

Trudna diagnoza – dylematy rzetelnej oceny ADHD u dorosłych pacjentów.

Część II. Proces diagnozy i diagnoza różnicowa

Difficult diagnosis – the dilemma of reliable evaluation of ADHD in adult patients.

Part II. Process of diagnosis and differential diagnosis

II Klinika Psychiatryczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Correspondence to: Centrum Psychoterapii: Poradnia Leczenia Nerwic, ul. Dolna 42, 00-744 Warszawa, e-mail: monika.szaniawska@gmail.com

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Nie ma wątpliwości, że diagnoza ADHD u pacjentów dorosłych jest procesem trudnym i powinna być stawiana przez wszechstronnego i rzetelnego klinicystę. W ocenie powinien on wziąć pod uwagę różne aspekty z historii pacjenta, ocenić jego obecne funkcjonowanie, stopień upośledzenia funkcjonowania w dorosłym życiu oraz wykluczyć wszelkie inne alternatywy, które mogłyby tłumaczyć zaburzenia koncentracji uwagi, nadruclliwość i impulsywność. Aby można było zdiagnozować ADHD u osoby dorosłej, pacjent musi cierpieć na to zaburzenie od dzieciństwa. Jest mało prawdopodobne, że osoba, która obecnie spełnia kryteria diagnostyczne ADHD, ale która do czasu ukończenia szkoły średniej nie doświadczyła pogorszenia funkcjonowania, będzie miała to rozpoznanie. Diagnozując ADHD u dorosłych, musimy znaleźć dowody na słabe lub nieadekwatne przystosowanie, którego skutkami mogą być: utrata pracy, wieloletnie trudności z ukończeniem studiów, osiągnięcia akademickie znacznie poniżej możliwości intelektualnych, trudności w małżeństwie lub w utrzymaniu bliższych relacji z ludźmi. Bardzo ważną czynnością w procesie diagnostycznym ADHD u dorosłych, niestety często pomijaną, jest systematyczne sprawdzanie, czy występujące trudności nie są w istocie wywołane przez inne zaburzenia psychiczne lub choroby somatyczne. Należy zbadać, czy objawy pacjenta nie występują w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej, SUD czy zaburzeń osobowości, zwłaszcza osobowości *borderline*. Ostatnim ważnym krokiem w procesie diagnostycznym jest zbadanie, czy oprócz ADHD występują także inne zaburzenia. Warto zauważyć, że wiele zaburzeń, które należy uwzględnić w diagnozie różnicowej, może występować nie zamiast ADHD, ale równoległe z nim.

Słowa kluczowe: ADHD u dorosłych, diagnoza ADHD u dorosłych, diagnoza różnicowa, współwystępowanie zaburzeń, procedura diagnostyczna

Summary

There is no doubt that the diagnosis of ADHD in adult patients is a difficult process and should be made by a versatile and reliable clinician. In evaluation the clinician should consider various aspects from the patient's history, assess her/his present functioning, extent of the functioning deficiency in adult life, and exclude all other alternatives which could account for attention deficits, hyperactivity and impulsivity. In an adult person, ADHD may be diagnosed in a patient who has suffered from this disorder from childhood. It is hardly probable that the person who presently meets the diagnostic criteria of ADHD but had not experienced a deterioration in functioning by graduation from high school will be diagnosed with this disorder. When diagnosing ADHD in adults we have to find evidence of poor or inadequate adaptation which may result in: loss of a job, long-lasting difficulties with finishing the higher studies, academic achievements far below intellectual capabilities, difficulties in marriage or in maintaining close relations with other people. A very important activity, unfortunately often passed over, in ADHD diagnosis in adults, is systematic checking whether or not the occurring difficulties are actually induced by other mental disorders or somatic diseases. It should be checked whether or not the patient's symptoms occur in the course of bipolar affective disorder, substance use disorder or personality disorders, especially the borderline personality. The last important step in the diagnostic process is finding out if there are no other disorders, apart from ADHD. Noteworthy, many disorders which should be considered in the differential diagnosis may occur not instead of ADHD, but concurrently.

Key words: ADHD in adults, ADHD diagnosis in adults, differential diagnosis, comorbidity, diagnostic procedure

WPROWADZENIE

Nie ma wątpliwości, że diagnoza ADHD u pacjentów dorosłych jest procesem trudnym i powinna być stawiana przez wszechstronnego i rzetelnego klinicystę. W ocenie powinien on wziąć pod uwagę różne aspekty z historii pacjenta, ocenić jego obecne funkcjonowanie, stopień upośledzenia funkcjonowania w dorosłym życiu oraz wykluczyć wszelkie inne alternatywy, które mogłyby tłumaczyć zaburzenia koncentracji uwagi, nadruclliwość i impulsywność. Z drugiej strony część pacjentów zgłaszających się na badanie ma słaby wgląd w swoje problemy. Słabe rozeznanie w tej kwestii lub nieoszacowanie objawów są dość częste, gdy pacjent przychodzi na diagnozę nie do końca z własnej woli, na przykład na prośbę współmałżonka lub rodzica. W takich przypadkach pomocne może okazać się zadawanie pytań, na podstawie których klinicysta może wyrobić sobie zdanie na temat funkcjonowania pacjenta, na przykład: jak często zdarza mu się gubić wątek podczas rozmowy lub wykonywania codziennych zadań w pracy?; jakie ma opóźnienia w płaceniu rachunków czy odpowiadaniu na maile?

Podczas procesu diagnostycznego klinicysta powinien mieć zawsze w pamięci 4 fundamentalne pytania dotyczące zaburzenia⁽¹⁾:

1. Czy istnieją wiarygodne dowody na to, że pacjent przejawiał objawy ADHD w dzieciństwie, przynajmniej w końcowym okresie szkoły podstawowej? Czy objawy te w sposób znaczący i chronicznie upośledzały funkcjonowanie dziecka?
2. Czy są wiarygodne dowody na to, że objawy ADHD występują obecnie i ich nasilenie jest znaczące i chroniczne oraz powoduje upośledzenie funkcjonowania pacjenta?
3. Czy istnieją inne, alternatywne przyczyny, które lepiej tłumaczą kliniczny obraz pacjenta?
4. Czy z ewentualnym ADHD współlistnieją inne zaburzenia?

OBECNOŚĆ SYMPTOMÓW W DZIECIŃSTWIE

Aby można było zdiagnozować ADHD u osoby dorosłej, pacjent musi cierpieć na to zaburzenie od dzieciństwa. Jakkolwiek istnieją kontrowersje co do wieku, w jakim powinny się pojawić objawy⁽²⁾ – czy ma to być przed 7. rokiem życia, czy może nieco później – uczeni zgadzają się, że objawy powinny powodować znaczące pogorszenie funkcjonowania nie później niż we wczesnym wieku nastoletnim – do 12. roku życia^(2,3). Do stwierdzenia ADHD u osoby dorosłej konieczne jest zgromadzenie wiarygodnych dowodów, że pacjent jako dziecko doświadczał długotrwałych trudności z utrzymaniem uwagi lub samokontrolą. Bez takich dowodów rozpoznanie ADHD jest ustalone w sposób nieprawidłowy^(1,3).

W polskich warunkach udokumentowanie zaburzenia może się okazać zadaniem dość trudnym, zważywszy na to, jak rzadko była do niedawna stawiana diagnoza ADHD u dzieci. Dopiero przed kilkoma laty świadomość problemu u dzieci i młodzieży znacząco wzrosła. Niewielkie jest więc prawdopodobieństwo, że na badanie trafi trzydziestoletni pacjent, który przyniesie opinię psychologiczną lub zaświadczenie lekarskie, że jako dziecko był leczony z powodu nadpobudliwości. Oznacza to, że należy szukać „dowodów pośrednich” – na przykład opisów problemów

z koncentracją, nadruclliwością czy nadmierną impulsywnością w opiniach z poradni psychologiczno-pedagogicznej, świadectwach szkolnych, starych dziennikach ucznia lub zeszytach. Bardzo pomocna jest też rozmowa z rodzicem pacjenta na temat jego rozwoju i funkcjonowania w dzieciństwie.

Oceniając ADHD w dzieciństwie, warto rozróżnić zmienne, takie jak występowanie objawów i stopień pogorszenia funkcjonowania dziecka. Niektóre dzieci już na pierwszy rzut oka spełniają kryteria diagnostyczne – są impulsywne w działaniu, sprawiają wrażenie, jakby nigdy się nie zatrzymywały, lub nieustannie błądzą myślami – z drugiej jednak strony mają dobre relacje społeczne, dobre oceny, są lubiane i akceptowane w rodzinie i w szkole. W takim wypadku mówimy raczej o nasileniu cech temperamentalnych, a nie o zaburzeniu, ponieważ nie jest spełnione kryterium upośledzenia funkcjonowania⁽⁴⁾.

Jest mało prawdopodobne, że osoba, która obecnie spełnia kryteria diagnostyczne ADHD, ale która do czasu ukończenia szkoły średniej nie doświadczyła pogorszenia funkcjonowania, będzie miała to rozpoznanie. Rzadkimi przypadkami mogą być dzieci, które dorastały w warunkach nadzwyczajnego nadzoru lub miały zapewniony bardzo szczególnie system edukacyjny, gdzie tylko mocno zaburzone dziecko mogłoby doświadczyć niepowodzeń. Przykładowo dziecko (nastolatek) odrabiało lekcje razem z rodzicem czy couchem do końca liceum lub uczyło się w szkole terapeutycznej. Podobnie może być w sytuacji odwrotnej – pacjent, który dorastał w środowisku dysfunkcyjnym, chaotycznym, gdzie wymagania edukacyjne były niewielkie lub żadne, również nie będzie doświadczał swoich objawów jako znacznie utrudniających dostosowanie się do wymagań środowiska. Pomijając te szczególne przypadki, jeżeli problemy z koncentracją uwagi, nadruclliwością i nadmierną impulsywnością pojawiły się po ukończeniu szkoły średniej, bardzo prawdopodobne jest, że będą wynikały z jakiejś innej przyczyny niż ADHD – będą wynikiem np. niewłaściwego wyboru studiów, nagłej zmiany środowiska, niskiego IQ, innych zaburzeń psychiatrycznych lub trudności psychologicznych. Warto jeszcze raz podkreślić, że ADHD to zaburzenie związane ze słabą kompensacją trudności (wywołanych kłopotami z koncentracją, nadruclliwością czy nadmierną impulsywnością), poczynawszy od dzieciństwa. Jeśli pacjent był w stanie kompensować swoje słabości, to nie możemy mówić o zaburzeniu, a raczej o stylu/profilu funkcjonowania (subklinicznym nasileniu objawów).

STOPIEŃ UPOŚLEDZENIA FUNKCJONOWANIA

Stopień klinicznego zaburzenia funkcjonowania jest najczęściej oceniany na podstawie wywiadu z pacjentem lub/i inną osobą dobrze go znającą. Przede wszystkim należy dowiedzieć się, w jakim stopniu zaburzone jest funkcjonowanie pacjenta, jak duży jest jego dyskomfort z powodu występowania objawów zaburzeń koncentracji uwagi, impulsywności czy nadruclliwości, czy symptomy ADHD utrudniają wykonywanie pracy (doświadczenie kilkukrotnego zwolnienia z pracy, praca poniżej kwalifikacji) lub pełnienie adekwatnych ról społecznych, czy przyczyniają się do porażek w edukacji (powtarzanie klas w szkole, trudności z ukończeniem edukacji, np. z napisaniem pracy magisterskiej, rozpo-

czynianie i porzucanie coraz to nowych kursów zawodowych itp.), czy komplikują osiągnięcie ważnych celów życiowych (nieumiejętność utrzymania związku). Zdarza się, że pacjent nie widzi problemu w sposobie funkcjonowania – warto wtedy rozważyć, czy poprzez objawy nie przyczynia się do znaczącego cierpienia swoich bliskich (współmałżonka, dzieci czy współpracowników), czy nie naraża własnego życia lub zdrowia (nadużywanie alkoholu, substancji psychoaktywnych, szybka jazda samochodem, ryzykowne zachowania seksualne).

Badając symptomy ADHD u osoby dorosłej, klinicysta powinien przede wszystkim skupić się na tych objawach, które w znaczący sposób upośledzają lub uniemożliwiają pacjentowi normalne funkcjonowanie. Istotną jest tu odpowiedź na pytanie, co to znaczy: normalne funkcjonowanie. Trzeba pamiętać, że niemal każdy, kto doświadcza przejściowych kłopotów z koncentracją czy ma trudności z zabraniem się do niechcianej pracy, nie lubi tego w sobie. Co więcej, warto zadać sobie pytanie, kto z nas nie chciałby być bardziej uważny, łatwiej koncentrować się na sprawach mało przyjemnych, umieć lepiej opanowywać się, lepiej organizować i działać bardziej wydajnie. Może się zdarzyć, że po diagnozę ADHD zgłosi się osoba stawiająca sobie nadmierne wymagania dotyczące codziennego funkcjonowania – choć subiektywnie będzie odczuwać cierpienie, najprawdopodobniej nie spełni kryteriów diagnostycznych⁽⁵⁾.

Tak jak nie można bagatelizować ADHD, tak nie można zapominać o poważnych następstwach tego zaburzenia, takich, które znacząco upośledzają funkcjonowanie pacjenta w sferach: edukacji, kariery zawodowej czy funkcjonowania społecznego. Diagnozując ADHD u dorosłych, musimy znaleźć dowody na słabe lub nieadekwatne przystosowanie, którego skutkami mogą być: utrata pracy, wieloletnie trudności z ukończeniem studiów, osiągnięcia akademickie znacznie poniżej możliwości intelektualnych, trudności w małżeństwie lub w utrzymaniu bliższych relacji z ludźmi, znaczące trudności w codziennym życiu spowodowane impulsywnością, chronicznym zapominaniem i ogólną dezorganizacją (długi, niepłacone rachunki, niedotrzymywanie terminów itp.). Barkley⁽⁵⁾ wymienia następujące sfery, w których ADHD zaburza funkcjonowanie:

1. trudności w osiąganiu wyznaczonych celów edukacyjnych – np. niedokończona edukacja na poziomie szkoły średniej lub szkoły wyższej;
2. słabe funkcjonowanie w sferze zawodowej lub bardzo częsta zmiana pracy;
3. kiepskie umiejętności w prowadzeniu samochodu – częste stłuczki, wypadki;
4. wypadki i uszkodzenia ciała – ryzykowne zachowania;
5. niska satysfakcja z relacji interpersonalnych;
6. chroniczny debet, zaciąganie długów, kredytów – kiepskie zarządzanie pieniędzmi;
7. wczesne rodzicielstwo, ewentualne choroby weneryczne lub przenoszone drogą płciową;
8. trudności w utrzymaniu porządku w domu, słabe umiejętności wychowawcze;
9. słaba umiejętność kontrolowania emocji;
10. depresja.

Z kolei Bilkey⁽⁶⁾ podaje, że w przypadku utrzymywania się objawów ADHD u osób dorosłych zaburzone będą następujące sfery funkcjonowania:

- funkcjonowanie w sferze zawodowej;
- funkcjonowanie w sferze edukacji;
- funkcjonowanie społeczne;
- relacje intymne – małżeństwo, randkowanie;
- zarządzanie finansami;
- jazda samochodem;
- konflikty z prawem;
- wychowywanie dzieci;
- radzenie sobie z utrzymaniem domu;
- radzenie sobie z odpowiednim stosowaniem powszechnych używek;
- dbanie o zdrowie;
- funkcjonowanie w sferze seksualnej.

Jeśli nie ma wyraźnego upośledzenia funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w sferze relacji z innymi ludźmi, to nie ma zaburzenia.

Według obecnie obowiązujących zasad samo wewnętrzne poczucie braku osiągnięć zgłaszane przez pacjenta nie jest wystarczające do ustalenia rozpoznania. Jest coraz więcej pacjentów, którzy zgłaszają się po diagnozę, będąc święcie przekonanymi, że cierpią na „chorobę ADHD” i że jest ona przyczyną ich życiowych i emocjonalnych trudności, choć dokładna diagnostyka wyklucza takie rozpoznanie.

INNE, ALTERNATYWNE ZABURZENIA, KTÓRE LEPIEJ TŁUMACZĄ KLINICZNY OBRAZ PACJENTA

Kolejną bardzo ważną czynnością w procesie diagnostycznym ADHD u dorosłych, niestety często pomijaną, jest systematyczne sprawdzanie, czy występujące trudności nie są w istocie wywołane przez inne zaburzenia psychiczne lub choroby somatyczne. Najlepszym sposobem będzie tu przeprowadzanie ustrukturyzowanego wywiadu diagnostycznego. W Polsce popularnym narzędziem jest MINI (skrótowy międzynarodowy wywiad neuropscyhatryczny, który pozwala na szybką diagnozę pacjenta pod kątem innych rozpoznanych psychiatrycznych). Należy zbadać, czy objawy pacjenta nie występują w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej, SUD czy zaburzeń osobowości.

ZABURZENIE AFEKTYWNE DWUBIEGUNOWE (BPD) A ADHD

Trudności w koncentracji uwagi, nadruclliwość, impulsywność, szybkie i łatwe rozpraszenie się, trudności z panowaniem nad emocjami są cechami wspólnymi ADHD i zaburzenia dwubiegunowego.

Jeżeli chodzi o zaburzenie dwubiegunowe – typ I, to odróżnienie go od ADHD nie jest szczególnie trudne. Wskazówką do rozróżnienia będzie tu występowanie postawy wielkościowej – krótkie epizody manii. Również objawy, takie jak długotrwała bezsenność, urojenia, irracjonalne myślenie, objawy psychotyczne i paranoiczne, bardzo poważne zmiany nastroju od manii do cięż-

kiej depresji, nie należą do spektrum obrazu ADHD. Nieco trudniejsze będzie rozróżnienie pomiędzy ADHD a BPD – typ II⁽⁷⁾.

Wskazówki, które pomogą odróżnić ADHD od BPD – typ II:

- Euforia, której towarzyszy zaprzeczanie istnienia jakichkolwiek problemów związanych z zachowaniem pacjenta, jest bardziej charakterystyczna dla BPD.
- Bezsenna noc, przez kilka nocy z rzędu jest bardziej charakterystyczna dla BPD. W przypadku ADHD zaburzenia snu wiążą się raczej z odkładaniem, przesuwaniem momentu zasypiania, z gonitwą myśli, perseweracją.
- Ważną wskazówką będzie początek zaburzenia – BPD najczęściej rozpoczyna się w późnym wieku nastoletnim lub wczesnej młodości, z kolei ADHD manifestuje się już w dzieciństwie.
- ADHD jest zaburzeniem chronicznym i stałym, natomiast BPD ma charakter bardziej cykliczny i wyraźnie zauważalny początek zachowań, które są problematyczne.
- Osoby z manią lub hipomanią prezentują podwyższony poziom euforii, który nie jest częścią obrazu ADHD. Pacjenci z BPD doświadczają też okresowo epizodów dużej depresji, co również nie jest charakterystyczne dla ADHD.
- Obecność w wywiadzie rodzinnym ciężkich zaburzeń afektywnych czyni rozpoznanie BPD bardziej prawdopodobnym. Rozpoznanie BPD nie jest szczególnie powszechne wśród członków rodziny osoby z ADHD, natomiast jest 7-8 razy częstsze u bliskich osób chorujących na BPD^(3,8).

NADUŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH A ADHD

Różnicowanie pomiędzy ADHD a uzależnieniami jest dość trudne z uwagi na bardzo dużą współzachorowalność. Na podstawie danych epidemiologicznych w USA szacuje się, że ponad 40% leczonych z powodu nadużywania środków psychoaktywnych cierpi również na ADHD^(3,8). Druga trudność polega na tym, że zaburzenia koncentracji uwagi, kłopoty z pamięcią, zmienność nastroju są charakterystyczne dla obu tych zaburzeń. W wielu przypadkach współwystępowanie ADHD i nadużywania substancji psychoaktywnych może wynikać z nieudolnych prób samoleczenia – nikotyna i substancje stymulujące są używane do poprawy koncentracji uwagi, a alkohol – do redukcji napięcia i uspokajania emocji.

Aby odróżnić ADHD od nadużywania substancji psychoaktywnych, należy ustalić:

- czy objawy zaburzeń koncentracji uwagi, nadmierna aktywność i impulsywność były obecne, zanim pacjent zaczął nadużywać substancji psychoaktywnych;
- czy symptomy ADHD znikają podczas dłuższych okresów trzeźwości⁽⁵⁾.

ZABURZENIA DEPRESYJNE A ADHD

Różnicowanie pomiędzy depresją a ADHD utrudnia fakt wysokiego współwystępowania tych dwóch zaburzeń oraz znaczna ilość podobnych objawów. Duże trudności w koncentracji uwagi, niemożność dokończenia różnych zadań, problemy z pamięcią, zniechęcenie i unikanie zadań wymagających dłuższego wysiłku

umysłowego są wspólne dla depresji i dla ADHD⁽⁵⁾. Zaburzenia depresyjne rozwijają się również jako konsekwencja doświadczania częstych niepowodzeń i frustracji. Dorośli z ADHD, którzy nieustannie zmagają się z odkładaniem spraw na ostatnią chwilę, niemożnością skończenia zadań na czas, spóźnianiem się czy trudnościami w utrzymaniu uwagi, w konsekwencji będą odnosić więcej porażek, częściej doświadczając obniżonego nastroju i mieć niską samoocenę. W przypadku współwystępowania tych dwóch zaburzeń pacjenci robią się bardzo wyczerpani na wszelkiego rodzaju frustracje. Gdy tylko je doświadczają, szybko się zniechęcają i poddają, co oczywiście wtórnie prowadzi do doświadczenia kolejnej porażki i potwierdza negatywny obraz siebie oraz nasila objawy depresyjne⁽⁷⁾.

Rozróżniając ADHD i depresję, warto pamiętać, że:

- smutek i mocno obniżony nastrój są charakterystyczne przede wszystkim dla depresji, poza tym bardzo często utrzymują się pomimo odpowiedniego leczenia ADHD;
- w depresji obniżony nastrój występuje epizodycznie i jest mocno nasilony, z kolei w ADHD jest bardziej reakcją na niepowodzenia życiowe czy stresujące sytuacje^(3,5);
- podobnie jak zaburzenia koncentracji uwagi, zniechęcenie, męczliwość przy zadaniach wymagających długiego wysiłku umysłowego mijają wraz z okresem obniżonego nastroju⁽⁷⁾;
- epizodyczne zmiany związane z apetytem (przyrostem lub spadkiem masy ciała) są bardziej charakterystyczne dla depresji niż ADHD;
- zaburzenia snu (bezsenna noc lub nadmierna senność) również będą bardziej charakterystyczne dla depresji niż ADHD;
- podobnie anhedonia, znacznie zmniejszone zainteresowanie i trudności z odczuwaniem przyjemności będą bardziej charakterystyczne dla depresji niż ADHD^(3,5).

ZABURZENIA LĘKOWE A ADHD

Cechy wspólne w obydwu zaburzeniach to problemy z zasypianiem, unikanie różnych sytuacji społecznych lub zawodowych, unikanie podejmowania nowych wyzwań oraz poczucie rozdrażnienia. Osoby z ADHD i osoby cierpiące z powodu zaburzeń lękowych mają podobny wzorec unikania. Próbując spełnić wymagania życia codziennego, napotykają znacznie więcej trudności i doświadczają więcej porażek. W konsekwencji wiele pozornie prostych zadań może budzić lęk przed ponownym narażeniem się na sytuację, w której dana osoba mogłaby odczuwać wstyd lub upokorzenie. Naturalną konsekwencją lęku i nadmiernego martwienia się jest pogorszenie problemów z koncentracją uwagi, to z kolei skłania daną osobę do odkładania i unikania, co wtórnie nasila lęk przed tymi sytuacjami^(3,5,9).

Czynniki ułatwiające rozróżnienie to:

- impulsywność – jest to cecha, która jest charakterystyczna dla ADHD, ale nie dla osób lękowych;
- podwyższony poziom obaw, częste martwienie się lub strach dotyczący przyszłości to cechy charakterystyczne dla zaburzeń lękowych; chociaż nie wpisują się one w obraz ADHD, w związku z nieprzekraczalnymi terminami różnych projektów także osoby z ADHD mogą przesadnie martwić się i oba-

- wiać, że z powodu odkładania realizacji zadania nie wywiążą się z niego;
- epizody paniki – nie należą do spektrum typowych objawów ADHD;
 - osoby cierpiące z powodu zaburzeń lękowych dużą wagę będą przykładały do fizycznych objawów lęku, takich jak szybkie bicie serca, pocenie się, krótki oddech, zawroty głowy, nudności⁽⁵⁾.

OSOBOWOŚĆ BORDERLINE A ADHD

Impulsywność, drażliwość, trudności w utrzymaniu bliskich relacji, współwystępowanie nadużywania substancji to typowe cechy wspólne dla ADHD i dla zaburzenia osobowości typu *borderline*. Czynniki ułatwiające rozróżnienie to:

- bliskie relacje pacjentów z osobowością *borderline*, podobnie jak pacjentów z ADHD, są niestabilne, osoby te cechuje silny lęk przed porzuceniem; w przypadku ADHD niestabilność relacji częściej wynika z trudności w podtrzymaniu relacji – zapomnianie o spotkaniach, impulsywne komentarze, brak planowania;

- myśli samobójcze i samookaleczenia będą bardziej charakterystyczne dla osobowości typu *borderline*⁽⁵⁾.

WSPÓLWYSTĘPOWANIE ADHD I INNYCH ZABURZEŃ PSYCHIATRYCZNYCH

Ostatnim ważnym krokiem w procesie diagnostycznym jest zbadanie, czy oprócz ADHD występują także inne zaburzenia. Warto zauważyć, że wiele zaburzeń, które należy uwzględnić w diagnozie różnicowej, może występować nie **zamiast** ADHD, ale **równoległe** z nim. Osiowe objawy ADHD i wiążące się z nimi konsekwencje w funkcjonowaniu są często przyczyną powstawania kolejnych zaburzeń psychicznych, takich jak zaburzenia lękowe, afektywne, uzależnienia czy zaburzenia osobowości. Niedziwi więc fakt, że w licznych badaniach przeprowadzonych zarówno u dzieci, jak i u osób dorosłych potwierdzano bardzo częste współwystępowanie ADHD i innych zaburzeń psychiatrycznych. Nierzadko pacjenci z ADHD spełniają dodatkowo kryteria jednego lub więcej zaburzeń. Z badań Biedermana^(10,11) wynika, że aż 80% dorosłych z ADHD ma dodatkowo jeszcze jedną diagnozę psychiatryczną, a 33% dorosłych z ADHD ma

<p>Kryteria DSM-IV-TR dla ADHD Spełnienie kryteriów wymienionych w punkcie A1 lub A2</p> <p>A1. Sześć lub więcej z podanych objawów zaburzeń uwagi występowało przez co najmniej 6 miesięcy, powodując zaburzenia funkcjonowania lub osiągając nasilenie niewłaściwe dla poziomu rozwojowego:</p> <p>Zaburzenia koncentracji uwagi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Często nie zwraca uwagi na szczegóły lub popełnia błędy wynikające z nieuwagi podczas zajęć szkolnych, pracy lub w trakcie innych aktywności. 2. Często ma trudności z utrzymaniem uwagi na zadaniach i grach. 3. Często wydaje się, że nie słucha, co się do niego mówi. 4. Często nie stosuje się do instrukcji i ma trudności z dokończeniem zadań szkolnych, obowiązków domowych lub zawodowych (jednak nie z powodu przeciwstawiania się lub niezrozumienia instrukcji). 5. Często ma trudności ze zorganizowaniem sobie pracy lub innych aktywności. 6. Często nie lubi, ociąga się lub unika zajęć wymagających dłuższego wysiłku umysłowego, takich jak nauka szkolna czy odrabianie zadań domowych. 7. Często gubi rzeczy niezbędne do pracy lub innych zajęć, np. zabawki, przybory szkolne, ołówki, książki, narzędzia. 8. Często łatwo rozprasza się pod wpływem zewnętrznych bodźców. 9. Często zapomina o codziennych sprawach. <p>A2. Nadruchliwość i impulsywność Sześć lub więcej z podanych objawów nadruchliwości i impulsywności występowało przez co najmniej 6 miesięcy, powodując zaburzenia funkcjonowania lub osiągając nasilenie niewłaściwe dla poziomu rozwojowego:</p> <p>Nadruchliwość</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Często ma nerwowe ruchy rąk lub stóp bądź wierz się na miejscu. 2. Często wstaje z miejsca w czasie lekcji lub w innych sytuacjach wymagających spokojnego siedzenia. 3. Często chodzi po pomieszczeniu lub wspina się na meble w sytuacjach, gdy jest to zachowanie niewłaściwe (u osób dorastających lub dorosłych może się to ograniczyć do subiektywnego poczucia niepokoju). 4. Często ma trudności ze spokojnym bawieniem się lub odpoczywaniem. 5. Często jest w ruchu, „biega jak nakręcone”. 6. Często jest nadmiernie gadatliwe. <p>Impulsywność</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Często udziela odpowiedzi, zanim pytanie zostanie sformułowane. 8. Często ma trudności z zaniemieniem na swoją kolej. 9. Często przerywa lub przeszkadza innym (np. wtrąca się do rozmowy lub zabawy). <p>B. Niektóre upośledzające funkcjonowanie dziecka objawy zaburzeń koncentracji uwagi lub nadpobudliwości psychoruchowej (nadruchliwości, impulsywności) były obecne przed 7. rokiem życia dziecka.</p> <p>C. Upośledzenie funkcjonowania spowodowane tymi objawami występuje w dwóch lub więcej sytuacjach (np. w szkole lub w miejscu zatrudnienia oraz w domu).</p> <p>D. Muszą istnieć jednoznaczne dowody na istotne upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub szkolnego (w zakresie edukacji).</p> <p>E. Objawy nie występują w przebiegu całościowego zaburzenia rozwojowego, schizofrenii lub innego zaburzenia psychotycznego i nie można ich lepiej wyjaśnić występowaniem innego zaburzenia psychicznego (np. zaburzeń nastroju, zaburzeń lękowych, zaburzeń dysocjacyjnych lub zaburzeń osobowości).</p>

Tabela 1. Kryteria diagnostyczne DSM-IV-TR^(4,17)

dwie lub więcej dodatkowych diagnoz psychiatrycznych. Przykładowo zaburzenia afektywne (depresja, choroba afektywna dwubiegunowa, dystymia) współwystępują, w zależności od badań, u 19% do 37% osób nadpobudliwych^(12,13). Kryteria zaburzeń lękowych spełnia od 25% do 50% pacjentów z ADHD. Szacuje się, że alkoholu nadużywa od 32% do 53% pacjentów. Inne substancje psychoaktywne (kokaina, marihuana itp.) przyjmuje od 8% do 32%. Zachowania antyspołeczne prezentuje od 18% do 28% pacjentów z ADHD, zaburzenia osobowości – około 25%, a zaburzenia związane ze snem – od 30% do 50%^(12,13).

PROCEDURA DIAGNOSTYCZNA

Z uwagi na brak jednego obiektywnego badania medycznego, psychologicznego czy neuropsychologicznego, za pomocą którego można by jednoznacznie stwierdzić lub wykluczyć występowanie objawów ADHD u osoby dorosłej, rozpoznawanie tego zaburzenia w tej grupie pacjentów stanowi duże wyzwanie. Z tego względu przy rzetelnej diagnozie ADHD najlepszym rozwiązaniem byłaby ścisła współpraca psychologa i lekarza, którzy znają problem ADHD. Przykładowo proponuje się przeprowadzenie następującej procedury diagnostycznej w przypadku osoby dorosłej, u której nigdy w przeszłości nie postawiono diagnozy ADHD^(14,15):

1. ocena aktualnych objawów ADHD;
2. ocena stopnia upośledzenia funkcjonowania danej osoby;
3. ocena objawów ADHD w dzieciństwie i stopnia upośledzenia funkcjonowania w dzieciństwie;
4. historia rodzinna – ocena występowania objawów u bliskich krewnych;
5. uzyskanie wywiadu dotyczącego funkcjonowania społecznego pacjenta;
6. uzyskanie wywiadu dotyczącego edukacji pacjenta;

7. obiektywna ocena upośledzenia funkcjonowania pacjenta w różnych środowiskach;
8. badanie psychiatryczne – wykluczenie innych zaburzeń psychiatrycznych, które mogły wywoływać objawy przypominające ADHD;
9. wywiad medyczny – wykluczenie innych chorób somatycznych, które mogły wywoływać objawy braku koncentracji, impulsywności i nadruchliwości.

OCENA AKTUALNYCH OBJAWÓW

Wydawałoby się, że ocena objawów ADHD występujących u osób dorosłych nie jest trudna. Niestety, problemy pojawiają się już na samym początku. Okazuje się bowiem, że w kryteriach diagnostycznych ICD-10⁽¹⁶⁾ i DSM-IV-TR⁽¹⁷⁾, opracowanych z myślą o 7-10-letnich dzieciach, nie uwzględniono specyfiki ADHD u osób dorosłych. Obecnie, ponieważ nie mamy innych (prawdopodobnie zostaną one umieszczone w DSM-V), zmuszeni jesteśmy stosować kryteria DSM-IV-TR czy ICD-10 także u osób dorosłych, mimo że wiele z nich opisuje specyfikę młodszych pacjentów, co oznacza konieczność ich modyfikacji⁽¹⁴⁾. Przykładowo opisy, takie jak: „Dziecko wstaje z miejsca w czasie lekcji lub w innych sytuacjach wymagających spokojnego siedzenia”, „Dziecko chodzi po pomieszczeniu lub wspina się na meble w sytuacjach, gdy jest to zachowanie niewłaściwe” czy „Dziecko często ma trudności ze spokojnym bawieniem się lub odpoczywaniem”, muszą być dostosowane do zachowania osób dorosłych. Osoba dorosła nie będzie pewnie wspinać się na meble, niemniej nadal nie będzie mogła spokojnie siedzieć podczas wykładu lub długiej uroczystości rodzinnej. Nadruchliwość bardzo często zmienia się w wewnętrzne poczucie niepokoju, czyli poczucie, że dana osoba musi natychmiast zmienić miejsce poby-

Objaw	Dorosły
Zaburzenia koncentracji uwagi	Trudność z wysłuchaniem do końca podawanych instrukcji Niekończenie rutynowych zadań lub tzw. papierkowej roboty Poczucie „przygniecenia” dużymi projektami Nieprzestrzeganie terminów Wyraźna dezorganizacja, szczególnie połączona z bardzo słabym zarządzaniem czasem Zapominanie o różnych codziennych zobowiązaniach Spóźnianie się na spotkania Opóźnienie reakcji i odkładanie na potem Trudności z podejmowaniem decyzji i rozpoczynaniem zadań
Nadruchliwość	Zniecierpliwienie Ciągłe lub częste uczucie wewnętrznego niepokoju – poczucie, że chciałoby się być już w innym miejscu Wiercenie się Nadmierna gadatliwość Choć wydaje się, iż jest ciągle zajęty, w istocie jest bardzo mało efektywny Preferowanie zajęć wymagających aktywności fizycznej
Impulsywność	Nadużywanie nikotyny i alkoholu Nadużywanie środków psychoaktywnych lub uzależnienie Zbyt szybka jazda samochodem Częste wypadki samochodowe Nagle i łatwe wybuchanie gniewem Impulsywna zmiana pracy Przeszkadzanie innym Impulsywne wydatki – trudności w zarządzaniu pieniędzmi Częste romansowanie

216 Tabela 2. Modyfikacja kryteriów diagnostycznych dla potrzeb diagnozy dorosłych z ADHD^(5,20)

tu lub dostarczyć sobie jakiegoś rodzaju stymulacji. Naukowcy z Uniwersytetu w Milwaukee stworzyli listę 91 nowych symptomów ADHD na podstawie najczęstszych skarg zgłaszanych przez kilkuset zdiagnozowanych dorosłych z ADHD. Następnie przeanalizowali, które z nich najbardziej pasują do dorosłych z ADHD. Na podstawie przeprowadzonych analiz z pierwotnej listy 91 objawów wyodrębniono 9, które najczęściej były obserwowane u dorosłych z ADHD^(3,5):

1. łatwo rozprasza się pod wpływem zewnętrznych bodźców;
2. w sposób impulsywny podejmuje decyzje;
3. z trudnością zmienia swoje zachowanie lub zaprzestaje aktywności, gdy istnieje taka potrzeba;
4. rozpoczyna projekty lub zadania bez przeczytania lub wysłuchania dokładnych wskazówek;
5. nie dotrzymuje obietnic i zobowiązań wobec innych;
6. ma trudności z dokończeniem zadania we właściwej kolejności lub porządku;
7. prowadzi samochód szybciej niż inni (przekracza prędkość); jeśli nie ma prawa jazdy, odpowiednikiem będzie nieumiejętność spokojnego i cichego angażowania się w aktywności w czasie wolnym;
8. ma trudności z utrzymaniem uwagi na zadaniach lub innych aktywnościach;
9. z trudnością organizuje swoje zadania i aktywności.

Kolejna trudność w rzetelnej diagnozie wynika z braku narzędzi diagnostycznych. W Polsce nie ma wystandaryzowanych skal do oceny aktualnych objawów ADHD u dorosłych – obecnie w II Klinice WUM trwają prace nad adaptacją i standaryzacją kwestionariusza przesiewowego w kierunku ADHD u osób dorosłych ASRS-V1.1⁽¹⁸⁾ stworzonego przez Adlera i wsp. dla Światowej Organizacji Zdrowia. Opis skal diagnostycznych wykorzystywanych do diagnozy ADHD na świecie zawarty jest w artykule Davida Goodmana, którego tłumaczenie zostało opublikowane w „Psychiatrii po Dyplomie”⁽¹⁹⁾ (kwiecień 2010 r.). Zdobyty odpowiedni kwestionariusz nie rozwiązuje jednak wszystkich problemów, ponieważ rzetelna diagnoza nie może opierać się jedynie na badaniu kwestionariuszowym. Co w tym kontekście istotne, pacjenci zarówno przeszacowują objawy, jak i niedoszacowują objawów zauważanych u siebie. Niedoszacowanie może wynikać z negatywnej konotacji ADHD. Przykładowo rodzice dzieci nadpobudliwych, chroniąc się przed poczuciem winy, często zatają lub lekceważą symptomy u siebie. Z drugiej strony pacjenci przeszacowują obserwowane u siebie objawy, co wynika z kilku powodów. Po pierwsze, w mediach osoba z ADHD często pokazywana jest jako szalona, zwariowana, wiele osób ze świata show-biznesu przyznaje się, że ma ADHD, co czyni to rozpoznanie zdecydowanie bardziej atrakcyjnym niż na przykład zaburzenie osobowości. Po drugie, ludzie chętnie tłumaczą ADHD swoje niepowodzenia akademickie – rozpoznanie zespołu hiperkinetycznego jest bardziej „przyjazne” niż niskie IQ czy lenistwo. Warto jeszcze raz podkreślić, że ocena aktualnych objawów będzie bardziej wiarygodna i rzetelna, jeżeli do diagnozy zaangażujemy osoby, które dobrze znają pacjenta – współmałżonka, partnera/partnerkę, rodzeństwo, bliskich przyjaciół, współpracownika. W przypadku nastolatków można poprosić o ocenę rodziców lub opiekunów.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Murphy K.R., Gordon M.: Assessment of adult with ADHD. W: Barkley R.A. (red.): Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for Diagnosis and Treatment. Guilford Press, New York, London 2009.
2. Barkley R.A., Biederman J.: Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention-deficit hyperactivity disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1997; 9: 1204-1210.
3. Barkley R.A., Murphy K.R., Fischer M.: ADHD in Adults. What the Science Says. Guilford Press, New York 2008.
4. Wciórka J.: Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008.
5. Barkley R.A.: Attention deficit hyperactivity disorder in adults. The latest assessment and treatment strategies. Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, Massachusetts 2009.
6. Bilkey T.: Assessing and diagnosing ADHD in adults: Practical tools and tips. *Canadian Journal of Psychiatry* 2008; 5-10.
7. Ramsay R.J., Rostain A.L.: Cognitive-Behavioral Therapy for Adult ADHD. An Integrative Psychosocial and Medical Approach. Routledge Taylor & Francis Group, New York, London 2008.
8. Wilens T.E.: Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: The nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. *Psychiatric Clinics of North America* 2004; 2: 283-301.
9. Young S., Bramham J.: ADHD in Adults. A Psychological Guide to Practice. John Wiley & Sons, 2006.
10. Biederman J., Newcorn J., Sprich S.: Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am. J. Psychiatry* 1991; 5: 564-577.
11. Biederman J., Mick E., Faraone S.V. i wsp.: Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *Am. J. Psychiatry* 2002; 1: 21-27.
12. Barkley R.A.: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. Guilford Press, New York, London 2006.
13. Barkley R.A.: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. Wyd. 2, Guilford Press, New York, London 1998.
14. Wasserstein J.: Diagnostic Issues for Adolescents and Adult with ADHD. Wiley Inter Science (www.interscience.wiley.com) 2005; 61: 535-547.
15. Waisler R.H., Goodman D.W.: Ocena i rozpoznawanie ADHD u dorosłych: wyzwania kliniczne i możliwości poprawy opieki nad chorymi. *Psychiatria po Dyplomie* 2009; 6.
16. ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków, Warszawa 2000.
17. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association, Washington 2000.
18. Adler L.A., Kessler R.C., Spencer T.: The Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v.1.1). Symptom Checklist. World Health Organization, Geneva, Switzerland 2003.
19. Goodman D.W.: ADHD u dorosłych: aktualizacja dla klinicystów dotycząca rozpoznania i oceny. *Psychiatria po Dyplomie* 2010; 7: 71-82.
20. Katragadda S., Schubiner H.: ADHD in children, adolescents and adults. *Prim. Care Clin. Office Pract.* 2007; 34: 317-341.