

*Kinga Karteczka*

## ZESPÓŁ HIPERKINETYCZNY (ADHD) U OSÓB DOROSŁYCH

**Słowa kluczowe:** ADHD, zespół hiperkinetyczny, funkcjonowanie dorosłych, terapia.

**Streszczenie:** Artykuł opisuje zespół hiperkinetyczny u osób dorosłych. Objaśnia, czym jest dane zaburzenie i jak jest diagnozowane w oparciu o klasyfikacje ICD10 i DSM-IV. Przedstawia również dominujące hipotezy o pochodzeniu ADHD. Główną część stanowi opis sytuacji osób dorosłych cierpiących na ADHD – ich zalety i wady, a także sposób funkcjonowania (z uwzględnieniem indywidualnych i społecznych skutków zaburzenia). Ostatnią poruszaną kwestią są możliwości leczenia i innego radzenia sobie z symptomami zespołu hiperkinetycznego, a także ich skuteczność.

W ciągu minionego dziesięciolecia temat ADHD stał się w Polsce kwestią powszechną – nie tylko w pedagogicznych i psychologicznych publikacjach naukowych, ale również w mediach publicznych. Jest to zrozumiałe – szacuje się, że zaburzenie dotyka około 5% dzieci, czyli średnio jednego ucznia na klasę (Spohrer 2006), a 1% ma poważne problemy z nadpobudliwością (O'Regan 2005). Russell A. Barkley stwierdził, że problem dotyczy być może nawet do 8% dzieci (Barkley 2009). W powszechnej opinii dominuje pogląd, że ADHD jest problemem dzieci mijającym wraz z przejściem okresu dojrzewania. Faktem jest jednak, że w zdecydowanej większości przypadków zaburzenie nie ustępuje, a jedynie zmieniają się jego objawy (Bernau 2007).

Przedmiotem niniejszego artykułu jest zespół hiperkinetyczny u osób dorosłych. W tekście pojawią się również odniesienia do dzieci i młodzieży z ADHD, a także okresu przechodzenia między dzieciństwem a dorosłością. Z jednej strony przez fakt, że postać zespołu hiperkinetycznego u dorosłego jest zawsze uwarunkowana historią życia i stanowi wypadkową poprzednich doświadczeń związanych z chorobą. Z drugiej pierwotnie ADHD było badane tylko wśród dzieci i młodzieży, przez co stanowi punkt wyjścia dla późniejszego zainteresowania osobami dorosłymi. Następnie zostanie objaśnione, czym jest

zespół hiperkinetyczny i jak jest diagnozowany w oparciu o klasyfikacje ICD10 i DSM-IV. Zostaną podane różnice między nimi oraz wyjaśnione, dlaczego nie są one wystarczające w przypadku diagnozy osób dorosłych. Przedstawiona zostanie również etiologia ADHD, a raczej dominujące hipotezy o pochodzeniu zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. Kolejnym elementem będzie opis sytuacji osób dorosłych cierpiących na ADHD – ich zalety i wady, a także sposób funkcjonowania (z uwzględnieniem indywidualnych i społecznych skutków zaburzenia). Ostatnią poruszoną kwestią będą możliwości leczenia i innego radzenia sobie z symptomami zespołu hiperkinetycznego, a także ich skuteczność.

Szacuje się, że symptomy ADHD utrzymują się u około 70% dzieci w okresie dojrzewania, a u 30–50% w życiu dorosłym (Marczak 2006). Choć i na ten temat zdania są różne, gdyż R.A. Barkley twierdzi, że tylko 10–20% cierpiących w dzieciństwie na ADHD nie ma problemów z tym zaburzeniem w życiu dorosłym, a 25% prezentuje w dorosłości trwałe już zachowania społeczne (Barkley 2009). Częściowo dane te potwierdzają Jon Arcelus i Alison Munden, według których od 31 do 66% dorosłych, u których w dzieciństwie rozpoznano ADHD, nadal ma objawy zespołu nadpobudliwości, co daje nam około 1–2% populacji wszystkich osób dorosłych (Arcelus, Munden 2008). Nieco odmienne zdanie na ten temat ma Stanisław Bobuła, szacując, że 60% nastolatków, które jako dzieci cierpiały na ADHD, przejawia objawy zespołu hiperkinetycznego, a całkowicie z tego zaburzenia wyrasta około 50–60% dorosłych. Według niego stopniowe zanikanie objawów wraz z rozwojem wiąże się z dojrzewaniem układu nerwowego, który zaczyna lepiej radzić sobie z niektórymi deficytami (Bobuła 2006).

Szczególnie newralicznym okresem dla osób z ADHD jest czas dorastania – z jednej strony ze względu na zmiany biologiczne i psychologiczne, które przechodzi każdy zdrowy nastolatek, a z drugiej ze względu na zmieniające się symptomy zespołu hiperkinetycznego. Często dziecko cierpiące na zespół hiperkinetyczny nie ma dobrego kontaktu z rówieśnikami. Dodatkowo obciążone jest problemami związanymi z niskim poczuciem własnej wartości. Brak sukcesów, ciągłe niepowodzenia i nasilenie negatywnych komunikatów powodują, że coraz trudniej przyjąć pozytywną myśl o samym sobie, co mogłoby podbudować poczucie własnej wartości (Górka 2005). Następuje natomiast proces odwrotny – zapominanie o swoich pozytywnych cechach i utrata wiary w to, że uda się pokładać różne sprawy (Hallowell, Ratey 2004). W świetle badań R.A. Barkleya w Stanach Zjednoczonych ponad 20% dzieci z ADHD stanowi poważne „ogniwo zapalne” w swoich społecznościach lokalnych, a więcej niż 30% uczestniczy w kradzieży. Wczesne użycie nikotyny i alkoholu notuje się u ponad 40% dzieci z nadpobudliwością, a ponad 25% jest wydalana ze szkoły średniej z powodu swojego zachowania (Barkley 2009). Często z bardzo ciężkim bagażem doświadczeń wkraczają w dorosłe życie.

Wiedza na temat osób dorosłych z ADHD nie rozwinęła się jeszcze tak, jak ma to miejsce w przypadku dzieci i młodzieży z tym zaburzeniem (wystarczy spojrzeć na stosunek ilości publikacji naukowych na temat zespołu hiperkinetycznego u dzieci do prac opisujących omawiane zagadnienie u osób dorosłych). Jednak fakt, że zespół hiperkinetyczny jest diagnozowany od dłuższego czasu, tym samym objęte kiedyś leczeniem dzieci z ADHD są już dzisiaj dorosłe, pociąga za sobą coraz częstsze poruszanie tematu nadpobudliwości u osób dorosłych.

Czym zatem jest zespół hiperkinetyczny? Według Fintana J. O'Regana to (...) *stan chorobowy charakteryzujący się zaburzeniami pracy mózgu sprawiającymi, że dana osoba ma trudności z kontrolowaniem zachowania i utrzymaniem koncentracji* (O'Regan 2005, s. 11). Zatem problemem jest nie tyle filtrowanie informacji, co podtrzymywanie uwagi. Choć w świetle najnowszych badań R.A. Barkley podkreśla, że *ADHD jest prawdopodobnie nie tyle zaburzeniem koncentracji uwagi, ile zaburzeniem samoregulacji: jak jednostka zarządza sobą w szerszym zakresie wymogów wynikających z zachowań społecznych* (Barkley 2009, s. 11). W przypadku ADHD mamy do czynienia z zaburzeniami procesu blokady danych nieistotnych. W konsekwencji pojawiają się: niedostateczna koncentracja, łatwa odwracalność uwagi, zapominanie (Bernau 2007).

W naszej rodzimej literaturze przyjęły się określenia: zespół nadpobudliwości, zespół hiperkinetyczny oraz ADHD (powszechnie przyjęte na całym świecie). Różnice w nazwie wynikają w dużej mierze z tego, na jakim kryterium diagnostycznym oprze się osoba omawiająca zjawisko. W Polsce powszechnie znanymi są klasyfikacje Światowej Organizacji Zdrowia ICD10 i Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV. Celem artykułu nie jest wskazywanie wad bądź zalet konkretnej klasyfikacji lub uzasadnianie, kiedy powinniśmy, a kiedy nie mówić o zespole hiperkinetycznym czy ADHD. Tym samym nazwy służące określeniu tego zaburzenia używane są zamiennie, gdyż przedmiotem zainteresowania jest nie tyle klasyfikacja medyczna, co konkretna grupa ludzi, której omawiany problem dotyczy.

W obowiązującej w Europie klasyfikacji medycznej ICD10 omawiane zaburzenie określa się jako zespół hiperkinetyczny, zaburzenia hiperkinetyczne lub zespół nadpobudliwości psychoruchowej (rozbieżności wynikają z tłumaczenia angielskich słów *hyperactivity disorder*). Kryteria diagnostyczne podzielone są na trzy grupy: zaburzenia koncentracji uwagi, nadruchliwość (nadmierna aktywność) i impulsywność. W każdej z tych grup wymienione są szczegółowe objawy. Na podstawie symptomów, w oparciu o historię życia badanej osoby, wyniki odpowiednich testów psychologicznych, ankiet naukowych – przy badaniu dorosłych np. WURS – *Wender Utah Rating Scale*, tzw. kryteria Utah (Bernau 2007), obserwacji zachowania, a także badań internistycznych i neurologicznych (wykluczających inne choroby) można zdiagnozować zaburzenia hiperkinetyczne. Mimo tego, że w Polsce obowiązuje klasyfikacja ICD10, to jednak lekarze i naukowcy z wielu względów wykorzystują też klasyfikację DSM-IV.

Podobnie jak ICD10 klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV również dzieli objawy zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi (ADHD – ang. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) na trzy grupy: zaburzenia koncentracji uwagi, nadruchliwość (nadmierna aktywność) i impulsywność. Jednak lista objawów jest już nieco inna. Zarówno w DSM-IV jak i ICD10 podkreśla się, że pierwsze przejawy ADHD muszą wystąpić przed 7. rokiem życia. Ważnym jest to, że zachowania związane z ADHD sporadycznie występują u większości ludzi, jednak u tych, u których diagnozuje się zespół nadpobudliwości psychoruchowej, występują one uporczywie, intensywnie i są wszechobecne (Spohrer 2006).

Między kryteriami diagnostycznymi ICD10 i DSM-IV występują istotne różnice. Pierwsza z nich dotyczy podobnych objawów, które zaklasyfikowano pod inną grupę objawów (np. nadmierna gadatliwość w zależności od klasyfikacji jest przejawem albo nadruchliwości, albo impulsywności). Są też różnice w liczbie objawów, które muszą wystąpić, aby postawić diagnozę o ADHD (Arcelus, Munden 2008). W związku z tym, że DSM-IV traktuje nadruchliwość i impulsywność łącznie, możliwą jest sytuacja, w której diagnosta wskaże sześć objawów z tej grupy, ale będą to tylko przejawy nadmiernej aktywności. W takim przypadku z jednej strony powinno się orzec o występowaniu ADHD, jednak z drugiej nie ma to uzasadnienia, gdyż nie wystąpił brak kontroli impulsów, a ten – w świetle najnowszych prac naukowych – jest podstawowym symptomem zespołu hiperkinetycznego (Arcelus, Munden 2008). Tym samym istnieje ryzyko nieprawidłowego ukierunkowania działań mających na celu pomoc osobie z zespołem hiperkinetycznym (a tak naprawdę przejawiającej „tylko” nadmierną aktywność).

Kolejną różnicą między stosowanymi klasyfikacjami jest to, że w ICD10 diagnozuje się tylko zespół hiperkinetyczny, DSM-IV natomiast kładzie nacisk na diagnozę konkretnego podtypu ADHD. Wymienia się następujące podgrupy zaburzenia:

- 1) podtyp z przewagą zaburzeń koncentracji uwagi,
- 2) podtyp z przewagą nadpobudliwości psychoruchowej,
- 3) podtyp mieszany (Marczak 2006).

Podtyp mieszany występuje najczęściej, jednak przyporządkowanie do danego podtypu nie zawsze jest jednoznaczne i często zależy od wieku osoby badanej (ma to związek z podejmowaniem różnych form aktywności i nasileniem różnych symptomów). U chłopców najczęściej występuje podtyp mieszany lub z przewagą nadpobudliwości, natomiast u dziewcząt dominuje podtyp z zaburzeniami koncentracji uwagi. Dane te potwierdzają statystyki, w świetle których stosunek chłopców do dziewcząt, u których zdiagnozowano ADHD z przewagą podtypu mieszanego lub nadruchliwością wynosi 4:1, natomiast przy podtypie z zaburzeniami koncentracji uwagi wynosi on już 1:1 (O'Regan 2005).

Ostatnią i chyba najważniejszą różnicą między klasyfikacjami ICD10 i DSM-IV jest to, że w praktyce pod opiekę lekarską na podstawie kryteriów

WHO trafia mniejsza grupa osób, ale z objawami o większym nasileniu, natomiast kryteria DSM-IV są mniej rygorystyczne, bardziej ogólne (Arcelus, Munden 2008). Niezależnie od różnic w klasyfikacjach należy zwrócić uwagę na fakt, jak złożonym i skomplikowanym zjawiskiem jest zespół nadpobudliwości psychoruchowej, nie jest to jednostka chorobowa, którą się ma bądź nie, ale niemal każdorazowo inny układ cech ulokowany na swoistym continuum między normą a zaburzeniem.

Analizując sytuację osób dorosłych z ADHD, problem pojawia się już w sytuacji diagnozy. Kryteria z ICD10 lub DSM-IV niekoniecznie odpowiadają sytuacji osób dorosłych. Ponadto niektóre objawy nie tyle zanikają, co zmieniają swoją postać. Podjęto więc próby stworzenia innego, adekwatnego narzędzia diagnostycznego. Jedno z nich opracował Paul Wender – tak zwane kryteria Utah (od nazwy stanu w USA). Najpierw trzeba ustalić, że objawy występowały już w dzieciństwie, a w wieku dorosłym widoczne są następujące symptomy:

- 1) nadmierna aktywność motoryczna,
- 2) zaburzenia koncentracji uwagi.

Ponadto muszą wystąpić przynajmniej dwa z następujących objawów:

- 1) chwiejność emocjonalna,
- 2) niezdolność do wykonywania zadań od początku do końca, brak organizacji pracy, zaplanowania czasu,
- 3) problemy z opanowaniem się,
- 4) impulsywność,
- 5) mała odporność na stres (Arcelus, Munden 2008).

Dorośli z ADHD często cierpią również na inne zaburzenia, jak np. zaburzenia lękowe czy zaburzenia afektywne. Tylko 14% wśród zdiagnozowanych pacjentów ma objawy związane tylko i wyłącznie z zespołem nadpobudliwości (Arcelus, Munden 2008).

Zastosowanie kryteriów z Utah to tylko jedna z możliwości diagnozy. Edward M. Hallowell i John J. Ratey opierając się na swojej praktyce klinicznej, uwzględniając również dodatkowe zjawiska lub objawy, zaproponowali następujące kryteria:

1. Przewlekłe zaburzenia charakteryzujące się co najmniej piętnastoma z niżej wymienionych zachowań:
  - a) poczucie braku osiągnięć, niespełnienia własnych celów,
  - b) trudności z organizacją,
  - c) ciągle odkładanie spraw na później i trudności z rozpoczęciem pracy,
  - d) wiele zadań rozpoczętych jednocześnie, trudności z ich dokończeniem,
  - e) skłonność do mówienia wszystkiego, co przyjdzie do głowy, bez rozważenia stosowności danej sytuacji,
  - f) częste szukanie silnych wrażeń,
  - g) paniczny strach przed nudą,
  - h) łatwe rozpraszenie się, trudności ze skupieniem uwagi,
  - i) kreatywność, intuicja, wysoka inteligencja,

- j) trudności z trzymaniem się wyznaczonych planów i przestrzeganiem procedur,
  - k) brak cierpliwości, mała odporność na frustrację,
  - l) impulsywność,
  - m) skłonność do niepotrzebnego i ciągłego zamartwiania się, oczekiwania rzeczy budzących niepokój, występujące zamiennie z nieuwagą lub lekceważeniem rzeczywistych niebezpieczeństw,
  - n) poczucie niepewności,
  - o) zmiany nastroju, szczególnie gdy chory nie jest niczym zaabsorbowany,
  - p) pobudzenie,
  - q) skłonność do uzależnień,
  - r) ciągle problemy z poczuciem własnej wartości,
  - s) nieprawidłowy ogląd samego siebie,
  - t) przypadki ADHD, choroby afektywnej dwubiegunowej lub depresji w rodzinie.
2. Przypadek ADHD w dzieciństwie.
3. Brak innych wyjaśnień w kategoriach medycznych (Hallowell, Ratey 2004).

Każde z podanych kryteriów można uznać za spełnione tylko wtedy, gdy dane zachowanie pojawia się częściej niż u większości osób na tym samym poziomie rozwoju intelektualnego. Podstawowa różnica między tą propozycją diagnozy a kryteriami z Utah polega na tym, że uwzględnia ona występowanie zespołu ADHD bez objawu nadpobudliwości. Według E.M. Hallowella i J.J. Rateya część osób, zwłaszcza wśród kobiet, według obu kryteriów pasowało do klinicznego obrazu ADHD, nie wykazując przy tym nadpobudliwości.

Diagnoza zespołu hiperkinetycznego u osób dorosłych nie jest kwestią doprecyzowaną i jednoznaczną. Nieco inaczej jest z etiologią zaburzenia, gdyż wiedza na ten temat została wypracowana już na gruncie badań nad ADHD u dzieci. Jak twierdzi Sabine Bernau, *ADHD nie powstaje na bazie takiej czy innej sytuacji życiowej danego człowieka, o jego pojawianiu się decydują czynniki biologiczne* (Bernau 2007, s. 29). Szukając przyczyn zespołu hiperkinetycznego, naukowcy uwzględniają zarówno czynniki związane z naturą, genami, jak i te związane z wychowaniem, środowiskiem życia dziecka. Jest to zatem klasycznym przykładem bio- i psychospołecznego zaburzenia, którego objawy są wynikiem wyjątkowej struktury biologicznej, konstrukcji psychologicznej, doświadczeń życiowych jednostki oraz środowiska, w którym żyje (Arcelus, Munden 2008). Wśród dominujących kierunków myślenia w temacie etiologii zespołu hiperkinetycznego należy wymienić wyjaśnienia **ewolucyjne i biologiczne** oraz **genetyczne**.

Grupa wyjaśnień **ewolucyjnych i biologicznych** odwołuje się do antropologii. W świetle tych teorii zaznacza się, że objawy, które dziś składają się na zespół hiperkinetyczny, były w społeczeństwie przedrolniczym uznawane za cechy pożądane. Myśliwy na polowaniu nie miał czasu na to, by zastanawiać się nad groźącym niebezpieczeństwem, czy pozwolić sobie na przeoczenie istotne-

go szczegółu. Sytuacja ta uległa zmianie wraz z rozwojem rolnictwa – na pierwszy plan wysunęły się umiejętności związane ze starannością, dużym nakładem systematycznej pracy, dokładnym planowaniem działań (Arcelus, Munden 2008).

Należy zauważyć, że ADHD występuje ze zbyt dużą częstotliwością w całej populacji, aby być chorobą, która z definicji stawia osobę z zespołem hiperkinetycznym w niekorzystnej sytuacji. Wśród zalet, jakie posiada osoba z ADHD, wymienić należy: bardzo dużą czujność, zdolność do uzyskiwania i przetwarzania informacji wszystkimi zmysłami równocześnie, szybkie przeszukiwanie otoczenia, gotowość do skoku lub ucieczki. Cechy te niewątpliwie były przydatne w społeczeństwie myśliwych czy ludzi prowadzących koczowniczy tryb życia. Współcześnie jednak preferuje się zupełnie inne zachowania czy umiejętności. Nie trzeba walczyć o pożywienie ani być w każdej chwili gotowym do ucieczki, liczą się: ograniczona impulsywność, zdolności analityczne, umiejętność planowania, rozwiązywania problemów czy kontrola swojej aktywności. Tym samym osobom z ADHD jest trudno odnaleźć się we współczesnym społeczeństwie (Arcelus, Munden 2008).

W podobny sposób E.M. Hallowell i J.J. Ratey tłumaczyli nasilenie występowania zespołu hiperkinetycznego w USA, łącząc je z przekazywaniem ADHD na drodze genetycznej. Kolonizatorzy, którzy wyruszyli na podbój nowo odkrytych ziem, często byli osobami, które nie potrafiły usiedzieć na miejscu, potrzebowały nowych doświadczeń i stymulacji. Według wspomnianych autorów znaczna część osób wyruszających na podbój Ameryki byli to ludzie z zespołem hiperkinetycznym, co zostało przekazane w genach kolejnym pokoleniom (Hallowell, Ratey 2004). Mimo iż koncepcje te nie wyjaśniają w całości etiologii zespołu hiperkinetycznego, odgrywają jednak istotną rolę w postrzeganiu tego zaburzenia – zwracają uwagę nie tyle na samą osobę dotkniętą zaburzeniem, co na warunki, w których przyszło jej żyć.

Wyniki licznych badań wskazują na to, że ADHD jest zaburzeniem dziedzicznym, co potwierdzałoby zasadność **wyjaśnień genetycznych**. Badania przeprowadzone wśród bliźniąt jednojajowych wykazały, że jeżeli jedno z nich ma ADHD, to w 80–90% drugie też cierpi na to zaburzenie. Prawdopodobnie występowanie zespołu hiperkinetycznego jest uwarunkowane kilkoma genami (warianty genów układu dopaminergicznego – receptora D4 oraz transportera dopaminy) (Arcelus, Munden 2008).

Obecnie przyjmuje się, że pierwotną przyczyną ADHD są zaburzenia neurologiczne związane z mikrouszkodzeniami płatów czołowych mózgu (a zatem obszaru odpowiedzialnego za kontrolowanie impulsów oraz kierowanie uwagą). Te z kolei w 70% przekazywane są genetycznie. Pozostałe 30% może być wywołane chorobami mózgu, uszkodzeniami mózgu na skutek fizycznego urazu głowy bądź pod wpływem toksyn (Górka 2005). Materiały przekąźnikowe rozpadają się zbyt szybko, przez co zmniejsza się ich działanie. Ponadto w niektórych obszarach mózgu występuje niedokrwienie, tym samym ważne części mó-

zgu otrzymują mniej glukozy (rezultatem tego jest brak energii w komórkach nerwowych) (Bernau 2007). Pod wpływem zmian w układzie dopaminergicznym u osób z ADHD występuje mniejsza objętość mózdzku, płatów skroniowych i całego mózgowia (Bobula 2006).

Szukając przyczyn, należy podkreślić, że objawy zespołu hiperkinetycznego sprawiają, że wychowywanie dziecka jest trudniejsze, w żadnym przypadku jednak błędy wychowawcze nie generują pierwotnych symptomów zaburzenia (Górka 2005). Obalone zostały również teorie, według których za przyczynę powstania zespołu hiperkinetycznego uważano niewłaściwą dietę, alergie, niewłaściwy poziom cukru we krwi, oglądanie telewizji czy gry komputerowe (Bobula 2006).

Zespół hiperkinetyczny nie musi wiązać się tylko i wyłącznie z negatywnymi konsekwencjami. Osoby z ADHD potrafią często „zarażać” innych swoją wyjątkową osobowością, pracować bez przerwy przez bardzo długi czas, podejmować szybkie i trudne decyzje. Cechuje je kreatywność i mnogość pomysłów, nie boją się pracy „na własny rachunek” (Bobula 2006). Bardzo dobrze sprawdzają się w roli żołnierzy, przedsiębiorców, lekarzy bądź ratowników pogotowia ratunkowego, pilotów sił powietrznych czy policjantów. Częściej niż inni mają wizjonerskie wyobrażenia, wymyślają kreatywne rozwiązania czy śmiałe plany, jednak w obliczu niepowodzenia (przeważnie spowodowanego przez zaburzenie) szybko tracą nadzieję (Hallowell, Ratey 2004). Dorośli z ADHD mają problemy w nauce, w pracy, w życiu osobistym. Niejednokrotnie trudność sprawiają im kwestie prozaiczne dla ludzi zdrowych jak chociażby słuchanie wykładu, czytanie książki, jazda samochodem czy rozmowa, ponieważ zbyt szybko tracą wątek. Często osobom z nadpobudliwością przykleja się etykietkę lenia, spóźnialskiego, zapominalskiego czy po prostu osoby niezdyscyplinowanej (Bernau 2007).

Podobnie jak u dzieci obraz dorosłej osoby z ADHD jest inny w zależności od płci. Kobiety z ADHD żyją szybciej, „na wysokich obrotach”, a zadania wykonują w dużym pośpiechu. Do tego dochodzi niemożność pogodzenia się z rutyną dnia codziennego. Nieobce są im problemy ze spóźnianiem się, gubieniem rzeczy czy brakiem zorganizowania, co – w połączeniu z obrazem kobiety jako tej, która wprowadza ład i porządek do domowego zacisza – powoduje spadek poczucia własnej wartości.

Dziewczynki z ADHD z przewagą problemów z koncentracją uwagi nie stwarzają trudności wychowawczych w szkole, co najwyżej sprawiają wrażenie nieobecnych. Potrafią dostosować się do stawianych im wymagań, tym samym często w ogóle nie są diagnozowane, a problemy z nauką czy później w życiu zawodowym pojawiają się z opóźnieniem (porównując do chłopców z ADHD). Dodatkowo w okresie dojrzewania nakładają się na tę sytuację problemy zdrowotne związane z dotkliwym przechodzeniem zespołu napięcia przedmiesiączkowego, uczucie wyczerpania, wahania nastrojów czy migreny w czasie okresu. Prawdopodobnie jest to związane ze szczególną wrażliwością (reaktywnością)



układu nerwowego kobiet z ADHD, a także wzrastającym w okresie dojrzewania poziomem estrogenu (Bernau 2007).

W przypadku dziewcząt cierpiących na ADHD z nasilonymi zaburzeniami z zakresu nadpobudliwości psychoruchowej w okresie dojrzewania objawy nadruchliwości, mogłoby się wydawać, że zupełnie ustępują (problemy z koncentracją uwagi pozostają, zmienia się motoryka i impulsywność). Bardziej prawdopodobnym jest jednak, że tylko przeobrażają się w ciągły stan wewnętrznego napięcia i niepokoju. O ile w życiu zawodowym przy odpowiedniej determinacji kobiety z ADHD są w stanie podporządkować sobie otoczenie, wprowadzić do niego niezbędne minimum ładu, o tyle często nie starcza im siły, by tak samo funkcjonować w życiu prywatnym, gdzie borykają się z wieloma problemami psychicznymi wynikającymi z zaburzonego poczucia własnej wartości i braku zrozumienia w najbliższym otoczeniu.

Nadruchliwość chłopców również często przeobraża się w wewnętrzny niepokój i nerwowość. Natomiast jeśli pozostaje niezmieniona, to mężczyźni podejmują zawody wymagające wzmożonej aktywności fizycznej, co pozwala dobrze ukierunkować symptomy zaburzenia (stają się wtedy mniej dotkliwe bądź nawet przydatne). Mimo to są też sytuacje, w których ADHD u mężczyzny jest bardziej niebezpieczne niż u chłopca – chociażby w kwestii jazdy samochodem (szybka jazda, niecierpliwość). Inną cechą mężczyzn z ADHD jest nadmierna wrażliwość, duża emocjonalność, a także nagłe zmiany nastroju, które mogą być wywołane przez zdarzenia obiektywnie mało istotne. Ponadto mają trudności ze słuchaniem rozmówcy (choć w dyskusji są w stanie bardzo zacięście bronić swojego zdania) i pracą w grupie. Dodatkowo dochodzą problemy z przyjmowaniem krytyki, co rzutuje na poczucie własnej wartości. Losy mężczyzn z ADHD są bardzo różne, a zależą przede wszystkim od tego, na ile przychylnie i akceptujące jest/było środowisko, w którym przyszło im wzrastać (Bernau 2007).

W świetle posiadanej wiedzy – jak podaje S. Bernau – (...) *stan trwałego wyleczenia z ADHD nie jest jeszcze osiągalny* (Bernau 2007, s. 7). Poszukiwania skutecznych metod ciągle trwają, a obecnie najczęściej stosowanymi są: **farmakoterapia, psychoterapia** oraz **inne oddziaływania** pomocne w walce z wtórnymi symptomami zespołu hiperkinetycznego. Jak twierdzi David Pentecost, najlepsze rezultaty osiąga się, stosując psychoterapię wraz z farmakologią (Pentecost 2005). Jednak i w tej kwestii zdania są podzielone, gdyż S. Bobula, powołując się na American Academy of Pediatrics, zaleca stosowanie terapii farmakologicznej wraz z terapią behawioralną jako przynoszących najlepsze rezultaty (Bobula 2006). Uzasadnionym wydaje się jednak stanowisko, że – ze względu na specyfikę formy – dla dzieci psychoterapia może być mało skuteczna, inaczej u osób dorosłych. Z całą pewnością natomiast terapia ADHD nie polega tylko na leczeniu farmakologicznym. Jest to użyteczna forma wspomaganie, ale nie należy uważać jej za terapię całościową (Hallowell, Ratey 2004).

Wśród **lekarstw** na ADHD dwie główne grupy to środki pobudzające i środki antydepresyjne. Do środków pobudzających zaliczamy m.in.: metylfenidat (np. Ritalin), dekstramfetaminę (np. Dexedrine) i pemolinę. Leki te działają na neuroprzekaźniki, które aktywizują lub pobudzają centralny układ nerwowy. U osób z ADHD skutkuje to większą zdolnością koncentracji i pełniejszą uwagą oraz poprawą nastroju. Podkreślić należy, że leki pobudzające – wbrew obiegowym opiniom – nie wprowadzają w stan narkotyczny, nie otepiają ośrodków zmysłów, nie odbierają kreatywności ani nie wywołują uzależnienia (oczywiście stosowane w przepisanych dawkach). Do środków antydepresyjnych zaliczamy m.in. dezypraminę (najczęściej stosowaną), imipraminę, klomipraminę, klonidynę czy fluoksetynę (np. Prozac, najskuteczniejszy przy ADHD połączonym z depresją) (Hallowell, Ratey 2004).

Bardzo trudno odpowiednio dobrać konkretny lek i właściwą dawkę, najczęściej dokonuje się to metodą prób i błędów i może trwać miesiącami. Według E.M. Hallowella i J.J. Ratey'a zastosowanie farmakoterapii jest skuteczne u 80% pacjentów ze zdiagnozowanym ADHD (Hallowell, Ratey 2004). Przyjmowanie leków nie jest też wolne od skutków ubocznych. S. Bobula wymienia wśród nich: utratę łaknienia, spadek wagi, zaburzenia rytmu serca, obniżenie progu drgawkowego (Bobula 2006). E.M. Hallowell i J.J. Ratey dodają do tej listy bezsenność, podwyższenie ciśnienia krwi, przygnębienie lub zmienność nastrojów (gdy organizm przyzwyczai się już do leku), mimowolne skurcze mięśni, jak też – charakterystyczne dla dezypraminy – suchość w ustach, tendencje do zatrzymywania moczu (Hallowell, Ratey 2004).

Jeżeli leczenie przynosi oczekiwane skutki, pacjentowi łatwiej jest się skupić, może nie przerywać wysiłku przez dłuższy czas, następuje zmniejszenie niepokoju, frustracji, drażliwości i łagodzenie nastroju. Na skutek wzmocnienia koncentracji efektywność działań wzrasta, ograniczony zostaje czas na rozproszenia, silniej panuje się nad impulsami. Wtedy można nauczyć się nowych sposobów zachowania i oduczyć starych, destrukcyjnych. Dodatkowo pojawiają się skutki wtórne – dobre samopoczucie, wyższa samoocena, większa pewność siebie (Bernau 2007). Jak podaje Iwona Górka, żaden lek nie leczy ADHD. Środki farmakologiczne likwidują bądź ograniczają pierwotne symptomy neurologiczne, pozwalając tym samym uzyskać symptomy wtórne, czyli osiągnięcie przez osobę z zespołem hiperkinetycznym jak najszerzej pojętej kontroli. Leki nie wywołują stałych zmian w neurochemii mózgu, dlatego trzeba przyjmować je przez całe życie (chyba że objawy całkowicie zanikną) (Górka 2005). Prawdą jest jednak, że najskuteczniej i najszybciej zapewniają poszerzenie rozpiętości uwagi i poprawiają koncentrację (Pentecost 2005). Tym samym łagodzą zaburzenie, ale nie leczą go, a ich stosowanie powinno opierać się na dokładnej diagnozie (Hallowell, Ratey 2004).

Niestety zastosowanie środków farmakologicznych obciążone jest licznymi mitami. Terapię lekami rozpoczyna się najczęściej od Ritalinu, dlatego że Dexedrine uważane jest za pospolity narkotyk, szkodliwy i uzależniający. U pa-

cjentów istnieją również wątpliwości natury emocjonalnej. Stosując farmakoterapię pamiętać należy przede wszystkim o tym, by osoba poddana jej zrozumiała swoje zaburzenie i została odpowiednio wyedukowana. W trakcie leczenia koniecznym jest ciągłe kontrolowanie nastroju, obserwowanie, jak zastosowane środki wpływają na codzienne funkcjonowanie i związki międzyludzkie osoby z ADHD. Leki przyjmować należy tylko i wyłącznie pod kontrolą lekarza, a przy ocenie skuteczności zasięgnąć opinii przynajmniej jednej osoby z otoczenia pacjenta, gdyż sam pacjent może nie zdawać sobie sprawy z tego, że lek dobrze działa (Hallowell, Ratey 2004).

Zasadność stosowania **psychoterapii** opiera się według E.M. Hallowella i J.J. Rateya na tym, że (...) *wewnętrzne poczucie, że ktoś rozumie, może leczyć lepiej niż leki i porady* (Hallowell, Ratey 2004, s. 98). Jest ona wskazana ze względu na problemy z samooceną, niepokojem i depresją, które towarzyszą osobie z ADHD. Z pierwotnymi problemami można radzić sobie, stosując leki czy korzystając z pomocy trenera, natomiast wtórne objawy psychologiczne leczy się właśnie na drodze psychoterapii. Według wspomnianych autorów (...) *osoba z ADHD najbardziej skorzysta na leczeniu, jeżeli znajdzie terapeutę, który zna się zarówno na zaburzeniu, jak i na psychoterapii* (Hallowell, Ratey 2004, s. 263). Nie jest to jednak psychoterapia prowadzona według zasad tradycyjnej psychoanalizy, gdzie pacjent opowiada o tym, co mu się przypomina, a ingerencja terapeuty ograniczona jest do minimum. W przypadku osób z ADHD taki sposób prowadzenia terapii tworzyłby poczucie zagubienia i chaosu. Potrzebne jest natomiast nadanie spotkaniom struktury i kierunku. Psychoterapeuta pilnuje, by pacjent kontynuował poruszany temat, nie odbiegał od niego zbyt daleko, zmierzał w wyznaczonym wspólnie kierunku rozmowy. Najczęściej można spotkać się z terapią indywidualną, jednak jest jeszcze terapia grupowa, rodzinna czy terapia par (Bobula 2006).

W **terapii grupowej** w spotkaniach prowadzonych przez terapeutę uczestniczą osoby dotknięte zespołem hiperkinetycznym. Podczas spotkań pacjent ma kontakt z osobami z tym samym problemem, dzięki czemu zaangażowani ludzie mogą uczyć się od siebie nawzajem. Przez dzielenie się doświadczeniami potwierdzana jest prawdziwość tego, co spotyka ludzi z ADHD, tym samym eliminuje się poczucie osamotnienia, a buduje poczucie przynależności. W trakcie pracy można odtwarzać różne sytuacje z życia, przepracowywać je, szukać rozwiązań, uzyskiwać informacje zwrotne o swoim zachowaniu od osób, które dzielą tę samą rzeczywistość choroby (Hallowell, Ratey 2004).

Wśród metod leczenia ADHD pojawia się również **terapia behawioralna**. Opiera się na prostych zabiegach wspomagających motywację do pracy osoby z ADHD. Najczęściej dokonuje się to przez różnego rodzaju nagrody (materialne, społeczne, symboliczne) bądź też kary wynikające z logicznych konsekwencji podejmowanych niekorzystnych działań (Bobula 2006). Innym sposobem radzenia sobie z ADHD jest idea zaangażowania trenera. Może nim być psychoterapeuta osoby z zespołem hiperkinetycznym, ale nie jest to konieczne. Zada-

niem trenera jest pilnowanie, by „gracz” był skupiony na zadaniu, by nie wracał do złych nawyków i udzielanie mu wsparcia. Taka forma pomocy realizowana jest przede wszystkim w oparciu o codzienne rozmowy, w których zadaje się tzw. pytania HOPE. Dotyczą one kolejno: pomocy (*Help*), obowiązków (*Obligations*), planów (*Plans*) i zachęty (*Encouragement*) osoby z ADHD. W tego typu oddziaływaniach niezwykle ważną jest systematyczność, pozytywne nastawianie i autentyczne zaangażowanie trenera (Hallowell, Ratey 2004).

Kolejna popularna na świecie (jednak nie w Polsce ze względu na wysokie koszty) metoda leczenia ADHD to zabiegi EEG – **biofeedback** (biologiczne sprzężenie zwrotne). Jest to leczenie opierające się na założeniu, że mózg osoby z zespołem hiperkinetycznym funkcjonuje na niewłaściwych falach, zatem należy wymusić na nim funkcjonowanie we właściwym zakresie fal. Jest to metoda biologiczna niemająca skutków ubocznych, a według badań amerykańskich pomocna w  $\frac{3}{4}$  przypadków (głównie przez poprawienie koncentracji uwagi). Innym nowatorskim pomysłem leczenia jest suplementacja kwasami nienasyconymi Omega-3 (EPA) i Omega-6 (DHA). Według badań brytyjskich pozytywnie wpływa na redukcję objawów związanych z impulsywnością i nadruchliwością oraz koncentrację uwagi. Jest tańsza i bezpieczniejsza niż leczenie farmakologiczne, nie ma skutków ubocznych, poza tym może odbywać się bez kontroli lekarza (Bobula 2006).

Leczenie osób dorosłych cierpiących na ADHD zawsze powinno rozpocząć się od dokładnej diagnozy. Następnie bardzo ważnym elementem całego procesu jest przywrócenie nadziei, że z zaistniałymi problemami i zawiłymi sytuacjami życiowymi można sobie poradzić. Dopiero na takim podłożu trzeba podjąć kroki związane z dokładnym wyjaśnieniem specyfiki zjawiska, udzieleniem niezbędnego wsparcia i opieki. W dalszej kolejności przychodzi czas na podjęcie terapii, zaangażowanie osoby trenera czy też leczenie farmakologiczne (Bernau 2007).

Ludzie z ADHD często wkraczają w dorosłe życie z negatywnym bagażem doświadczeń wyniesionych z dzieciństwa. Diagnoza zaburzenia dokonuje się u nich na podstawie klasyfikacji medycznych, ale ze względu na ich częściowe niedostosowanie do sytuacji osób dorosłych wykorzystuje się np. kryteria z Utah. Na dzień dzisiejszy wiadomo, że ADHD w większości przypadków przekazywane jest na drodze dziedziczenia, należy jednak pamiętać o ewolucyjnych i biologicznych wyjaśnieniach kładących nacisk na to, jak zmienił się styl życia i tym samym cechy mniej bądź bardziej pożądane w społeczeństwie. Dorosłym z ADHD ciężko sprostać tak postawionym wymogom społecznym, przez co często – mimo licznych zalet – nie mogą odnaleźć swojego miejsca. Każdy sposób radzenia sobie, który okazuje się pomocnym w funkcjonowaniu społecznym osoby z ADHD, może zostać włączony do systemu działań związanych z leczeniem zaburzenia. Można wyróżnić kilka grup oddziaływań: edukację, zmianę struktury wewnętrznej (obrazu samego siebie) i struktury zewnętrznej (elementy codziennego życia, sposoby lepszej organizacji i kontroli) oraz zor-

ganizowanie wsparcia z zewnątrz. To ostatnie okazuje się szczególnie ważne, ze względu na często doświadczane uprzednio odrzucenie w szkole, pracy, środowisku życia (Hallowell, Ratey 2004).

Zespół hiperkinetyczny u osób dorosłych jest zjawiskiem stosunkowo słabo poznanym. Częściowo obszar badań związanych z tym zaburzeniem u dzieci (jak np. kwestie etiologii) pokrywa się z tematyką ADHD wśród dorosłych. Jednak ze względu na towarzyszące zaburzenia dodatkowe, inne role społeczne podejmowane przez osoby dorosłe czy odmienne sposoby leczenia i radzenia sobie z zaburzeniem, wymaga omawiania w kontekście danej grupy wiekowej. Ważne, by zjawiska występowania ADHD nie ograniczać do świata dzieci i mieć świadomość specyfiki sytuacji osób dorosłych cierpiących na zespół hiperkinetyczny.

### Bibliografia

1. Arcelus J., Munden A. (2008), *ADHD Nadpobudliwość ruchowa*, BELLONA, Warszawa.
2. Barkley R. A. (2009), *ADHD Podjąć wyzwanie*, Zysk i S-ka, Poznań.
3. Bernau S. (2007), *ADHD u dorosłych*, Wydawnictwo WAM, Kraków.
4. Bobula S. (2006), *ADHD dar specyficzny*, Wydawnictwo św. Stanisława BM Archidiecezji Krakowskiej, Kraków.
5. Górka I. (2005), *Mały nieszczęśliwy człowiek z ADHD*, Edukacyjna.pl, Kraków.
6. Hallowell E.M., Ratey J.J. (2004), *W świecie ADHD*, Media Rodzina, Poznań.
7. Marczak A. (2006), *Program pracy z dzieckiem z objawami nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD) w przedszkolu lub szkole*, Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna, Warszawa.
8. O'Regan F.J. (2005), *ADHD*, K.E. Liber, Warszawa.
9. Pentecost D. (2005), *Wychowywać dziecko z ADD i ADHD*, Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna, Warszawa.
10. Spohrer K.E. (2006), *Pomóż dziecku z... ADHD*, K.E. Liber, Warszawa.

Recenzent: dr hab. Wojciech Horyń, prof. WSH

**Hyperkinetic syndrome (ADHD) in adults**

**Key words:** ADHD, hyperkinetic syndrome, adults' functioning, therapy.

**Summary:** The article describes hyperkinetic syndrome occurring in adult people. It explains what this disorder is and how it can be diagnosed on the basis of ICD10 and DSM-IV classifications. It also introduces dominant hypotheses on the origin of ADHD. The main part contains description of a situation of adult people suffering from ADHD – their advantages and disadvantages, as well as their ways of functioning (including individual and social consequences of this disorder). The last aspect mentioned is treatment possibilities and other kinds of coping with hyperkinetic syndrome and effectiveness of these means.

Tłumaczenie: Katarzyna Kalinowska

Dane do korespondencji:

**Mgr Kinga Karteczka**

doktorantka w Instytucie Pedagogiki Uniwersytetu Jagiellońskiego

e-mail: kinga.karteczka@uj.edu.pl