ADHD – JEDEN Z NAJCZĘSTSZYCH PROBLEMÓW WIEKU ROZWOJOWEGO

ADHD – THE ONE OF THE MOST COMMON DISORDER AMONG CHILDREN

Agata Horecka-Lewitowicz[1, 4], Piotr Lewitowicz[2], Monika Szpringer[3]

[1] Zakład Profilaktyki Społecznej, Instytut Zdrowia Publicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kierownik Zakładu: dr hab. n. hum. prof. UJK Monika Springer

[2] Zakład Fizjologii i Patofizjologii, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach Kierownik Zakładu: prof. zw. dr hab. n. med. Marek Kochmański

[3] Zakład Profilaktyki Społecznej, Instytut Zdrowia Psychicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kierownik Zakładu: dr hab. n. hum. prof. UJK Monika Springer

[4] Poradnia Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży, ul. Paderewskiego 48 w Kielcach

STRESZCZENIE

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej, zwany zespołem hiperkinetycznym, charakteryzuje się obecnością trwałych wzorców zachowania, układających się w charakterystyczną triadę objawów: problemy z utrzymaniem uwagi, z kontrolą impulsywności oraz nadmierna ruchliwość. Objawy te są niewspółmierne do wieku i poziomu rozwoju dziecka. ADHD występuje na całym świecie, rozpoznawany jest najczęściej około 7 roku życia, ale objawy występują znacznie wcześniej, niekiedy są wyraźne przed 2 rokiem życia dziecka. Objawy ADHD utrzymują się u około 70% adolescentów i 30−50% osób dorosłych. Rozpowszechnienie oceniane jest – w zależności od kryteriów − na 1 do 19%. Charakterystyczne dla ADHD objawy zakłócają funkcjonowanie osoby nim dotkniętej w środowisku domowym, szkolnym i rówieśniczym. Obecnie uważa się, że przyczyną tego zespołu jest opóźnienie dojrzewania struktur układu nerwowego, spowodowane zmianami w obrębie materiału genetycznego. Powoduje to zaburzenia strukturalne i biochemiczne, przejawiające się zaburzeniami procesów poznawczych i kontroli zachowania. Za uwarunkowaniem genetycznym tego zespołu przemawiają wyniki badań nad rodzinami dzieci nadpobudliwych, w których częściej występuje nadpobudliwość, zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe i uzależnienia. Do zaburzeń często współistniejących z zespołem hiperkinetycznym należą zaburzenia zachowania, zaburzenia lękowe, zaburzenia nastroju (mania, depresja), specyficzne trudności szkolne, zaburzenia tikowe, zwłaszcza zespół Tourette'a. W leczeniu nadruchliwości stosuje się poradnictwo dla rodziców i nauczycieli, terapię behawioralną zachowań, farmakoterapię. W problemach z koncentracją uwagi postępowanie obejmuje farmakoterapię, reedukację i ćwiczenia koncentracji. Częste zachowania impulsywne mogą być modyfikowane przez terapię behawioralną, terapię rodzinną i leczenie farmakologiczne. Wczesne rozpoznanie ADHD i podjęcie interwencji terapeutycznych znacznie poprawia funkcjonowanie chorych.

Słowa kluczowe: ADHD, impulsywność, zaburzenia koncentracji, nadruchliwość, czynniki ryzyka, powikłania.

SUMMARY

Attention deficit hyperactivity disorder, called hyperkinetic syndrome, is characterized by the presence of long-lasting behavior patterns, arranged in a characteristic triad of symptoms: problems with attention keeping, impetuosity control and hyperactivity. These symptoms are disproportionate to the age and the development level of a child. ADHD occurs all over the world, it is diagnosed most frequently around the age of 7, but the symptoms occur much earlier, sometimes they are clearly seen before a child is 2 years old. ADHD symptoms last in around 70% adolescents and 30−50% adult persons. Prevalence is estimated − depending on the criteria − as 1 to 19%. Symptoms characteristic of ADHD disturb the functioning of a person suffering from it in home, school and peer environments. Presently the delay in the maturation of nervous system structures, caused by changes within the genetic material, is considered the reason for the syndrome. This causes the structural and biochemical disturbances, manifested themselves in cognitive processes and behavior control disorders. The results of research on families with hyperactive children, in which hyperactivity, dysphoria, anxiety disorders and dependences occur more often, weigh in favor of genetic conditioning of the syndrome. Among disorders frequently coexisting with hyperkinetic syndrome are behavior disturbances, anxiety disorders, mood changes (manic state, depression), specific school difficulties, tic disturbances, especially Tourette's syndrome. In hyperactivity treatment counseling for parents and teachers, behavioral therapy and pharmacotherapy are used. When problems with focusing attention occur the procedure includes pharmacotherapy, reeducation and concentration exercise. Frequent impulsive behavior can be modified through behavioral therapy, family therapy and pharmacological treatment. Early diagnosis of ADHD and taking on therapeutic intervention significantly improve the functioning of patients.

Key words: ADHD, impetuosity, attention disorders, hyperactivity, ADHD risk factors, complications.

WSTĘP

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*), zwany zespołem hiperkinetycznym, charakteryzuje się obecnością trwałych wzorców zachowania, układających się w charakterystyczną triadę objawów: problemy z utrzymaniem uwagi, z kontrolą impulsywności oraz nadmierna ruchliwość. ADHD występuje na całym świecie, rozpoznawane jest najczęściej około 7 roku życia, ale objawy występują znacznie wcześniej, niekiedy są wyraźne przed 2 rokiem życia dziecka. Charakterystyczne objawy to nadruchliwość, nadpobudliwość i zaburzenia koncentracji uwagi. Objawy te zakłócają funkcjonowanie chorego w środowisku domowym, szkolnym/w pracy i rówieśniczym. ADHD jest w 80% uwarunkowane genetycznie. Często z tym zaburzeniem współistnieją inne – zaburzenia zachowania, zaburzenia lękowe, depresyjne, trudności szkolne, tiki. Wczesne rozpoznanie i podjęcie interwencji terapeutycznej znacznie poprawia funkcjonowanie chorych.

CEL PRACY

W niniejszej pracy przeprowadzono analizę przypadków chorych, zgłoszonych po raz pierwszy do Poradni Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży w Kielcach w 2008 roku. Wyodrębniono grupę osób z rozpoznaniem ADHD. Przeanalizowano czynniki ryzyka występujące w tej grupie, podtypy ADHD występujące u chorych, współistnienie chorób towarzyszących oraz wpływ zaburzenia na funkcjonowanie chorych.

MATERIAŁ I METODA

Analizą objęto grupę pacjentów do 18 roku życia przyjętych w Poradni po raz pierwszy w 2008 roku. Przyjętych ogółem po raz pierwszy było 128 osób, w tym 40 dziewczynek i 88 chłopców. ADHD stwierdzono u 15% dziewczynek i 19% chłopców; częstość występowania ADHD w badanej grupie wynosiła 18%.

Dokonany podział grupy ze względu na wiek chorych obrazuje, że najczęściej zgłaszane były dzieci w wieku 6–8 lat.

Grupę badaną poddano analizie pod kątem występującego podtypu ADHD. U dziewczynek przeważa podtyp z zaburzeniami koncentracji uwagi, u chłopców podtyp z nadruchliwością. W obu grupach wiekowych stwierdza się także występowanie podtypu mieszanego.

Tabela 1. Ocena częstości ADHD w grupie pacjentów pierwszorazowych

	Dziewczynki	Chłopcy	Ogółem
Liczba przyjęć pierwszorazowych	40	88	128
Przyjęcia pierwszorazowe z rozpoznanym ADHD	6 (15%)	17 (19%)	23 (18%)

Tabela 2. Analiza częstości ADHD w przedziałach wiekowych

Wiek dzieci	Dziewczynki	Chłopcy	Ogółem
4–5 lat	0	2 (11%)	2 (8%)
4–6 lat	1 (16%)	4 (22%)	5 (22%)
6–7 lat	3 (50%)	4 (22%)	7 (30%)
7–8 lat	1 (16%)	5 (29%)	6 (26%)
> 8lat	1 (16%)	2 (11%)	3 (13%)

Tabela 3. Częstość podtypów ADHD w grupie badanej

	ADHD z zaburzeniami koncentracji	ADHD z nadruchliwością	Typ mieszany	Ogółem
Dziewczynki	3 (50%)	1 (16%)	2 (33%)	6 (100%)
Chłopcy	1 (23%)	9 (53%)	1 (24%)	17 (100%)
Ogółem	7 (30%)	10 (43%)	6 (27%)	23 (100%)

Tabela 4. Częstość współwystępujących zaburzeń psychicznych w grupie

Zaburzenia współistniejące	Dziewczynki	Chłopcy	Ogółem
Trudności szkolne	1 (16%)	8 (47%)	9 (39%)
Zaburzenia lękowe	0	0	0
Zaburzenia depresyjne	0	1 (6%)	1 (1%)
Tiki	1 (16%)	3 (18%)	1 (17%)
Zaburzenia snu	1 (16%)	2 (12%)	3 (13%)

Tabela 5. Częstość czynników ryzyka ADHD

Występowanie czynników ryzyka ADHD	Dziewczynki	Chłopcy
Powikłania ciąży	2 (33%)	2 (12%)
Powikłania porodu	1 (16%)	3 (18%)
Problemy związane z chorobami psychicznymi w rodzinie	1 (16%)	2 (12%)
Uzależnienia w rodzinie	0	1 (6%)
Palenie tytoniu przez matkę w ciąży	0	2 (12%)
Łącznie	14 (61%)	

Tabela 6. Analiza zmian w zapisie EEG

Badanie EEG	Dziewczynki	Chłopcy	Ogółem
Zapis prawidłowy	4 (67%)	9 (53%)	13 (56%)
Zapis nieprawidłowy	2 (33%)	8 (47%)	10 (44%)
Łącznie	6 (100%)	17 (100%)	23 (100%)

Tabela 7. Analiza wpływu ADHD na funkcjonowanie badanych

	Pozytywny	Negatywny	Obojętny	Łącznie
Dziewczynki	0	4 (67%)	2 (33%)	6 (100%)
Chłopcy	0	16 (94%)	1 (6%)	17 (100%)

Oceniono współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych w grupie osób z ADHD. Najczęściej stwierdzanymi zaburzeniami współistniejącymi były trudności szkolne i tiki. U 6 dzieci nie stwierdzono dodatkowych zaburzeń.

Poddano analizie wybrane czynniki ryzyka wystąpienia ADHD w badanej grupie. W grupie z występującym ADHD potwierdzono występowanie nieprawidłowości w przebiegu ciąży i porodu oraz obciążenia w wywiadzie rodzinnym.

W grupie z ADHD wykazano nieprawidłowości zapisu EEG u około 44% dzieci.

Poddano ocenie (na podstawie wywiadu) wpływ występujących objawów na funkcjonowanie chorych (w domu, szkole/przedszkolu, grupie rówieśniczej). U wszystkich badanych występowały problemy szkolne, rówieśnicze, domowe pozostające w ścisłym związku z objawami zespołu hiperkinetycznego.

OMÓWIENIE

Za pierwszy współczesny opis zespołu nadpobudliwości uważa się pracę Georga Stilla, który w 1902 roku opisywał dzieci z typowymi objawami, które określił jako mające „nienormalny defekt kontroli moralnej" [1].

ADHD charakteryzuje triada objawów: problemy z utrzymaniem uwagi, z kontrolą impulsywności i nadmierna ruchliwość. Objawy te są niewspółmierne do wieku i poziomu rozwoju dziecka [2]. Nieprawidłowości muszą występować we wszystkich płaszczyznach funkcjonowania dziecka oraz ujawnić się przed 7 rokiem życia.

Częstość występowania różni się w opracowaniach poszczególnych autorów − wg Scotta i Goodmana wynosi 1−3 % populacji [3], wg Orwid 3−5% [4], natomiast w badaniu Gawędy i Nowaka odsetek chorych wynosi 10−15% [5, 6]. Autorzy zgadzają się co do 3−5-krotnej przewagi chłopców. Większa liczba chłopców w grupie ADHD została potwierdzona w niniejszym opracowaniu.

Obecnie uważa się, że przyczyną ADHD jest zaburzenie dojrzewania określonych struktur OUN, spowodowane zmianami materiału genetycznego, którego ekspresja powoduje zmiany na poziomie biochemicznym i strukturalnym, a w konsekwencji zaburzenia specyficznych procesów poznawczych i kontroli zachowania. Czynniki pozagenetyczne mogą wyjaśnić 20–30% przypadków ADHD, natomiast dziedziczność zespołu wynosi około 80% [7]. Uważa się, że do wystąpienia ADHD przyczyniają się także nieprawidłowości okresu ciąży i porodu, wcześniactwo, dieta, opieka instytucjonalna [8]. W badaniu własnym u 14 dzieci (61%) potwierdzono występowanie czynników ryzyka.

Badania neuroobrazowe wykazały wyraźne odmienności w mózgach osób z ADHD, które dotyczyły gęstości receptorów dopaminowych w zwojach podstawy, różnic w budowie morfologicznej istoty białej, móżdżku, a także różnic w szybkości rozwoju kory czołowej [2, 7, 9].

Polska klasyfikacja ICD-10 wyróżnia następujące typy i podtypy ADHD:

- F 90.0 − zaburzenia aktywności i uwagi. W tym typie mieszczą się zaburzenia z dominacją objawów nadruchliwości, zaburzenia z dominacją zaburzeń koncentracji i grupa zaburzeń mieszanych.
- F 90.1 − hiperkinetyczne zaburzenia zachowania, które z kolei obejmują zaburzenia hiperkinetyczne z towarzyszącymi zaburzeniami zachowania [5].

W sferze ruchowej nadpobudliwość może przybierać 3 formy: nadmiernej ekspansji ruchowej, niepokoju ruchowego lub występować w postaci mieszanej. W sferze poznawczej są to zaburzenia koncentracji, męczliwość psychiczna, problemy z pamięcią i inne. Sfera emocjonalna obejmuje m.in. występowanie reakcji niewspółmiernych do bodźca, drażliwości, wzmożonej agresji, tendencji niszczycielskich. W grupie badanej stwierdzono przewagę podtypu z nadruchliwością u chłopców, a z zaburzeniami koncentracji u dziewczynek.

Objawy ADHD u osób dorosłych są nieco odmienne, obejmują między innymi dużą rozpraszalność uwagi, podejmowanie impulsywnych decyzji, niedotrzymywanie obietnic, wykonywanie czynności nie po kolei, przekraczanie prędkości przy prowadzeniu samochodu, problemy w organizowaniu działania, zaburzenia snu [10].

U osób z ADHD zdecydowanie częściej występują zaburzenia towarzyszące − z grupy zaburzeń zachowania, a także zaburzenia lękowe, depresyjne, tiki. W tej grupie większe jest też ryzyko wystąpienia uzależnień, dużej depresji, zaburzeń dwubiegunowych [2, 7].

W niniejszym opracowaniu u 73% badanej grupy występowały zaburzenia współistniejące, głównie problemy szkolne i tiki.

Wyniki badań długofalowych wskazują, że duży odsetek osób z ADHD ma odmienne funkcjonowanie społeczne, rodzinne i zawodowe [11]. Stwierdzono m.in., że w tej grupie chorych (w porównaniu do grupy kontrolnej) statystycznie częściej występuje ryzyko urazów, powtarzania klasy (8-krotnie), braku przyjaciół, nadużywania alkoholu (2,5-krotnie), zarażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową (4-krotnie), nieplanowanej ciąży (10-krotnie), wypadku samochodowego (2−6-krotnie), rozwodu (2-krotnie), bezrobocia (3-krotnie), aresztowania (2-krotnie), skazania (3-krotnie), przebywania w więzieniu (15-krotnie) [7]. Ponadto występowanie nadpobudliwości psychoruchowej u dzieci jest czynnikiem obciążającym dla funkcjonowania rodziców [12].

Wszystkie osoby z grupy badanej miały większe niż rówieśnicy problemy w funkcjonowaniu domowym, szkolnym i rówieśniczym (problemy te były głównym powodem zgłoszenia do Poradni).

Autorzy są zgodni, że leczenie ADHD musi obejmować interwencje psychoterapeutyczne (psychoterapia behawioralna lub behawioralno-poznawcza), trening umiejętności rodzicielskich, interwencje w szkole, często też w grupie rówieśniczej oraz – w razie potrzeby – leczenie farmakologiczne. Częste zastosowanie ma też terapia rodzinna, inne techniki terapeutyczne indywidualnie dobrane do dziecka [2, 13]. Rośnie zainteresowanie alternatywnymi metodami leczenia ADHD (takich terapii próbuje 50% rodziców dzieci z zespołem hiperkinetycznym). Dotyczą one zastosowania cynku, żelaza, wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, ziół oraz tzw. diet eliminacyjnych [14].

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonej analizy sformułowano następujące wnioski:

1. ADHD stanowi jedną z częstszych przyczyn zgłaszania dzieci do Poradni Psychiatrycznej.
2. Najczęściej chorują chłopcy, a wiek zgłoszonych dzieci to głównie 6–8 lat.
3. U dziewczynek częściej występuje podtyp z zaburzeniami koncentracji, u chłopców z nadruchliwością.
4. W badanej grupie u 73% występowały zaburzenia współistniejące, głównie trudności szkolne i tiki.
5. Występowanie czynników ryzyka potwierdzono u 61% grupy badanej.
6. U prawie połowy badanych zapis EEG nie był prawidłowy.
7. W całej badanej grupie funkcjonowanie było zaburzone w związku z objawami ADHD.

PIŚMIENNICTWO

[1] Wolańczyk T. Zaburzenie hiperkinetyczne. W: Psychiatria Dzieci i Młodzieży. Red I Namysłowska. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004; 197–198, 201–203.

[2] Wolańczyk T, Kołakowski A, Skotnicka M. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej u dzieci. W: Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób układu nerwowego u dzieci, t. 2. Red S Jóźwiak. Wydawnictwo Biforium, Lublin 2000; 69–72, 72–75, 78–80.

[3] Goodman R, Scott S. Psychiatria dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2000; 55–56.

[4] Orwid M, Pietruszewski K. Psychiatria Dzieci i Młodzieży. Wydawnictwo Collegium Medicum UJ, Kraków 1996; 74–75.

[5] Gawęda A, Nowak M, Janas-Kozik M. Diagnoza ADHD – pomoc czy przeszkoda? Psychiatria i Psychologia Kliniczna 2010; 2(10): 116–117.

[6] Popielarska M. Nadpobudliwość psychoruchowa. W: Psychiatria wieku rozwojowego. Red A Popielarska, M Popielarska. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000; 109–110.

[7] Goodman DW. Czarna księga ADHD. Psychiatria Po Dyplomie 2010; 7(3): 12–13, 15–16.

[8] Masternak P, Rybakowski F. Zasady postępowania w przypadku starszej młodzieży i dorosłych z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi. Medycyna Praktyczna – Psychiatria 2008; 1(2) styczeń- marzec: 40–42.

[9] Dąbkowska M, Borkowska A. Badanie aktywacji półkulowej mózgu u dzieci z zespołem deficytu uwagi z nadruchliwością. W: Zaburzenia Psychiczne Dzieci i Młodzieży. Red I Namysłowska. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 35–36.

[10] Roth T, Zinsenheim J. Sen u dorosłych z ADHD i wpływ działania leków pobudzających. Psychiatria po dyplomie 2010; 7(2): 87.

[11] Srebnicki T. Funkcjonowanie szkolne, społeczne i rówieśnicze adolescentów i młodych z rozpoznaniem ADHD. Psychiatria i Psychologia Kliniczna 2010; 1(09): 67.

[12] Kapinos-Gorczyca A, Kapinos M, Gorczyca P i wsp. Ocena jakości życia rodziców dzieci z ADHD. Psychiatria i Psychologia Kliniczna 2010; 1(09): 55.

[13] Pisula A, Wolańczyk T. Trening umiejętności rodzicielskich w ADHD i opozycyjno-buntowniczych zaburzeniach zachowania. Psychiatria i Psychologia Kliniczna 2010; 1(09): 63.

[14] Grygo M. Terapia dietetyczna i suplementacyjna w zespole nadpobudliwości psychoruchowej. Psychiatria i Psychologia Kliniczna 2010; 1 (09): 49.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Agata Horecka-Lewitowicz
Instytut Zdrowia Publicznego
Zakład Profilaktyki Społecznej
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19
e-mail: lewitowicz@onet.eu
tel. +48 41 349 69 64