

ADHD: niewidzialna choroba

ADHD: an invisible disease

Tomasz Kowalczyk

Poradnia Zdrowia Psychicznego Harmonia LUX MED, Warszawa

Magwise Centrum Medyczne, Warszawa

Psychiatria Spersonalizowana 2022; 1(1): 25–31

Streszczenie

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (*attention deficit hyperactivity disorder* – ADHD) dotyczy 2–5% populacji osób dorosłych i nawet 10% populacji pacjentów poradni zdrowia psychicznego. Jest zaburzeniem neurorozwojowym charakteryzującym się trudnościami w utrzymaniu uwagi oraz nadmierną aktywnością i impulsywnością. Towarzyszą mu w różnym stopniu osłabiona regulacja emocji oraz zaburzenia czynności wykonawczych. Objawy ADHD są związane ze zmniejszonym stężeniem dopaminy, przede wszystkim w korze przedczołowej, prążkowiu i jądrze półkuli. Objawy ADHD towarzyszą pacjentom przez całe życie. Wywierają kumulatywny, negatywny wpływ na rozwój, naukę i pracę, relacje, znacząco zwiększając ryzyko wystąpienia innych chorób psychicznych. Współchorobowość jest w ADHD normą: 75% dorosłych z ADHD ma przynajmniej jedno dodatkowe rozpoznanie psychiatryczne, a ponad 1/3 – dwa lub więcej. To z ich powodu dorosły pacjent z ADHD zgłasza się do poradni, prezentując objawy depresji (do 37%), lęku uogólnionego (prawie 17%) lub uzależnień (26,6%). Z tego powodu ADHD często nie bywa wykrywane. Leki serotoninowe mogą zmniejszać stężenie dopaminy, nasilając objawy ADHD i utrudniając uzyskanie remisji. Czułość diagnostyczna umożliwia prowadzenie terapii obu chorób i zwiększa szansę na remisję.

Słowa kluczowe: ADHD, dorośli, współchorobowość.

Abstract

ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) affects 2-5% of the adult population and as many as 10% of the mental health outpatient population. It is a neurodevelopmental disorder with difficulty maintaining attention, being overactive and impulsive. It is accompanied by various degrees of impaired emotional regulation and impaired executive functions. ADHD symptoms are related to decreased dopamine levels, mainly in the prefrontal cortex, striatum and nucleus accumbens.

ADHD symptoms accompany patients throughout their lives. They have a cumulative, negative impact on development, work and relationships, significantly increasing the risk of other mental illnesses. Comorbidity is the norm in ADHD: 75% of adults with ADHD have at least one additional psychiatric diagnosis and more than 1/3 have two or more. It is because of them that an adult patient with ADHD comes to the clinic presenting symptoms of: depression (up to 37%), generalized anxiety (almost 17%) or abuse of psychoactive substances and/or alcohol (26.6%).

The serotonin drugs used in the above diagnoses can reduce dopamine levels, often aggravating ADHD symptoms, complicating the course of treatment and making it difficult to achieve remission. Diagnostic vigilance enables the treatment of both diseases and increases the chance of remission.

Key words: ADHD, adults, comorbidity.

Autor do korespondencji:

Tomasz Kowalczyk, Harmonia, Poradnia Zdrowia Psychicznego, Warszawa, e-mail: drkowalczykpsychiatra@gmail.com

Wstęp

Na co dzień w Polsce pracuje ok. 4 tysięcy psychiatrów, którzy zapewniają opiekę 1 223 427 osobom [1]. Na jednego specjalistę przypada zatem 300 pacjentów.

Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia najpowszechniej leczone choroby w warunkach ambulatoryjnych należą do zaburzeń nerwicowych (28%), zaburzeń nastroju (20%), uzależnień (17%), zaburzeń organicznych (16%) oraz schizofrenii (11%). Pozostałe grupy rozpoznań nie przekraczają 10% udziału w wykonanych świadczeniach. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego z opieki psychiatrycznej korzysta 4,2% [2] osób między 18. a 65. rokiem życia.

Według raportu „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”, opartego na badaniu ankietowym, prawie 1/3 respondentów zgłosiła występowanie przynajmniej jednej dolegliwości z zakresu zdrowia psychicznego. W całej populacji najczęściej zgłaszane problemy dotyczyły nadużywania substancji (17%, w tym 12% samego alkoholu), zaburzeń nerwicowych (10%) oraz zaburzeń nastroju (4%). Może zatem istnieć dość znaczna dysproporcja pomiędzy liczbą osób potrzebujących a liczbą osób otrzymujących pomoc, gdyż wiadomo, że:

- prawie 1 na 3 osoby w grupie wiekowej 18–65 lat doświadcza trudności ze strony zdrowia psychicznego,
- tylko 1 na 25 osób w tej grupie korzysta z profesjonalnej pomocy,
- tylko 1 na 8 osób z objawami faktycznie podejmuje próby leczenia.

Zaburzenia lękowe i zaburzenia nastroju stanowią prawie połowę rozpoznań leczonych w ramach porad-

ni zdrowia psychicznego. Znaczna część leków stosowanych w tej grupie pacjentów jest związana ze wzmacnianiem przewodnictwa serotoninowego lub ewentualnie noradrenergicznego w układzie nerwowym. Dobór prawidłowego leku polega na profilowaniu działania konkretnej substancji w odniesieniu do objawów pacjenta.

Przy profilowaniu terapii zaburzeń nastroju większość uwagi jest kierowana na zaburzenia poziomów:

- serotoniny – nerwowość, niepokój – selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny (*selective serotonin reuptake inhibitor* – SSRI),
- noradrenaliny – apatia, brak sił, „zrezygnowanie” – inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny i noradrenaliny (*serotonin norepinephrine reuptake inhibitor* – SNRI) oraz inhibitory wychwytu zwrotnego noradrenaliny (*norepinephrine reuptake inhibitor* – NRI),
- nieznacznie dopaminy – zubożenie, anhedonia, „wypranie” z emocji – trójcykliczne leki przeciwdepresyjne, moklobemid, wysokie dawki wenlafaksyny lub leki oszczędzające dopaminę: wortioksetyna, agomelatyna.

To właśnie obniżone przewodnictwo w układzie dopaminergicznym może być kluczowe w prawdopodobnie najczęściej niediagnozowanym, a dotyczącym 2–5% populacji schorzeniu psychiatrycznym, jakim jest ADHD (*attention deficit hyperactivity disorder* – ADHD), czyli zespół zaburzeń aktywności i uwagi (ICD-10: F90).

Na to przewodnictwo dopaminowe dodatkowo niekorzystnie mogą wpływać „standardowe” leki przeciwdepresyjne, nasilając objawy zaburzeń koncentracji uwagi, apatii, anhedonii, zubożenia emocjonalnego, rozdrażnienia, a czasem nawet wywołując senność w ciągu dnia u prawie 10% (!) pacjentów zgłaszających się do poradni zdrowia psychicznego.

To u tych pacjentów występujący od dzieciństwa deficyt dopaminy sprzyja rozwojowi innych zaburzeń, których standardowe leczenie często pogarsza wstępną przyczynę trudności, komplikując leczenie, utrudniając uzyskanie remisji i powrotu do komfortu i prawidłowego funkcjonowania.

Przybliżenie sylwetki choroby

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej to zaburzenie neurorozwojowe charakteryzujące się trudnościami z utrzymaniem uwagi oraz nadmierną aktywnością i impulsywnością. Towarzyszą mu w różnym stopniu osłabiona regulacja emocji i zaburzenia czynności wykonawczych.

U dzieci i młodzieży z objawami ADHD często obserwuje się trudności w nauce, mogą też współwy-

Tabela 1. Przybliżony udział grup rozpoznań wśród pacjentów korzystających z ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej [3]

Grupa rozpoznań	Odsetek wśród korzystających z pomocy (%)
Zaburzenia nerwicowe	28
Zaburzenia nastroju	20
Uzależnienia	17
Zaburzenia organiczne	16
Schizofrenia	11
Upośledzenie umysłowe	4
Inne	2
Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	2
Psychozy inne niż schizofrenia	1

stępować inne zaburzenia psychiczne oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych. Częste jednak występowanie wybiórczej nadmiernej koncentracji uwagi na szczególnych zagadnieniach daje osobom z ADHD możliwość odnoszenia sukcesów zawodowych i osobistych [3]. ADHD jest jednym z najczęściej badanych i diagnozowanych rozpoznań wśród dzieci i młodzieży. Jego podłoże zostało mało poznane, a etiologię w dominującej części przypisuje się czynnikom genetycznym (ok. 75% dziedziczności) [4] i rozwojowym.

Objawy dwukrotnie częściej występują u chłopców niż u dziewcząt, u których jednak odmienna symptomatologia może skutkować brakiem diagnozy [5]. Dziewczęta z ADHD często wykazują mniej objawów nadmiernej aktywności lub impulsywności, częściej natomiast doświadczają trudności z utrzymywaniem uwagi oraz rozpraszalności. Zarówno dzieci, jak i osoby dorosłe z ADHD częściej mają trudności z umiejętnościami społecznymi oraz przetwarzaniem pozawerbalnych informacji, częściej „odpływają” w trakcie rozmowy.

Prawie połowa nastolatków z ADHD doświadcza odrzucenia w środowisku rówieśniczym – to ok. 3-krotnie więcej niż w przypadku ich rówieśników bez ADHD. Częściej stwierdza się również trudności w kontroli gniewu, nieczytelny charakter pisma i niewyraźną mowę.

Około 60–70% dzieci z ADHD wykazuje objawy także w życiu dorosłym, natomiast ok. 2–5% osób dorosłych spełnia kryteria diagnostyczne [6, 7].

U osób dorosłych częściej obserwuje się wewnętrzny niepokój, nerwowość czy zniecierpliwienie. Powszeczne są techniki zaradcze wobec deficytów wynikających z ADHD. Rozpoznanie ADHD może być trudne na tle innych narastających zaburzeń.

Ciążar ADHD kryje się w jego przewlekłym charakterze, a kolejne trudności kumulują się w czasie. Początkowe trudności w nauce mogą prowadzić do porzucenia szkoły, słabych wyników w pracy, konieczności jej zmieniania lub pracy poniżej kompetencji oraz problemów finansowych.

Próby samodzielnego „uzupełniania dopaminy” mogą sprzyjać korzystaniu z używek, szczególnie papierosów, alkoholu, stymulantów oraz dla samego wyciszenia – marihuany. Częściej również występuje uzależnienie od niechemicznych „źródeł” dopaminy: sportów ekstremalnych, ale również – niestety – internetu, pornografii czy hazardu. Trudności z utrzymaniem uwagi, ciągłe zaległości i stres sprzyjają częstszym wypadkom, w tym komunikacyjnym. Zarówno sam stres, jak i elementy dysregulacji emocjonalnej utrudniają utrzymanie związków, sprzyjają frustracji

oraz poczuciu odrzucenia. Częściej występują cięższe nastoletnie i choroby przenoszone drogą płciową. Częściej również występuje tendencja do „zajadania” stresu, być może w poszukiwaniu stymulacji. Zwiększone jest ryzyko rozwoju chorób cywilizacyjnych (cukrzyca, nadciśnienia, chorób układu krążenia i raka), których leczenie często staje się nieregularne z powodu zaburzeń koncentracji.

Warto podkreślić, że podczas gdy najpowszechniejsze rozpoznania u dorosłych w poradniach zdrowia psychicznego występują epizodycznie lub nawracają, objawy ADHD towarzyszą pacjentom przez całe życie, wpływając na ich rozwój, pracę, relacje, niejednokrotnie sprzyjając poczuciu przeciążenia ryzykiem wystąpienia innych chorób.

Współchorobowość

Częsta współchorobowość ADHD sprawia, że jest ono przystońięte objawami innych zaburzeń zdrowia psychicznego.

Tylko 1 na 4 osoby dorosłe z ADHD nie ma objawów innych zaburzeń. Tacy pacjenci rzadko jednak szukają pomocy w poradniach zdrowia psychicznego – często do tego wieku pomyślnie skompensowali objawy choroby i ich życie jest względnie stabilne, przynajmniej na tyle, by nie sprzyjać występowaniu innych zaburzeń powyżej średniej populacyjnej.

Osoby dorosłe z ADHD najczęściej zgłaszają się do poradni z powodu innego problemu niż ADHD. Spośród nich 1/3 prezentuje objawy depresji, prawie 1/3 szuka pomocy z powodu zaburzeń lękowych, a prawie co piąta może nadużywać alkoholu lub substancji psychoaktywnych. Prawie 3/4 dorosłych z ADHD ma przynajmniej jedno współwystępujące rozpoznanie, a ponad 1/3 – dwa lub więcej rozpoznań. To z nimi pacjent zgłasza się do poradni, prezentując objawy przedstawione w tabeli 2 – tj. z najczęstszą depresją (do 37%), lękiem uogólnionym (prawie 17%) oraz nadużywaniem substancji psychoaktywnych i alkoholu (26,6%).

Osoby dorosłe z ADHD zazwyczaj nie są świadome rozpoznania (na co wskazuje brak występowania ADHD stwierdzony w badaniu EZOP). Zgłaszając się po pomoc, najczęściej prezentują „standardowy” zestaw najczęstszych objawów, tj. zaburzeń afektywnych, zaburzeń lękowych oraz uzależnień.

W porównaniu z populacją ogólną populacja osób korzystających z profesjonalnej opieki psychiatrycznej może być bardziej narażona na występowanie ADHD lub współwystępowanie ADHD z innym rozpoznaniem psychiatrycznym.

Tabela 2. Współchorobowość ADHD z wybranymi grupami zaburzeń psychicznych

	Częstość występowania u osób z ADHD, % [8]	Częstość ADHD u osób z danym zaburzeniem, % [9]
Depresja	37,0	9,4
Dystymia	12,8	22,6
Choroba afektywna dwubiegunowa	10,0	22,1
Lęk uogólniony	16,7	11,9
PTSD	11,9	13,4
Lęk napadowy	4,6	11,1
Nadużywanie substancji	26,6	10,8
Zespół obsesyjno-kompulsyjny	10,0	12,0 [10]
Spektrum autyzmu	10,0	40,0

U osób zgłaszających się do poradni zdrowia psychicznego z objawami jednego z najczęstszych głównych zaburzeń (afektywne, lękowe, uzależnienia) przybliżone ryzyko występowania ADHD wynosi przynajmniej 1 : 10!

Pamiętajmy jednak, że „zalewając” układ nerwowy serotoniną, poza receptorem 5-HT₁ w zakręcie przednim obręczy, pobudzamy również wszystkie receptory dla serotoniny, w tym 5-HT_{2C} i 5-HT₃. Ich pobudzenie powoduje spadek poziomu dopaminy w korze przedczołowej i wiąże się z występowaniem skutków ubocznych: spadkiem libido, narastaniem apatii oraz sennością.

Brak poprawy po zastosowaniu standardowego leczenia powinien stanowić przesłankę do pogłębienia diagnostyki. Występowanie poniższych objawów może zwiększać ryzyko występowania ADHD oraz zachęcać do przeprowadzenia diagnostyki w tym kierunku:

- „przewlekłe”, tj. utrzymujące się od dzieciństwa zaburzenia koncentracji,
- prawidłowy przebieg edukacji w szkole podstawowej z narastaniem trudności podczas dalszych lat nauki,
- tendencja do prokrastynacji obowiązków i narastania zaległości,
- lęk nasilający się w trakcie edukacji, często związany z konkretnymi przedmiotami w szkole,
- chronotyp nocny z tendencją do porannej senności (25% populacji ogólnej, 75% populacji osób z ADHD),
- trudności życiowe związane z zapominaniem, gubieniem ważnych przedmiotów, informacji,
- częste poleganie na innych w kwestii terminów oraz obowiązków,
- częsta „niezgrabność ruchowa”, przewracanie przedmiotów, zahaczanie o meble, trudności w sportach wymagających celności, niewyraźny charakter pisma,

- trudności z wyciszeniem się, ciągłe myślenie o czymś, w tym o odraczanych zaległościach,
- narastające przygnębienie, depresja lub lęk – jako związane z przewlekłymi konsekwencjami ADHD,
- częste nadużywanie alkoholu lub marihuany lub alkoholu, marihuany i stymulantów (ale z wyciszeniem po stymulantach),
- często niezadowolająca odpowiedź na leki serotoninowe – redukcja niepokoju i lęku, ale eskalacja anhedonii i apatii.

W razie spełniania powyższych warunków już na tym etapie warto rozważyć leczenie oszczędzające dopaminę, tj. włączenie fluoksetyny, duloksetyny, wortiooksetyny, agomelatyny, leków trójpierścieniowych i czteropierścieniowych czy bupropionu.

Do leczenia samego ADHD stosuje się preparaty:

- metylofenidatu – o właściwościach inhibitora wychwytu zwrotnego dopaminy i noradrenaliny, głównie w korze przedczołowej, ale też prążkowi i jądrze półleżącym,
- atomoksetyny – spełniającej funkcję inhibitora wychwytu noradrenaliny i wtórnie dopaminy w korze przedczołowej, ale już nie w prążkowi czy jądrze półleżącym.

Lekiem trzeciego rzutu jest bupropion, działający podobnie do atomoksetyny.

Po przeprowadzonej diagnostyce psychologicznej i ustaleniu rozpoznania ADHD leczenie obu współistniejących chorób ułatwia uzyskanie remisji, często jednak leczenie choroby podstawowej (depresji lub lęku) traci na znaczeniu wobec redukcji źródeł ich występowania (konsekwencji życiowych ADHD).

Kryteria diagnostyczne

Powszechnymi objawami ADHD są: zaburzenia uwagi, nadmierna aktywność, niepokój (u dorosłych),

zaburzenia zachowania oraz impulsywność. Często występują trudności w nauce oraz nawiązywaniu i utrzymywaniu kontaktów towarzyskich. Diagnostyka nie jest ułatwiona ze względu na trudność w zdefiniowaniu granicy, po przekroczeniu której nasilenie objawów przekracza wariant normy i wymaga interwencji.

Podsumowanie

Ryzyko małego stężenia dopaminy występuje u 10% pacjentów.

Leki serotoniny mogą zwiększać niedobory dopaminy.

Prześlankami ryzyka mogą być m.in.: nasilona apatia i senność po lekach serotoniny oraz przewlekłe zaburzenia koncentracji uwagi, nadmierna aktywność, chronotyp nocny i zaburzona koordynacja ruchowa.

U osób z niedoborem dopaminy kluczowe jest włączenie leków oszczędzających dopaminę oraz przywracających jej stężenie do normy.

Tabela 3. Kryteria diagnostyczne ADHD według ICD-10

Rozpoznanie zaburzeń hiperkinetycznych wymaga stwierdzenia wyraźnie nieprawidłowego nasilenia zaburzeń uwagi, nadmiernej aktywności i niepokoju, które wzmagają się w różnych sytuacjach i utrzymują się w czasie, a które nie są spowodowane przez inne zaburzenia, takie jak autyzm i zaburzenia afektywne. Do tych kryteriów należą:

G1. Brak uwagi.

Co najmniej sześć z następujących objawów braku uwagi utrzymywało się przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu prowadzącym do nieprzystosowania lub niezgodnych z poziomem rozwoju dziecka:

- częste niezwracanie bliższej uwagi na szczegóły lub częste beztrudne błędy w pracy szkolnej, pracy domowej lub w innych czynnościach;
- częste niepowodzenia w utrzymaniu uwagi na zadaniach lub czynnościach związanych z zabawą;
- często wydaje się nie słyszeć, co zostało do niego/do niej powiedziane;
- częste niepowodzenia w postępowaniu według instrukcji albo w kończeniu pracy szkolnej, w pomocy w domu lub obowiązkach w miejscu pracy (ale nie z powodu zachowania opozycyjnego czy niezrozumienia poleceń);
- często upośledzona umiejętność organizowania zadań i aktywności;
- częste unikanie lub silna niechęć do takich zadań, jak praca domowa wymagająca wytrwałego wysiłku umysłowego;
- częste gubienie rzeczy niezbędnych do niektórych zadań lub czynności, jak wyposażenie szkolne, ołówki, książki, zabawki lub narzędzia;
- często łatwa odwracalność uwagi przez zewnętrzne bodźce;
- częste zapominanie w toku codziennej aktywności.

G2. Nadmierna aktywność.

Co najmniej trzy z następujących objawów nadmiernej aktywności utrzymywały się przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu prowadzącym do nieprzystosowania lub niezgodnym z poziomem rozwoju dziecka:

- często niespokojnie porusza rękoma lub stopami albo wierci się na krześle;
- opuszcza siedzenie w klasie lub w innych sytuacjach, w których oczekiwane jest utrzymanie pozycji siedzącej;
- często nadmierne rozbieganie lub wtrącanie się w sytuacjach, w których jest to niewłaściwe (w wieku młodzieńczym lub u dorosłych może występować jedynie poczucie niepokoju);
- często przesadna hałaśliwość w zabawie lub trudność zachowania spokoju w czasie wypoczynku;
- przejawia utrwalaony wzorec nadmiernej aktywności ruchowej, praktycznie niemodyfikowany przez społeczny kontekst i oczekiwania.

G3. Impulsywność.

Co najmniej trzy z następujących objawów impulsywności utrzymywały się przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu prowadzącym do nieprzystosowania lub niezgodnym z poziomem rozwoju dziecka:

- często udziela odpowiedzi, zanim pytanie zostanie dokończony;
- często nie umie czekać w kolejce lub doczekać się swej rundy w grach lub innych sytuacjach grupowych;
- często przerywa lub przeszkadza innym (np. wtrąca się do rozmowy lub gier innych osób);
- często wypowiada się nadmiernie bez uwzględnienia ograniczeń społecznych.

G4. Początek zaburzenia nie później niż w wieku 7 lat.

G5. Całościowość.

Kryteria są spełnione w więcej niż jednej sytuacji, np. połączenie braku uwagi i nadaktywność występujące w szkole, w domu lub zarówno w szkole, jak i w innych okolicznościach, gdzie dzieci są obserwowane, np. takich jak klinika (potwierdzenie takiej sytuacyjnej rozpiętości zwykle będzie wymagało informacji z więcej niż jednego źródła; relacje rodziców na temat zachowania w klasie mogą okazać się niewystarczające).

G6. Objawy G1–G3 powodują istotne klinicznie cierpienie lub upośledzenie w zakresie funkcjonowania społecznego, szkolnego lub zawodowego.

G7. Zaburzenie nie spełnia kryteriów całościowych zaburzeń rozwojowych, epizodu maniackiego, epizodu depresyjnego ani zaburzeń lękowych.

Tabela 4. Kryteria diagnostyczne ADHD wg DSM V [11]

A. U osoby badanej występuje trwały wzór zaburzeń uwagi i/lub nadruchliwości/impulsywności, który zakłóca funkcjonowanie i rozwój, a charakteryzuje się (1) i/lub (2):	
(1) Nieuwaga	<p>Sześć (lub więcej) z następujących objawów musi się utrzymywać przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu, który jest niezgodny z poziomem rozwoju, oraz bezpośrednio negatywnie wpływać na życie społeczne i szkolne/zawodowe. Objawy nie są spowodowane zachowaniami opozycyjno-buntowniczymi, wrogością lub niezrozumieniem zadania/instrukcji. W przypadku starszych nastolatków i dorosłych (w wieku 17 lat i starszych) wymagane jest co najmniej pięć objawów.</p> <ul style="list-style-type: none"> • trudności z koncentracją na szczegółach podczas zajęć szkolnych, pracy lub w czasie wykonywania innych czynności • trudności z utrzymaniem uwagi na zadaniach i grach • trudności z utrzymaniem kontaktu słownego mimo braku wyraźnych dystraktorów • trudności z wykonywaniem instrukcji, ukończeniem pracy lub innymi obowiązkami • trudności z organizowaniem pracy lub innych zajęć • unikanie lub niechęć angażowania się w zadania, które wymagają dłuższego wysiłku umysłowego • częste gubienie rzeczy niezbędnych do pracy lub innych zajęć (np. przybory szkolne, ołówki, książki, narzędzia, portfel, klucze, dokumenty, okulary, telefony komórkowe) • częste łatwe rozpraszanie się pod wpływem zewnętrznych bodźców (u starszych nastolatków i dorosłych mogą występować niepowiązane myśli) • częste zapominanie o różnych codziennych sprawach (np. robieniu porządków, robieniu zakupów; u starszych nastolatków i dorosłych zapominanie o oddzwonieniu, zapłaceniu rachunków, spotkaniu)
(2) Nadruchliwość i impulsywność	<p>Sześć (lub więcej) z następujących objawów musi się utrzymywać przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu, który jest niezgodny z poziomem rozwoju, oraz bezpośrednio negatywnie wpływać na życie społeczne i szkolne/zawodowe.</p> <ul style="list-style-type: none"> • nadruchliwość • często nerwowe ruchy rąk lub stóp bądź trudność z usiedzeniem w miejscu • wstawanie z miejsca w sytuacjach wymagających spokojnego siedzenia • chodzenie po pomieszczeniu lub wspinanie się na meble w sytuacjach, gdy jest to zachowanie niewłaściwe • trudności ze spokojnym bawieniem się lub odpoczywaniem • nadmierna ruchliwość, pośpieszność • nadmierna rozmowność • impulsywność • udzielanie odpowiedzi przed dokończeniem pytania • niecierpliwość w oczekiwaniu na swoją kolej • przerywanie lub przeszkadzanie innym
B. Kilka objawów nieuważności lub nadruchliwości, impulsywności było obecnych przed 12. rokiem życia.	
C. Kilka objawów nieuważności lub nadruchliwości, impulsywności występuje w dwóch lub więcej sytuacjach (np. w domu, w szkole lub pracy, z przyjaciółmi lub krewnymi, w innych obszarach działania).	
D. Istnieją wyraźne dowody, że objawy zakłócają lub obniżają jakość funkcjonowania społecznego, szkolnego lub zawodowego.	
E. Objawy nie występują w przebiegu schizofrenii lub innych psychoz i nie można ich trafnie uznać za objawy innego zaburzenia psychicznego (np. zaburzeń nastroju, lękowych, dysocjacyjnych lub nieprawidłowej osobowości).	

Piśmiennictwo

1. Anczewska M, Biechowska D, Gałecki P i wsp. Analiza świadczeń psychiatrycznych udzielonych osobom dorosłym w latach 2010–2014 na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia. *Psychiatr Pol* 2019; 53: 1321-1336.
2. Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014.
3. Walitz S, Drechsler R, Ball J. The school child with ADHD. *Ther Umsch* 2012; 69: 467-473 [Article in German].
4. Demontis D, Walters RK, Martin J i wsp. Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. *Nat Genet* 2019; 51: 63-75.
5. Crawford N. ADHD: a women's issue. *Monit Psychol* 2003; 34: 28.

6. Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A i wsp. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: the European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry* 2010; 10: 67.
7. Ginsberg Y, Quintero J, Anand E i wsp. Underdiagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients: a review of the literature. *Prim Care Companion CNS Disord* 2014; 16: PCC.13r01600.
8. Pehlivanidis A, Papanikolaou K, Mantas V. Lifetime co-occurring psychiatric disorders in newly diagnosed adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) or/and autism spectrum disorder (ASD). *BMC Psychiatry* 2020; 20: 423.
9. Kessler RC, Adler L, Barkley R i wsp. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 716-723.
10. Abramovitch A, Dar R, Mittelman A. Comorbidity between attention deficit/hyperactivity disorder and obsessive-compulsive disorder across the lifespan: a systematic and critical review. *Harv Rev Psychiatry* 2015; 23: 245-262.
11. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. American Psychiatric Association, Washington 2013.