

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**<<ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ**

**ΚΑΙ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ**

**ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ >>**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΠΙΤΤΑ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΗΓΟΥΜΕΝΙΔΗΣ ΜΙΧΑΗΛ**

**ΠΑΤΡΑ**

**ΙΟΥΛΙΟΣ 2015**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου, τον κ. Μιχαήλ Ηγουμενίδη για τις υποδείξεις του και την πολύτιμη βοήθεια του καθ'όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία αναλύεται η έννοια της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) κατά τη παιδική ηλικία. Αρχικά, αναφέρεται το φάσμα του Συνδρόμου της Ελλειμματικής Προσοχής, διατυπώνοντας τους ορισμούς από διάφορους συγγραφείς αλλά και τα βασικά χαρακτηριστικά του. Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής Υπερκινητικότητας είναι μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή έχοντας ως πρωτογενή χαρακτηριστικά τα συμπτώματα της απροσεξίας, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας. Επιπλέον, τα διαγνωστικά κριτήρια και η εξειδικευμένη παιδοψυχιατρική διεπιστημονική ομάδα παίζουν καθοριστικό ρόλο για την διάγνωση της ΔΕΠΥ. Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει ότι παρόλο που η συγκεκριμένη διαταραχή είναι ένα συχνό ψυχιατρικό νόσημα, στην Ελλάδα θεωρείται αμελητέο από τους γονείς με αποτέλεσμα να μην γίνει έγκαιρα η πρόληψη και η θεραπεία του παιδιού. Στόχος της εργασίας είναι η παρουσίαση κάποιων εύλογων προτάσεων που θα συμβάλλουν στην αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος. Οι προτάσεις που θέτουμε είναι η διενέργεια επιδημιολογικών μελετών, η συνολική και όχι αποσπασματική θεώρηση του προβλήματος, η συστηματικότερη ευαισθητοποίηση του κοινού και η καλύτερη οργάνωση και συνεργασία φορέων. Τέλος, για την αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ είναι απαραίτητη η συνεργασία γονέων με τους εκπαιδευτικούς όταν τα παιδιά εμφανίζουν πολλαπλά συμπτώματα τόσο στο σπίτι όσο και στο σχολείο.

## **ABSTRACT**

This thesis analyzes the concept of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in childhood. First, the range of the syndrome is described, using definitions by different authors, and presenting its key features. Attention Deficit Hyperactivity Disorder is a neurodevelopmental disorder with primary characteristic symptoms such as inattention, hyperactivity and impulsivity. In addition, there are specific diagnostic criteria and specialized child psychiatry multidisciplinary teams that play a key role in diagnosing ADHD. The literature review indicates that, although the particular disorder is a common psychiatric illness, it is considered insignificant by the parents in Greece, which leads them to fail to prevent it or arrange for treatments for their children. The aim of the paper is to present some reasonable proposals that will help address this problem. These are related to the conduct of proper epidemiological studies, the shift of the approaches to the problem from one-sidedness to coherence, systematic efforts to achieve public awareness, and better cooperation between the appropriate institutions. Finally, the treatment of ADHD requires the parents' cooperation with teachers, as children tend to have multiple symptoms, both at home and at school.

## Περιεχόμενα

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	3
<b>ABSTRACT</b> .....	4
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	6
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup></b> .....	8
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ .....	8
1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ .....	9
1.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ-ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ .....	11
1.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	13
1.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	15
1.6 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ .....	17
1.7 ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ – ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	18
1.8 ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ .....	21
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup></b> .....	24
2.1 ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	24
2.2 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ – ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ .....	25
2.3 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ.....	26
2.4 ΣΧΟΛΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.....	29
2.5 ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΕΣ.....	30
<b>3. ΕΠΙΛΟΓΟΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b> .....	32
<b>ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	36
<b>ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	41

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Σύνδρομο της Ελλειμματικής Προσοχής, διεθνώς γνωστό και ως Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) αποτελεί μία από τη πιο συχνότερη νευροαναπτυξιακή διαταραχή στη παιδική ηλικία μέχρι και την ενήλικη ζωή. Τα βασικά συμπτώματα της διαταραχής αυτής είναι η έλλειψη προσοχής, η παρορμητικότητα καθώς και η υπερκινητικότητα. Επιπλέον, δημιουργεί συνέπειες στη καθημερινή ζωή του παιδιού και είναι μία μακροπρόθεσμη κατάσταση.

Παρόλο που πρόκειται όμως για μια τόσο συχνή κατάσταση, η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), είναι ελάχιστα κατανοητή από την κοινότητα και δεν γίνεται δεκτή από επιστημονικές και κοινωνικές ομάδες. Το γεγονός αυτό οδήγησε στην εφαρμογή επιστημονικών μελετών και στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινωνικού πληθυσμού.

Στόχος της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι, μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και του διαδικτύου, η κατανόηση του συνδρόμου της Ελλειμματικής Προσοχής στην παιδική ηλικία και η παρουσίαση προτάσεων για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος. Επιπλέον με τη μελέτη αυτής της διαταραχής στη παιδική ηλικία θέλουμε να ενημερώσουμε και να ευαισθητοποιήσουμε το κοινωνικό σύνολο, έτσι ώστε να γίνει έγκαιρα η πρόληψη για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα.

Η δομή της παρούσας εργασίας αποτελείται από δύο κεφάλαια. Στο πρώτο μέρος γίνεται ιστορική αναδρομή του Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), αναφέρονται τα συμπτώματα-λειτουργικές συνέπειες καθώς και η διάγνωση του συνδρόμου. Επίσης,

γίνεται καταγραφή των επιδημιολογικών δεδομένων και ανάλυση των αιτιών και των παραγόντων κινδύνου. Ακόμη, αναφέρονται συνηθισμένες καταστάσεις συννοσηρότητας της ΔΕΠΥ με την διαφορική διάγνωσή τους και οι τρόποι αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ.

Στο δεύτερο μέρος γίνεται περιγραφή του ρόλου του νοσηλευτή στην κοινότητα. Επιπλέον, ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου και διαχείριση της νόσου. Τέλος, αναφέρεται ο θεσμός της Σχολικής Νοσηλευτικής και η δραστηριοποίηση επαγγελματιών υγείας σε έρευνες καθώς και τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την παρούσα εργασία.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

## 1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) είναι μία συνήθης συμπεριφορική νόσος της παιδικής ηλικίας η οποία εμμένει πολλές φορές και στην ενήλικη ζωή. Όπως υποδηλώνει και η ονομασία της, η νόσος χαρακτηρίζεται από ακατάλληλη για την ηλικία του παιδιού απροσεξία και υπερκινητικότητα. Η νεότερη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών κατατάσσει τη νόσο στις νευροαναπτυξιακές διαταραχές και την περιγράφει ως ένα ‘εμμένον μοτίβο απροσεξίας και/ή υπερδραστηριότητας-παρόρμησης, το οποίο επηρεάζει την λειτουργικότητα ή την ανάπτυξη (American Psychiatric Association 2013). Το συγκεκριμένο εγχειρίδιο διαχωρίζει περαιτέρω τη ΔΕΠ-Υ σε υποκατηγορίες ανάλογα με το αν τα συμπτώματα αφορούν περισσότερο σε απροσεξία, υπερκινητικότητα ή και στα δύο (συνδυασμένος τύπος). Αυτός ο διαχωρισμός είναι αρκετά εξειδικευμένος και δεν θα μας απασχολήσει, καθώς η μεγάλη πλειοψηφία των πασχόντων εμφανίζει ούτως ή άλλως τον συνδυασμένο τύπο (Κουμούλα 2012).





## What Is ADHD?

### 1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Γενικότερα η φύση των ψυχιατρικών νοσημάτων είναι τέτοια, ώστε λίγα από αυτά μπορούσαν να αναγνωριστούν ως νοσήματα στο παρελθόν. Για παράδειγμα, οι σχιζοφρενείς στην Ευρώπη κατά τον Μεσαίωνα θεωρούνταν κατά κύριο λόγο δαιμονισμένοι και η όλη προσέγγιση του προβλήματος είχε θρησκευτική βάση (Dendle 2005). Τα όρια της ψυχιατρικής επιστήμης και των πνευματικών προσεγγίσεων εξακολουθούν ορισμένες φορές να είναι δυσδιάκριτα<sup>1</sup> είναι χαρακτηριστικό ότι, σύμφωνα με πρόσφατο άρθρο δημοσιευμένο σε ακαδημαϊκό έντυπο (Irmak 2014), ορισμένες περιπτώσεις σχιζοφρένειας τελικά μπορεί να είναι όντως ενδείξεις ύπαρξης ενός

δαιμονικού κόσμου – άποψη που φυσικά προκάλεσε έντονες αντιδράσεις από την πλευρά της επιστημονικής κοινότητας. Η Ψυχιατρική και η Ψυχολογία βρίσκονται συχνά αντιμέτωπες με δεδομένα που δύσκολα μπορούν να προβλεφθούν και να εξηγηθούν, και που μπορεί να υπόκεινται αναγκαστικά σε υποκειμενικές ερμηνείες ή που μπορεί να μεταβάλλονται καθώς οι γνώσεις για τα σχετικά νοσήματα αυξάνονται αλλά και τροποποιούνται. Αυτό που πρέπει να έχουμε υπόψη είναι ότι η πρόοδος των ψυχιατρικών επιστημών (και ειδικά στον τομέα της νευροαπεικόνισης) θα καταστήσει στο μέλλον περισσότερο αντικειμενικά τα σχετικά δεδομένα.

Σύμφωνα με νεότερες ενδείξεις, η ΔΕΠΥ έχει περιγραφεί ως σύνδρομο εμπεριστατωμένα ήδη από το 1775, από τον Γερμανό Melchior Adam Weikard, μαζί με ορισμένες προτάσεις για την αντιμετώπισή της (Barkley & Peters, 2012). Το 1798 ο Alexander Crichton περιέγραψε επίσης ένα παρόμοιο σύνδρομο (Palmer & Finger, 2001), ενώ στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα ο Βρετανός παιδίατρος Still περιέγραψε συγκεκριμένα παιδιατρικά περιστατικά του συνδρόμου (Barkley, 2006). Βάσει του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών που εκδίδει η Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση, το σύνδρομο άλλαξε διάφορες ονομασίες κατά τη διάρκεια του 20<sup>ου</sup> αιώνα έως το 1987 όπου και καθιερώθηκε η σημερινή του ονομασία. Όπως θα δούμε και στη συνέχεια, η καταχώρηση του συνδρόμου στο προαναφερθέν εγχειρίδιο δεν σήμανε την αυτόματη αποδοχή του από το σύνολο της επιστημονικής κοινότητας παγκοσμίως. Εμφανίστηκαν διάφορες αμφισβητήσεις και διαφωνίες ως προς τη διάγνωση, την αντιμετώπιση, ή ακόμα και την ίδια την ύπαρξη του, έως αρκετά πρόσφατα.

### 1.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ-ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ

Τα βασικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠΥ είναι η ελλειμματική προσοχή, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα. Τα χαρακτηριστικά αυτά υπάρχουν σε όλα τα παιδιά, όμως στα παιδιά με ΔΕΠΥ παρουσιάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό και συχνότητα (Ελληνική Εταιρεία για τις Νευροεπιστήμες 2011). Συνοπτικά, παιδιά με συμπτώματα ελλειμματικής προσοχής μπορούν να εμφανίσουν τις εξής συμπεριφορές:

- Διασπώνται εύκολα, χάνουν τις λεπτομέρειες, ξεχνούν πράγματα και μεταβαίνουν συχνά από την μία δραστηριότητα στην άλλη
- Παρουσιάζουν δυσκολία να συγκεντρωθούν σε ένα αντικείμενο
- Χάνουν εύκολα το ενδιαφέρον τους για κάτι που τους έχει ανατεθεί, εκτός αν πρόκειται για κάτι που τα διασκεδάζει
- Παρουσιάζουν δυσκολία να εστιάσουν την προσοχή τους κατά την οργάνωση και διεκπεραίωση ενός καθήκοντος ή κατά την εκμάθηση νέων γνώσεων
- Δυσκολεύονται να ολοκληρώσουν τις σχολικές τους εργασίες και συχνά χάνουν αντικείμενα που τους είναι απαραίτητα για διάφορες δραστηριότητες ή υποχρεώσεις (μολύβια, παιχνίδια κλπ)
- Δίνουν την εντύπωση ότι δεν ακούνε όταν τους απευθύνονται
- Ονειροπολούν, μπερδεύονται εύκολα, αργούν
- Δυσκολεύονται να ακολουθήσουν οδηγίες

Αντίστοιχα, τα παιδιά με συμπτώματα υπερκινητικότητας εμφανίζουν τις εξής συμπεριφορές:

- Κινούνται νευρικά και στριφογυρίζουν στις θέσεις τους
- Μιλούν ακατάπαυστα
- Τρέχουν και κινούνται υπερβολικά, αγγίζοντας και παίζοντας με οτιδήποτε βρεθεί μπροστά τους
- Δυσκολεύονται να καθίσουν φρόνιμα στο γεύμα, το σχολείο ή κατά τη διάρκεια της αφήγησης ενός παραμυθιού
- Βρίσκονται σε διαρκή κίνηση
- Δυσκολεύονται να πάρουν μέρος σε ήσυχες δραστηριότητες και καθήκοντα

Τέλος, παιδιά με συμπτώματα παρορμητικότητας εμφανίζουν τις εξής συμπεριφορές:

- Είναι ανυπόμονα
- Κάνουν ακατάλληλα και απρεπή σχόλια, εκφράζουν τα συναισθήματά τους χωρίς έλεγχο και δρουν χωρίς να αναλογίζονται τις συνέπειες των πράξεών τους
- Δυσκολεύονται να περιμένουν για πράγματα που επιθυμούν ή να περιμένουν την σειρά τους σε κάποιο παιχνίδι

- Διακόπτουν συχνά και παρεμβάλλονται σε συζητήσεις ή άλλες δραστηριότητες (Ελληνική Εταιρεία για τις Νευροεπιστήμες 2011; American Psychiatric Association 2013)



Είναι σαφές ότι αυτές οι συμπεριφορές επηρεάζουν την λειτουργικότητα των παιδιών, αυτό όμως μπορεί να μη γίνεται εύκολα αντιληπτό ή μπορεί να μην γίνεται αντιληπτό ως ψυχιατρικό πρόβλημα από γονείς και δασκάλους που δεν έχουν την πείρα να διαχωρίσουν ένα άτακτο παιδί από ένα παιδί που νοσεί. Η διάγνωση θα πρέπει να γίνεται από έναν ειδικό, με βάση συγκεκριμένα κριτήρια, τα οποία περιγράφονται στη συνέχεια.

## 1.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Προκειμένου να διαγνωστεί ένα παιδί ή ένας ενήλικος με ΔΕΠΥ, χρειάζεται να ικανοποιούνται ορισμένα διαγνωστικά κριτήρια, έτσι όπως αυτά ορίζονται από την Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση στη νεότερη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχιατρικών Διαταραχών (DSM-V). Επισημαίνεται βέβαια ότι η διάγνωση πρέπει να γίνει από εξειδικευμένη παιδοψυχιατρική διεπιστημονική ομάδα, σε συνεργασία

με την οικογένεια. Σύμφωνα λοιπόν με το προαναφερθέν εγχειρίδιο, τα συμπτώματα τα οποία αναζητούνται εντάσσονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες (Έλλειψη Προσοχής και Υπερδραστηριότητα/Παρορμητικότητα), και για να προέλθει διάγνωση ΔΕΠΥ για καθεμία από αυτές τις κατηγορίες απαιτείται η παρουσία 6 ή περισσότερων συμπτωμάτων για παιδιά κάτω των 16 ετών, και 5 ή περισσότερων συμπτωμάτων για παιδιά άνω των 16 ετών ή ενήλικες. Ενδεικτικά αναφέρονται τα ακόλουθα συμπτώματα:

1) Έλλειψη Προσοχής

- Αδυνατεί να δώσει προσοχή σε λεπτομέρειες
- Αδυνατεί να επικεντρωθεί σε καθήκοντα
- Δείχνει να μην ακούει όταν του απευθύνονται άμεσα
- Έχει πρόβλημα στην οργάνωση δραστηριοτήτων
- Αποφεύγει καθήκοντα που απαιτούν πνευματική προσπάθεια για παρατεταμένο χρονικό διάστημα (πχ σχολικές εργασίες)
- Αποσπάται εύκολα
- Είναι αφηρημένος

2) Υπερδραστηριότητα/Παρορμητικότητα

- Δεν κάθεται φρόνιμα στη θέση του, κουνά μηχανικά χέρια και πόδια
- Τρέχει χωρίς να υπάρχει λόγος
- Δεν λαμβάνει μέρος σε δραστηριότητες με ησυχία

- Μιλάει υπέρμετρα
- Απαντά χωρίς να έχει ολοκληρωθεί η ερώτηση
- Δεν μπορεί να περιμένει τη σειρά του

Επιπρόσθετα, προκειμένου να τεθεί διάγνωση, τα συμπτώματα πρέπει:

- να έχουν κάνει την εμφάνισή τους πριν την ηλικία των 12 ετών
- να παρουσιάζονται σε δύο ή περισσότερα πλαίσια (πχ σπίτι, σχολείο, επαγγελματικός χώρος)
- να παρεμβαίνουν ή να μειώνουν την ποιότητα της κοινωνικής, σχολικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας, και
- να μην εντάσσονται σε άλλη ψυχιατρική διαταραχή (American Psychiatric Association, 2013).

## **1.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

Υπάρχουν διάφορα επιδημιολογικά δεδομένα σχετικά με τη ΔΕΠΥ και τα ποσοστά μπορεί να εμφανίζονται διαφορετικά, ανάλογα με τα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται και τη μεθοδολογία των σχετικών ερευνών. Ένα γενικά αποδεκτό ποσοστό όσον αφορά στα παιδιά που εμφανίζουν τη νόσο προσεγγίζει το 5% του γενικού πληθυσμού (Polanczyketal. 2007), ενώ αυτό το ποσοστό μειώνεται στο 3.4% για τους ενήλικες (Fayyadetal. 2008). Η ΔΕΠΥ είναι η πιο συχνή ψυχιατρική νόσος των παιδιών 8-15 ετών,

μπροστά από τις συναισθηματικές διαταραχές, τις διαταραχές συμπεριφοράς και τις γενικευμένες αγχώδεις διαταραχές, αν και μόνο στις μισές περιπτώσεις αναζητείται ιατρική βοήθεια (Merikangas et al. 2010). Η πιο σύγχρονη επιδημιολογική μελέτη για τη ΔΕΠΥ αναφέρει ότι δεν υπάρχει κανείς λόγος για να θεωρήσει ότι τα πραγματικά ποσοστά της έχουν αλλάξει κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, και ότι τα διαφορετικά ποσοστά που εμφανίζονται στη διεθνή βιβλιογραφία είναι αποτέλεσμα διαφορετικής μεθοδολογίας που χρησιμοποιείται από τους ερευνητές για την εξαγωγή αποτελεσμάτων (Polanczyk et al. 2014).

Αν και δεν υπάρχουν συγκεκριμένα επιδημιολογικά στοιχεία για τη χώρα μας μέχρι τώρα, τα προαναφερθέντα παγκόσμια δεδομένα καταδεικνύουν ότι το πρόβλημα της ΔΕΠΥ δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να θεωρηθεί αμελητέο, όπως πιθανότατα θεωρείται ακόμα και σήμερα στην Ελλάδα από ένα μεγάλο ποσοστό της κοινής γνώμης. Όπως θα δούμε στη συνέχεια, οι νοσηλευτές στην Ελλάδα θα μπορούσαν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην ευαισθητοποίηση και την ενημέρωση του κοινού σχετικά με αυτήν τη νόσο, όπως και στην αντιμετώπισή της. Είναι όμως επιτακτική ανάγκη να υπάρξουν σε σύντομο χρονικό διάστημα οι απαιτούμενες επιδημιολογικές έρευνες –σε συνδυασμό με την ευρύτερη χρήση των σύγχρονων διαγνωστικών εργαλείων – οι οποίες θα επιτρέψουν μία ακριβή εκτίμηση του προβλήματος και στη χώρα μας, όπως έχει ήδη συμβεί στις περισσότερες χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου.



## 1.6 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Τα αίτια της ΔΕΠΥ αποδίδονται σε κληρονομικούς παράγοντες σε ένα ποσοστό που φτάνει έως και το 80% (Biederman&Faraone 2002). Το φύλο αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου, καθώς φαίνεται ότι τα αγόρια διαγιγνώσκονται με ΔΕΠΥ σε τριπλάσιο ποσοστό απ' ό,τι τα κορίτσια (Cantwell 1996). Υπάρχουν επίσης περιβαλλοντικοί παράγοντες που βρίσκονται υπό διερεύνηση για την εκδήλωση της ΔΕΠΥ και χωρίζονται σε προγεννητικούς, περιγεννητικούς και μεταγεννητικούς (Golmirzaeietal. 2013). Στους προγεννητικούς και τους περιγεννητικούς περιλαμβάνονται η χρήση αλκοόλ και καπνού από τη μητέρα κατά την περίοδο της κύησης, η εξέταση της μητέρας με ακτίνες X χωρίς να είναι απαραίτητο, η ενδεχόμενη προωρότητα της γέννησης και η καισαρική τομή. Η γαλουχία με μητρικό γάλα και όχι με έτοιμα σκευάσματα ενδεχομένως έχει προστατευτική δράση (Stolzer 2005). Μετά τη γέννηση, παράγοντες κινδύνου είναι ο υποθυρεοειδισμός, διάφορες ιογενείς λοιμώξεις, η εγκεφαλίτιδα, η επιληψία, οι τραυματισμοί στο κεφάλι και η έκθεση σε τοξίνες ή φάρμακα (Millichap 2008).

Οι διατροφικοί παράγοντες βρίσκονται στο επίκεντρο πρόσφατων συζητήσεων όσον αφορά στην αποτυχία φαρμακευτικής αντιμετώπισης και την επιδείνωση της ΔΕΠΥ. Οι νεότερες μελέτες δίνουν έμφαση στον θετικό ρόλο που παίζουν τα ωμέγα-3 λιπαρά και τα μέταλλα, και στον αρνητικό ρόλο της ζάχαρης και των συντηρητικών. Είναι γενικότερα χρήσιμο για ένα παιδί να ακολουθεί μία σχετικά υγιεινή διατροφή (χωρίς τις υπερβολές στις οποίες φθάνουν συχνά οι γονείς), αλλά η σημασία της πολλαπλασιάζεται όταν από αυτήν μπορεί να εξαρτάται η αντιμετώπιση μίας νόσου. Έτσι, είναι χρήσιμο να σημειωθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠΥ πρέπει να ακολουθούν μία δίαιτα με περισσότερες φυτικές ίνες, φυλλικό οξύ και ωμέγα-3 λιπαρά, και να αποφεύγουν επεξεργασμένα τρόφιμα και τροφές

υψηλής περιεκτικότητας σε λίπος. Τα συμπληρώματα ωμέγα-3 λιπαρών οξέων, καθώς και τα συμπληρώματα σιδήρου και ψευδαργύρου (όπου υπάρχει έλλειψη), μπορεί να αποδειχθούν ιδιαίτερα χρήσιμα (Millichap&Yee 2012).

Η ιδέα ότι η επεξεργασμένη ζάχαρη προκαλεί ή επιδεινώνει τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ είναι αρκετά διαδεδομένη, αλλά οι περισσότερες έρευνες δεν φαίνεται να υποστηρίζουν αυτή τη θεωρία. Σε μελέτη όπου ερευνητές έδιναν στα παιδιά τροφές που περιείχαν ζάχαρη ή υποκατάστατό της κάθε δεύτερη μέρα βρέθηκε ότι τα παιδιά της πρώτης ομάδας δεν παρουσίασαν διαφορές στα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά ή στις μαθησιακές ικανότητες συγκρινόμενα με αυτά που λάμβαναν το υποκατάστατο της ζάχαρης (Wolraichetal. 1994). Η επεξεργασμένη ζάχαρη είναι γενικά επικίνδυνη για την υγεία και πρέπει να αποφεύγεται, φαίνεται όμως ότι δεν είναι υπεύθυνη για όλα τα αρνητικά που κατά καιρούς της αποδίδονται.

## **1.7 ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ – ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Η συννοσηρότητα είναι σχεδόν ο κανόνας για τη ΔΕΠΥ της παιδικής ηλικίας (Κουμούλα 2012). Υπολογίζεται ότι 60-100% των παιδιών με ΔΕΠΥ εμφανίζουν επίσης μία ή περισσότερες συνυπάρχουσες διαταραχές (Gillbergetal. 2004), αν και συχνά δεν υπάρχει ομοφωνία κατά πόσον οι συνυπάρχουσες διαταραχές αντιπροσωπεύουν διαφορετικές μορφές της ίδιας πρωταρχικής κατάστασης ή είναι ανεξάρτητες καταστάσεις. Για παράδειγμα, η Εναντιωματική- Προκλητική Διαταραχή (ΕΠΔ) και η Διαταραχή Διαγωγής (ΔΔ) είναι οι πιο συχνές νόσοι που παρατηρούνται μαζί με τη ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία, αλλά ορισμένοι ερευνητές θεωρούν ότι η συνύπαρξη ΕΠΔ ή ΔΔ με ΔΕΠΥ αποτελεί μία

ξεχωριστή διαταραχή (Banaschewski et al. 2003), ενώ άλλοι θεωρούν ότι η ισχυρή σύνδεσή τους είναι αποτέλεσμα κοινών γενετικών προδιαθεσικών παραγόντων (Thapar et al. 2006). Παραμένει πάντως το γεγονός ότι τα παιδιά που πάσχουν από ΔΕΠΥ συχνά εμφανίζουν προβλήματα διαγωγής και επιθετικότητας. Εξάλλου, έχει παρατηρηθεί ότι οι βίαιες εξάρσεις που παρατηρούνται σε διάφορες παθολογικές παιδικές καταστάσεις και οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε τραυματισμό των παιδιών που τις βιώνουν ή τρίτων προσώπων, είναι περισσότερο συχνές σε παιδιά που πάσχουν από ΔΕΠΥ (Carlson et al. 2009). Σχετικό είναι και το σύνδρομο Tourette, κατά το οποίο εμφανίζονται νευρικά τικ και επαναλαμβανόμενες ιδιόμορφες συμπεριφορές, όπως ανοιγοκλείσιμο των ματιών, συσπάσεις του προσώπου ή μορφασμοί, συνεχές καθάρισμα του λαιμού ή εκτόξευση ανάρμοστων λόγων. Λίγα παιδιά έχουν αυτή τη διαταραχή, αλλά μεταξύ εκείνων που την έχουν, πολλά εμφανίζουν επίσης ΔΕΠΥ (Ελληνικά Εταιρεία για τις Νευροεπιστήμες, 2011).

Οι συναισθηματικές διαταραχές αποτελούν επίσης συνηθισμένες καταστάσεις συννοσηρότητας της ΔΕΠΥ. Η μείζονα κατάθλιψη κυμαίνεται σε μεγάλα ποσοστά στην παιδική και εφηβική ΔΕΠΥ, αν και οι ερευνητές και πάλι φαίνονται να βρίσκονται σε ασυμφωνία ως προς την πραγματική φύση του προβλήματος. Έτσι, ορισμένοι θεωρούν ότι η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα της ΔΕΠΥ λόγω των δυσκολιών που αυτή προκαλεί στις σχέσεις με την οικογένεια και συνομηλίκους και στη σχολική επίδοση (Ostrander et al. 2006), ενώ άλλοι πιστεύουν ότι η κατάθλιψη προκαλείται χωριστά από τη ΔΕΠΥ (Daviss 2008). Η κατάσταση περιπλέκεται όταν εμφανίζονται κοινά συμπτώματα κι έτσι χρειάζεται μεγάλη προσοχή στη διαφορική διάγνωση: προβλήματα συγκέντρωσης και μνήμης, κινητική ανησυχία, ευερεθιστότητα και διαταραχές ύπνου μπορεί να είναι συμπτώματα της ΔΕΠΥ και δεν πρέπει να εκλαμβάνονται ως συμπτώματα κατάθλιψης (McIntosh et al. 2009). Η κατάθλιψη πρέπει να αντιμετωπίζεται ξεχωριστά όταν είναι

πρωτογενής, αλλά αν προκύπτει ως αποτέλεσμα της ΔΕΠΥ, αρκεί η αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ (Biederman et al. 1998).

Πρέπει επίσης να σημειωθεί η ισχυρή σύνδεση που φαίνεται να υπάρχει ανάμεσα στη ΔΕΠΥ κατά την παιδική ηλικία και στην κατάχρηση ουσιών κατά την ενήλικη ζωή (Brook et al. 2010), κάτι που αποδεικνύει για άλλη μία φορά πόσο σημαντικό είναι να αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά η νόσος από την παιδική ηλικία. Πρόσφατη μελέτη καταδεικνύει ότι η ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία είναι ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για χρήση ουσιών, αλκοόλ και για κάπνισμα (Wilens et al. 2011). Αυτό το ζήτημα απαιτεί βέβαια μεγαλύτερη διερεύνηση, καθώς υπάρχει η πιθανότητα το πρόβλημα στη συγκεκριμένη περίπτωση να μην είναι η ίδια η ΔΕΠΥ, αλλά τα διεγερτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της (Wilens et al. 2003). Για παράδειγμα, αν η φαρμακευτική αγωγή διακοπεί απότομα ή πρόωρα, ο οργανισμός μπορεί να εκδηλώνει συμπτώματα στέρησης, τα οποία εξωθούν στην αναζήτηση άλλων διεγερτικών ουσιών, όπως η νικοτίνη ή ο καφές. Αυτά και άλλα ζητήματα που σχετίζονται με τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ αναλύονται στη συνέχεια.

## 1.8 ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Προκειμένου να αντιμετωπιστεί μία νόσος, υπάρχουν συγκεκριμένα θεραπευτικά πρωτόκολλα. Αυτά τα πρωτόκολλα διαμορφώνονται από ειδικούς επιστήμονες και θεσμοθετημένους φορείς, και υπόκεινται κατά διαστήματα σε αναθεώρηση ανάλογα με την αποτελεσματικότητά τους έτσι όπως αυτή καταγράφεται μέσα από τη συνεχιζόμενη έρευνα και τις παρατηρήσεις των θεραπειών. Στην περίπτωση της ΔΕΠΥ μπορούν να αναφερθούν ενδεικτικά οι εξής φορείς που έχουν εκδώσει οδηγίες όσον αφορά στην αντιμετώπισή της: το National Institute of Mental Health από τις ΗΠΑ, το National Institute for Health and Clinical Excellence από το Ηνωμένο Βασίλειο, το Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance από τον Καναδά και το Ramon de la Fuente National Psychiatric Institute από το Μεξικό (Rabito-Alcon & Correas-Lauffer 2014). Το κοινό χαρακτηριστικό όλων αυτών των φορέων είναι ότι προβάλλουν τη φαρμακολογική αντιμετώπιση ως την κατεξοχήν ενδεδειγμένη θεραπευτική μέθοδο για τη ΔΕΠΥ. Δεν υπάρχει λόγος να αναλύσουμε με λεπτομέρειες τα θεραπευτικά σχήματα που χρησιμοποιούνται, μπορούμε όμως να αναφέρουμε ότι στην πρώτη γραμμή παρέμβασης βρίσκονται ήδη από τη δεκαετία του 1930 τα διεγερτικά φάρμακα (όπου κυρίαρχο ρόλο κατέχει η μεθυλφενιδάτη όπως παλιά κατείχε η αμφεταμίνη), και πιο πρόσφατα η ατομοξετίνη (Rabito-Alcon & Correas-Lauffer 2014) – οι εμπορικές ονομασίες τους είναι Ritalin και Strattera, αντίστοιχα, ενώ ένας νεότερος συνδυασμός αλάτων και αμφεταμίνης κυκλοφορεί υπό την εμπορική ονομασία Adderall. Υπάρχει ίσως η τάση να προτιμάται η μεθυλφενιδάτη από τους ψυχιάτρους, έρευνες όμως καταδεικνύουν ότι εξίσου αποτελεσματική είναι και η ατομοξετίνη (Bushe & Savill 2011).

Οι ειδικοί πιστοποιούν ότι τα διεγερτικά φάρμακα λειτουργούν αποτελεσματικά, κάτι που αποδεικνύεται και από το γεγονός ότι παρατηρείται συνεχής άνοδος στις συνταγές Ritalin και Adderall, τουλάχιστον στις ΗΠΑ όπου παρατηρείται και η μεγαλύτερη ενασχόληση με την εν λόγω νόσο (Advokat & Scheithauer 2013), αλλά και στις χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου (Singh 2013). Τα διεγερτικά φάρμακα γενικά ενισχύουν την προσοχή, συνεπώς είναι εύκολα κατανοητός ο θετικός ρόλος που διαδραματίζουν στη ΔΕΠΥ, όπου το βασικό σύμπτωμα είναι η ελλειμματική προσοχή. Θα μπορούσε βέβαια κάποιος να υποστηρίξει ότι υπάρχουν κι άλλες διεγερτικές ουσίες που ενισχύουν την προσοχή (η νικοτίνη και η καφεΐνη είναι ίσως τα προσφιλέστερα παραδείγματα), αλλά αυτές οι ουσίες δεν έχουν την εύνοια των θεσμοθετημένων φορέων και των ιατρικών ενώσεων, ούτε είναι ασφαλείς και ελεγχόμενες όπως οι συνταγογραφούμενες ουσίες (Diller 2000). Τα φάρμακα αυτά έχουν την ιδιαιτερότητα να μην έχουν αποδειχθεί κλινικά συνεπή και χρήσιμα πουθενά αλλού, παρά μόνο στην αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ (Advokat & Scheithauer 2013).

Μία άλλη ιδιαιτερότητα μέχρι πρότινος ήταν ότι δεν υπήρχε για τη ΔΕΠΥ καμία ένδειξη για άλλου είδους παρεμβάσεις πέρα από τις φαρμακολογικές (Schachar et al. 2002), αυτό όμως φαίνεται να έχει αλλάξει πρόσφατα. Έτσι, όλα τα αναθεωρημένα πρωτόκολλα από τους ειδικούς που αναφέραμε προτύτερα κάνουν πλέον λόγο για πολυεπίπεδη αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ. Τα φάρμακα εξακολουθούν βέβαια να βρίσκονται στην πρώτη γραμμή και όλες οι οδηγίες συμφωνούν ως προς αυτό, αλλά παράλληλα υπογραμμίζουν τη σημασία της συμπλήρωσης της φαρμακοθεραπείας με ατομική ψυχοθεραπεία (γνωστική και συμπεριφορική) για την καλύτερη αντιμετώπιση των κοινωνικών, ακαδημαϊκών και οικογενειακών προβλημάτων που σχετίζονται με τη ΔΕΠΥ, αλλά και οικογενειακή ψυχοθεραπεία (Rabito-Alcon & Correias-Lauffer 2014).

Κλείνοντας, πρέπει να τονιστεί η σπουδαιότητα της σωστής αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία, σε συνδυασμό βέβαια με την ορθή αναγνώρισή της. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό αν αναλογιστεί κανείς ότι το πρόβλημα της ΔΕΠΥ συνηθέστερα συνεχίζεται από την παιδική ηλικία και στην ενήλικη ζωή, όπου μπορεί να αναγνωριστεί και να αντιμετωπιστεί πολύ πιο δύσκολα σε σχέση με την παιδική ηλικία (Πεχλιβανίδης και συν. 2012). Επίσης, η παρουσία ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία είναι ίσως σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για Διαταραχή Χρήσης Ουσιών στην ενήλικη ζωή (Κουμούλα 2012). Χρειάζεται λοιπόν μία πολύ πιο οργανωμένη συνολική θεώρηση του προβλήματος της ΔΕΠΥ κατά την παιδική ηλικία και συντεταγμένες προσπάθειες για την αντιμετώπισή της, προκειμένου να μη δημιουργεί προβλήματα στην ενήλικη ζωή. Μπορεί εύκολα να φανταστεί κανείς ότι μία νόσος με αυτά τα χαρακτηριστικά έχει πολύ μεγαλύτερο ειδικό βάρος για έναν ενήλικα από ό,τι για ένα παιδί. Για παράδειγμα, όταν ένα παιδί δεν είναι συγκεντρωμένο στα μαθήματά του και είναι υπερκινητικό, το αποτέλεσμα θα είναι ότι δεν θα έχει καλούς βαθμούς· όταν όμως δεν μπορεί να συγκεντρωθεί ένας ενήλικας στις πάσης φύσεως ασχολίες του, τίθεται σε κίνδυνο η επαγγελματική του πορεία, οι κοινωνικές του σχέσεις, εν τέλει η ίδια η ζωή του. Υπό αυτό το πρίσμα, το 3,4% του ενήλικου πληθυσμού που πάσχει από ΔΕΠΥ (Fayyad et al. 2008) πρέπει να θεωρείται πολύ υψηλό ποσοστό και κάτι που οπωσδήποτε θα πρέπει να έχει αντιμετωπιστεί έγκαιρα κατά την παιδική ηλικία προκειμένου να μειωθεί αποτελεσματικά. Η φαρμακολογική αντιμετώπιση θεωρείται δεδομένη όπως είδαμε, είναι αναγκαίο όμως να υπάρξουν και πρόσθετες παρεμβάσεις. Σε κάθε περίπτωση, πρέπει να είναι κατανοητό από όλους ότι χρειάζεται μεγάλη και μακροχρόνια συνέπεια στην υποστήριξη αυτών των ασθενών (Ahlstrom et al. 2014).





## 2.2 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ – ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ

Η ΔΕΠΥ είναι μία νόσος η οποία παραμένει σχετικά άγνωστη, ιδιαίτερα στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες και κοινότητες (Faraone et al. 2003). Όπως έχει ήδη σημειωθεί, τόσο στη χώρα μας όσο και αλλού, η ΔΕΠΥ περιβάλλεται συχνά από ένα πέπλο άγνοιας το οποίο δυσχεραίνει κατά πολύ την αποδοχή της ως προβληματικής κατάστασης και, κατά συνέπεια, τον έγκαιρο εντοπισμό και την αντιμετώπισή της. Η λεπτομερής ενημέρωση του κοινού αποτελεί ένα μέτρο ζωτικής σημασίας στην προσπάθεια καταπολέμησης της νόσου, άρα κρίνεται ιδιαίτερα θετικά το γεγονός ότι στη χώρα μας υπάρχουν ήδη θεσμοθετημένοι φορείς που ασχολούνται αποκλειστικά με το ζήτημα της ΔΕΠΥ. Το Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με ΔΕΠΥ δημιουργήθηκε το 2009 παρέχοντας πληροφόρηση και υποστήριξη σε γονείς, εκπαιδευτικούς και πάσχοντες, ενώ διοργανώνει πλήθος ενημερωτικών εκδηλώσεων σχετικά με τη ΔΕΠΥ (<http://www.adhdhellas.org/>). Υπάρχει επίσης η Ελληνική Εταιρία Μελέτης ΔΕΠΥ που συστήθηκε το 2008 και διοργανώνει ημερίδες, συνέδρια και βιωματικά εργαστήρια (<http://adhd.gr/>). Ο συγκεκριμένος φορέας έχει επίσης συνεργαστεί με την Ελληνική Εταιρεία για τις Νευροεπιστήμες για την έκδοση ενός περιεκτικού εγχειριδίου για τη ΔΕΠΥ από το Ίδρυμα Ευγενίδου (National Institute of Mental Health, 2011). Παράλληλα, υπάρχουν επαγγελματίες υγείας και εκπαιδευτικοί που αναρτούν σε ειδικές ιστοσελίδες στο διαδίκτυο πληροφορίες σχετικά με τη ΔΕΠΥ με στόχο την όσο το δυνατόν πληρέστερη ενημέρωση του κοινού, το πρόβλημα όμως σε αυτές τις περιπτώσεις είναι ότι δεν υπάρχει τρόπος να ελεγχθεί η αξιοπιστία του υλικού που αναρτάται.

Η ευαισθητοποίηση του κοινού εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην κοινότητα, πρωτίστως ιατρούς και νοσηλευτές. Ένα εύλογο

ερώτημα που ανακύπτει είναι το εξής: χρειάζεται αυτοί οι επαγγελματίες υγείας να είναι ειδικοί και έμπειροι στο θέμα της ΔΕΠΥ ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες ευαισθητοποίησης του κοινού, ή μπορεί να είναι απλά οι ίδιοι επαρκώς ενημερωμένοι ώστε να μεταδίδουν ορισμένες γνώσεις σχετικά με το θέμα στο κοινό; Όπως σημειώθηκε και προηγουμένως, η διάγνωση της ΔΕΠΥ και, πολύ περισσότερο, η αντιμετώπισή της πρέπει να γίνονται από εξειδικευμένους επαγγελματίες. Όσοι όμως δεν είναι ειδικοί μπορούν να συμβάλλουν οπωσδήποτε στην ευαισθητοποίηση του κοινού, είτε ενημερώνοντας για την ύπαρξη και τα βασικά χαρακτηριστικά της νόσου, είτε παραπέμποντας τους ενδιαφερόμενους στους ειδικούς επαγγελματίες της κοινότητας. Σε κάθε περίπτωση, θα ήταν χρήσιμη η πρόσθετη εκπαίδευση περί ΔΕΠΥ για επαγγελματίες υγείας που δεν είναι ειδικοί, πιθανώς με πιστοποιημένα κλινικά φροντιστήρια ή σεμινάρια που θα διοργανώνονται από τους αρμόδιους φορείς ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Η παρακολούθηση ενός τέτοιου προγράμματος δεν καθιστά έναν ιατρό ή ένα νοσηλευτή ειδικό στη ΔΕΠΥ, αλλά του παρέχει τις απαραίτητες γνώσεις μέσα σε ένα συγκροτημένο πλαίσιο ώστε να είναι στη συνέχεια σε θέση να παρέχει την κατάλληλη καθοδήγηση στο κοινό.

### **2.3 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ**

Όπως με κάθε ψυχιατρικό νόσημα, όπου συχνά υπάρχει σχετική έλλειψη αντικειμενικών δεδομένων, έτσι και με τη ΔΕΠΥ επικρατεί συχνά προβληματισμός σχετικά με την αντιμετώπισή της από επαγγελματίες που δεν είναι ειδικοί. Οι γενικοί ιατροί και οι οικογενειακοί ιατροί δηλώνουν ότι δεν μπορούν να αναλάβουν πολύ ενεργό ρόλο στην κοινότητα για τη διαχείριση της ΔΕΠΥ, καθώς αισθάνονται ότι δεν γνωρίζουν πολλές πληροφορίες και τους λείπει η σχετική πείρα και εκπαίδευση (Thapar & Thapar 2002).

Από την άλλη, είναι αναμενόμενο πως οι εξειδικευμένοι παιδοψυχίατροι δεν επαρκούν για να καλύψουν τη διαρκή παρακολούθηση όλων των ασθενών. Οι κοινοτικοί νοσηλευτές θα μπορούσαν να προσφέρουν σημαντική βοήθεια στην αποτελεσματικότερη διαχείριση της νόσου, αρκεί να έχουν λάβει κάποια σχετική εκπαίδευση – ίσως μέσα από μεταπτυχιακές σπουδές στην Ψυχιατρική ή την Παιδιατρική Νοσηλευτική, ή ακόμα και μέσα από κάποιο ταχύρρυθμο πρόγραμμα δια βίου μάθησης. Η ύπαρξη ειδικά εκπαιδευμένων νοσηλευτών στην κοινότητα και η ενασχόλησή τους με τη συγκεκριμένη νόσο, σε συνεργασία με τους ειδικούς παιδοψυχίατρους, αλλά και τους γενικούς και οικογενειακούς ιατρούς, μπορεί να έχει πολύ θετικά αποτελέσματα ως προς τη διαχείρισή της.

Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει στη δυνατότητα εφαρμογής σχετικών υποστηρικτικών προγραμμάτων. Τα υποστηρικτικά προγράμματα των ασθενών στην κοινότητα αποκτούν όλο και μεγαλύτερη σπουδαιότητα στα σύγχρονα υγειονομικά συστήματα. Υπάρχει πλήθος εφαρμογών, αλλά ο πρωταρχικός τους σκοπός είναι να ενισχύσουν τη συμμόρφωση των ασθενών όσον αφορά στην ορθή διαχείριση της φαρμακευτικής τους αγωγής, για αυτό και οι φαρμακευτικές εταιρείες συχνά ενισχύουν οικονομικά και ενθαρρύνουν τα υποστηρικτικά προγράμματα. Είναι σαφές ότι οι φαρμακευτικές εταιρείες ενδιαφέρονται να υπάρχει καλύτερη συμμόρφωση για τα σκευάσματα που εμπορεύονται, πρέπει όμως να σημειωθεί ότι μέσα από υποστηρικτικά προγράμματα λειτουργεί αποτελεσματικότερα και η διαδικασία της φάρμακο επαγρύπνησης, καθώς ενδεχόμενες παρενέργειες γίνονται αμέσως αντιληπτές. Για να γίνει καλύτερα κατανοητή η λειτουργία των προγραμμάτων και ο ρόλος που αναλαμβάνει ο νοσηλευτής σε αυτά, μπορούμε να αναφερθούμε συνοπτικά σε ένα πρόσφατο υποστηρικτικό πρόγραμμα που εφαρμόστηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο και αφορούσε σε παιδιά με ΔΕΠΥ για τα οποία είχε αποφασιστεί η χορήγηση ατομοξετίνης.

Το πρόγραμμα είχε αρχική διάρκεια 12 εβδομάδες. Αρχικά ο ιατρός που χορηγεί την ατομοξετίνη πληροφορεί τον ασθενή και τους κηδεμόνες του για την ύπαρξη του προγράμματος, τους εξηγεί τον τρόπο λειτουργίας και αποκτά τη συγκατάθεσή τους προκειμένου να ενταχθούν σε αυτό. Ο ιατρός στη συνέχεια πρέπει να συνεργαστεί με το νοσηλευτή που θα αναλάβει την υποστήριξη, ώστε να αντιμετωπίσουν την κάθε περίπτωση ασθενή ξεχωριστά. Η υποστήριξη περιλαμβάνει τηλεφωνική επικοινωνία (τουλάχιστον έξι τηλεφωνήματα στις 12 εβδομάδες διάρκειας 15 λεπτών το καθένα), αποστολή γραπτών μηνυμάτων ενθάρρυνσης (τουλάχιστον δύο ανά εβδομάδα), αλλά και επισκέψεις κατ' οίκον από το νοσηλευτή. Μέσα από αυτή τη διαδικασία επιλύονται όλες οι απορίες που ανακύπτουν σχετικά με το φάρμακο, τις παρενέργειες και την αποτελεσματικότητά του. Παράλληλα, ο ασθενής και οι κηδεμόνες του νιώθουν ότι υπάρχει συνεχής επίβλεψη της θεραπευτικής αγωγής, μειώνοντας έτσι την ανησυχία και την ανασφάλειά τους. Τα μετρήσιμα αποτελέσματα του συγκεκριμένου προγράμματος έδειξαν ότι η συμμόρφωση των ασθενών στη λήψη ατομοξετίνης και η ικανοποίηση των κηδεμόνων τους ενισχύθηκαν σημαντικά κατά τη διάρκεια αυτών των 12 εβδομάδων. Οι νοσηλευτές βοήθησαν τους γονείς των παιδιών να ξεπεράσουν τις ανησυχίες τους σχετικά με τις έκδηλες παρενέργειες της ατομοξετίνης (απώλεια όρεξης και υπνηλία οι σοβαρότερες), και μόνο ένα 9.5% των ασθενών διέκοψαν τη φαρμακευτική θεραπεία κατά τη διάρκεια των 12 εβδομάδων (Savill et al. 2013).

Είναι αναμενόμενο ότι τα υποστηρικτικά προγράμματα γενικότερα έχουν μεγάλα περιθώρια εξέλιξης, καθώς η πρόοδος της τεχνολογίας και η εφαρμογή περισσότερων προγραμμάτων τηλεϊατρικής στο μέλλον θα καταστήσουν ευκολότερη τη χρήση τους. Οι

νοσηλευτές της κοινότητας θα επιτελέσουν σημαντικό ρόλο στην πραγματοποίηση αυτών των προγραμμάτων, εντοπίζοντας ανάγκες και παρεμβαίνοντας ανάλογα. Η αποτελεσματική επικοινωνία του νοσηλευτή με τον ασθενή και όσους έχουν αναλάβει τη φροντίδα του εκτός νοσοκομειακού περιβάλλοντος (ιδιαίτερα όταν πρόκειται για παιδιατρικούς ασθενείς) είναι αποφασιστικής σημασίας για την εξέλιξη και την εδραίωση των υποστηρικτικών προγραμμάτων. Τα παιδιά που πάσχουν από ΔΕΠΥ και βρίσκονται σε αγωγή φαρμακολογικής θεραπείας αποτελούν χαρακτηριστικό παράδειγμα ομάδων ασθενών που μπορούν να ωφεληθούν από τέτοιου είδους προγράμματα.

## **2.4 ΣΧΟΛΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει στον θεσμό της Σχολικής Νοσηλευτικής, καθώς αποτελεί οπωσδήποτε έναν πολύ πρόσφορο τρόπο ευαισθητοποίησης, αλλά και ουσιαστικής παρέμβασης στο ζήτημα της ΔΕΠΥ. Σε χώρες του εξωτερικού και μέσα από συνεργασία με παιδίατρους και ψυχολόγους, έχουν διαμορφωθεί τα κατάλληλα πλαίσια και διάφορα εργαλεία για μία συστηματική και βασισμένη σε ενδείξεις μέθοδο έγκαιρης αναγνώρισης και διαχείρισης της ΔΕΠΥ από σχολικούς νοσηλευτές (Dang et al. 2007). Για να είναι αποτελεσματική μία τέτοια προσέγγιση, είναι προφανώς απαραίτητη η βελτίωση – ή, σε ορισμένες περιπτώσεις, η εγκαθίδρυση – της επικοινωνίας ανάμεσα στο προσωπικό του σχολείου και την ιατρική κοινότητα. Ο θεσμός της Σχολικής Νοσηλευτικής στη χώρα μας εμφανίζεται προς το παρόν δυσλειτουργικός για διάφορους λόγους (Αλεξανδροπούλου και συν. 2006), η ανάλυση των οποίων υπερβαίνει τους σκοπούς της παρούσας εργασίας. Παρ' όλα αυτά, επισημαίνεται ότι η οργανωμένη

λειτουργία της Σχολικής Νοσηλευτικής μπορεί αποδεδειγμένα να συμβάλλει στην αναγνώριση παιδιών που πάσχουν από ΔΕΠΥ και παραμένουν χωρίς διάγνωση (Johnson 2010). Προσδοκάται λοιπόν ότι ενδεχόμενη μελλοντική βελτίωση των συνθηκών για νοσηλευτές στα σχολεία θα σημάνει και την αποτελεσματικότερη διαχείριση της ΔΕΠΥ ή και άλλων νευροψυχιατρικών παθήσεων στα παιδιά. Επιπρόσθετα, οι σχολικοί νοσηλευτές μπορούν να οργανώνουν με περισσότερη ευχέρεια ενημερωτικές δράσεις για τους γονείς, ενισχύοντας έτσι την ευαισθητοποίηση για τη ΔΕΠΥ αλλά και για οποιοδήποτε άλλο νόσημα της παιδικής ηλικίας.

## **2.5 ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΕΣ**

Όπως σημειώθηκε και προηγουμένως, η φαρμακολογική παρέμβαση αποτελεί προς το παρόν τη μόνη αξιόπιστη μέθοδο αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ, καθώς οι ενδείξεις για την αποτελεσματικότητα άλλων παρεμβάσεων είναι πολύ περιορισμένη (Schacharetal. 2002). Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι οι μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις είναι αναγκαστικά μη αποτελεσματικές, αλλά ίσως ότι δεν έχουν διερευνηθεί αρκετά. Υπάρχουν διάφορες εναλλακτικές προσεγγίσεις στη φροντίδα παιδοψυχιατρικών ασθενών, οι οποίες συχνά δρουν τουλάχιστον συμπληρωματικά με τη συμβατική φαρμακοθεραπεία – σπανιότερα μπορούν να την υποκαταστήσουν τελείως. Αυτές όμως οι προσεγγίσεις δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ αν δεν υπάρξουν πρώτα οι αντίστοιχες

έρευνες που να τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητά τους. Στο παρελθόν υπήρξαν παραινέσεις προς επαγγελματίες ώστε να δραστηριοποιηθούν σε έρευνες για μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις (Pryjmachuk 2003). Οι νοσηλευτές που ασχολούνται με την έρευνα μπορούν να αναλάβουν περισσότερες πρωτοβουλίες σε αυτόν τον τομέα, ίσως σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας όπως ψυχολόγους και εργοθεραπευτές, προκειμένου να γίνει καλύτερα κατανοητός ο τρόπος αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ.

Οπωσδήποτε, αυτό δεν είναι τόσο εύκολο όσο ακούγεται. Οι έρευνες που εστιάζουν στη φαρμακοθεραπεία είναι πολυπληθείς όχι μόνο γιατί η αποτελεσματικότητα των φαρμάκων είναι πιο αναμενόμενη, αλλά και γιατί οι φαρμακευτικές εταιρείες χρηματοδοτούν πολλές από αυτές τις έρευνες. Ένας ερευνητής που δέχεται χρηματοδότηση από φαρμακευτική εταιρεία δύσκολα θα ασχοληθεί με έρευνες που δεν περιλαμβάνουν φάρμακα, ειδικά αν δεν υπάρχει χρηματοδότηση από κάποιον αντίστοιχο φορέα. Όπως παρατηρεί ο Diller (2000), στα διεθνή συνέδρια Παιδοψυχιατρικής όπου συζητείται το μέλλον του κλάδου, σχεδόν όλοι οι σύνεδροι λαμβάνουν χρηματοδότηση από φαρμακευτικές εταιρείες, υπό διάφορες μορφές. Οι μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις βρίσκονται πάντα σε δεύτερη μοίρα, διότι είναι αναμενόμενο ότι όλοι οι ερευνητές ασχολούνται πρωτίστως με έρευνες που μπορούν να τους αποφέρουν χρήματα. Ένας τρόπος αντιμετώπισης αυτού του φαινομένου είναι η κρατική χρηματοδότηση των μη φαρμακολογικών ερευνών: για παράδειγμα, ο Diller (2000) προτείνει ένα μέρος της φορολόγησης των ψυχιατρικών φαρμάκων να χρησιμοποιείται από το κράτος απ' ευθείας για τη χρηματοδότηση της μη φαρμακολογικής έρευνας.

Σε κάθε περίπτωση, πρέπει να γίνει κατανοητό ότι οι φαρμακολογικές παρεμβάσεις μπορούν να συνυπάρξουν με τις μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις, με γνώμονα την αποτελεσματικότερη και την ολιστικότερη διαχείριση των διαφόρων νοσημάτων, ιδιαίτερα των ψυχιατρικών. Η ΔΕΠΥ μπορεί να αποτελέσει πεδίο έντονου μη φαρμακολογικού ερευνητικού ενδιαφέροντος στο προσεχές μέλλον, ειδικά αφού είναι χωρίς αμφιβολία το πιο συχνά παρατηρούμενο ψυχιατρικό νόσημα της παιδικής ηλικίας (Merikangas et al. 2010). Προς αυτήν την κατεύθυνση βρίσκονται διάφορα προγράμματα που χρησιμοποιούν σύγχρονα εργαλεία, όπως είναι για παράδειγμα το e-coaching, μέσα από το οποίο παρέχεται στήριξη στους ασθενείς με τη χρήση της σύγχρονης τηλεϊατρικής (Ahlstrom et al. 2014). Οι προσδοκώμενες έρευνες για τη βελτιστοποίηση όλων αυτών των μη φαρμακολογικών παρεμβάσεων χρειάζονται τη συμμετοχή των ενδιαφερόμενων νοσηλευτών ώστε να έχουν όσο το δυνατόν μεγαλύτερη δυναμική και καλύτερα αποτελέσματα.

### **3. ΕΠΙΛΟΓΟΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Σε σχέση με το πρόσφατο παρελθόν, η ΔΕΠΥ είναι πολύ περισσότερο διαδεδομένη στη σύγχρονη εποχή, με την έννοια ότι αναγνωρίζεται ως οντότητα από το σύνολο της επιστημονικής κοινότητας και έχει ήδη ‘παγκοσμιοποιηθεί’ (Conrad & Bergey, 2014). Το παραπάνω συμπέρασμα ενισχύεται και από τη διαρκώς αυξανόμενη ζήτηση φαρμάκων (ετήσια αύξηση 20%) για ΔΕΠΥ στις χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου (Scheffler et al. 2007). Αν και δεν υπάρχουν συγκεκριμένα επιδημιολογικά στοιχεία για τη χώρα μας μέχρι τώρα, τα προαναφερθέντα παγκόσμια δεδομένα καταδεικνύουν ότι το πρόβλημα της



ΔΕΠΥ δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να θεωρηθεί αμελητέο, όπως πιθανότατα θεωρείται ακόμα και σήμερα στην Ελλάδα από μία μεγάλη μερίδα της κοινής γνώμης. Ορισμένες εύλογες προτάσεις που θα συμβάλλουν στην αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος είναι οι ακόλουθες:

- **Διενέργεια σχετικών επιδημιολογικών μελετών:** είναι επιτακτική ανάγκη να υπάρξουν σε σύντομο χρονικό διάστημα οι απαιτούμενες επιδημιολογικές έρευνες – σε συνδυασμό με την ευρύτερη χρήση των σύγχρονων διαγνωστικών εργαλείων – οι οποίες θα επιτρέψουν μία ακριβή εκτίμηση του προβλήματος και στη χώρα μας, όπως έχει ήδη συμβεί στις περισσότερες χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί και στη διάγνωση των ενηλίκων, καθώς τα νέα κριτήρια που θεσπίζει το DSM-V στρέφονται πλέον πιο αποφασιστικά προς αυτήν την ομάδα των ασθενών (Epstein & Loren 2013).

- **Συνολική και όχι αποσπασματική θεώρηση του προβλήματος:** πρέπει να τονιστεί η σπουδαιότητα της σωστής αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία, σε συνδυασμό βέβαια με την ορθή αναγνώρισή της. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό αν αναλογιστεί κανείς ότι το πρόβλημα της ΔΕΠΥ συνηθέστερα συνεχίζεται από την παιδική ηλικία και στην ενήλικη ζωή, όπου μπορεί να αναγνωριστεί και να αντιμετωπιστεί πολύ πιο δύσκολα σε σχέση με την παιδική ηλικία (Πεχλιβανίδης και συν. 2012). Επίσης, η παρουσία ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία είναι ίσως σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για Διαταραχή Χρήσης Ουσιών στην ενήλικη ζωή (Brook et al. 2010). Χρειάζεται, λοιπόν, μία πολύ πιο οργανωμένη συνολική θεώρηση του προβλήματος της ΔΕΠΥ κατά την παιδική ηλικία και συντεταγμένες προσπάθειες για την αντιμετώπισή της, προκειμένου να μη δημιουργεί προβλήματα στην ενήλικη ζωή, κάτι που οπωσδήποτε προϋποθέτει μεγάλη και μακροχρόνια συνέπεια στην υποστήριξη αυτών των ασθενών (Ahlstrom et al. 2014).

- **Συστηματικότερη ευαισθητοποίηση του κοινού:** η ΔΕΠΥ είναι μία σχετικά παραμελημένη νόσος που τα τελευταία χρόνια αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ως πρόβλημα πρώτης γραμμής, τόσο για παιδιατρικούς, όσο και για ενήλικες ασθενείς. Δεδομένου ότι η φαρμακολογική αντιμετώπισή της παρουσιάζει διαχρονικά θετικά αποτελέσματα και λαμβάνοντας υπόψη τις συμπληρωματικές προσεγγίσεις που βρίσκονται υπό έρευνα, είναι απαραίτητη η όσο το δυνατόν πληρέστερη αναγνώριση και μελέτη της, προκειμένου να ωφεληθούν περισσότεροι ασθενείς από τις κατάλληλες θεραπείες. Κατά συνέπεια, πρέπει να ενταθούν οι προσπάθειες ευαισθητοποίησης του κοινού από επαγγελματίες υγείας, ειδικούς στη ΔΕΠΥ, αλλά και μη ειδικούς που μπορούν να ενημερώνουν σε γενικές γραμμές για τη νόσο και να επιτελούν διασυνδεδετικό ρόλο ανάμεσα στο κοινό και τους ειδικούς.

- **Καλύτερη οργάνωση και συνεργασία φορέων:** ως συνέχεια της προηγούμενης πρότασης, πρέπει να αναφερθεί ότι, εκτός των θεσμοθετημένων φορέων που ήδη παράγουν έργο προς αυτήν την κατεύθυνση στη χώρα μας, αναμένεται η συστηματικότερη οργάνωση αρμοδίων διεπιστημονικών ομάδων που θα φέρουν στο προσκήνιο το συγκεκριμένο πρόβλημα και θα αναλάβουν δράσεις για την πολύπλευρη κατανόηση και αντιμετώπισή του. Αυτό είναι απαραίτητο προκειμένου το πρόβλημα να εξετάζεται συνολικά, όπως προαναφέρθηκε, και όχι αποσπασματικά.

Συμπερασματικά, οι βάσεις για τη διαχείριση της ΔΕΠΥ στη χώρα μας έχουν τεθεί προ πολλού, υπάρχει όμως ακόμα μεγάλη απόσταση που πρέπει να διανυθεί προκειμένου να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα με συστηματικό και αποτελεσματικό τρόπο. Η ευαισθητοποίηση του κοινού, η ύπαρξη σχετικών επιδημιολογικών δεδομένων και η συνεργασία των φορέων αποτελούν τις κύριες παρεμβάσεις γενικού περιεχομένου που θα επιτρέψουν τη συνολικότερη θεώρηση του ζητήματος και την προαγωγή της καλύτερης διαχείρισής του. Οι οργανωτικές λεπτομέρειες και οι πιο εξειδικευμένες παρεμβάσεις που απαιτούνται για την

επίτευξη αυτών των σκοπών είναι ζητήματα που θα πρέπει να απασχολήσουν κατά κύριο λόγο τους ειδικούς που ασχολούνται με την εν



λόγω νόσο. Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι έτοιμοι να αναλάβουν τους εξειδικευμένους ρόλους που θα ανακύψουν μέσα από τη συνολικότερη οργάνωση της αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ, όποτε και αν συμβεί αυτό. Το πλαίσιο που τίθεται σε αυτήν την εργασία για το ρόλο του νοσηλευτή μπορεί να χρησιμεύσει ως ένας πρακτικός οδηγός αναφοράς για το μέλλον.

## ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Advokat C, Scheithauer M. Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) stimulant medications as cognitive enhancers. *Frontiers in Neuroscience* 2013; 7: 82.

Ahlstrom BH, Wentz E. Difficulties in everyday life: young persons with attention-deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorders perspectives. A chat-log analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2014; 9: 23376

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5<sup>th</sup> ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

Banaschewski T, Brandeis D, Heinrich H, Albrecht B, Brunner E, Rothenberger A. Association of ADHD and conduct disorder – brain electrical evidence for the existence of a distinct subtype. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2003; 44: 356-76.

Barkley RA. The Relevance of the Still Lectures to Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Commentary. *Journal of Attention Disorders* 2006; 10(2): 137–140.

Barkley RA, Peters H. The Earliest Reference to ADHD in the Medical Literature? Melchior Adam Weikard's Description in 1775 of "Attention Deficit" (Mangel der Aufmerksamkeit, Attention Volubilis). *Journal of Attention Disorders* 2012; 16(8): 623-630.

Biederman J, Faraone SV. Current concepts on the neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders* 2002; 6(1): s7-s16.

Biederman J, Mick E, Faraone SV. Depression in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children: 'true' depression or demoralization? *Journal of Affective Disorders* 1998; 47: 113-122.

Brook D, Brook J, Zhang C, Koppel J. The association between attention deficit hyperactivity disorder in adolescence and substance use disorders in adulthood. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2010; 164: 930-34.

Bushe CJ, Savill N. Atomoxetine in children and adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Systematic Review of Review Papers 2009-2011: an update for clinicians. Journal of Central Nervous System Disorders* 2011; 3: 209-17.

Cantwell DP. Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996; 35(8): 978-987.

Carlson GA, Potegal M, Margulies D, Gutkovich Z, Basile J. Rages – what are they and who has them? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2009; 19(3): 281-288.

Conrad P, Bergey MR. The impending globalization of ADHD: notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. *Social Science and Medicine* 2014; 122: 31-43.

Dang MT, Warrington D, Tung T, Baker D, Pan RJ. A school-based approach to early identification and management of students with ADHD. *Journal of School Nursing* 2007; 23(1): 2-12.

Daviss WB. A review of co-morbid depression in pediatric ADHD: etiologies, phenomenology, and treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2006; 18: 565-71.

Dendle P. Schizophrenia in the Early Middle Ages: Some Negative Evidence. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2005; 39(6): 522.

Diller LH. The Ritalin wars continue. *Western Journal of Medicine* 2000; 173: 366-367.

Epstein JN, Loren RE. Changes in the definition of ADHD in DSM-5: subtle but important. *Neuropsychiatry (London)* 2013; 3(5): 455-458.

Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? *World Psychiatry* 2003; 2: 104-113.

Fayyad F, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry* 2007; 190: 402-409.

Gillberg C, Gillberg IC, Rasmussen P, Kadesjo B et al. Co-existing disorders in ADHD – implications for diagnosis and intervention. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2004; 13: 80-92.

Golmirzaei J, Namazi S, Amiri S, Zare S, Rastikerdar N, Hesam AA, Rahami Z, Ghasemian F, Namazi SS, Paknahad A, Mahmudi F, Mahboobi H, Khorgoei T, Niknejad B, Dehghani F, Asasi S. Evaluation of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Risk Factors. *International Journal of Pediatrics* 2013; 2013: 953103.

Irmak MK. Schizophrenia or Possession? *Journal of Religion and Health* 2014; 53(3): 773-777.

Johnson KH. School-based referrals for attention deficit hyperactivity disorder: school nurses bridge the gap. *NASN School Nurse* 2010; 25(4): 167-9.

McIntosh D, Kutcher S, Binder C, Levitt A et al. Adult ADHD and comorbid depression: a consensus-derived diagnostic algorithm for ADHD. *Journal of Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2009; 5: 137-150.

Merikangas KR, He PH, Brody D, Fisher PW, Bourdon K, Koretz D. Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics* 2010; 125(1): 75-81.

Millichap JG. Etiologic classification of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2008; 121(2): e358-e365.

Millichap JG, Yee MM. The diet factor in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2012; 129(2): 330-7.

Ostrander R, Crystal DS, August G. Attention deficit-hyperactivity disorder, depression, and self- and other assessments of social competence: a developmental study. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2006; 34: 773-87.

Palmer ED, Finger S. An Early Description of ADHD (Inattentive Subtype): Dr Alexander Crichton and 'Mental Restlessness' (1798). *Child Psychology and Psychiatry Review* 2001; 6(2): 66-73.

Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL et al. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *American Journal of Psychiatry* 2007; 164: 942-48.

Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology* 2014; 43(2): 434-42.

Prymachuk S. Review: extended stimulant medication is effective in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Evidence Based Nursing* 2003; 6(1): 11.

Rabito-Alcon MF, Correias-Lauffer J. Treatment guidelines for Attention Deficit and Hyperactivity Disorder: A critical review. *Actas españolas de psiquiatría* 2014; 42(6): 315-24.

Savill N, Pelton J, Lenox-Smith A, Bushe CJ. A 12-week nursing support programme for carers of children and adolescents in the UK with attention deficit hyperactivity disorder prescribed atomoxetine. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology* 2013; 3(2): 65-71.

Schachar R, Jadad AR, Gault M, Boyle M, Booker L, Snider A, Kim M, Cunningham C. Attention-deficit hyperactivity disorder: critical appraisal of extended treatment studies. *Canadian Journal of Psychiatry* 2002; 47: 337-48.

Scheffler RM, Hinshaw SP, Modrek S et al. The global market for ADHD medications. *Health Affairs* 2007; 26: 450-7.

Singh I. Not robots: children's perspectives on authenticity, moral agency and stimulant drug treatments. *Journal of Medical Ethics* 2013; 39: 359-366.

Stolzer J. ADHD in America: a bioecological analysis. *Ethical Human Psychology and Psychiatry* 2005; 7(1): 65-75.

Thapar A, Thapar A. Is primary care ready to take on Attention Deficit Hyperactivity Disorder? *BMC Family Practice* 2002; 3:7.

Thapar A, van den Bree M, Fowler T, Langley K, Whittinger N. Predictors of antisocial behavior in children with attention deficit hyperactivity disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2006; 15: 118-125.



Wilens TE, Faraone SV, Biederman J, Gunawardene S. Does stimulant therapy of attention-deficit hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics* 2003; 111: 179-185.

Wilens TE, Martelon M, Joshi G, Bateman C et al. Does ADHD predict substance use disorders? A 10 year follow-up study of young adults with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2011; 50: 543-553.

Wolraich ML, Lindgren SD, Stumbo PJ, Stegink LD, Appelbaum MI, Kiritsy MC. Effects of diets high in sucrose or aspartame on the behavior and cognitive performance of children. *NewEnglandJournalofMedicine* 1994; 330(5): 301-307.

## **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Αλεξανδροπούλου Μ, Καλοκαιρινού Α, Σουρτζή Π. Σχολικές υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα: Η θέση του σχολικού νοσηλευτή. *Νοσηλευτική* 2006; 45(3): 308-314.

Ελληνική Εταιρεία για τις Νευροεπιστήμες. Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (2011). Διαθέσιμο στο: [www.hsfh.gr/2011/images/stories/gia\\_to\\_koino\\_items/books/attention\\_deficit\\_hyperactivity\\_disorder.pdf](http://www.hsfh.gr/2011/images/stories/gia_to_koino_items/books/attention_deficit_hyperactivity_disorder.pdf) (προσπελάστηκε 23/1/2015).

Κουμούλα Α. Η εξέλιξη της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στο χρόνο. *Ψυχιατρική* 2012; 23: Π49-Π59

Πεγλιβανίδης Α. Σπυροπούλου Α, Γαλανόπουλος Α, Παπαχρήστου ΧΑ, Παπαδημητρίου ΓΝ. Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στους ενήλικες: κλινική αναγνώριση, διάγνωση και θεραπευτικές παρεμβάσεις. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2012; 29(5): 562-576.