιδεών και εμπειρικών στοιχείων. Απαιτεί τη μετάβαση από απλοϊκά μοντέλα διάγνωσης και θεραπείας σε πιο ολιστικές, εξατομικευμένες προσεγγίσεις που λαμβάνουν υπόψη το σύνολο του οικοσυστήματος του παιδιού. Καθώς η ευαισθητοποίηση σχετικά με τη συννοσηρότητα της ΔΕΠΥ συνεχίζει να αυξάνεται, είναι επιτακτική ανάγκη η έρευνα, η πολιτική και η πρακτική να εξελιχθούν αναλόγως, ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες αυτής της ευάλωτης πληθυσμιακής ομάδας.

Κεφάλαιο 2ο : Κατανόηση της ΔΕΠΥ

2.1. Ορισμός της ΔΕΠΥ

Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή που χαρακτηρίζεται από ένα επίμονο μοτίβο απροσεξίας και/ή υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας που παρεμποδίζει τη λειτουργία ή την ανάπτυξη.

Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία ορίζει τη ΔΕΠΥ στο DSM-5 ως μια κατάσταση που παρουσιάζει συμπτώματα αναπτυξιακά ακατάλληλα και εμφανή πριν από την ηλικία των 12 ετών, τα οποία επιμένουν για τουλάχιστον έξι μήνες και εμφανίζονται σε δύο ή περισσότερα περιβάλλοντα, όπως το σχολείο και το σπίτι (Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, 2013).

Η ΔΕΠΥ έχει αναγνωριστεί στην κλινική βιβλιογραφία για πάνω από έναν αιώνα, αν και η εννοιολόγησή της έχει εξελιχθεί σημαντικά. Παλαιότεροι όροι όπως «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία» και «υπερκινητική αντίδραση της παιδικής ηλικίας» αντικατοπτρίζουν ιστορικές προοπτικές για συμπεριφορές που τώρα κατηγοριοποιούνται ως ΔΕΠΥ (Barkley, 1997). Με την πρόοδο της νευροψυχολογικής έρευνας, η ΔΕΠΥ θεωρείται πλέον ως μια σύνθετη αλληλεπίδραση γνωστικών, συμπεριφορικών, συναισθηματικών και κοινωνικών δυσλειτουργιών. Δεν είναι απλώς μια διαταραχή της παιδικής ηλικίας, αλλά συχνά επιμένει στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή, επηρεάζοντας τις ακαδημαϊκές επιδόσεις, την επαγγελματική επιτυχία και τις διαπροσωπικές σχέσεις (Faraone et al., 2006).

Η ΔΕΠΥ θεωρείται μια ετερογενής πάθηση, που σημαίνει ότι η εκδήλωσή της ποικίλλει ευρέως μεταξύ των ατόμων. Μερικά παιδιά εμφανίζουν κυρίως συμπτώματα απροσεξίας, ενώ άλλα εμφανίζουν σημάδια υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας. Σε πολλές περιπτώσεις, και οι δύο διαστάσεις είναι παρούσες, συμβάλλοντας σε ένα πιο σοβαρό κλινικό προφίλ. Παρά τις διαφορές στην έκφραση των συμπτωμάτων, αυτά τα μοτίβα θεωρείται ότι αντανακλούν διαταραχές στις εκτελεστικές λειτουργίες,

ιδιαίτερα στον προμετωπιαίο φλοιό, ο οποίος ρυθμίζει την προσοχή, την αναστολή και τη λειτουργική μνήμη (Barkley, 1997; Castellanos & Tannock, 2002).

Η διάγνωση απαιτεί προσεκτική αξιολόγηση με τη χρήση τυποποιημένων λιστών ελέγχου συμπεριφοράς, κλινικών συνεντεύξεων και πληροφοριών από πολλαπλές πηγές, συμπεριλαμβανομένων των γονέων και των εκπαιδευτικών. Τα συμπτώματα πρέπει να είναι αναπτυξιακά ακατάλληλα και να μην εξηγούνται καλύτερα από άλλη ψυχική διαταραχή. Αν και η ΔΕΠΥ έχει διαγνωστεί ιστορικά συχνότερα στα αγόρια, πρόσφατες έρευνες υποδηλώνουν ότι τα κορίτσια μπορεί να υποδιαγιγνώσκονται, ιδιαίτερα εκείνα με τον υποτύπο της απροσεξίας που δεν εμφανίζουν εμφανή διαταραχτική συμπεριφορά (Gershon, 2002).

2.2. Βασικά συμπτώματα: Απροσεξία, υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα

Τα βασικά συμπτώματα της ΔΕΠΥ ομαδοποιούνται σε δύο τομείς: απροσεξία και υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα. Αυτοί οι τομείς αποτελούν τη βάση για τη διάγνωση και βοηθούν τους κλινικούς να προσδιορίσουν τον υποτύπο της ΔΕΠΥ που περιγράφει καλύτερα την εικόνα του παιδιού. Σύμφωνα με το DSM-5, τα άτομα πρέπει να εμφανίζουν τουλάχιστον έξι συμπτώματα από μία ή και τις δύο κατηγορίες για τουλάχιστον έξι μήνες, σε βαθμό που δεν συνάδει με το επίπεδο ανάπτυξης και επηρεάζει αρνητικά τις κοινωνικές και ακαδημαϊκές/επαγγελματικές δραστηριότητες (American Psychiatric Association, 2013).

Η απροσεξία χαρακτηρίζεται από δυσκολία στη διατήρηση της προσοχής σε εργασίες ή στο παιχνίδι, συχνά αβλεψίες, δυσκολία στην οργάνωση εργασιών, αποφυγή εργασιών που απαιτούν συνεχή πνευματική προσπάθεια, απώλεια αντικειμένων, ευσυνειδησία και ξεχασιάρικη συμπεριφορά στις καθημερινές δραστηριότητες. Αυτές οι συμπεριφορές συχνά εκλαμβάνονται ως τεμπελιά ή ανυπακοή, ειδικά σε παιδιά σχολικής ηλικίας. Τα παιδιά με συμπτώματα που κυριαρχούν η απροσεξία μπορεί να φαίνονται νωθρά, ονειροπόλα και ανοργάνωτα και συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο σχολείο (Willcutt et al., 2005).

Η υπερκινητικότητα αναφέρεται σε υπερβολική κινητική δραστηριότητα που δεν είναι κατάλληλη για το περιβάλλον. Μπορεί να περιλαμβάνει νευρική, ανακατωσούρα, τρέξιμο ή αναρρίχηση σε ακατάλληλες στιγμές, αδυναμία να παίζει ήσυχα και υπερβολική ομιλία. Η παρορμητικότητα, από την άλλη πλευρά, περιλαμβάνει βιαστικές ενέργειες χωρίς προμελέτη και υψηλό κίνδυνο πρόκλησης βλάβης. Εκδηλώνεται με διακοπή των άλλων, δυσκολία στην αναμονή της σειράς, βιαστικές απαντήσεις και ενέργειες χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι συνέπειες (Barkley, 1997).

Ενώ η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα είναι πιο εύκολα παρατηρήσιμες και επομένως πιο πιθανό να τραβήξουν την προσοχή των ενηλίκων, ειδικά σε περιβάλλοντα τάξεων, μπορούν να οδηγήσουν σε συχνές πειθαρχικές ενέργειες, κοινωνική απόρριψη και απογοήτευση. Αυτές οι συμπεριφορές συχνά αρχίζουν να εμφανίζονται νωρίς στην παιδική ηλικία και τείνουν να είναι πιο αισθητές από την απροσεξία, ειδικά στα αγόρια (Hinshaw, 2002). Η υπερκινητικότητα μπορεί να μειωθεί κάπως με την ηλικία, αλλά η παρορμητικότητα συχνά παραμένει και συμβάλλει σε δυσκολίες στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή, συμπεριλαμβανομένων συμπεριφορών που ενέχουν κίνδυνο και κακής λήψης αποφάσεων (Faraone et al., 2006).

Οι ακριβείς νευροβιολογικοί μηχανισμοί πίσω από αυτά τα συμπτώματα εξακολουθούν να διερευνώνται, αλλά μελέτες υποδηλώνουν διαταραχές στις ντοπαμινεργικές και νοραδρενεργικές οδούς του εγκεφάλου, ιδίως σε εκείνες που εμπλέκουν τον προμετωπιαίο φλοιό και τα βασικά γάγγλια (Arnsten, 2006). Μελέτες λειτουργικής απεικόνισης έχουν διαπιστώσει μειωμένη δραστηριότητα σε περιοχές που σχετίζονται με την εκτελεστική λειτουργία, την αυτορρύθμιση και την προσοχή, γεγονός που βοηθά να εξηγηθεί γιατί τα άτομα που πάσχουν από ADHD δυσκολεύονται να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους και να επικεντρωθούν σε εργασίες (Bush et al., 2005).

2.3. Τύποι ΔΕΠΥ (έλλειψη προσοχής, υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα, συνδυασμός)

Η ΔΕΠΥ χωρίζεται σήμερα σε τρεις κύριους υποτύπους με βάση το κυρίαρχο σύμπλεγμα συμπτωμάτων που παρατηρείται στο άτομο. Αυτοί οι υποτύποι, όπως ορίζονται από το DSM-5, είναι: Κυρίαρχη εμφάνιση έλλειψης προσοχής, Κυρίαρχη εμφάνιση υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας και Συνδυασμένη εμφάνιση (American Psychiatric Association, 2013).

Η **κυρίαρχα απροσεξίας** χαρακτηρίζεται από σημαντικές δυσκολίες στην προσοχή και τη συγκέντρωση, αλλά χωρίς εμφανή υπερκινητικότητα ή παρορμητικότητα. Τα παιδιά με αυτόν τον υποτύπο συχνά δεν δίνουν προσοχή στις λεπτομέρειες, έχουν δυσκολία να ακολουθήσουν οδηγίες και αποσπάται εύκολα η προσοχή τους. Μπορεί να φαίνονται αργά ή ανοργάνωτα, συχνά δυσκολεύονται με εργασίες που απαιτούν συνεχή πνευματική προσπάθεια. Επειδή αυτά τα παιδιά είναι λιγότερο διαταρακτικά, οι δυσκολίες τους μπορεί να περάσουν απαρατήρητες, ειδικά στο σχολικό περιβάλλον. Τα κορίτσια είναι πιο πιθανό από τα αγόρια να διαγνωσθούν με τον υποτύπο της απροσεξίας, γεγονός που μπορεί να εξηγεί εν μέρει γιατί η ΔΕΠΥ είναι υποδιαγνωσμένη στις γυναίκες (Rucklidge, 2010).

Η **κυρίαρχα υπερκινητικής-παρορμητικής μορφής** χαρακτηρίζεται από συμπτώματα όπως υπερβολική ανησυχία, τρέξιμο ή αναρρίχηση σε ακατάλληλα μέρη, δυσκολία να παραμείνουν καθισμένα, υπερβολική ομιλία και πράξεις χωρίς σκέψη. Αυτός ο υποτύπος είναι πιο συχνός σε μικρότερα παιδιά, ιδιαίτερα σε αγόρια προσχολικής ηλικίας. Αυτά τα παιδιά συχνά έρχονται νωρίς στην κλινική προσοχή λόγω της διαταραχικής φύσης της συμπεριφοράς τους, η οποία επηρεάζει τις σχέσεις με τους συνομηλίκους, τη δυναμική της οικογένειας και τη λειτουργία του σχολείου (DuPaul & Stoner, 2014).

Η **συνδυασμένη μορφή** περιλαμβάνει συμπτώματα τόσο της απροσεξίας όσο και της υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας. Είναι ο πιο συχνά διαγιγνωσκόμενος υποτύπος και τείνει να συνδέεται με μεγαλύτερη λειτουργική δυσλειτουργία. Τα παιδιά με τον συνδυασμένο υποτύπο διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο σχολικής αποτυχίας, κοινωνικών δυσκολιών, συννοσηρών ψυχιατρικών διαταραχών και δυσμενών

αποτελεσμάτων στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή (Biederman et al., 1996). Αυτή η ομάδα είναι συχνά πιο σοβαρά επηρεασμένη και συνήθως απαιτεί μια πολυτροπική θεραπευτική προσέγγιση, που περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, συμπεριφορική θεραπεία και εκπαιδευτική υποστήριξη.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι υποτύποι της ΔΕΠΥ δεν είναι στατικοί. Διαχρονικές μελέτες έχουν δείξει ότι τα παιδιά μπορεί να μεταβαίνουν από τον έναν υποτύπο στον άλλο με την πάροδο του χρόνου, ιδιαίτερα από τον συνδυασμένο στον υποτύπο της απροσεξίας, καθώς τα συμπτώματα υπερκινητικότητας μειώνονται με την ηλικία (Lahey et al., 2005). Αυτές οι αλλαγές περιπλέκουν τη διάγνωση και υπογραμμίζουν την ανάγκη για περιοδική επανεκτίμηση και εξατομικευμένο σχεδιασμό της θεραπείας.

Πρόσφατες έρευνες έχουν επίσης αμφισβητήσει κατά πόσον η κατηγοριοποίηση της ΔΕΠΥ σε υποκατηγορίες αποτυπώνει επαρκώς το φάσμα της έκφρασης και της σοβαρότητας των συμπτωμάτων. Ορισμένοι μελετητές υποστηρίζουν μια διαστατική προσέγγιση που εξετάζει τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ ως ένα συνεχές φάσμα και όχι ως διακριτούς τύπους (Sonuga-Barke, 2003). Αυτή η προοπτική ευθυγραμμίζεται με τα σύγχρονα μοντέλα των νευροαναπτυξιακών διαταραχών και τονίζει τη σημασία των εξατομικευμένων στρατηγικών παρέμβασης.

Συμπερασματικά, η κατανόηση της ΔΕΠΥ απαιτεί όχι μόνο την κατανόηση των βασικών συμπτωμάτων και των διαγνωστικών κατηγοριών της, αλλά και την εκτίμηση της πολυπλοκότητας και της μεταβλητότητάς της. Η ΔΕΠΥ δεν είναι μια ομοιόμορφη διαταραχή, αλλά ένα σύνολο συμπτωμάτων που διαφέρουν ως προς την ένταση, τον συνδυασμό και τον αντίκτυπο σε διαφορετικά άτομα και σταδιακά στάδια ανάπτυξης. Η αναγνώριση των λεπτών διαβαθμίσεων της ΔΕΠΥ είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική αναγνώριση, διαχείριση και υποστήριξη των παιδιών που πάσχουν από τη διαταραχή και των οικογενειών τους.

2.4. Επικράτηση και δημογραφικές διαφορές

Η επικράτηση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στα παιδιά έχει αποτελέσει αντικείμενο επιδημιολογικής έρευνας τις τελευταίες δεκαετίες. Οι εκτιμήσεις ποικίλλουν σημαντικά ανάλογα με τα διαγνωστικά

κριτήρια που χρησιμοποιούνται, τις μεθόδους συλλογής δεδομένων και τους πληθυσμούς που μελετώνται. Σε παγκόσμιο επίπεδο, η ΔΕΠΥ εκτιμάται ότι επηρεάζει περίπου το 5-7% των παιδιών σχολικής ηλικίας (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman, & Rohde, 2007). Στις Ηνωμένες Πολιτείες, τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) ανέφεραν ότι, το 2016, περίπου το 9,4% των παιδιών ηλικίας 2-17 ετών (περίπου 6,1 εκατομμύρια) είχαν διαγνωστεί με ΔΕΠΥ σε κάποιο στάδιο της ζωής τους (Danielson et al., 2018).

Ένα από τα πιο συνεπή δημογραφικά πρότυπα που παρατηρούνται στην έρευνα για τη ΔΕΠΥ είναι η υψηλότερη επικράτηση στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες. Οι μελέτες αναφέρουν γενικά αναλογία ανδρών προς γυναίκες περίπου 2:1 στα παιδιά, με ακόμη υψηλότερες αναλογίες σε κλινικά δείγματα, που μερικές φορές φτάνουν το 4:1 (Rucklidge, 2010). Ωστόσο, αυτή η διαφορά αποδίδεται εν μέρει στην τάση των αγοριών να εκδηλώνουν πιο εμφανή υπερκινητική και παρορμητική συμπεριφορά, η οποία είναι πιο πιθανό να τραβήξει την προσοχή των ενηλίκων και να οδηγήσει σε κλινική παραπομπή. Τα κορίτσια με ΔΕΠΥ, από την άλλη πλευρά, είναι πιο πιθανό να εμφανίζουν συμπτώματα απροσεξίας, όπως ονειροπόληση ή αποδιοργάνωση, τα οποία μπορεί να παραβλεφθούν ή να παρερμηνευθούν ως έλλειψη ακαδημαϊκής κινητοποίησης (Gershon, 2002). Κατά συνέπεια, η ΔΕΠΥ στα κορίτσια συχνά υποδιαγιγνώσκεται ή διαγιγνώσκεται αργότερα από ό,τι στα αγόρια.

Η ηλικία παίζει επίσης καθοριστικό ρόλο στην εκδήλωση και τη διάγνωση της ΔΕΠΥ. Τα συμπτώματα εμφανίζονται συχνά πριν από την ηλικία των επτά ετών, αν και το DSM-5 επιτρέπει τη διάγνωση εάν τα συμπτώματα είναι εμφανή πριν από την ηλικία των δώδεκα ετών (American Psychiatric Association, 2013). Στα παιδιά προσχολικής ηλικίας, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα τείνουν να κυριαρχούν, ενώ η απροσεξία γίνεται πιο εμφανής καθώς αυξάνονται οι ακαδημαϊκές απαιτήσεις στο δημοτικό σχολείο (Lahey et al., 1998). Οι έφηβοι και οι ενήλικες με ΔΕΠΥ μπορεί να συνεχίσουν να εμφανίζουν βασικά συμπτώματα, αλλά αυτά συχνά παρουσιάζονται με λιγότερο εμφανή τρόπο. Η υπερκινητικότητα μπορεί να εκδηλώνεται ως εσωτερική ανησυχία και όχι ως σωματική κίνηση, ενώ η παρορμητικότητα μπορεί να εμφανίζεται ως κακή λήψη αποφάσεων ή συμπεριφορές που ενέχουν κίνδυνο (Faraone et al., 2006). Παρά τις αναπτυξιακές αυτές αλλαγές, η ΔΕΠΥ παραμένει μια χρόνια πάθηση για ένα σημαντικό ποσοστό των ατόμων που διαγνώστηκαν στην παιδική ηλικία.

Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση (SES) και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες επηρεάζουν επίσης την επικράτηση και τη διάγνωση της ΔΕΠΥ. Τα παιδιά από οικογένειες με χαμηλό εισόδημα και εκείνα που ζουν σε κοινότητες με περιορισμένους πόρους είναι πιο πιθανό να διαγνωσθούν με ΔΕΠΥ, ένα εύρημα που έχει οδηγήσει σε συζητήσεις σχετικά με το αν αυτό αντανakλά πραγματικές διαφορές στην επικράτηση ή ανισότητες στη διάγνωση και την πρόσβαση σε υπηρεσίες (Russell, Ford, & Russell, 2015). Περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου, όπως η προγεννητική έκθεση στον καπνό ή το αλκοόλ, το χαμηλό βάρος γέννησης και οι δυσκολίες στην πρώιμη παιδική ηλικία, είναι πιο συνηθισμένοι σε κοινωνικοοικονομικά μειονεκτούντες πληθυσμούς και έχουν συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο για ΔΕΠΥ (Banerjee, Middleton, & Faraone, 2007).

Οι πολιτισμικές και γεωγραφικές διαφορές περιπλέκουν περαιτέρω τις εκτιμήσεις για την επικράτηση. Αν και η ΔΕΠΥ αναγνωρίζεται παγκοσμίως, οι πολιτισμικές νόρμες σχετικά με τη συμπεριφορά, την προσοχή και την πειθαρχία μπορούν να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται τα συμπτώματα και το αν θεωρούνται προβληματικά. Για παράδειγμα, συμπεριφορές που μπορεί να χαρακτηριστούν ως υπερκινητικές σε μια κουλτούρα μπορεί να θεωρηθούν ενεργητικές ή ζωντανές σε μια άλλη (Hinshaw & Scheffler, 2014). Η πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, η διαθεσιμότητα εκπαιδευμένων επαγγελματιών και η ευαισθητοποίηση του κοινού ποικίλλουν επίσης σε μεγάλο βαθμό μεταξύ των χωρών, επηρεάζοντας τα ποσοστά διάγνωσης και θεραπείας.

Παρά τις προκλήσεις αυτές, η υψηλή επικράτηση της ΔΕΠΥ και ο ευρύς αντίκτυπός της σε όλες τις δημογραφικές ομάδες υπογραμμίζουν τη σημασία της έγκαιρης αναγνώρισης και παρέμβασης. Οι ακριβείς εκτιμήσεις της επικράτησης είναι απαραίτητες όχι μόνο για την κατανόηση του βάρους της ΔΕΠΥ στη δημόσια υγεία, αλλά και για τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων πολιτικής σχετικά με την εκπαίδευση, την υγειονομική περίθαλψη και τις κοινωνικές υπηρεσίες. Καθώς η έρευνα συνεχίζει να εξελίσσεται, δίνεται όλο και μεγαλύτερη έμφαση στη βελτίωση της διαγνωστικής ακρίβειας και στη μείωση των ανισοτήτων στη φροντίδα

2.5. Αιτιολογία και παράγοντες κινδύνου (γενετικοί, νευροβιολογικοί, περιβαλλοντικοί)

Η αιτιολογία της ΔΕΠΥ είναι πολύπλοκη και πολυπαραγοντική, με αλληλεπίδραση γενετικών, νευροβιολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Τις τελευταίες δεκαετίες, σημαντική έρευνα έχει επικεντρωθεί στον προσδιορισμό των παραγόντων που συμβάλλουν στην ανάπτυξη και την επιμονή της ΔΕΠΥ, με στόχο τη βελτίωση των στρατηγικών πρόληψης και θεραπείας.

Οι γενετικοί παράγοντες συγκαταλέγονται μεταξύ των πιο σημαντικών παραγόντων που συμβάλλουν στη ΔΕΠΥ. Μελέτες σε οικογένειες, δίδυμα και υιοθετημένα παιδιά έχουν αποδείξει με συνέπεια ότι η ΔΕΠΥ είναι σε μεγάλο βαθμό κληρονομική, με εκτιμήσεις να υποδηλώνουν ότι οι γενετικές επιδράσεις ευθύνονται για περίπου το 70%–80% της διακύμανσης στα συμπτώματα της ΔΕΠΥ (Faraone et al., 2005). Οι συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με ΔΕΠΥ είναι σημαντικά πιο πιθανό να έχουν επίσης τη διαταραχή, και τα ποσοστά συμφωνίας είναι σημαντικά υψηλότερα σε μονοζυγωτικά δίδυμα σε σύγκριση με τα διζυγωτικά δίδυμα (Thapar, Cooper, Eyre, & Langley, 2013). Αν και δεν έχει βρεθεί κανένα γονίδιο που να προκαλεί τη ΔΕΠΥ, έχουν εμπλακεί διάφορα υποψήφια γονίδια που σχετίζονται με τα ντοπαμινεργικά και νοραδρενεργικά συστήματα. Αυτά περιλαμβάνουν γονίδια όπως το DRD4 (υποδοχέας ντοπαμίνης D4), το DAT1 (μεταφορέας ντοπαμίνης) και το SNAP-25, τα οποία εμπλέκονται στη ρύθμιση των νευροδιαβιβαστών και στις οδούς σηματοδότησης του εγκεφάλου που σχετίζονται με την προσοχή και τον έλεγχο των παρορμήσεων (Li, Sham, Owen, & He, 2006).

Η νευροβιολογική έρευνα παρέχει περαιτέρω υποστήριξη για το ρόλο της δομής και της λειτουργίας του εγκεφάλου στη ΔΕΠΥ. Μελέτες νευροαπεικόνισης έχουν εντοπίσει δομικές ανωμαλίες σε διάφορες περιοχές του εγκεφάλου που εμπλέκονται στην εκτελεστική λειτουργία, συμπεριλαμβανομένου του προμετωπιαίου φλοιού, των βασικών γαγγλίων, του παρεγκεφαλικού φλοιού και του πρόσθιου μετωπιαίου φλοιού (Castellanos et al., 2002). Μελέτες λειτουργικής απεικόνισης έχουν δείξει μειωμένη δραστηριότητα σε αυτές τις περιοχές κατά τη διάρκεια εργασιών που απαιτούν παρατεταμένη προσοχή, αναστολή της αντίδρασης και λειτουργική μνήμη (Bush,

Valera, & Seidman, 2005). Αυτές οι ανωμαλίες θεωρείται ότι αντανακλούν καθυστερήσεις στην ωρίμανση του φλοιού και άτυπη συνδεσιμότητα μεταξύ των νευρικών δικτύων που είναι υπεύθυνα για τη ρύθμιση της συμπεριφοράς και τον γνωστικό έλεγχο.

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου, αν και γενικά λιγότερο σημαντικοί από τους γενετικούς και νευροβιολογικούς, εξακολουθούν να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της ΔΕΠΥ. Προγεννητικοί και περιγεννητικοί παράγοντες, όπως το κάπνισμα της μητέρας, η κατανάλωση αλκοόλ, η έκθεση σε περιβαλλοντικές τοξίνες (π.χ. μόλυβδος) και οι επιπλοκές κατά τη γέννηση, έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο ΔΕΠΥ (Langley, Rice, van den Bree, & Thapar, 2005). Μεταγεννητικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως οι δυσμενείς συνθήκες στην πρώιμη παιδική ηλικία, οι ασυνεπείς πρακτικές ανατροφής, η έκθεση σε οικογενειακές συγκρούσεις και το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, μπορεί να επιδεινώσουν τα συμπτώματα ή να συμβάλουν στην εμφάνιση της ΔΕΠΥ σε άτομα με γενετική προδιάθεση (Nigg, 2006).

Η διατροφή και ο ύπνος έχουν επίσης μελετηθεί ως τροποποιήσιμες περιβαλλοντικές επιδράσεις στην ΔΕΠΥ. Σε ορισμένα παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν παρατηρηθεί ανεπάρκειες σε απαραίτητα λιπαρά οξέα, σίδηρο, ψευδάργυρο και μαγνήσιο, αν και τα ευρήματα παραμένουν αμφιλεγόμενα όσον αφορά την αποτελεσματικότητα των διατροφικών παρεμβάσεων (Arnold et al., 2012). Οι διαταραχές του ύπνου είναι συχνές στα παιδιά με ΔΕΠΥ και μπορεί όχι μόνο να επιδεινώσουν τα συμπτώματα προσοχής και συμπεριφοράς, αλλά και να λειτουργήσουν ως πρώιμοι δείκτες της διαταραχής (Cortese, Faraone, Konofal, & Lecendreux, 2009).

Ένας αναδυόμενος τομέας ενδιαφέροντος είναι η αλληλεπίδραση μεταξύ γενετικής προδιάθεσης και περιβαλλοντικών εκθέσεων, που συχνά αναφέρεται ως αλληλεπιδράσεις γονιδίων-περιβάλλοντος. Για παράδειγμα, τα παιδιά με γενετική προδιάθεση για ΔΕΠΥ μπορεί να είναι πιο ευαίσθητα σε περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου, όπως το οικογενειακό άγχος ή η έκθεση σε τοξίνες πριν από τη γέννηση. Αυτές οι αλληλεπιδράσεις πιστεύεται ότι συμβάλλουν στη μεταβλητότητα της έκφρασης των συμπτωμάτων και της πορείας της νόσου στα παιδιά με ΔΕΠΥ (Thapar et al., 2013).

Εκτός από αυτούς τους παράγοντες, η ιδιοσυγκρασία και τα πρώιμα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά μπορεί να προδιαθέτουν τα παιδιά στην ΔΕΠΥ. Τα παιδιά που εμφανίζουν υψηλά επίπεδα δραστηριότητας, παρορμητικότητας και συναισθηματικής αντιδραστικότητας κατά τη βρεφική και την πρώιμη παιδική ηλικία διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν ΔΕΠΥ αργότερα στη ζωή τους (Rothbart & Bates, 2006). Αυτά τα χαρακτηριστικά μπορεί να αντανακλούν υποκείμενες βιολογικές ευπάθειες που, όταν συνδυάζονται με δυσμενείς περιβαλλοντικές επιδράσεις, αυξάνουν την πιθανότητα διάγνωσης ΔΕΠΥ.

Παρόλο που έχει σημειωθεί μεγάλη πρόοδος στον προσδιορισμό των αιτίων και των παραγόντων κινδύνου για τη ΔΕΠΥ, δεν υπάρχει μία μόνο αιτία που να εξηγεί πλήρως όλες τις περιπτώσεις. Αντίθετα, η ΔΕΠΥ κατανοείται καλύτερα μέσω ενός βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου που ενσωματώνει γενετικές προδιαθέσεις, ανωμαλίες της νευροαναπτυξιακής λειτουργίας και περιβαλλοντικές εμπειρίες. Αυτή η πολυπαραγοντική προοπτική όχι μόνο ενισχύει την κατανόησή μας για τη διαταραχή, αλλά και υπογραμμίζει τη σημασία της εξατομικευμένης αξιολόγησης και των στρατηγικών παρέμβασης που αντιμετωπίζουν το μοναδικό σύνολο παραγόντων κινδύνου που υπάρχουν σε κάθε παιδί.

Κεφάλαιο 3ο : Διαγνωστικό πλαίσιο

3.1. Διαγνωστικά κριτήρια DSM-5 για τη ΔΕΠΥ

Η διάγνωση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) βασίζεται σε κριτήρια που έχουν καθοριστεί από το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, Πέμπτη Έκδοση (DSM-5), το οποίο εκδίδεται από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία. Το DSM-5 χαρακτηρίζει τη ΔΕΠΥ ως ένα επίμονο μοτίβο απροσεξίας και/ή υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας που παρεμποδίζει τη λειτουργία ή την ανάπτυξη. Για να πληρούν τα κριτήρια, τα συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα για τουλάχιστον έξι μήνες, να είναι ακατάλληλα για το επίπεδο ανάπτυξης του ατόμου και να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην κοινωνική, ακαδημαϊκή ή επαγγελματική λειτουργία (Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, 2013).

Το DSM-5 ορίζει ότι για παιδιά έως 16 ετών, πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον έξι συμπτώματα είτε στον τομέα της απροσεξίας είτε στον τομέα της υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας. Για άτομα 17 ετών και άνω, απαιτούνται τουλάχιστον πέντε συμπτώματα σε έναν από τους δύο τομείς. Είναι σημαντικό ότι αυτά τα συμπτώματα πρέπει να εμφανίζονται σε δύο ή περισσότερες καταστάσεις, όπως στο σπίτι, στο σχολείο ή στην εργασία, και πρέπει να ήταν εμφανή πριν από την ηλικία των 12 ετών. Αυτό το κριτήριο ηλικίας αναθεωρήθηκε από το DSM-IV, το οποίο απαιτούσε την εμφάνιση των συμπτωμάτων πριν από την ηλικία των 7 ετών, αναγνωρίζοντας τη μεταβλητή φύση της εμφάνισης και της εξέλιξης των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ (Wilens, Biederman, & Spencer, 2002).

Στον τομέα της απροσεξίας περιλαμβάνονται τα εξής 9 συμπτώματα:

- 1) Συχνά αποτυγχάνει να συγκεντρώσει την προσοχή του σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες, στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες
- 2) Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή σε εργασίες ή κατά την διάρκεια του παιχνιδιού

- 3) Συχνά φαίνεται ότι δεν ακούει όταν του απευθύνονται
- 4) Συχνά δεν ακολουθεί οδηγίες μέχρι τέλους και πολλές φορές δεν καταφέρνει να ολοκληρώσει εργασίες ή δουλειές που του ανατίθενται
- 5) Συχνά δυσκολεύεται να οργανώσει δραστηριότητες και δουλειές
- 6) Συχνά αποφεύγει ή φαίνεται απρόθυμος να εμπλακεί σε εργασίες που απαιτούν διαρκή πνευματική προσπάθεια
- 7) Συχνά χάνει πράγματα χρήσιμα για εργασίες ή δραστηριότητες
- 8) Η προσοχή του διασπάται από εξωτερικά ερεθίσματα εύκολα
- 9) Φαίνεται να ξεχνά συχνά καθημερινές δραστηριότητες

Στον τομέα της υπερκινητικότητας/ παρορμητικότητας περιλαμβάνονται τα εξής 9 συμπτώματα:

- 1) Συχνά κινεί πόδια και χέρια νευρικά ή ακόμα και περιστρέφεται στην θέση του
- 2) Συχνά δεν παραμένει στην θέση του στην τάξη ή σε άλλες περιστάσεις όπου απαιτείται αλλά αντιθέτως σηκώνεται όρθιο
- 3) Συχνά τρέχει ή σκαρφαλώνει σε καταστάσεις που δεν αρμόζει
- 4) Συχνά δυσκολεύεται να παίζει ή να συμμετέχει ήσυχα σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες
- 5) Συχνά μιλάει πάρα πολύ
- 6) Συχνά βρίσκεται σε διαρκή κίνηση σαν να είναι κουρδισμένος
- 7) Συχνά απαντά πριν καν ακούσει ολοκληρωμένη την ερώτηση
- 8) Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει την σειρά του
- 9) Συχνά διακόπτει τους άλλους

Το DSM-5 αναγνωρίζει επίσης τρεις εκδηλώσεις της ΔΕΠΥ: κυρίως απροσεξία, κυρίως υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα και συνδυασμένη εκδήλωση. Αυτοί οι υποτύποι δεν είναι σταθεροί και μπορεί να αλλάξουν με την πάροδο του χρόνου ανάλογα με τη συμπτωματολογία του ατόμου. Το πλαίσιο του DSM-5 επιτρέπει μια διαστατική κατανόηση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ, προσφέροντας στους κλινικούς ιατρούς τη δυνατότητα να αξιολογήσουν τη σοβαρότητα και τη λειτουργική δυσλειτουργία χρησιμοποιώντας κλίμακες αξιολόγησης όπως η Κλίμακα Αξιολόγησης ΔΕΠΥ-IV και οι Κλίμακες Αξιολόγησης Συμπεριφοράς Conners (Conners, 2008; DuPaul et al., 1998).

Οι κλινικοί πρέπει επίσης να προσδιορίσουν το επίπεδο της λειτουργικής δυσλειτουργίας που σχετίζεται με τα συμπτώματα. Ένα παιδί που εμφανίζει κάποια συμπεριφορά απροσεξίας αλλά διατηρεί επαρκή ακαδημαϊκή και κοινωνική απόδοση μπορεί να μην πληροί τα κριτήρια για διάγνωση. Η λειτουργική δυσλειτουργία είναι ένα βασικό διαγνωστικό κριτήριο και διαφοροποιεί την κλινικά σημαντική ΔΕΠΥ από τις αναπτυξιακά φυσιολογικές συμπεριφορές. Επομένως, για την ακριβή διάγνωση είναι απαραίτητη μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση που περιλαμβάνει κλινικές συνεντεύξεις, κλίμακες αξιολόγησης και πληροφορίες από πολλαπλές πηγές (Pelham, Fabiano, & Massetti, 2005).

3.2. Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση είναι ένα ουσιαστικό στοιχείο της αξιολόγησης της ΔΕΠΥ, καθώς πολλές άλλες ψυχολογικές και αναπτυξιακές διαταραχές έχουν κοινά συμπτώματα. Η απροσεξία, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα μπορούν να εκδηλωθούν σε μια σειρά διαταραχών, και η αδυναμία διάκρισης της ΔΕΠΥ από αυτές τις διαταραχές μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη διάγνωση και αναποτελεσματική θεραπεία.

Μία από τις πιο συχνές διαγνωστικές προκλήσεις είναι η διάκριση της ΔΕΠΥ από τις διαταραχές άγχους. Τα παιδιά με γενικευμένη διαταραχή άγχους, για παράδειγμα, μπορεί να φαίνονται απρόσεκτα λόγω εσωτερικής ενασχόλησης με ανησυχίες και όχι λόγω πραγματικής έλλειψης προσοχής. Ωστόσο, η απροσεξία που προκαλείται από το άγχος συνήθως κυμαίνεται ανάλογα με τα επίπεδα άγχους του παιδιού και το περιβάλλον, ενώ η απροσεξία που σχετίζεται με τη ΔΕΠΥ είναι πιο σταθερή στο χρόνο και τα περιβάλλοντα (Pliszka, 2000). Ομοίως, τα παιδιά με κατάθλιψη μπορεί να εμφανίζουν χαμηλή κινητοποίηση, ψυχοκινητική διέγερση ή κόπωση, τα οποία μπορούν να εκληφθούν ως συμπτώματα ΔΕΠΥ. Οι διαταραχές της διάθεσης διαφέρουν επίσης από τη ΔΕΠΥ στο ότι συχνά εμφανίζονται αργότερα και χαρακτηρίζονται από επεισοδιακές αλλαγές στη διάθεση, ενώ τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ είναι πιο χρόνια και διάχυτα.

Οι μαθησιακές δυσκολίες είναι ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που πρέπει να ληφθεί υπόψη. Τα παιδιά με συγκεκριμένες μαθησιακές διαταραχές μπορεί να δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν, να ακολουθήσουν οδηγίες ή να ολοκληρώσουν ακαδημαϊκές εργασίες, όχι λόγω ελλείψεων προσοχής, αλλά επειδή το υλικό υπερβαίνει τις γνωστικές τους ικανότητες. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η απροσεξία είναι συχνά συγκεκριμένη και περιορίζεται στο ακαδημαϊκό περιβάλλον. Απαιτείται μια ολοκληρωμένη ψυχοεκπαιδευτική αξιολόγηση για να εκτιμηθεί η γνωστική και ακαδημαϊκή λειτουργία και να προσδιοριστεί εάν υπάρχει μαθησιακή διαταραχή παράλληλα με ή αντί της ΔΕΠΥ (Semrud-Clikeman, 2012)..

Η διαταραχή του αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ) έχει επίσης κοινά χαρακτηριστικά με τη ΔΕΠΥ, ιδίως στους τομείς της κοινωνικής απροσεξίας, της παρορμητικότητας και των περιορισμένων ενδιαφερόντων. Αν και η συννοσηρότητα μεταξύ ΔΑΦ και ΔΕΠΥ είναι συχνή, η διαφοροποίηση των δύο καταστάσεων είναι κρίσιμη. Τα παιδιά με ASD έχουν συνήθως δυσκολίες στην αμοιβαία κοινωνική αλληλεπίδραση, στη θεωρία του νου και στην επικοινωνία, οι οποίες δεν είναι κεντρικές στην ADHD. Επιπλέον, οι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και η επιμονή στην ομοιομορφία είναι χαρακτηριστικά γνωρίσματα της ASD που γενικά δεν υπάρχουν στην ADHD (Leitner, 2014).

Η διπολική διαταραχή αποτελεί μια άλλη διαγνωστική πρόκληση, ιδιαίτερα στους εφήβους. Τα μανιακά επεισόδια μπορεί να περιλαμβάνουν υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα και ευερεθιστότητα, που μοιάζουν με την ΔΕΠΥ. Ωστόσο, η διπολική διαταραχή χαρακτηρίζεται από επεισοδιακές διαταραχές της διάθεσης, συμπεριλαμβανομένων περιόδων αυξημένης ή ευερέθιστης διάθεσης και μειωμένης ανάγκης για ύπνο, οι οποίες δεν είναι τυπικές της ΔΕΠΥ. Αντίθετα, τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ είναι επίμονα και δεν περιορίζονται σε διακριτά επεισόδια διάθεσης (Biederman et al., 1996).

Άλλες ιατρικές και νευρολογικές παθήσεις πρέπει επίσης να ληφθούν υπόψη στη διαφορική διάγνωση. Για παράδειγμα, η δυσλειτουργία του θυρεοειδούς, οι διαταραχές του ύπνου (όπως η αποφρακτική άπνοια ύπνου), η επιληψία και οι τραυματικές εγκεφαλικές βλάβες μπορούν να οδηγήσουν σε δυσκολίες προσοχής και δυσλειτουργία της συμπεριφοράς (Owens, Maxim, Nobile, McGuinn, & Msall, 2000). Για να αποκλειστούν αυτές οι παθήσεις, μπορεί να είναι απαραίτητο ένα λεπτομερές

ιατρικό ιστορικό, φυσική εξέταση και, όταν ενδείκνυται, εργαστηριακές ή νευρολογικές εξετάσεις.

Επειδή πολλές ψυχιατρικές και νευροαναπτυξιακές διαταραχές συνυπάρχουν με τη ΔΕΠΥ, η διαφορική διάγνωση συχνά περιλαμβάνει τον διαχωρισμό των πρωτογενών από τα δευτερογενή συμπτώματα και τον προσδιορισμό της συννοσηρότητας. Οι βέλτιστες κλινικές πρακτικές απαιτούν μια ολοκληρωμένη και διεπιστημονική προσέγγιση της αξιολόγησης, που να ενσωματώνει δεδομένα από δομημένες συνεντεύξεις, τυποποιημένες κλίμακες αξιολόγησης της συμπεριφοράς, άμεση παρατήρηση, ακαδημαϊκά αρχεία και οικογενειακό ιστορικό (Pelham et al., 2005). Η λανθασμένη διάγνωση μπορεί να οδηγήσει σε ακατάλληλη θεραπεία, όπως η συνταγογράφηση διεγερτικών φαρμάκων σε παιδιά των οποίων το κύριο πρόβλημα είναι το άγχος ή μια μαθησιακή διαταραχή, γεγονός που υπογραμμίζει τη κρίσιμη σημασία της ακριβούς διαφορικής διάγνωσης.

3.3. Προκλήσεις στη διάγνωση

Η διάγνωση της ΔΕΠΥ, αν και βασίζεται σε καθιερωμένα κριτήρια, είναι γεμάτη πολυπλοκότητες που μπορούν να επηρεάσουν την ακρίβεια και την αξιοπιστία της. Μια σημαντική πρόκληση είναι η υποκειμενική φύση της αναφοράς και της αξιολόγησης των συμπτωμάτων. Οι κλινικοί γιατροί πρέπει να βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στις αναφορές των γονέων, των εκπαιδευτικών και, μερικές φορές, των ίδιων των ατόμων για να αξιολογήσουν την παρουσία και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Αυτοί οι πληροφοριοδότες μπορεί να έχουν διαφορετικές αντιλήψεις για τη συμπεριφορά του παιδιού με βάση το περιβάλλον, τις προσδοκίες και τις δικές τους προκαταλήψεις, γεγονός που οδηγεί σε ασυνέπειες στη διαδικασία αξιολόγησης (De Los Reyes & Kazdin, 2005).

Ένας άλλος παράγοντας που περιπλέκει την κατάσταση είναι η μεταβλητότητα στην εμφάνιση των συμπτωμάτων στα διάφορα στάδια της ανάπτυξης και στα ατομικά προφίλ. Για παράδειγμα, τα μικρά παιδιά μπορεί να εμφανίζουν υψηλά επίπεδα δραστηριότητας και παρορμητικότητας ως μέρος της φυσιολογικής ανάπτυξης, καθιστώντας δύσκολη τη διάκριση μεταξύ της συμπεριφοράς που είναι κατάλληλη για

την ηλικία τους και των παθολογικών συμπτωμάτων. Αντίθετα, τα μεγαλύτερα παιδιά ή οι έφηβοι μπορεί να εσωτερικεύουν τα συμπτώματά τους, με αποτέλεσμα την υποαναφορά και την υποεκτίμηση των χαρακτηριστικών της απροσεξίας (Willcutt et al., 2012). Επιπλέον, οι διαφορές μεταξύ των φύλων στην έκφραση των συμπτωμάτων συμβάλλουν στις διαγνωστικές ανισότητες, με τα κορίτσια να εμφανίζουν συχνά λιγότερο εμφανή υπερκινητικότητα και περισσότερα συμπτώματα εσωτερικοποίησης, με αποτέλεσμα την υποδιάγνωση ή την εσφαλμένη διάγνωση (Gershon, 2002).

Οι πολιτισμικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες περιπλέκουν περαιτέρω τη διάγνωση της ΔΕΠΥ. Οι πολιτισμικές νόρμες επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύονται οι συμπεριφορές και το αν θεωρούνται προβληματικές. Σε ορισμένες κουλτούρες, τα υψηλά επίπεδα δραστηριότητας στα παιδιά μπορεί να είναι αποδεκτά ή ακόμη και να ενθαρρύνονται, ενώ σε άλλες μπορεί να θεωρούνται ακατάλληλα ή διαταρακτικά. Αυτές οι αντιλήψεις επηρεάζουν το αν οι γονείς ή οι εκπαιδευτικοί θα ζητήσουν αξιολόγηση και το αν οι κλινικοί γιατροί είναι πιθανό να εξετάσουν τη ΔΕΠΥ ως διαγνωστική πιθανότητα (Hinshaw & Scheffler, 2014). Επιπλέον, τα παιδιά από χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα μπορεί να είναι πιο πιθανό να λάβουν διάγνωση ΔΕΠΥ λόγω συστημικών προκαταλήψεων ή διαφοροποιημένης πρόσβασης σε φροντίδα, παρά λόγω πραγματικών διαφορών στην επικράτηση (Russell, Ford, & Russell, 2015).

Τόσο η υπερδιάγνωση όσο και η υποδιάγνωση αποτελούν σημαντικά προβλήματα. Σε ορισμένες περιοχές, ιδίως στη Βόρεια Αμερική, υπάρχει αυξανόμενη συζήτηση σχετικά με την πιθανή υπερδιάγνωση και υπερθεραπεία της ΔΕΠΥ, ειδικά στα αγόρια. Οι επικριτές υποστηρίζουν ότι ορισμένα παιδιά χαρακτηρίζονται με ΔΕΠΥ με βάση περιορισμένες αξιολογήσεις ή ως αντίδραση σε ακαδημαϊκές και συμπεριφορικές πιέσεις σε πολύ δομημένα σχολικά περιβάλλοντα (Bruchmüller, Margraf, & Schneider, 2012). Από την άλλη πλευρά, η υποδιάγνωση είναι ένα επίμονο πρόβλημα σε πληθυσμούς όπως τα κορίτσια, οι εθνοτικές μειονότητες και τα άτομα με συμπτώματα κυρίως απροσεξίας, τα οποία μπορεί να μην ταιριάζουν στη στερεοτυπική εικόνα ενός υπερκινητικού, διαταρακτικού παιδιού.

Η παρουσία συννοσηρών καταστάσεων προσθέτει ένα επιπλέον επίπεδο πολυπλοκότητας. Όπως προαναφέρθηκε, η ΔΕΠΥ συνυπάρχει συχνά με διαταραχές όπως το άγχος, η κατάθλιψη, η ODD και οι μαθησιακές δυσκολίες. Αυτές οι

συννοσηρότητες μπορούν να καλύψουν ή να μιμηθούν τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ, καθιστώντας δύσκολο τον προσδιορισμό της πρωτογενούς διάγνωσης. Για παράδειγμα, ένα παιδί με συννοσηρό άγχος μπορεί να εμφανίζεται απρόσεκτο λόγω ανησυχίας, ενώ ένα παιδί με ODD μπορεί να εκληφθεί εσφαλμένα ως παρορμητικό λόγω της προκλητικής συμπεριφοράς του. Απαιτείται προσεκτική αξιολόγηση για να διακριθούν τα συμπτώματα που αλληλεπικαλύπτονται και να αναπτυχθεί ένα ακριβές διαγνωστικό προφίλ (Pliszka, 2000).

Τέλος, η πρόσβαση σε εξειδικευμένους επαγγελματίες και σε ολοκληρωμένα εργαλεία αξιολόγησης είναι άνιση σε διάφορες γεωγραφικές και οικονομικές περιοχές. Σε περιοχές με περιορισμένους πόρους, τα παιδιά μπορεί να διαγνωσθούν με βάση περιορισμένες πληροφορίες ή χωρίς να έχουν την ευκαιρία να υποβληθούν σε πολυεπιστημονική αξιολόγηση. Η χρήση σύντομων λιστών ελέγχου χωρίς πλήρεις κλινικές συνεντεύξεις ή η απουσία της γνώμης των εκπαιδευτικών μπορεί να οδηγήσει σε ψευδώς θετικά ή ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα.

Παρά τις προκλήσεις αυτές, οι βελτιώσεις στις στρατηγικές αξιολόγησης και στα διαγνωστικά εργαλεία συνεχίζουν να ενισχύουν την ακρίβεια και τη συνέπεια των διαγνώσεων ΔΕΠΥ. Η ενσωμάτωση πολλαπλών πηγών δεδομένων, η μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση σχετικά με τις διαφορές μεταξύ των φύλων και των πολιτισμών και η χρήση τεκμηριωμένων κατευθυντήριων γραμμών μπορούν να συμβάλουν στην ακριβέστερη αναγνώριση και στα καλύτερα αποτελέσματα για τα παιδιά με ΔΕΠΥ. Η συνεχής έρευνα και εκπαίδευση είναι απαραίτητες για να εξοπλιστούν οι κλινικοί γιατροί με τις γνώσεις και τις δεξιότητες που απαιτούνται για να πλοηγηθούν στο σύνθετο τοπίο της διάγνωσης της ΔΕΠΥ.

Κεφάλαιο 4^ο : Συννοσηρότητα στη ΔΕΠΥ

4.1 Ορισμός και σημασία της συννοσηρότητας

Η συννοσηρότητα είναι μια κεντρική έννοια στην παιδική ψυχοπαθολογία, που αναφέρεται στην ταυτόχρονη εμφάνιση δύο ή περισσότερων διακριτών διαταραχών στο ίδιο άτομο. Στο πεδίο της αναπτυξιακής ψυχιατρικής, υπογραμμίζει το γεγονός ότι οι ψυχιατρικές διαταραχές σπάνια εμφανίζονται μεμονωμένα, ιδιαίτερα κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, όταν ο εγκέφαλος και τα συμπεριφορικά πρότυπα υφίστανται ραγδαίες αλλαγές. Στα παιδιά με ΔΕΠΥ, η συννοσηρότητα είναι ο κανόνας και όχι η εξαίρεση. Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (2022) έχει τονίσει ότι η ΔΕΠΥ συνοδεύεται συχνά από μια σειρά πρόσθετων ψυχιατρικών, αναπτυξιακών και ιατρικών παθήσεων. Αυτή η αλληλεπικάλυψη δεν είναι τυχαία, αλλά αντανακλά κοινούς νευροβιολογικούς, γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου.

Η σημασία της συννοσηρότητας στη ΔΕΠΥ είναι πολυδιάστατη. Πρώτον, περιπλέκει τη διαγνωστική διαδικασία. Πολλά από τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ, όπως η παρορμητικότητα ή η ευκολία απόσπασης της προσοχής, επικαλύπτονται με συμπτώματα της διαταραχής εναντιωματικής προκλητικής συμπεριφοράς (ODD), της διαταραχής συμπεριφοράς (CD) ή των διαταραχών της διάθεσης, καθιστώντας τη διαφορική διάγνωση ιδιαίτερα δύσκολη (Nigg et al., 2020). Για παράδειγμα, η ευερεθιστότητα και η συναισθηματική δυσλειτουργία μπορούν να θεωρηθούν είτε ως μέρος της ΔΕΠΥ είτε ως εκδήλωση κατάθλιψης, διπολικής διαταραχής ή ODD. Αυτή η διαγνωστική πολυπλοκότητα αυξάνει τον κίνδυνο λανθασμένης διάγνωσης ή υποδιάγνωσης, οδηγώντας σε ακατάλληλες θεραπευτικές στρατηγικές.

Δεύτερον, η συννοσηρότητα επιδεινώνει σημαντικά τα κλινικά αποτελέσματα. Έρευνες έχουν δείξει με συνέπεια ότι τα παιδιά με ΔΕΠΥ και επιπλέον διαταραχές εμφανίζουν πιο σοβαρές δυσκολίες στις ακαδημαϊκές επιδόσεις, την κοινωνική λειτουργία και τη συναισθηματική ρύθμιση σε σύγκριση με εκείνα που έχουν μόνο ΔΕΠΥ (Larsson et al., 2020). Για παράδειγμα, η παρουσία μαθησιακών δυσκολιών επιδεινώνει τις ακαδημαϊκές προκλήσεις, ενώ οι συννοσηρές διαταραχές άγχους αυξάνουν τον κίνδυνο αποφυγής του σχολείου και υπονομεύουν περαιτέρω τις σχέσεις με τους συνομηλίκους (Koyuncu et al., 2022). Η συννοσηρότητα με διαταραχή

συμπεριφοράς, από την άλλη πλευρά, συνδέεται με μεγαλύτερη πιθανότητα παραβατικής συμπεριφοράς και μετέπειτα εμπλοκής με την ποινική δικαιοσύνη (Polanczyk et al., 2015).

Τέλος, η συννοσηρότητα μεταβάλλει τις θεραπευτικές ανάγκες και την πρόγνωση. Τα παιδιά που πάσχουν μόνο από ΔΕΠΥ μπορεί να ανταποκρίνονται σχετικά καλά στα διεγερτικά φάρμακα και στη συμπεριφορική θεραπεία. Ωστόσο, όταν το ΔΕΠΥ συνυπάρχει με καταστάσεις όπως διαταραχές που σχετίζονται με τραύμα ή διαταραχή του φάσματος του αυτισμού (ASD), η θεραπεία πρέπει να εξατομικεύεται προσεκτικά. Ένα παιδί με ΔΕΠΥ και ODD μπορεί να χρειαστεί συνδυασμένες φαρμακολογικές παρεμβάσεις και εκπαίδευση των γονέων, ενώ ένα παιδί με ΔΕΠΥ και μετατραυματική διαταραχή άγχους μπορεί να χρειαστεί φροντίδα με γνώμονα το τραύμα, εκτός από διεγερτικά φάρμακα (Guliyev et al., 2022). Επομένως, η κατανόηση της συννοσηρότητας είναι απαραίτητη για τους κλινικούς ιατρούς, τους εκπαιδευτικούς και τις οικογένειες, προκειμένου να δημιουργήσουν αποτελεσματικά και ολοκληρωμένα σχέδια φροντίδας.

4.2 Επιδημιολογία των συννοσηρών διαταραχών στο ΔΕΠΥ

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν αποδείξει με βεβαιότητα ότι το ΔΕΠΥ είναι σε μεγάλο βαθμό συννοσηρό με ένα ευρύ φάσμα ψυχιατρικών και αναπτυξιακών διαταραχών. Μετα-αναλύσεις εκτιμούν ότι μεταξύ 60% και 80% των παιδιών με ΔΕΠΥ πληρούν τα κριτήρια για τουλάχιστον μία επιπλέον ψυχιατρική διάγνωση (Polanczyk et al., 2015). Τα κλινικά δείγματα τείνουν να αναφέρουν ακόμη υψηλότερα ποσοστά, που συχνά υπερβαίνουν το 80%, εν μέρει επειδή τα παιδιά που παραπέμπονται σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας συνήθως αντιπροσωπεύουν πιο σοβαρές περιπτώσεις (Larsson et al., 2020).

Οι εξωτερικευτικές διαταραχές, ιδίως η ODD και η CD, είναι από τις πιο συχνές συννοσηρότητες. Η ODD, που χαρακτηρίζεται από επίμονα πρότυπα ανυπακοής και εχθρότητας προς τις αρχές, απαντάται σε περίπου 40% έως 60% των παιδιών με ΔΕΠΥ, αν και τα ποσοστά ποικίλλουν ανάλογα με τον υποτύπο ΔΕΠΥ (Seymour et al., 2012). Η διαταραχή συμπεριφοράς, μια πιο σοβαρή συμπεριφορική διαταραχή που

περιλαμβάνει επιθετικότητα και παραβίαση των κοινωνικών κανόνων, εμφανίζεται σε περίπου 20% έως 25% των εφήβων με ΔΕΠΥ, ειδικά σε εκείνους με τον συνδυασμένο υποτύπο (Barkley, 2015). Αυτές οι συννοσηρότητες συνδέονται στενά με αρνητικά μακροπρόθεσμα αποτελέσματα, όπως η εγκατάλειψη των σπουδών, η κατάχρηση ουσιών και η αντικοινωνική συμπεριφορά.

Οι εσωτερικευμένες διαταραχές είναι επίσης συχνές. Διαταραχές άγχους, συμπεριλαμβανομένης της γενικευμένης διαταραχής άγχους, του άγχους αποχωρισμού και της κοινωνικής διαταραχής άγχους, εμφανίζονται σε περίπου 25% έως 40% των παιδιών με ΔΕΠΥ (Guliyev et al., 2022). Η κατάθλιψη και άλλες διαταραχές της διάθεσης είναι επίσης συχνές, με ποσοστά επικράτησης που εκτιμώνται μεταξύ 10% και 20%, ανάλογα με το σχεδιασμό της μελέτης και τα διαγνωστικά κριτήρια (Sandström et al., 2020). Αυτές οι συννοσηρότητες εσωτερικοποίησης συχνά καλύπτουν ή αλλοιώνουν την εμφάνιση των συμπτωμάτων του ΔΕΠΥ, με το άγχος να οδηγεί μερικές φορές σε υπερβολική επαγρύπνηση που εκλαμβάνεται ως απροσεξία, ή την κατάθλιψη να συμβάλλει στην ψυχοκινητική επιβράδυνση που περιπλέκει την αξιολόγηση του ΔΕΠΥ.

Οι νευροαναπτυξιακές συννοσηρότητες περιπλέκουν περαιτέρω το κλινικό τοπίο. Συγκεκριμένες μαθησιακές διαταραχές, ιδίως η δυσλεξία και η δυσαριθμησία, συνυπάρχουν με το ΔΕΠΥ στο 20% έως 40% των περιπτώσεων (DuPaul et al., 2013). Αυτές οι μαθησιακές δυσκολίες όχι μόνο ενισχύουν τις ακαδημαϊκές δυσκολίες, αλλά συμβάλλουν και σε δευτερεύοντα συναισθηματικά προβλήματα, όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση και απογοήτευση. Η διαταραχή του αυτιστικού φάσματος (ASD) είναι μια άλλη σημαντική συννοσηρότητα, με μελέτες πληθυσμού να υποδηλώνουν ότι το 15% έως 25% των παιδιών με ΔΕΠΥ πληρούν τα κριτήρια για ASD και, αντιστρόφως, ότι τα συμπτώματα ΔΕΠΥ εμφανίζονται σε έως και 50% των παιδιών με ASD (Rao & Landa, 2013). Η διαταραχή του συντονισμού της ανάπτυξης (DCD) και οι διαταραχές τικ είναι επίσης πιο συχνές στα παιδιά με ΔΕΠΥ από ό,τι στον γενικό πληθυσμό (Polanczyk et al., 2015).

Οι μη ψυχιατρικές συννοσηρότητες αναγνωρίζονται όλο και περισσότερο. Οι διαταραχές του ύπνου, όπως η αϋπνία και το σύνδρομο των ανήσυχων ποδιών, επηρεάζουν ένα μεγάλο ποσοστό των παιδιών με ΔΕΠΥ και μπορεί να επιδεινώσουν τις γνωστικές και συμπεριφορικές διαταραχές (Cortese et al., 2013). Ιατρικές παθήσεις,

όπως η επιληψία, το άσθμα, η παχυσαρκία και η ημικρανία, έχουν επίσης βρεθεί να συνυπάρχουν συχνότερα με το ΔΕΠΥ, υποδηλώνοντας κοινές βιολογικές οδούς ή παράγοντες του τρόπου ζωής (Instanes et al., 2018). Αυτά τα ευρήματα υπογραμμίζουν ότι το ΔΕΠΥ δεν είναι αποκλειστικά μια ψυχιατρική πάθηση, αλλά ένα σύνθετο σύνδρομο με συστηματικές επιπτώσεις.

Τα επιδημιολογικά στοιχεία υπογραμμίζουν ότι η συννοσηρότητα δεν είναι ομοιόμορφη σε όλους τους υποτύπους του ΔΕΠΥ ή τις δημογραφικές ομάδες. Τα αγόρια είναι πιο πιθανό να διαγνωσθούν με εξωτερίκευση συννοσηρότητας, όπως ODD και CD, ενώ τα κορίτσια με ΔΕΠΥ εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά εσωτερικοποίησης διαταραχών, όπως άγχος και κατάθλιψη (Staller & Faraone, 2006). Η ηλικία παίζει επίσης ρόλο: η υπερκινητικότητα τείνει να μειώνεται στην εφηβεία, ενώ οι συννοσηρές διαταραχές της διάθεσης και της χρήσης ουσιών αυξάνονται κατά τη διάρκεια αυτού του αναπτυξιακού σταδίου (Barkley, 2015). Έτσι, η επιδημιολογία παρέχει όχι μόνο δεδομένα επικράτησης, αλλά και αναπτυξιακές και ειδικές για το φύλο πληροφορίες που ενημερώνουν την κλινική πρακτική.

4.3 Αναπτυξιακές τροχιές και μοτίβα συννοσηρότητας

Η κατανόηση της αναπτυξιακής πορείας του ΔΕΠΥ και των συννοσηροτήτων του απαιτεί μια διαχρονική προοπτική. Τα συμπτώματα του ΔΕΠΥ δεν είναι στατικά, αλλά εξελίσσονται κατά τη διάρκεια της ζωής, και οι συννοσηρές καταστάσεις μπορεί να εμφανιστούν, να υποχωρήσουν ή να αλλάξουν σε σημασία καθώς τα παιδιά ωριμάζουν. Η έρευνα έχει εντοπίσει διάφορες διακριτές τροχιές έκφρασης των συμπτωμάτων του ΔΕΠΥ, που συχνά επηρεάζονται από συννοσηρές διαταραχές.

Οι Sasser et al. (2016) ανέλυσαν τις τροχιές των συμπτωμάτων σε παιδιά με ΔΕΠΥ και εντόπισαν τρία γενικά πρότυπα: μια χαμηλή τροχιά που χαρακτηρίζεται από σταθερά χαμηλά επίπεδα συμπτωμάτων, μια φθίνουσα τροχιά στην οποία τα συμπτώματα μειώνονται με την πάροδο του χρόνου και μια υψηλή τροχιά στην οποία τα συμπτώματα παραμένουν σταθερά αυξημένα. Τα παιδιά στην ομάδα της υψηλής τροχιάς συχνά είχαν συννοσηρές διαταραχές εξωτερίκευσης, όπως ODD και CD, οι οποίες συνέβαλαν σε μεγαλύτερη λειτουργική δυσλειτουργία. Αντίθετα, τα παιδιά στην

κατηφορική πορεία συχνά είχαν λιγότερες συννοσηρότητες και καλύτερα κοινωνικά αποτελέσματα.

Πιο πρόσφατη εργασία των Wang et al. (2024) πρόσθεσε μια νευροβιολογική προοπτική. Χρησιμοποιώντας πολυγονιδιακές βαθμολογίες κινδύνου και δεδομένα νευροαπεικόνισης, εντόπισαν τρεις πορείες ΔΕΠΥ: ανερχόμενη-υψηλή, σταθερή-χαμηλή και κατηφορική-μέτρια. Τα παιδιά στην ομάδα της υψηλής ανόδου, τα οποία ανέπτυξαν όλο και πιο σοβαρά συμπτώματα με την πάροδο του χρόνου, παρουσίασαν υψηλότερες βαθμολογίες γενετικού κινδύνου για ΔΕΠΥ και άτυπη δομική ανάπτυξη σε περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με την προσοχή και τον εκτελεστικό έλεγχο, όπως ο πρόσθιος cingulate cortex και οι προμετωπιαίες περιοχές. Είναι σημαντικό ότι αυτά τα παιδιά παρουσίασαν επίσης υψηλότερα ποσοστά συννοσηρότητας εξωτερίκευσης, υποδηλώνοντας ότι η γενετική ευπάθεια και οι νευροαναπτυξιακές διαφορές μπορεί να αποτελούν τη βάση τόσο της επίμονης ΔΕΠΥ όσο και των συννοσηρών διαταραχών συμπεριφοράς.

Η παρουσία συννοσηρών καταστάσεων δεν επηρεάζει μόνο τη σοβαρότητα του ΔΕΠΥ, αλλά και την πορεία της ανάπτυξής του. Για παράδειγμα, τα παιδιά με ΔΕΠΥ και συννοσηρό άγχος μπορεί να παρουσιάζουν κυμαινόμενα συμπτώματα, με την απροσεξία να γίνεται πιο εμφανής κατά τις περιόδους αυξημένου άγχους (Guliyev et al., 2022). Ομοίως, το ΔΕΠΥ με συννοσηρότητα κατάθλιψης συχνά οδηγεί σε χειρότερα μακροπρόθεσμα ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα, συμπεριλαμβανομένου του χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου και του αυξημένου κινδύνου χρήσης ουσιών στην εφηβεία (Sandström et al., 2020). Αντίθετα, οι εξωτερικευτικές συννοσηρότητες, όπως η ODD και η CD, προδικάζουν τροχιές που χαρακτηρίζονται από επίμονη επιθετικότητα και αντικοινωνική συμπεριφορά, οι οποίες μπορεί να παραμείνουν και στην ενήλικη ζωή.

Οι αναπτυξιακές πορείες του ΔΕΠΥ και των συννοσηροτήτων του διαμορφώνονται επίσης από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι οικογενειακές αντιξοότητες, η ψυχοπαθολογία των γονέων και η έκθεση σε τραύματα αυξάνουν τον κίνδυνο τόσο της επιμονής του ΔΕΠΥ όσο και της εμφάνισης συννοσηρών καταστάσεων (Nigg et al., 2020). Προστατευτικοί παράγοντες, όπως η υποστηρικτική ανατροφή, οι αποτελεσματικές παρεμβάσεις και τα θετικά σχολικά περιβάλλοντα, μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά να μεταβούν σε πιο ευνοϊκές αναπτυξιακές πορείες.

Συνολικά, η διαχρονική έρευνα καταδεικνύει ότι το ΔΕΠΥ δεν είναι μια ενιαία διαταραχή, αλλά μια ετερογενής αναπτυξιακή κατάσταση με πολλαπλές πορείες που επηρεάζονται από γενετικούς, νευροβιολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η συννοσηρότητα διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στον προσδιορισμό αυτών των πορειών, ενισχύοντας τον κίνδυνο για κακά αποτελέσματα σε ορισμένα παιδιά, ενώ μετριάζει τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων σε άλλα. Αυτό υπογραμμίζει την ανάγκη για έγκαιρες, εξατομικευμένες παρεμβάσεις που αντιμετωπίζουν όχι μόνο τα συμπτώματα του ΔΕΠΥ, αλλά και τις συννοσηρές καταστάσεις με ολοκληρωμένο τρόπο.

Κεφάλαιο 5^ο : Συχνές συννοσηρές διαταραχές

5.1 Διαταραχή εναντιωματικής προκλητικής συμπεριφοράς (ODD) και διαταραχή συμπεριφοράς (CD)

Η διαταραχή εναντιωματικής προκλητικής συμπεριφοράς (ODD) και η διαταραχή συμπεριφοράς (CD) είναι δύο από τις πιο συχνά παρατηρούμενες διαταραχές εξωτερίκευσης που συνυπάρχουν με τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στα παιδιά. Και οι δύο είναι διαταραχές διαταρακτικής συμπεριφοράς, αλλά διαφέρουν ως προς τη σοβαρότητα, την εκδήλωση των συμπτωμάτων και τη μακροπρόθεσμη πρόγνωση. Η συννοσηρότητά τους με το ΔΕΠΥ έχει τεκμηριωθεί εκτενώς σε επιδημιολογικές και κλινικές έρευνες, και η συνδυασμένη εκδήλωση αυτών των διαταραχών τείνει να προδικάζει μερικές από τις πιο σοβαρές αναπτυξιακές εκβάσεις.

Η ODD χαρακτηρίζεται από ένα επαναλαμβανόμενο μοτίβο θυμού, ευερεθιστότητας, διαλεκτικής και προκλητικής συμπεριφοράς ή εκδικητικότητας που διαρκεί τουλάχιστον έξι μήνες και στρέφεται κατά των αρχών (American Psychiatric Association [APA], 2022). Η διαταραχή εμφανίζεται συνήθως στην πρώιμη παιδική ηλικία, συχνά πριν από την ηλικία των οκτώ ετών, και είναι πιο συχνή στα αγόρια από ότι στα κορίτσια κατά τα προσχολικά έτη, αν και οι διαφορές μεταξύ των φύλων τείνουν να μειώνονται με την ηλικία (Rowe et al., 2010). Όταν η ODD συνυπάρχει με ΔΕΠΥ, τα συμπτώματα της απροσεξίας και της υπερκινητικότητας συνοδεύονται συχνά από επίμονη ανυπακοή, συχνές εκρήξεις θυμού και δυσκολίες με την εξουσία. Μελέτες δείχνουν ότι περίπου το 40% έως 60% των παιδιών που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠΥ πληρούν επίσης τα διαγνωστικά κριτήρια για ODD, με υψηλότερα ποσοστά να παρατηρούνται μεταξύ εκείνων με τον συνδυασμένο υποτύπο (Seymour et al., 2012; Connor & Doerfler, 2008).

Η διαταραχή συμπεριφοράς αντιπροσωπεύει μια πιο σοβαρή μορφή διαταραχικής συμπεριφοράς, που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα μοτίβα παραβίασης των κοινωνικών κανόνων και των δικαιωμάτων των άλλων, συμπεριλαμβανομένης της επιθετικότητας προς ανθρώπους και ζώα, της καταστροφής περιουσίας, της δόλου και των σοβαρών παραβιάσεων των κανόνων (APA, 2022). Η

CD συχνά αναπτύσσεται αργότερα από την ODD, συνήθως κατά τη μέση παιδική ηλικία ή την πρώιμη εφηβεία, και συνδέεται με υψηλότερα ποσοστά παραβατικότητας, εγκατάλειψης του σχολείου και αντικοινωνικών αποτελεσμάτων στην ενήλικη ζωή (Barkley, 2015). Επιδημιολογικές μελέτες υποδηλώνουν ότι μεταξύ 20% και 25% των εφήβων με ΔΕΠΥ έχουν επίσης συννοσηρότητα με CD (Waschbusch, 2002). Ο κίνδυνος εξέλιξης από ODD σε CD φαίνεται ιδιαίτερα έντονος σε παιδιά με ΔΕΠΥ, υποδηλώνοντας ότι η παρορμητικότητα και η συναισθηματική δυσλειτουργία που σχετίζονται με το ΔΕΠΥ μπορεί να λειτουργούν ως καταλύτες στην κλιμάκωση των διαταρακτικών συμπεριφορών (Burke et al., 2010).

Η συνύπαρξη ΔΕΠΥ με ODD ή CD έχει σημαντικές κλινικές επιπτώσεις. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ και ODD διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για χαμηλή σχολική επίδοση, απόρριψη από τους συνομηλίκους και συγκρουσιακές οικογενειακές σχέσεις σε σύγκριση με τα παιδιά που πάσχουν μόνο από μία από τις δύο διαταραχές (Greene et al., 2002). Επιπλέον, η αλληλεπικάλυψη μεταξύ ΔΕΠΥ και CD είναι ιδιαίτερα ανησυχητική λόγω της συσχέτισής της με την πρόωρη εμφάνιση εγκληματικής συμπεριφοράς, την κατάχρηση ουσιών και την ανάπτυξη αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας στην ενήλικη ζωή (Moffitt, 2018). Επομένως, αυτές οι συννοσηρότητες αντιπροσωπεύουν μια αναπτυξιακή πορεία προς μερικές από τις πιο σοβαρές ψυχοκοινωνικές εκβάσεις που παρατηρούνται στην παιδική ψυχιατρική.

Από νευροβιολογική άποψη, οι κοινοί παράγοντες κινδύνου μπορεί να εξηγούν τη συχνή συννοσηρότητα της ΔΕΠΥ, της ODD και της CD. Γενετικές μελέτες δείχνουν σημαντική κληρονομικότητα των διαταραχών διαταρακτικής συμπεριφοράς, με ενδείξεις αλληλεπικάλυψης γενετικών ευπαθειών μεταξύ της ΔΕΠΥ και των χαρακτηριστικών που σχετίζονται με την επιθετικότητα (Faraone & Larsson, 2019). Η έρευνα με νευροαπεικόνιση έχει επιπλέον υποδείξει ανωμαλίες σε περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με την εκτελεστική λειτουργία και τη ρύθμιση των συναισθημάτων, ιδιαίτερα στον προμετωπιαίο φλοιό και την αμυγδαλή, τόσο στο ΔΕΠΥ όσο και στα προβλήματα συμπεριφοράς (Rubia, 2011). Περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου, όπως η σκληρή ανατροφή, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και η έκθεση σε οικογενειακές συγκρούσεις, αυξάνουν επίσης τον κίνδυνο συννοσηρών διαταραχών διαταραχής (Beauchaine et al., 2010). Έτσι, η αλληλεπίδραση μεταξύ γενετικής προδιάθεσης και περιβαλλοντικών δυσκολιών πιθανώς οδηγεί στη συχνή συνύπαρξη αυτών των διαταραχών.

Η θεραπεία του ΔΕΠΥ με συννοσηρότητα ODD ή CD απαιτεί μια πολυτροπική προσέγγιση. Ενώ τα διεγερτικά φάρμακα μειώνουν αποτελεσματικά τα βασικά συμπτώματα του ΔΕΠΥ και, έμμεσα, ορισμένες αντιθετικές συμπεριφορές, η φαρμακολογική αγωγή από μόνη της είναι συχνά ανεπαρκής για την αντιμετώπιση των ευρύτερων συμπεριφορικών προκλήσεων (Connor & Doerfler, 2008). Οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις, όπως η εκπαίδευση των γονέων στη διαχείριση και τα σχολικά προγράμματα τροποποίησης της συμπεριφοράς, είναι βασικά συστατικά της θεραπείας και έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητά τους στη μείωση της αντιθετικής συμπεριφοράς και στη βελτίωση της λειτουργίας της οικογένειας (Eyberg et al., 2008). Για τα παιδιά με ΔΕΠΥ και CD, οι παρεμβάσεις συχνά απαιτούν μεγαλύτερη έμφαση στη διαχείριση της επιθετικότητας, στην εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων και, σε ορισμένες περιπτώσεις, σε πολυσυστημική θεραπεία που στοχεύει στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού (Henggeler & Sheidow, 2012).

Συνοψίζοντας, η ODD και η CD αντιπροσωπεύουν τις πιο συχνές και κλινικά σημαντικές εξωτερίκευσης συννοσηρότητες της ΔΕΠΥ. Η υψηλή συχνότητά τους υπογραμμίζει την ανάγκη για τακτικό έλεγχο των συμπτωμάτων διαταραχικής συμπεριφοράς σε παιδιά που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠΥ. Δεδομένων των κοινών γενετικών, νευροβιολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου, αυτές οι διαταραχές κατανοούνται καλύτερα ως αλληλεπικαλυπτόμενες καταστάσεις με διακριτές αλλά αλληλένδετες αναπτυξιακές διαδρομές. Η αποτελεσματική διαχείριση απαιτεί ολοκληρωμένες παρεμβάσεις που αντιμετωπίζουν τόσο τα συμπτώματα ΔΕΠΥ όσο και τα διαταραχικά πρότυπα συμπεριφοράς, με απώτερο στόχο τη μείωση της δυσλειτουργίας και τη βελτίωση των αναπτυξιακών αποτελεσμάτων.

5.2 Διαταραχές άγχους

Οι διαταραχές άγχους συγκαταλέγονται στις πιο συχνές εσωτερικευμένες συννοσηρότητες της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας (τη ΔΕΠΥ) στα παιδιά.

Ενώ η ΔΕΠΥ θεωρείται κλασικά ως διαταραχή εξωτερίκευσης συμπεριφορών που χαρακτηρίζεται από υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα και απροσεξία, οι

διαταραχές άγχους αντιπροσωπεύουν ένα σύνολο εσωτερικών συνθηκών που ορίζονται από υπερβολικό φόβο, ανησυχία και αποφυγή συμπεριφοράς (American Psychiatric Association [APA], 2022). Η συνύπαρξη ΔΕΠΥ και άγχους δημιουργεί μια σύνθετη κλινική εικόνα στην οποία τα συμπτώματα μπορεί να αλληλεπικαλύπτονται, να καλύπτουν το ένα το άλλο ή να αλληλεπιδρούν με τρόπους που επιδεινώνουν τα λειτουργικά αποτελέσματα.Επιδημιολογικές μελέτες καταδεικνύουν με συνέπεια αυξημένα ποσοστά διαταραχών άγχους σε παιδιά με τη ΔΕΠΥ σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Σε δείγματα που προέρχονται από την κοινότητα, εκτιμάται ότι μεταξύ 25% και 40% των παιδιών με τη ΔΕΠΥ πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για τουλάχιστον μία διαταραχή άγχους (Jarrett & Ollendick, 2008; Sciberras et al., 2014).

Τα κλινικά δείγματα τείνουν να παρουσιάζουν ακόμη υψηλότερα ποσοστά, που συχνά υπερβαίνουν το 40% (Guliyev et al., 2022). Οι πιο συχνές διαταραχές άγχους σε αυτόν τον πληθυσμό περιλαμβάνουν τη γενικευμένη διαταραχή άγχους (GAD), τη διαταραχή άγχους αποχωρισμού, τη διαταραχή κοινωνικού άγχους και, λιγότερο συχνά, συγκεκριμένες φοβίες και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD) (Koyuncu et al., 2022). Είναι ενδιαφέρον ότι έχουν παρατηρηθεί διαφορές μεταξύ των φύλων: τα κορίτσια με τη ΔΕΠΥ τείνουν να παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά διαταραχών άγχους σε σύγκριση με τα αγόρια, τα οποία εμφανίζουν συχνότερα διαταραχές συμπεριφοράς όπως η διαταραχή εναντιωματικής προκλητικής συμπεριφοράς ή η διαταραχή συμπεριφοράς (Staller & Faraone, 2006).

Η κλινική σημασία της συννοσηρότητας τη ΔΕΠΥ και άγχους είναι σημαντική. Πρώτον, η συνύπαρξη συχνά περιπλέκει τη διαγνωστική διαδικασία. Τα συμπτώματα της απροσεξίας στην τη ΔΕΠΥ μπορεί να μοιάζουν με την ευερεθιστότητα που σχετίζεται με την υπερβολική ανησυχία στην GAD, ενώ η ψυχοκινητική διέγερση λόγω άγχους μπορεί να εκληφθεί ως υπερκινητικότητα (Guliyev et al., 2022). Αυτά τα αλληλεπικαλυπτόμενα χαρακτηριστικά μπορεί να καθυστερήσουν την ακριβή αναγνώριση οποιασδήποτε από τις δύο καταστάσεις ή να οδηγήσουν σε μερικές διαγνώσεις που δεν καταγράφουν το πλήρες προφίλ των συμπτωμάτων του παιδιού. Επιπλέον, τα παιδιά με τη ΔΕΠΥ και άγχος συχνά εμφανίζουν άτυπες κλινικές εκδηλώσεις. Για παράδειγμα, ενώ η ΔΕΠΥ συνδέεται συνήθως με παρορμητικότητα και ανάληψη κινδύνων, τα παιδιά με συννοσηρό άγχος μπορεί να είναι πιο ανασταλτικά και προσεκτικά, καλύπτοντας μερικές φορές την έκταση των συμπτωμάτων υπερκινητικότητας ή απροσεξίας (Jarrett & Ollendick, 2008).

Λειτουργικά, το συννοσηρό άγχος συνδέεται με χειρότερα αποτελέσματα από τη ΔΕΠΥ μόνη της. Τα παιδιά με τις δύο διαταραχές εμφανίζουν μεγαλύτερη ακαδημαϊκή δυσλειτουργία, κοινωνική απόσυρση και δυσκολίες με τους συνομηλίκους τους σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους με «καθαρή» τη ΔΕΠΥ (Sciberras et al., 2014). Τα συμπτώματα άγχους μπορεί να επιδεινώσουν την απροσεξία και να επηρεάσουν αρνητικά τη λειτουργική μνήμη, ενισχύοντας έτσι τις μαθησιακές δυσκολίες που ήδη υπάρχουν στην ADHD. Ταυτόχρονα, οι παρορμητικές και διαταρακτικές συμπεριφορές της ΔΕΠΥ μπορεί να υπονομεύσουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης που προσπαθούν να χρησιμοποιήσουν τα παιδιά με άγχος, οδηγώντας σε έναν κύκλο απογοήτευσης και αποφυγής (Pliszka, 2019). Το οικογενειακό άγχος επίσης εντείνεται, καθώς οι γονείς πρέπει να αντιμετωπίσουν τη διπλή πρόκληση της διαχείρισης των διαταρακτικών συμπεριφορών της ΔΕΠΥ και της υποστήριξης ενός παιδιού με σημαντική συναισθηματική δυσφορία.

Η αιτιολογία της συννοσηρότητας της ΔΕΠΥ και άγχους θεωρείται ότι περιλαμβάνει τόσο κοινά όσο και διακριτά μηχανισμούς. Από γενετική άποψη, μελέτες σε δίδυμα δείχνουν μέτριες γενετικές συσχετίσεις μεταξύ της ΔΕΠΥ και εσωτερικευμένων διαταραχών, υποδηλώνοντας επικαλυπτόμενες κληρονομικές ευπάθειες (Faraone & Larsson, 2019). Η έρευνα με νευροαπεικόνιση έχει υποδείξει αλλοιώσεις στα κυκλώματα του μετωπιαίου-στριατικού συστήματος και στις μεταχιακές περιοχές, όπως η αμυγδαλή, που εμπλέκονται τόσο στον έλεγχο της προσοχής όσο και στη ρύθμιση του άγχους (Sobanski et al., 2010). Περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως οι οικογενειακές συγκρούσεις, η έκθεση στο άγχος και η ψυχοπαθολογία των γονέων, αυξάνουν περαιτέρω τον κίνδυνο εμφάνισης τόσο της ΔΕΠΥ όσο και του άγχους (Chronis-Tuscano et al., 2010). Για παράδειγμα, τα παιδιά με τη ΔΕΠΥ μπορεί να βιώσουν επαναλαμβανόμενες αποτυχίες στο σχολείο και απόρριψη από τους συνομηλίκους τους, γεγονός που με τη σειρά του ενισχύει τις αγχώδεις γνωστικές λειτουργίες και τις συμπεριφορές αποφυγής.

Η θεραπεία της συννοσηρότητας ΔΕΠΥ και άγχους απαιτεί προσεκτικό κλινικό σχεδιασμό, καθώς οι παρεμβάσεις που είναι αποτελεσματικές για τη μία διαταραχή μπορεί να έχουν περιορισμένη αποτελεσματικότητα ή ανεπιθύμητες συνέπειες για την άλλη. Τα διεγερτικά φάρμακα, όπως η μεθυλφαινιδάτη, θεωρούνται θεραπεία πρώτης γραμμής για τη ΔΕΠΥ και έχουν γενικά αποδειχθεί ασφαλή και αποτελεσματικά ακόμη

και στην παρουσία άγχους (Pliszka, 2019). Ωστόσο, σε ορισμένα παιδιά τα διεγερτικά μπορεί να επιδεινώσουν τα συμπτώματα άγχους, απαιτώντας στενή παρακολούθηση.

Τα μη διεγερτικά φάρμακα, όπως η ατομοξετίνη, έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητά τους για τη ΔΕΠΥ και μπορεί επίσης να μειώσουν το άγχος, καθιστώντας τα μια χρήσιμη επιλογή σε περιπτώσεις συννοσηρότητας (Kratovich et al., 2005). Η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία (CBT) είναι η θεραπεία αναφοράς για τις παιδιατρικές διαταραχές άγχους και έχει προσαρμοστεί με επιτυχία για παιδιά με τη ΔΕΠΥ, αν και οι δυσκολίες προσοχής μπορεί να μειώσουν την τήρηση της θεραπείας και να απαιτήσουν τη συμμετοχή των γονέων ή τροποποιημένες μορφές (Sung et al., 2008). Οι πολυτροπικές παρεμβάσεις που συνδυάζουν φαρμακευτική αγωγή για τη ΔΕΠΥ με CBT για το άγχος έχουν δείξει τα καλύτερα αποτελέσματα σε τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές (March et al., 2000).

Η μακροπρόθεσμη πρόγνωση για παιδιά με τη ΔΕΠΥ και συννοσηρότητα άγχους φαίνεται μικτή. Ορισμένες μελέτες υποδηλώνουν ότι η παρουσία άγχους μπορεί να μετριάσει την ανάληψη κινδύνων και τις αντικοινωνικές συμπεριφορές που συχνά συνδέονται με τη ΔΕΠΥ, προσφέροντας ενδεχομένως προστατευτική δράση έναντι των εξωτερικευμένων αποτελεσμάτων (Pliszka, 2019). Ωστόσο, τα περισσότερα στοιχεία δείχνουν ότι η συννοσηρότητα με άγχος αυξάνει τον κίνδυνο επίμονων συναισθηματικών δυσκολιών στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή, συμπεριλαμβανομένων υψηλότερων ποσοστών κατάθλιψης και μειωμένης ποιότητας ζωής (Sciberras et al., 2014). Η έγκαιρη διάγνωση και οι ολοκληρωμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις είναι επομένως κρίσιμες για τη βελτίωση της αναπτυξιακής πορείας. Συνοψίζοντας, οι διαταραχές άγχους αποτελούν μια πολύ συχνή και κλινικά σημαντική συννοσηρότητα σε παιδιά με τη ΔΕΠΥ. Η συνύπαρξή τους περιπλέκει τη διάγνωση, επιδεινώνει τα ακαδημαϊκά και κοινωνικά αποτελέσματα και απαιτεί λεπτές, εξατομικευμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις που ενσωματώνουν φαρμακολογικές και ψυχοθεραπευτικές στρατηγικές. Αναγνωρίζοντας την πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ των εξωτερικευτικών και των εσωτερικευτικών συμπτωμάτων, οι κλινικοί γιατροί μπορούν να παρέχουν πιο ολοκληρωμένη και αποτελεσματική φροντίδα σε αυτόν τον ευάλωτο πληθυσμό.

5.3 Κατάθλιψη και διαταραχές της διάθεσης

Η κατάθλιψη και οι διαταραχές της διάθεσης αποτελούν μια άλλη σημαντική κατηγορία συννοσηρότητας σε παιδιά με τη ΔΕΠΥ. Ενώ η ΔΕΠΥ χαρακτηρίζεται κυρίως από συμπτώματα απροσεξίας, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας, ένα σημαντικό ποσοστό παιδιών εμφανίζει επίσης διαταραχές της διάθεσης που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για καταθλιπτικές διαταραχές ή, λιγότερο συχνά, διαταραχές του διπολικού φάσματος. Αυτές οι συννοσηρότητες προσθέτουν σημαντική πολυπλοκότητα στο κλινικό προφίλ της τη ΔΕΠΥ, οδηγώντας συχνά σε χειρότερα λειτουργικά αποτελέσματα, πιο σοβαρή συμπτωματολογία και μεγαλύτερη δυσκολία στον σχεδιασμό της θεραπείας.

Τα επιδημιολογικά δεδομένα υποδηλώνουν ότι η κατάθλιψη επηρεάζει περίπου το 12% έως 20% των παιδιών και των εφήβων με τη ΔΕΠΥ, με υψηλότερα ποσοστά να αναφέρονται σε κλινικά δείγματα σε σύγκριση με δείγματα της κοινότητας (Biederman et al., 2008; Meinzer et al., 2013). Μια μεγάλη μελέτη με βάση τον πληθυσμό στη Σουηδία έδειξε ότι τα άτομα με τη ΔΕΠΥ είχαν δύο έως τρεις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν μείζονα καταθλιπτική διαταραχή σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους που δεν είχαν τη ΔΕΠΥ, ακόμη και μετά την προσαρμογή για κοινωνικοδημογραφικούς και οικογενειακούς συγχυτικούς παράγοντες (Chang et al., 2016). Οι διαταραχές της διάθεσης στον πληθυσμό με τη ΔΕΠΥ δεν περιορίζονται στην κατάθλιψη. Η διπολική διαταραχή, αν και λιγότερο συχνή στα παιδιά, έχει αναγνωριστεί ως συννοσηρότητα σε έως και 6% των νέων με τη ΔΕΠΥ (Singh, 2008). Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι καταθλιπτικές και οι διπολικές διαταραχές μπορεί να μην αναγνωρίζονται επαρκώς στην τη ΔΕΠΥ, καθώς τα αλληλεπικαλυπτόμενα χαρακτηριστικά, όπως η ευερεθιστότητα, η συναισθηματική δυσλειτουργία και οι διαταραχές του ύπνου, μπορεί να αποδοθούν εσφαλμένα μόνο στην τη ΔΕΠΥ (Pliszka, 2019).

Η κλινική σημασία της συννοσηρότητας της κατάθλιψης στην τη ΔΕΠΥ είναι σημαντική. Τα παιδιά με τη ΔΕΠΥ και κατάθλιψη αντιμετωπίζουν πιο σοβαρές ακαδημαϊκές δυσκολίες, υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής απόρριψης και αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικότητας σε σύγκριση με εκείνα που έχουν μόνο τη ΔΕΠΥ (Chronis-Tuscano et al., 2010). Η συναισθηματική δυσλειτουργία, που είναι ήδη ένα κοινό

χαρακτηριστικό της ΔΕΠΥ, γίνεται πιο έντονη όταν υπάρχουν συμπτώματα κατάθλιψης, οδηγώντας σε συχνές διακυμάνσεις της διάθεσης, χαμηλή αντοχή στην απογοήτευση και αυξημένες οικογενειακές συγκρούσεις (Shaw et al., 2014). Επιπλέον, η συννοσηρότητα με κατάθλιψη έχει συσχετιστεί με χειρότερη ανταπόκριση στις τυπικές θεραπείες για τη ΔΕΠΥ, συμπεριλαμβανομένων των διεγερτικών φαρμάκων, πιθανώς επειδή η έλλειψη κινήτρων και η ανηδονία της κατάθλιψης μειώνουν την ικανότητα του παιδιού να συμμετάσχει σε συμπεριφορικές παρεμβάσεις (Meinzer et al., 2013).

Η διπολική διαταραχή, αν και λιγότερο διαδεδομένη, δημιουργεί πρόσθετες διαγνωστικές και θεραπευτικές προκλήσεις. Τα συμπτώματα της μανίας, όπως η ευερεθιστότητα, η υπερκινητικότητα και η ομιλητικότητα, μπορούν να μοιάζουν με τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠΥ, καθιστώντας δύσκολη τη διάκριση μεταξύ των δύο διαταραχών, ειδικά σε μικρότερα παιδιά (Singh, 2008). Ωστόσο, η επεισοδιακή φύση των αλλαγών της διάθεσης στη διπολική διαταραχή έρχεται σε αντίθεση με το χρόνιο μοτίβο συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ. Μελέτες υποδηλώνουν ότι τα παιδιά με τη ΔΕΠΥ και συννοσηρότητα διπολικής διαταραχής παρουσιάζουν πιο σοβαρή νόσο, συμπεριλαμβανομένης της πρόωρης εμφάνισης επεισοδίων διάθεσης, υψηλότερων ποσοστών επιθετικότητας και μεγαλύτερης λειτουργικής δυσλειτουργίας (Birmaher et al., 2009). Αυτά τα παιδιά διατρέχουν επίσης μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονικότητας από ό,τι τα παιδιά με μία μόνο από τις δύο διαταραχές, υπογραμμίζοντας τη σημασία της προσεκτικής παρακολούθησης και της ολοκληρωμένης φροντίδας.

Η αιτιολογία της συννοσηρότητας τη ΔΕΠΥ και διαταραχών διάθεσης είναι πιθανώς πολυπαραγοντική. Η γενετική έρευνα δείχνει κοινή κληρονομικότητα μεταξύ της ΔΕΠΥ και της κατάθλιψης, με αρκετές μελέτες να εντοπίζουν επικαλυπτόμενους γενετικούς τόπους που σχετίζονται και με τις δύο καταστάσεις (Faraone & Larsson, 2019). Νευροβιολογικές μελέτες έχουν εντοπίσει ανωμαλίες στα μετωπιαία-λิมπικά κυκλώματα —ιδιαίτερα στον προμετωπιαίο φλοιό και την αμυγδαλή— που μπορεί να υποκρύπτουν δυσκολίες τόσο στη ρύθμιση της προσοχής όσο και στον έλεγχο της διάθεσης (Shaw et al., 2014). Περιβαλλοντικοί παράγοντες στρες, όπως οικογενειακές συγκρούσεις, απόρριψη από τους συνομηλίκους και σχολική αποτυχία, επιδεινώνουν περαιτέρω τον κίνδυνο κατάθλιψης σε παιδιά με τη ΔΕΠΥ, υπογραμμίζοντας τη σημασία των ψυχοκοινωνικών επιδράσεων στις αναπτυξιακές πορείες (Chronis-Tuscano et al., 2010).

Η θεραπεία της ΔΕΠΥ με συννοσηρότητα κατάθλιψης απαιτεί μια πολυτροπική προσέγγιση. Τα διεγερτικά φάρμακα παραμένουν η πρώτη γραμμή για τη ΔΕΠΥ και, σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορούν να βελτιώσουν έμμεσα τη διάθεση, ενισχύοντας την ακαδημαϊκή και κοινωνική λειτουργία. Ωστόσο, τα στοιχεία δείχνουν ότι η μονοθεραπεία με διεγερτικά είναι συχνά ανεπαρκής για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, καθιστώντας απαραίτητη τη χρήση συμπληρωματικών αντικαταθλιπτικών, όπως οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) (Biederman et al., 2008). Η προσεκτική παρακολούθηση είναι απαραίτητη κατά τη συνταγογράφηση SSRI σε παιδιά, δεδομένων των ανησυχιών για αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικότητας σε νεαρούς ασθενείς (Bridge et al., 2007). Η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία (CBT) έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη θεραπεία των συμπτωμάτων κατάθλιψης σε νέους με τη ΔΕΠΥ, ιδιαίτερα όταν συνδυάζεται με φαρμακευτική αγωγή (Sander et al., 2011). Για τα παιδιά με τη ΔΕΠΥ και συννοσηρότητα διπολικής διαταραχής, η θεραπεία απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή: τα διεγερτικά μπορεί να επιδεινώσουν τα μανιακά συμπτώματα εάν η διάθεση δεν έχει πρώτα σταθεροποιηθεί. Συχνά απαιτούνται σταθεροποιητές διάθεσης, όπως το λίθιο ή τα άτυπα αντιψυχωσικά, πριν από την εισαγωγή φαρμακοθεραπείας ειδικά για τη ΔΕΠΥ (Birmaher et al., 2009).

Διαχρονικές μελέτες δείχνουν ότι η ΔΕΠΥ με συννοσηρές διαταραχές της διάθεσης συνδέεται με χειρότερα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα σε σύγκριση με την ΔΕΠΥ μόνη της. Συγκεκριμένα, η παρουσία κατάθλιψης στην εφηβεία προμηνύει αυξημένο κίνδυνο χρήσης ουσιών, εγκατάλειψης του σχολείου και ψυχιατρικής νοσηρότητας στην ενήλικη ζωή (Meinzer et al., 2013). Η συννοσηρότητα με διπολική διαταραχή συνδέεται με ακόμη πιο σοβαρές εξελίξεις, όπως επαναλαμβανόμενες νοσηλείες, πρόωρη αναπηρία και αυξημένος κίνδυνος αυτοκτονίας (Singh, 2008). Αυτά τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη έγκαιρης αναγνώρισης και ολοκληρωμένης θεραπείας των συμπτωμάτων της διάθεσης σε παιδιά με τη ΔΕΠΥ, προκειμένου να αποφευχθεί η δια βίου αναπηρία.

Συνοψίζοντας, η κατάθλιψη και οι διαταραχές της διάθεσης αποτελούν μια σημαντική και συχνά υποτιμημένη ομάδα συννοσηροτήτων σε παιδιά με τη ΔΕΠΥ. Η παρουσία τους περιπλέκει τη διάγνωση, επιδεινώνει τα λειτουργικά αποτελέσματα και απαιτεί ολοκληρωμένες, πολυτροπικές στρατηγικές θεραπείας. Η αναγνώριση των κοινών γενετικών και νευροβιολογικών βάσεων της ΔΕΠΥ και των διαταραχών της

διάθεσης, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη τους περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου, παρέχει ένα πλαίσιο για την κατανόηση της αναπτυξιακής αλληλεπίδρασης μεταξύ αυτών των καταστάσεων. Οι κλινικοί γιατροί πρέπει να υιοθετήσουν μια προσεκτική και προληπτική προσέγγιση, διασφαλίζοντας ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης και τα διπολικά συμπτώματα αξιολογούνται και αντιμετωπίζονται προσεκτικά, προκειμένου να βελτιωθούν τα βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα για τα παιδιά που πάσχουν.

Συμπεράσματα

Τα πέντε κεφάλαια αυτής της διπλωματικής εργασίας έχουν ανατρέξει στην αναπτυξιακή και κλινική πορεία της τη ΔΕΠΥ, ξεκινώντας από τον ορισμό της, τα βασικά συμπτώματα και τα διαγνωστικά πλαίσια, και καταλήγοντας σε μια σε βάθος διερεύνηση της συννοσηρότητας. Ένα κεντρικό εύρημα αυτής της ανασκόπησης είναι ότι η τη ΔΕΠΥ δεν μπορεί να κατανοηθεί επαρκώς μεμονωμένα. Τα επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν ότι τα περισσότερα παιδιά με τη ΔΕΠΥ παρουσιάζουν τουλάχιστον μία επιπλέον διαταραχή, ενώ η κλινική βιβλιογραφία δείχνει με συνέπεια ότι η συννοσηρότητα επιδεινώνει τη λειτουργική δυσλειτουργία, περιπλέκει τη διαγνωστική σαφήνεια και αλλοιώνει τα αναπτυξιακά αποτελέσματα.

Η ανασκόπηση συγκεκριμένων συννοσηρών καταστάσεων στο Κεφάλαιο Πέντε αποκαλύπτει διακριτούς αλλά αλληλεπικαλυπτόμενους μηχανισμούς μέσω των οποίων οι διαταραχές αλληλεπιδρούν με τη ΔΕΠΥ. Οι εξωτερίκευσης διαταραχές, όπως η ODD και η CD, επιδεινώνουν τη συμπεριφορική δυσλειτουργία και προμηνύουν σοβαρές αν. Οι εσωτερικευμένες διαταραχές, ιδίως το άγχος και η κατάθλιψη, περιπλέκουν το προφίλ των συμπτωμάτων, καλύπτοντας τα βασικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠΥ και αυξάνοντας τους κινδύνους αυτοκτονικότητας και μακροχρόνιας συναισθηματικής νοσηρότητας. Οι νευροαναπτυξιακές συννοσηρότητες, συμπεριλαμβανομένων των μαθησιακών διαταραχών και της διαταραχής του αυτιστικού φάσματος, υπογραμμίζουν τις κοινές γενετικές και νευροβιολογικές ευπάθειες που οδηγούν σε πολύπλευρα αναπτυξιακά προφίλ. Οι σωματικές και ιατρικές συννοσηρότητες, όπως οι διαταραχές ύπνου, υψώνουν ακόμη περισσότερο τη συστημική φύση της επίδρασης της ΔΕΠΥ στην ανάπτυξη του παιδιού.

Συνολικά, αυτά τα ευρήματα καθιστούν σαφές ότι μια μονοδιάστατη προσέγγιση της τη ΔΕΠΥ είναι ανεπαρκής. Η αποτελεσματική κλινική διαχείριση πρέπει αντίθετα να υιοθετήσει ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο που συνδυάζει φαρμακολογικές, ψυχοθεραπευτικές, εκπαιδευτικές και οικογενειακές παρεμβάσεις, προσαρμοσμένες στο προφίλ συννοσηρότητας του κάθε παιδιού. Ταυτόχρονα, η διαχρονική έρευνα τονίζει ότι τα πρότυπα συννοσηρότητας διαμορφώνουν τις αναπτυξιακές τροχιές στην

εφηβεία και την ενηλικίωση, πράγμα που σημαίνει ότι η έγκαιρη παρέμβαση είναι κρίσιμη όχι μόνο για την άμεση διαχείριση των συμπτωμάτων, αλλά και για την πρόληψη της χρόνιας αναπηρίας.

Συμπερασματικά, η ΔΕΠΥ αντιπροσωπεύει μια ετερογενή και πολυπαραγοντική αναπτυξιακή διαταραχή, η πραγματική σημασία της οποίας αποκαλύπτεται πληρέστερα στα πρότυπα συννοσηρότητας. Η ολοκληρωμένη κατανόηση της ΔΕΠΥ απαιτεί επομένως προσοχή στις συνυπάρχουσες καταστάσεις, στους τρόπους με τους οποίους αλληλεπιδρούν με την πάροδο του χρόνου και στα σύνθετα βιοψυχοκοινωνικά συστήματα που επηρεάζουν τα αποτελέσματα. Μόνο με την ενσωμάτωση αυτών των προοπτικών μπορούν οι κλινικοί, οι εκπαιδευτικοί και οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής να σχεδιάσουν στοχευμένες παρεμβάσεις που υποστηρίζουν αποτελεσματικά τα παιδιά με ΔΕΠΥ και προάγουν υγιέστερες αναπτυξιακές διαδρομές.

Βιβλιογραφία

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.

Arnold, L. E., Lofthouse, N., & Hurt, E. (2012). Artificial food colors and attention-deficit/hyperactivity symptoms: Conclusions to dye for. *Neurotherapeutics*, 9(3), 599–609.

Arnsten, A. F. T. (2006). Fundamentals of attention-deficit/hyperactivity disorder: Circuits and pathways. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(Suppl 8), 7–12.

Banerjee, T. D., Middleton, F., & Faraone, S. V. (2007). Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatrica*, 96(9), 1269–1274.

Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.

Barkley, R. A. (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). Guilford Press.

Beauchaine, T. P., Hinshaw, S. P., & Pang, K. L. (2010). Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and early-onset conduct disorder: Biological, environmental, and developmental mechanisms. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(4), 327–336. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01224.x>

Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T., Mick, E., Monuteaux, M. C., & Aleardi, M. (2006). Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: A controlled study of 1001 adults in the community. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(4), 524–540.

Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., & Spencer, T. (1996). Pediatric mania and the misdiagnosis of major depressive disorder. *Psychiatric Annals*, 26(3), 123–128.

Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148(5), 564–577.

- Biederman, J., Petty, C. R., Evans, M., Small, J., & Faraone, S. V. (2008). How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD. *Psychiatry Research*, 160(3), 367–373. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.11.006>
- Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, B., Strober, M., Gill, M. K., Hunt, J., ... & Keller, M. (2009). Four-year longitudinal course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders: The Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) study. *American Journal of Psychiatry*, 166(7), 795–804. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08101569>
- Bridge, J. A., Iyengar, S., Salary, C. B., Barbe, R. P., Birmaher, B., Pincus, H. A., ... & Brent, D. A. (2007). Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: A meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*, 297(15), 1683–1696. <https://doi.org/10.1001/jama.297.15.1683>
- Bruchmüller, K., Margraf, J., & Schneider, S. (2012). Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 128–138.
- Burke, J. D., Loeber, R., & Birmaher, B. (2010). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A review of the past 10 years, part II. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(11), 1275–1293. <https://doi.org/10.1097/00004583-200211000-00009>
- Bush, G., Valera, E. M., & Seidman, L. J. (2005). Functional neuroimaging of attention-deficit/hyperactivity disorder: A review and suggested future directions. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1273–1284.
- Castellanos, F. X., & Tannock, R. (2002). Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: The search for endophenotypes. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(8), 617–628.
- Castellanos, F. X., Lee, P. P., Sharp, W., Jeffries, N. O., Greenstein, D. K., Clasen, L. S., ... & Rapoport, J. L. (2002). Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA*, 288(14), 1740–1748.

- Chang, Z., Quinn, P. D., Hur, K., Gibbons, R. D., Sjölander, A., Larsson, H., & D’Onofrio, B. M. (2016). Association between medication use for attention-deficit/hyperactivity disorder and risk of depression: A nationwide longitudinal cohort study. *JAMA Psychiatry*, 73(9), 918–925. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.2389>
- Chronis-Tuscano, A., Molina, B. S. G., Keenan, K., Kipp, H., Lahey, B. B., Pelham, W. E., & Waldman, I. D. (2010). Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1044–1051. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.127>
- Conners, C. K. (2008). *Conners 3rd Edition (Conners 3)*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Connor, D. F., & Doerfler, L. A. (2008). ADHD with comorbid oppositional defiant disorder or conduct disorder: Discrete or nondistinct disruptive behavior disorders? *Journal of Attention Disorders*, 12(2), 126–134. <https://doi.org/10.1177/1087054707311658>
- Cortese, S., Faraone, S. V., Konofal, E., & Lecendreux, M. (2009). Sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Meta-analysis of subjective and objective studies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(9), 894–908.
- Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Ghandour, R. M., Holbrook, J. R., Kogan, M. D., & Blumberg, S. J. (2018). Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among US children and adolescents, 2016. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 199–212.
- De Los Reyes, A., & Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131(4), 483–509.
- DuPaul, G. J., & Stoner, G. (2014). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies* (3rd ed.). New York: Guilford Press.

- DuPaul, G. J., Gormley, M. J., & Laracy, S. D. (2013). Comorbidity of LD and ADHD: Implications of DSM-5 for assessment and treatment. *Journal of Learning Disabilities*, 46(1), 43–51. <https://doi.org/10.1177/0022219412464351>
- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., & Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale-IV: Checklists, norms, and clinical interpretation*. New York: Guilford Press.
- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 215–237. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3701_16
- Faraone, S. V., & Buitelaar, J. (2010). Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(4), 353–364.
- Faraone, S. V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, 24(4), 562–575. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0>
- Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36(2), 159–165.
- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., & Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1313–1323.
- Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 5(3), 143–154.
- Greene, R. W., Biederman, J., Faraone, S. V., Sienna, M., & Garcia-Jetton, J. (2002). Adolescent outcomes of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder and social disability: Results from a 4-year longitudinal follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5), 732–738.
- Guliyev, R., Civan, F., & Baykara, S. (2022). ADHD and anxiety disorder comorbidity in children and adults: Diagnostic and therapeutic challenges. *Clinical Child*

Psychology and Psychiatry, 27(1), 97–110.
<https://doi.org/10.1177/13591045211072650>

Hinshaw, S. P. (2002). Preadolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Background characteristics, comorbidity, cognitive and social functioning, and parenting practices. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1086–1098.

Hinshaw, S. P., & Scheffler, R. M. (2014). *ADHD: What everyone needs to know*. New York: Oxford University Press.

Instanes, J. T., Klungsøyr, K., Halmøy, A., Fasmer, O. B., & Haavik, J. (2018). Adult ADHD and comorbid somatic disease: A systematic literature review. *Journal of Attention Disorders*, 22(3), 203–228. <https://doi.org/10.1177/1087054716669589>

Jarrett, M. A., & Ollendick, T. H. (2008). A conceptual review of comorbid anxiety and depression in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28(4), 640–662.

Jensen, P. S., Martin, D., & Cantwell, D. P. (2001). Comorbidity in ADHD: Implications for research, practice, and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1275–1279.

Koyuncu, A., Ustun, B., & Turkcpar, M. H. (2022). Gender differences in the comorbidity of ADHD and internalizing disorders in children. *Child Psychiatry & Human Development*, 53(2), 345–357. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01193-8>

Kratochvil, C. J., Newcorn, J. H., Arnold, L. E., Duesenberg, D., Emslie, G., Quintana, H., ... & March, J. S. (2005). Atomoxetine alone or combined with fluoxetine for treating ADHD with comorbid depressive or anxiety symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(9), 915–924. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000169020.37931.ea>

Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Lee, S. S., & Willcutt, E. (2005). Instability of the DSM-IV subtypes of ADHD from preschool through elementary school. *Archives of General Psychiatry*, 62(8), 896–902.

Langley, K., Rice, F., van den Bree, M. B. M., & Thapar, A. (2005). Maternal smoking during pregnancy as an environmental risk factor for attention deficit hyperactivity disorder behaviour: A review. *Minerva Pediatrica*, 57(6), 359–371.

Larson, K., Russ, S. A., Kahn, R. S., & Halfon, N. (2011). Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics*, 127(3), 462–470.

Larsson, H., Chang, Z., D’Onofrio, B. M., & Lichtenstein, P. (2020). The heritability of clinically diagnosed attention deficit hyperactivity disorder across the lifespan. *Psychological Medicine*, 50(12), 1972–1979.
<https://doi.org/10.1017/S0033291719001807>

Leitner, Y. (2014). The co-occurrence of autism and attention deficit hyperactivity disorder in children—what do we know? *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 268.

Li, D., Sham, P. C., Owen, M. J., & He, L. (2006). Meta-analysis shows significant association between dopamine system genes and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Human Molecular Genetics*, 15(14), 2276–2284.

March, J. S., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Hoza, B., Conners, C. K., Hinshaw, S. P., ... & Wells, K. C. (2000). Anxiety, depression, and oppositionality in children with ADHD and a comorbid anxiety disorder: Evidence from the MTA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(9), 1071–1080.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200009000-00009>

Meinzer, M. C., Pettit, J. W., & Viswesvaran, C. (2013). The co-occurrence of attention-deficit/hyperactivity disorder and unipolar depression in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 433–444.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.01.002>

Moffitt, T. E. (2018). Male antisocial behaviour in adolescence and beyond. *Nature Human Behaviour*, 2(3), 177–186. <https://doi.org/10.1038/s41562-018-0309-4>

Murray, D. W., Rabiner, D., Schulte, A., & Newitt, K. (2008). Feasibility and integrity of a parent–teacher consultation intervention for ADHD students. *Child & Family Behavior Therapy*, 30(2), 87–104.

Nigg, J. T. (2006). *What causes ADHD? Understanding what goes wrong and why*. New York: Guilford Press.

Nigg, J. T., Karalunas, S. L., Faraone, S. V., & Castellanos, F. X. (2020). Toward a revised nosology for attention-deficit/hyperactivity disorder heterogeneity. *Biological*

Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging, 5(8), 726–737.
<https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2019.11.004>

Owens, J. A., Maxim, R., Nobile, C., McGuinn, M., & Msall, M. (2000). Parental and teacher ratings of attention-deficit hyperactivity disorder symptoms: The impact of sleep. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 21(1), 27–36.

Pelham, W. E., Fabiano, G. A., & Massetti, G. M. (2005). Evidence-based assessment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 449–476.

Pliszka, S. R. (2000). Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9(3), 525–540.

Pliszka, S. R. (2019). Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with psychiatric disorder: An overview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 80(2), 18nr12567.
<https://doi.org/10.4088/JCP.18nr12567>

Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2015). ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 434–442.
<https://doi.org/10.1093/ije/dyt261>

Rao, P. A., & Landa, R. J. (2013). Association between severity of behavioral phenotype and comorbidities in children with autism spectrum disorders. *Autism*, 18(6), 719–729.
<https://doi.org/10.1177/1362361313499458>

Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (2006). Temperament. In N. Eisenberg (Ed.), *Handbook of child psychology* (Vol. 3, 6th ed., pp. 99–166). New York: Wiley.

Rowe, R., Maughan, B., Costello, E. J., Angold, A. (2010). Defining oppositional defiant disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(12), 1269–1280.
<https://doi.org/10.1111/1469-7610.00611>

Rubia, K. (2011). “Cool” inferior frontostriatal dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder versus “hot” ventromedial orbitofrontal–limbic dysfunction in conduct disorder: A review. *Biological Psychiatry*, 69(12), e69–e87.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.09.023>

- Rucklidge, J. J. (2010). Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(2), 357–373.
- Russell, G., Ford, T., & Russell, G. (2015). Socioeconomic associations with ADHD: Findings from a mediation analysis. *PLoS ONE*, 10(6), e0128248.
- Sander, J. B., McCarty, C. A., & Vander Stoep, A. (2011). Longitudinal relationships between anxiety and depression in early adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 48(4), 385–390. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.07.003>
- Sandström, A., Chang, Z., Larsson, H., & Lichtenstein, P. (2020). Psychiatric morbidity in individuals with persistent ADHD in adulthood. *European Neuropsychopharmacology*, 40(1), 87–95. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.09.635>
- Sasser, T. R., Kalvin, C. B., & Bierman, K. L. (2016). Developmental trajectories of clinically significant ADHD symptoms from grade 3 through 12 in a high-risk sample: Predictors and outcomes. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(2), 207–219. <https://doi.org/10.1037/abn0000106>
- Sciberras, E., Lycett, K., Efron, D., Mensah, F., Gerner, B., & Hiscock, H. (2014). Anxiety in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 133(5), 801–808. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3686>
- Seymour, K. E., Chronis-Tuscano, A., & Halldorsdottir, T. (2012). Comorbid ADHD and ODD: Implications for clinical management. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(1), 45–56. <https://doi.org/10.1007/s10567-012-0114-3>
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 276–293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
- Singh, M. K. (2008). Pediatric bipolar disorder: Diagnostic challenges in identifying mania. *Current Psychiatry Reports*, 10(2), 102–109. <https://doi.org/10.1007/s11920-008-0019-6>
- Sobanski, E., Brüggemann, D., Alm, B., Kern, S., Deschner, M., Schubert, T., ... & Rösler, M. (2010). Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically

referred sample of adults with ADHD. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(7), 371–377. <https://doi.org/10.1007/s00406-007-0712-8>

Sonuga-Barke, E. J. S. (2003). The dual pathway model of AD/HD: An elaboration of neuro-developmental characteristics. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27(7), 593–604.

Staller, J., & Faraone, S. V. (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder in girls: Epidemiology and management. *CNS Drugs*, 20(2), 107–123. <https://doi.org/10.2165/00023210-200620020-00002>

Sung, M., Schwarzenberger, J. C., Rosenberg, L. A., & March, J. S. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A pilot study. *Depression and Anxiety*, 25(7), 585–592. <https://doi.org/10.1002/da.20350>

Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K. (2013). What have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(1), 3–16.

Wang, Y., Zhang, H., & Li, T. (2024). The neural and genetic underpinnings of different trajectories of ADHD symptoms from childhood through adolescence. *BMC Medicine*, 22(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03449-1>

Waschbusch, D. A. (2002). A meta-analytic examination of comorbid hyperactive-impulsive-attention problems and conduct problems. *Psychological Bulletin*, 128(1), 118–150. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.1.118>

Wilens, T. E., Biederman, J., & Spencer, T. J. (2002). Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Annual Review of Medicine*, 53(1), 113–131.

Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., & Pennington, B. F. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1336–1346.

