

Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ): Ανασκόπηση

Σ. ΚΩΤΣΟΠΟΥΛΟΣ, MD, PHD, FRCPC *

Περίληψη

Η ΔΕΠΥ αποτελεί διαταραχή που γίνεται εμφανής στην πρώτη παιδική ηλικία. Η διαταραχή παρουσιάζεται με εντονότερα χαρακτηριστικά κατά την σχολική ηλικία. Παρατηρείται συχνότερα στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια (3 προς 1). Μπορεί να παρουσιάσει ύφεση κατά την ήβη, κυρίως η υπερκινητικότητα, αλλά σε σημαντικό ποσοστό ατόμων παραμένει πρόβλημα δια βίου. Κατά τις ενδείξεις πρόκειται για δυσλειτουργία δικτύων του εγκεφάλου στην οποία εμπλέκονται οι νευροδιαβιβαστές ντοπαμίνη και νοραδρεναλίνη. Το δίκτυο των δυο αυτών νευροδιαβιβαστών υπολειτουργεί επηρεάζοντας τις 'εκτελεστικές λειτουργίες' πρωταρχικός ρόλος των οποίων είναι ο αυτοέλεγχος και η αναστολή οποιασδήποτε άκαιρης απάντησης. Όσον αφορά την αιτιολογία κατά τις ενδείξεις γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες συμβάλλουν στην εκδήλωση της ΔΕΠΥ. Ο κίνδυνος γονέα με ΔΕΠΥ να αποκτήσει παιδί με την ίδια διαταραχή είναι επτά φορές μεγαλύτερος σε σχέση με γονέα χωρίς ΔΕΠΥ. Η γενετική επίδραση είναι περισσότερο σαφής στις βαρύτερες μορφές του συνδρόμου. Περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορεί επίσης να συμβάλλουν στην εκδήλωση ΔΕΠΥ. Τοξικοί παράγοντες κατά την κύηση: κάπνισμα, αλκοόλ, acetaminophene (2017), μόλυβδος. Αποτελεσματικός έλεγχος των συμπτωμάτων μπορεί να επιτευχθεί με φαρμακευτική αγωγή (μεθυλφενιδάτη-Ritalin που αυξάνει την συγκέντρωση της ντοπαμίνης στις συνάψεις και ατομοξετίνη -Strattera που αυξάνει την συγκέντρωση της). Ψυχολογικού τύπου παρεμβάσεις έχουν σημαντικό αλλά συμπληρωματικό αποτέλεσμα.

Λέξεις κλειδιά: Υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα, διάσπαση προσοχής

Εισαγωγή

Η υπερκινητικότητα, η παρορμητικότητα και η διάσπαση προσοχής αποτελούν χαρακτηριστικά που απαντώνται συχνά σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Στην πλειονότητα των παιδιών αυτών η συμπεριφορά τους αποτελεί ποικιλία του φυσιολογικού και συνήθως παύει να αποτελεί πρόβλημα με την πάροδο του χρόνου. Σε μια μειονότητα εντούτοις τα προβλήματα συμπεριφοράς είναι έντονα και δεν υποχωρούν με το χρόνο. Η περίπτωση αυτή χαρακτηρίζεται ως Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ). Κύρια στοιχεία αποτελούν δυο ομάδες χαρακτηριστικών: υπερκινητικότητα – παρορμητικότητα και ελλειμματική προσοχή. Συμβαίνει μερικές φορές ενώ με την ηλικία υποχωρούν η υπερκινητικότητα – η παρορμητικότητα παραμένει ως επίμονο χαρακτηριστικό όπως και η ελλειμματική προσοχή. Άλλοτε η ελλειμματική προσοχή εμφανίζεται σαν κύριο χαρακτηριστικό από την αρχή καθιστώντας τη διάγνωση δυσχερή. Πρόκειται για το ονειροπόλο παιδί. Ο επιπολασμός είναι 4,2 – 6,3% με συχνότητα 3 αγόρια προς 1 κορίτσι.

Οι συμπεριφορές της ΔΕΠΥ γίνονται εμφανείς συνήθως στην ηλικία των 3-4 ετών ενώ μέχρι την ηλικία των 6 ετών το στρες στην οικογένεια από τη συμπεριφορά του παιδιού φτάνει στο μέγιστο βαθμό. Η σοβαρότητα της διαταραχής ποικίλει γίνεται δε περισσότερο εμφανής κάτω από συνθήκες που απαιτούν αυξημένη προσοχής και αυτοέλεγχο της συμπεριφοράς όπως είναι το σχολικό περιβάλλον.

Η ΔΕΠΥ μπορεί να συνυπάρχει με μαθησιακά προβλήματα, χαμηλές επιδόσεις στα μαθήματα, με άγχος, διαταραχή διαγωγής. Μπορεί επίσης να συνυπάρχει με αυτισμό.

Η διάγνωση της ΔΕΠΥ γίνεται με βάση το ιστορικό, την παρατήρηση και με ερωτηματολόγια που περιγράφουν τη συμπεριφορά του παιδιού και συμπληρώνονται από τους γονείς ή τους δασκάλους.

*Κέντρο Ημέρας για Παιδιά με Αναπτυξιακές Διαταραχές, Μεσολόγγι

Αιτιολογία

Σύμφωνα με τις ενδείξεις γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες συμβάλλουν στην εκδήλωση της ΔΕΠΥ. Ο κίνδυνος γονέα με ΔΕΠΥ να αποκτήσει παιδί με την ίδια διαταραχή είναι επτά φορές μεγαλύτερος σε σχέση με γονέα χωρίς ΔΕΠΥ. Η γενετική επίδραση είναι περισσότερο σαφής στις βαρύτερες μορφές του συνδρόμου.

Περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορεί επίσης να συμβάλλουν στην εκδήλωση ΔΕΠΥ. Τοξικοί παράγοντες κατά την κύηση: κάπνισμα, αλκοόλ, acetaminophene (2017), μόλυβδος. Χρωστικές ουσίες και συντηρητικά σε τροφές του παιδιού έχουν επίσης ενοχοποιηθεί.

Ψυχολογική ερμηνεία για κάποιες περιπτώσεις έχει επίσης προταθεί: Υπάρχουν ενδείξεις ότι ατυχείς χειρισμοί του νηπίου μπορεί να συμβάλλουν σε απορρύθμιση του συναισθήματος (emotional dysregulation) μέχρι την ηλικία των 9 μηνών. Η ηλικία αυτή αποτελεί πιθανόν το ανώτερο όριο μιας περιόδου ευαισθησίας στην διάρκεια της οποίας μπορεί να συμβεί η απορρύθμιση του συναισθήματος η οποία κατά τις ενδείξεις λειτουργεί ως εκλυτικός παράγοντας για ΔΕΠΥ. Είναι αποτέλεσμα 'απορριπτικής – πιεστικής' σχέσης με το πρόσωπο που προσφέρει γονεϊκή φροντίδα.

Παθογένεια

Γονίδια που σχετίζονται με τη λειτουργία της ντοπαμίνης και της νοραδρεναλίνης συνιστούν κατά τις ενδείξεις συστήματα που δυσλειτουργούν στην ΔΕΠΥ. Η δυσλειτουργία των συστημάτων (μειωμένα επίπεδα) ντοπαμίνης και νοραδρεναλίνης συνεπάγονται μειωμένη δραστηριότητα των προμετωπιαίων λοβών, του ραβδωτού σώματος, του κερκοφόρου πυρήνα και της ωχράς σφαίρας που συνδέονται μεταξύ τους. Η δυσλειτουργία των συστημάτων αυτών αποτελεί το υπόστρωμα του ελλείμματος των 'εκτελεστικών λειτουργιών' που χαρακτηρίζουν τη ΔΕΠΥ. Πρωταρχικός ρόλος των 'εκτελεστικών λειτουργιών' είναι ο αυτοέλεγχος και η αναστολή οποιασδήποτε άκαιρης απάντησης σε ερεθίσματα. Υπό αυτό το πρίσμα η ΔΕΠΥ θεωρείται δυσλειτουργία του συστήματος αναστολής και ελέγχου (Pennington 2002).

Πρόγνωση

Τα προβλήματα συμπεριφοράς της ΔΕΠΥ που βρίσκονται σε ένταση κατά τη σχολική ηλικία (6-12 χρ.) αρχίζουν να υποχωρούν, προπάντων η υπερκινητι-

κότητα σε πολλά παιδιά με την έναρξη της ήβης. Η ελλειμματική προσοχή εντούτοις εξακολουθεί να αποτελεί πρόβλημα σε ποσοστό που κυμαίνεται από 50 έως 80%. Νέα προβλήματα όμως μπορεί να ανακύψουν π.χ. διαταραχή διαγωγής, κατάχρηση ουσιών. Προβλήματα ΔΕΠΥ μπορεί να εξακολουθούν και στον ενήλικο και να μένουν αδιάγνωστα.

Συννοσηρότητα

Η ΔΕΠΥ συχνά συνυπάρχει με μαθησιακές δυσκολίες, εναντιωματική συμπεριφορά, διαταραχή διαγωγής, διαταραχή της διάθεσης (κατάθλιψη), αγχώδης διαταραχή, διαταραχή αυτιστικού φάσματος, σύνδρομο Gilles de la Tourette. Σε νέους μπορεί να συνυπάρχει με κατάχρηση ουσιών (χασίς, αλκοόλ).

Θεραπεία

Βασική θεραπεία της ΔΕΠΥ είναι η φαρμακευτική αγωγή. Τα μέχρι σήμερα ερευνητικά – θεραπευτικά προγράμματα έχουν δείξει ότι μόνον η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να θέσει υπό συμπτωματικό έλεγχο την ελλειμματική προσοχή και την υπερκινητικότητα. Άλλες ψυχολογικού τύπου παρεμβάσεις μπορεί να έχουν σημαντικό αλλά συμπληρωματικό αποτέλεσμα.

Τα φάρμακα που ενεργούν στις συνάψεις των ντοπαμινεργικών νευρώνων είναι τα διεγερτικά μεθυλφενιδάτη (Ritalin, και βραδείας αποδέσμευσης Concerta) και δεξτροαμφεταμίνη (Dexedrine). Και τα δυο φάρμακα είναι εξίσου αποτελεσματικά. Αναστέλλουν τη επαναπρόσληψη του μεταβιβαστή (transporter) αυξάνοντας την συγκέντρωση ντοπαμίνης στις συνάψεις. Είναι φάρμακα ταχείας ενέργειας.

Το φάρμακο που ενεργεί στις συνάψεις των νευρώνων νοραδρεναλίνης είναι η ατομοξετίνη (Strattera). Βραδείας ενέργειας.

Φαρμακευτική θεραπεία εκλογής είναι η μεθυλφενιδάτη (Ritalin). Ανταποκρίνεται περίπου το 80% των περιστατικών. Η ενέργεια είναι άμεση και ο χρόνος δράσης είναι από 4-5 ώρες. Υπάρχει και σκεύασμα βραδείας αποδέσμευσης (Concerta). Αύξηση διάρκειας προσοχής, υποχώρηση υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας.

Παρενέργειες: απώλεια όρεξης, ήπια κεφαλαλγία, δυσθυμία. Αν το φάρμακο ληφθεί μετά το μεσημέρι: δυσκολία στον ύπνο. Σε μακροχρόνια χρήση μπορεί να παρατηρηθεί επιβράδυνση στην ανάπτυξη (ανα-

στρέψιμη).

Δεν υπάρχουν ενδείξεις εξάρτησης από τη φαρμακευτική αγωγή στη εφηβεία και μετά. Υπάρχουν ενδείξεις προστασίας από την χρήση ουσιών σε περιπτώσεις θεραπειάς με διεγερτικά.

ΔΕΠΥ στον ενήλικα

Ο ενήλικας με ΔΕΠΥ δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί (παρουσιάζει διάσπαση προσοχής), να ακολουθήσει οδηγίες (ενεργεί παρορμητικά), να θυμάται πληροφορίες, να οργανώσει τη δραστηριότητα του, να τελειώσει τη δουλειά του στον επιθυμητό χρόνο. Μπορεί να είναι υπερδραστήριος (υπερκινητικός).

Συμβουλευτική εργασία

Απαραίτητη συνοδός της φαρμακευτικής αγωγής τουλάχιστον στα χρόνια της φοίτησης στο σχολείο.

Γνωστική θεραπεία συμπεριφοράς (Cognitive Behavior Therapy) μπορεί να βοηθήσει. Πρωταρχικά στο «Γνώθι σ' αυτόν» και αποφυγή απαξίωσης του εαυτού.

Εκπαίδευση στην οργάνωση του καθημερινού και επαγγελματικού βίου.

Στόχευση σε σημαντικούς στόχους. Αποφυγή περιτού αγχους.

Βιβλιογραφία

- 1 Pennington B.F. The Development of Psychopathology. The Guilford Press, New York, 2002, pp. 162-222
- 2 Barkley RA. Attention –Deficit /Hyperactivity Disorder. In, Child Psychopathology.(eds, Mash and Barkley) , The Guilford Press, New York, 1996, pp. 63-112
- 3 Κάκουρος Ε., Μανιαδάκη Κ. Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων – Αναπτυξιακή Προσέγγιση. Τυπωθήτω, Αθήνα, 2004, σελ. 87-126
- 4 Morrell J, Murray L Parenting and the development of conduct disorder and hyperactive symptoms in childhood: a prospective longitudinal study from 2 months to 8 years. J Child Psychol Psychiatry. 2003, 44(4), 489-508

