

# Krytyczna analiza koncepcji nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami uwagi u dorosłych

Joanna Moncrieff,<sup>1</sup> Sami Timimi<sup>2</sup>

*The Psychiatrist* (2011), 35, 334-338

Autorzy zastanawiają się, czy zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami uwagi (attention-deficit hyperactivity disorder, ADHD) u dorosłych jest odrębnym zaburzeniem odróżniającym się od zwykłych zachowań i innych zaburzeń psychicznych, oraz czy jest związany z zaburzeniami okresu dzieciństwa, ponieważ uważa się, że ADHD u dorosłych i dzieci charakteryzuje inna konstelacja objawów. Chociaż w badaniach nad lekami pobudzającymi stwierdzono marginalne krótkotrwałe efekty, które można tłumaczyć ich znanymi właściwościami psychoaktywnymi, niewiele dowodów przemawia za tym, że w dłuższej perspektywie farmakoterapia powoduje jakies utrzymujące się korzyści. Autorzy sugerują, że ADHD u dorosłych stanowi jedną z ostatnich prób zmedykalizowania zwykłych ludzkich trudności, i uważają, że popularność tego rozpoznania jest częściowo zależna od czynników marketingowych i nagradzającego działania leków pobudzających.

W ostatnich latach u dorosłych, podobnie jak u dzieci, coraz częściej rozpoznawano nadpobudliwość psychoruchową z zaburzeniami uwagi (ADHD), w tym również u coraz większej liczby dorosłych, u których nigdy nie postawiono tego rozpoznania w dzieciństwie. Obecnie szacuje się, że na ADHD może cierpieć między 5 a 9% dorosłej populacji krajów o wysokich dochodach.<sup>1,2</sup> Zjawisko ADHD dorosłych w Stanach Zjednoczonych pojawiło się w latach 90. XX wieku, stymulowane przez aktywność grup wsparcia chorych, mediów i profesjonalistów.<sup>3</sup> W ostatniej dekadzie zwiększyło się naukowe zainteresowanie ADHD (rycina). Zaburzenie to jest obecnie lansowane przez NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) w Wielkiej Brytanii<sup>4</sup> i niewątpliwie wejdzie do nowego wydania DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.<sup>5</sup>

Zwolennicy koncepcji ADHD u dorosłych argumentują, że można wiarygodnie zdefiniować i rozpoznawać to zaburzenie, można odróżnić je od innych schorzeń, wiąże się ono z istotnymi niekorzystnymi powikłaniami, dobrze reaguje na leki pobudzające i powinno być rozpoznawane częściej.<sup>1,6</sup> Co więcej,

w przeciwieństwie do wcześniejszych zwyczajów, wielu ekspertów jest zdania, że farmakologiczne leczenie dzieci z ADHD należy często kontynuować w dorosłym życiu.<sup>7,8</sup> Z drugiej strony, osoby krytykujące koncepcję ADHD u dorosłych sugerowały, że może ona oznaczać „medykalizację funkcjonowania poniżej możliwości”.<sup>3,9</sup> Niepokojono się również szeroko rozpowszechnionym stosowaniem dla przyjemności i w sposób niezgodny z prawem dostępnymi na receptę leków pobudzających.<sup>10</sup> Możliwe, że nadużywane leki nie były tak łatwo dostępne na receptę od czasu rozpoczęcia powszechnego przepisywania benzodiazepin w latach 80. XX wieku. Niezależnie od tych problemów, nie przeprowadzono szczegółowej analizy trafności tego rozpoznania ani czynników potęgujących obserwowany ostatnio wzrost częstości zachorowań.

## Rola przemysłu farmaceutycznego

W ostatniej dekadzie nastąpił znaczący wzrost stosowania leków pobudzających i innych używanych w leczeniu ADHD i związanych z tym kosztów. W Anglii między 1998 a 2009 rokiem liczba przepisanych leków pobudzających i atomoksetyny

<sup>1</sup>University College London;

<sup>2</sup>Lincolnshire Partnership NHS Foundation Trust

Autor do korespondencji: Joanna Moncrieff (j.moncrieff@ucl.ac.uk)

Joanna Moncrieff jest starszym wykładowcą, Department of Mental Health Sciences, University College London, a Sami Timimi jest konsultantem psychiatrii dzieci i dorosłych, Lincolnshire Partnership NHS Foundation Trust, Sleaford, Lincolnshire, UK.

Konflikt interesów: oboje autorzy są członkami Critical Psychiatry Network.

(która nie jest zaliczana do leków pobudzających, ale cechuje się pewnymi działaniami niepożądanymi podobnymi do obserwowanych w przypadku leków pobudzających) zwiększyła się o 259%, natomiast skorygowane koszty wzrosły prawie dziesięciokrotnie.<sup>11</sup> Ten wzrost był najwyraźniejszy u starszych dzieci i dorosłych.<sup>7</sup> W USA przepisywanie leków pobudzających dorosłym podwoiło się między 2000 a 2005 rokiem.<sup>12</sup>

W ciągu ostatniej dekady kampanie marketingowe firm farmaceutycznych zidentyfikowały „dorosłe ADHD” jako „rozszerzający się i lukratywny rynek”.<sup>13</sup> W 2002 roku Eli Lilly przeprowadziła kampanię reklamową Stratterry (atomoksetyny), krytykowaną przez FDA za rozszerzanie wskazań do stosowania tego leku, przecenianie korzyści i niedoceniając zagrożenia związanych z jego stosowaniem.<sup>14,15</sup> W jednej z kampanii wykorzystywano reklamy telewizyjne przedstawiające osoby doświadczające takich codziennych trudności, jak zapomnianie kluczyków do samochodu czy rozpraszanie się widokiem wystaw sklepowych.<sup>14</sup> Ważnym elementem kampanii marketingowej ADHD u dorosłych było zachęcanie do samodiagnozy za pomocą sponsorowanych przez firmy i innych komercyjnych stron internetowych udostępniających kwestionariusze do samodzielnego wykorzystania, które umożliwiają stwierdzenie, czy cierpi się na ADHD, i zachęcające do zapytania swojego lekarza o leczenie farmakologiczne. Materiały firm farmaceutycznych wzmacniały również przekonanie, że ADHD u dorosłych jest chorobą mózgu, „rzeczywistym i uleczalnym schorzeniem”.<sup>16</sup>

Większość materiałów promocyjnych jest obecnie kierowana do kobiet. Dane z USA wykazały, że przepisywanie leków pobudzających dorosłym zwiększyło się przede wszystkim wśród kobiet.<sup>12</sup> Strona internetowa Health.com, która swoim klientom oferuje „sprytne, strategiczne możliwości reklamowe”,<sup>17</sup> przedstawia kobietom „dorosłe ADHD” jako „schorzenie neurobehawioralne, które charakteryzuje m.in. słaba pamięć, niemożność skoncentrowania się na ważnych zadaniach, tendencja do wiercenia się w miejscu i snów na jawie”. Zachęca kobiety do rozważenia u siebie tego rozpoznania, podkreślając, że objawy mogą być u kobiet „bardziej subtelne i łatwe do przeoczenia”.<sup>18</sup> Komercyjnie sponsorowana strona internetowa ADDitude Magazine’s ([www.additudemag.com](http://www.additudemag.com)) również zawiera tekst wyrażający zmartwienie tym, że „zbyt często... kobiety

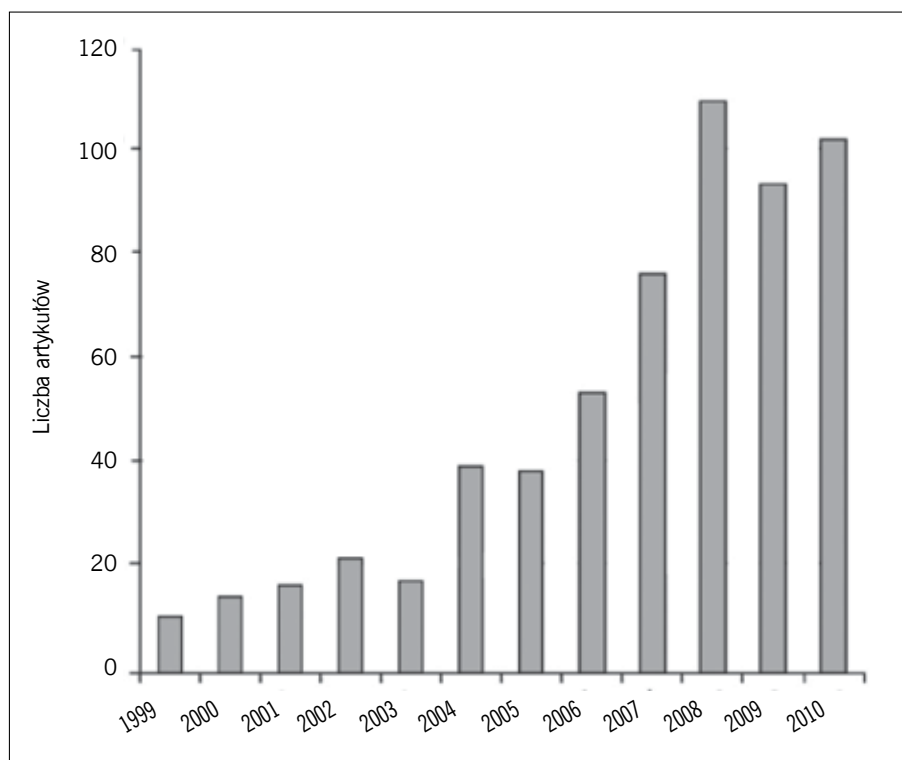
#### Ramka

##### Kryteria National Health Service dla nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami uwagi u dorosłych

- Nieostrożność i niezwracanie uwagi na szczegóły
- Ciągłe rozpoczynanie nowych zadań przed doprowadzeniem wcześniejszych do końca
- Słabe umiejętności organizowania zadań
- Niezdolność skupienia się na jednej rzeczy lub ustalania priorytetów
- Ciągłe gubienie przedmiotów lub odkładanie w inne miejsce
- Zapominanie
- Niepokój lub podenerwowanie
- Trudności ze spokojnym czekaniem i mówienie poza kolejnością
- Impulsywne odpowiedzi i słaba umiejętność społecznego dostosowania się do właściwej kolejności podczas rozmowy z innymi
- Częste przerywanie innym
- Wahania nastroju
- Drażliwość i wybuchowość
- Brak umiejętności radzenia sobie ze stresem
- Skrajna niecierpliwość
- Podejmowanie ryzykownych aktywności, często połączone z poświęcaniem niewielkiej lub żadnej uwagi kwestii bezpieczeństwa własnego lub innych osób

Źródło: NHD Choices ([www.nhs.uk/conditions/attention-deficit-hyperactivity-disorder/pages/symptoms.aspx](http://www.nhs.uk/conditions/attention-deficit-hyperactivity-disorder/pages/symptoms.aspx))

**Rycina.** Liczba opublikowanych artykułów na temat ADHD u dorosłych w Medline od 1999 roku (uzyskanych za pomocą takich słów kluczowych jak „ADHD u dorosłych”, „zaburzenia uwagi u dorosłych” i nadpobudliwość psychoruchowa z zaburzeniami uwagi u dorosłych”).



i dziewczęta z ADD nie są diagnozowane i pozostają bez leczenia” i zamieszcza artykuł, który pomaga „nauczyć się jak rozpoznawać objawy i uzyskać pomoc.”<sup>19</sup>

W 2008 roku senackie śledztwo w USA ujawniło, że profesor Joseph Biederman i niektórzy inni badacze z uniwersytetu Harvarda, którzy promowali koncepcję ADHD u dorosłych i przeprowadzili większość badań, w tym dotyczących farmakologicznego leczenia tego zaburzenia, nie ujawnili wszystkich dochodów, które uzyskiwali od firm farmaceutycznych.<sup>20</sup> Następnie przyznali się do otrzymania wspólnie w ciągu kilku lat milionów dolarów, a dane uzyskane od firm sugerowały, że ich wynagrodzenia mogły być nawet większe.<sup>20</sup>

### Rozpoznanie ADHD u dorosłych

To, dlaczego ADHD u dorosłych może być tak interesujące dla firm farmaceutycznych, można łatwo wywnioskować z oficjalnych list objawów i proponowanych kryteriów diagnostycznych, które obejmują wiele doświadczeń i zachowań praktycznie uniwersalnych (ramka). Szkic piątej wersji DSM<sup>5</sup> podaje przykłady zachowań, które mogą być traktowane jako objawy, w tym: niezwracanie uwagi na szczegóły, trudności w „utrzymaniu koncentracji na wykładach, podczas rozmów lub czytania długich tekstów”, niechęć do wykonywania „prac domowych... przygotowywania raportów lub przeglądania długich artykułów”, częste gubienie różnych przedmiotów, takich jak „klucze, papiery, okulary czy telefony komórkowe”, „rozpoczynanie zadań bez wystarczającego przygotowania; unikanie czytania lub słuchania instrukcji” oraz „impulsywne kupowanie różnych przedmiotów, nagłe rzucanie pracy lub zrywanie z przyjacielem.”

Chociaż propozycje DSM-V i inne kryteria zakładają, że objawy muszą zaburzać „funkcjonowanie społeczne, szkolne lub zawodowe”,<sup>5</sup> trudno jest wyobrazić sobie sytuację, w której ktoś szukający pomocy nie spełniałby lub nie był przekonany, że spełnia, te kryteria. Nie ma również żadnych empirycznych ani logicznych podstaw, na podstawie których te różnorodne zjawiska powinny być pogrupowane razem.

Koncepcja ADHD u dorosłych opiera się przede wszystkim na przypuszczalnym podobieństwie do zaburzenia występującego u dzieci. Podważano wiele aspektów wiarygodności rozpoznania ADHD u dzieci,<sup>21-23</sup> jednak nawet jeżeli to pominiemy, nie jest jasne, czy te dwa rozpoznania są ze sobą powiązane. Wydaje się, że zgodnie uznano, że dorośli z ADHD mają inne spektrum objawów niż dzieci z tym zaburzeniem. W obydwu przypadkach rozpoznanie jest stawiane jedynie na podstawie objawów. Do sugerowanych objawów ADHD u dorosłych zalicza się wiele aspektów funkcjonowania psychicznego i zachowań, które nie były nawet badane u dzieci, takich jak wahania nastroju, nietolerancja stresu, przeżywanie złości i podejmowanie ryzyka. Niektóre z często wykorzystywanych skal oceny u dorosłych zawierają nowe tematy, takie jak „problemy z samooceną”.<sup>24</sup> Co więcej, podczas gdy nadrużliwość

jest uważana za jeden z osiowych objawów ADHD u dzieci, opisy ADHD u dorosłych sugerują, że nie jest podstawowym ani nawet częstym objawem, a niektóre skale oceny w ogóle jej nie uwzględniają.<sup>25</sup>

Są również wyraźne rozbieżności między dystrybucją płci u dzieci i dorosłych z ADHD. W dzieciństwie ADHD rozpoznaje się znacznie częściej u chłopców,<sup>23</sup> natomiast u dorosłych w wielu krajach ADHD jest częściej rozpoznawane u kobiet.<sup>12</sup>

Obecna koncepcja ADHD jest również niezgodna z wcześniejszą, według której ADHD było uważane za zaburzenie neurorozwojowe. Uważano, że większość dzieci dojrzeje i „dogoni” właściwy etap rozwojowy.<sup>26</sup> Uważano, że badania prospektywne i niektóre badania obrazowe potwierdzały tę hipotezę,<sup>27,28</sup> która tłumaczyłaby również dominację ADHD u chłopców, ponieważ rozwój chłopców, w tym procesy neurorozwojowe, zachodzi wolniej niż u dziewcząt. Obecnie jednak uważa się, że u 60% dzieci z ADHD objawy będą utrzymywać się również w wieku dorosłym.<sup>29</sup> W badaniach prospektywne z dużą rozpiętością, opisywano objawy ADHD utrzymujące się po 18 r.ż. w 4-70% przypadków. Za obserwowane różnice odpowiedzialne były prawdopodobnie wykorzystywane kryteria i rodzaj badanych grup, z uwzględnieniem współchorobowości.<sup>29</sup> Dane dotyczące przepisywania leków w USA wykazały, że większość młodych ludzi przerywa przyjmowanie leków pobudzających około 21 r.ż.,<sup>7</sup> i chociaż autorzy artykułu byli zdania, że odzwierciedla to niewłaściwe, zbyt mało intensywne leczenie, może również wynikać z naturalnego zmniejszenia nasilenia objawów z wiekiem, co byłoby zgodne z rozwojową koncepcją ADHD.

Tak czy inaczej, ponieważ uważa się, że ADHD u dorosłych charakteryzuje mniejsze nasilenie osiowych objawów charakteryzujących ADHD u dzieci, niektóre objawy nie występują w ADHD u dzieci, a dystrybucja płci jest inna, wydaje się, że jest niewiele danych, żeby stwierdzić, że jest to jedno zaburzenie. Wytyczne NICE utrwaliły koncepcję ADHD u dorosłych, bardziej na podstawie braku ewidentnych różnic niż jakichkolwiek pozytywnych dowodów na podobieństwo między ADHD u dzieci i dorosłych.<sup>4</sup>

Dobrze udokumentowana częstość zaburzeń współistniejących u dorosłych z rozpoznaniem ADHD również rodzi pytanie, czy ADHD należy postrzegać jako odrębne zaburzenie. W National Comorbidity Survey w USA 38% dorosłych z rozpoznaniem ADHD spełniało również kryteria zaburzeń nastroju, 47% – dowolnych zaburzeń lękowych, 15% – zaburzeń spowodowanych stosowaniem substancji psychoaktywnych, a 20% – okresowego zaburzenia eksplozywnego.<sup>1</sup> W innym badaniu stwierdzono, że u 87% dorosłych z ADHD postawiono co najmniej jedno inne rozpoznanie psychiatryczne, a u 56% dwa rozpoznania.<sup>30</sup> Wytyczne NICE dla ADHD stwierdziły nakładanie się różnych zaburzeń osobowości, w tym osobowości aspołecznej, borderline i osobowości emocjonalnie niestabilnej, a także depresji, lęku oraz nowocześnie rozumianych zaburzeń dwubiegunowych i zaliczanych do ich kręgu.<sup>4</sup>

Także inne aspekty trafności rozpoznania ADHD u dorosłych nie zostały wystarczająco wyjaśnione. Nie ustalono m.in., czy objawy nieprzypadkowo występują jednocześnie ani czy pozwalają prognozować swoiste zaburzenia i rezultaty. Chociaż w niektórych badaniach sugerowano, że ADHD u dorosłych jest związane z gorszym funkcjonowaniem szkolnym, zawodowym i gorszym prowadzeniem pojazdów,<sup>31-33</sup> nie jest to zaskakujące, ponieważ same kryteria diagnostyczne opisują różne trudności w funkcjonowaniu. Wydaje się zatem, że rozpoznanie ma charakter tautologiczny, ponieważ jest definiowane przez zaburzenia zachowania i uważane za trafne, gdyż prognozuje inne podobne trudności w funkcjonowaniu. Ponadto, badania dotyczące zaburzeń towarzyszących ADHD u dorosłych nie były wystarczająco kontrolowane pod względem wpływu licznych współwystępujących zaburzeń i problemów.

Aby potwierdzić trafność tego rozpoznania, cytuje się również dowody z badań strukturalnych i czynnościowych mózgu, a także genetyczne badania sprzężeń,<sup>34</sup> jednak niewiele z tych badań dotyczyło dorosłych i dlatego trudno jest wyciągać z nich wnioski. Badania genetyczne sugerują, że stopień dziedziczenia „dorosłej” postaci ADHD jest znacznie mniejszy niż w przypadku ADHD u dzieci<sup>6</sup> lub innych zaburzeń psychicznych, np. depresji. Genetyczne badania molekularne doprowadziły do identyfikacji niektórych potencjalnych sprzężeń genów kandydujących, jednak często są to inne geny niż te, które uważa się za związane z występowaniem ADHD u dzieci.<sup>6</sup> Podobnie jak u dzieci, strukturalne badania obrazowe mózgu u dorosłych z ADHD do tej pory dostarczają niezgodnych i przeciwstawnych wyników.<sup>35-37</sup>

## Leczenie farmakologiczne

Najważniejszym argumentem za tym, że ADHD u dorosłych można z dużą trafnością uznać za odrębną, uwarunkowaną neurobiologicznie, chorobę mózgu, jest spostrzeżenie, że objawy swoiście reagują na zastosowanie leków pobudzających. Stwierdzono, że ich stosowanie w niewielkich dawkach powoduje krótkotrwałe zmiany zachowania, w tym poprawę uwagi i zmniejszenie aktywności u zwierząt oraz ochotników (tylko w większych dawkach, podobnie jak przy stosowaniu tych środków w celach rekreacyjnych, leki te zaczynają powodować zwiększenie aktywności),<sup>38</sup> jednak dowody na to, żeby powodowały one jakiegokolwiek korzystne, utrzymujące się skutki lub wywierały swoiste działanie u osób z ADHD, są słabe.

Badania u dzieci wykazały, że wszelkie korzyści nie utrzymują się w długotrwałej obserwacji.<sup>39</sup> Nie wykazano jednoznacznie wpływu leczenia na jakość życia, czy osiągnięcia szkolne. Wtyczne NICE zalecają ograniczenie stosowania leków pobudzających do dzieci z najcięższymi objawami lub takich, u których zawiodły inne metody leczenia.<sup>4</sup>

Natomiast u dorosłych NICE zaleca stosowanie leków pobudzających jako leków pierwszego wyboru, opierając się na wynikach trzech badań randomizowanych, z których dwa

zostały przeprowadzone przez Biedermana i wsp. Natomiast w metaanalizie większej grupy badań, w których stosowano krótko działające preparaty metylfenidatu, stwierdzono brak istotnych różnic między lekiem a placebo w równoległych grupach badawczych, co przeważnie jest uważane za lepszy schemat badań. W badaniach skrzyżowanych stwierdzono niewielkie różnice.<sup>40</sup> Na wyniki metaanalizy istotnie wpłynęły również badania przeprowadzone przez zespół Biedermana, który opisał znacznie większą „wielkość efektu” w porównaniu z innymi badaniami. Autorzy metaanalizy zauważyli również kilka niedoskonałości metodologicznych wszystkich badań, włącznie z tym, że uczciwość podwójnie ślepej próby oceniano tylko w jednym badaniu, w którym wszyscy uczestnicy byli w stanie prawidłowo zidentyfikować, czy przyjmują aktywny lek, czy placebo.<sup>41</sup>

W dwóch innych krótkoterminowych badaniach, z których jedno zostało przeprowadzone przez firmę Janssen-Cilag, będącą producentem Concerty (chlorowodorek metylfenidatu), a drugie przez Biedermana i wsp., stwierdzono niewielką, mniej więcej 4-punktową różnicę w 54-punktowej skali oceny objawów ADHD między osobami otrzymującymi lek i placebo.<sup>42,43</sup>

Dane z jedyne go długoterminowego randomizowanego badania<sup>44</sup> nie wykazały różnic między atomoksetyną i placebo pod względem pierwszorzędnego badanego parametru w postaci wydajności w pracy po 6 miesiącach; nie stwierdzono również różnicy w ocenie ogólnej, związanej z ADHD, jakości życia. Tylko dla jednego z czterech parametrów objawowych stwierdzono niewielką, ale istotną statystycznie (1,6 punktu) różnicę między lekiem a placebo w 54-punktowej skali objawów. Jest jednak mało prawdopodobne, żeby miało to znaczenie kliniczne. Nie stwierdzono różnic dotyczących innych parametrów, w tym wyniku w skali CGI i Driving Behavior Survey.

Dlatego można uznać, że dowody z randomizowanych badań dotyczących dorosłych i dzieci stanowią słabą podstawę do podejmowania długotrwałego leczenia farmakologicznego, które obecnie jest rozpoczynane de novo u dorosłych z ADHD, a także jego kontynuowania u osób, u których objawy rozpoczęły się w dzieciństwie.

## Omówienie

Zaprezentowana tutaj analiza sugeruje, że można zakwestionować trafność rozpoznania ADHD u dorosłych oraz że nie udowodniono jednoznacznie skuteczności ani przydatności farmakologicznych metod leczenia mających na celu zmniejszenie objawów tego zaburzenia. Koncepcja ADHD u dorosłych nie spełnia tradycyjnie akceptowanych kryteriów medycznych dla zaburzenia lub choroby, ponieważ nie można jasno odgraniczyć zachowań „chorobowych” od „normalnych”; obserwuje się znaczny stopień nakładania się z innymi zaburzeniami; wyniki są niejednorodne; a także istnieje niewiele dowodów na to, że leczenie farmakologiczne jest swoiste lub skuteczne. Co więcej,



ze względu na rozbieżności między ADHD u dzieci i dorosłych pod względem objawów czy profilu płci, pojawiają się wątpliwości dotyczące związku między tymi dwoma zaburzeniami.

Chociaż przemysł farmaceutyczny nie odegrał dużej roli przy formułowaniu koncepcji ADHD u dorosłych w latach 90. XX wieku, to wybuch zainteresowania tym zaburzeniem w ostatniej dekadzie i gwałtowne zwiększenie częstości przepisywania stymulantów zbiegło się w czasie z rosnącym zainteresowaniem przemysłu farmaceutycznego. Mnogość materiałów promocyjnych skierowanych do kobiet może być przeznaczona w rynek wcześniej zajmowany przez inne leki psychotropowe, w podobny sposób, w jaki przemysł farmaceutyczny pomagał w transformacji lęku w depresję w latach 90. XX wieku, co było związane ze sprzedażą nowych leków przeciwdepresyjnych.<sup>45</sup> Zgodnie z tym punktem widzenia ADHD u dorosłych jest jedną z ostatnich propozycji oferowanych kobietom, za pomocą których mogą tłumaczyć sobie swój dyskomfort i niezadowolenie.<sup>46</sup>

Niezależnie od wpływu przemysłu farmaceutycznego, zwiększenie tzw. zarządzania leczeniem (managed care) w USA, które faworyzuje tanie metody leczenia, np. leki, w porównaniu z droższymi, takimi jak długoterminowa psychoterapia, mogło prawdopodobnie wpłynąć na wypromowanie rozpoznania ADHD u dorosłych na niekorzyść rozpoznawania zaburzeń osobowości. Rozpoznanie ADHD u osoby dorosłej może również być bardziej akceptowane społecznie w porównaniu z innymi rozpoznaniem psychiatrycznymi i dlatego wiązać się z mniejszym oporem przed wejściem w rolę chorego. Rozpoznanie to jest również atrakcyjne ze względu na możliwość zmniejszenia wymagań w szkołach i na uniwersytetach.<sup>3</sup>

Ponadto, w przeciwieństwie do innych rozpoznania psychiatrycznych, leczonych za pomocą leków, których działanie przeważnie jest odbierane jako nieprzyjemne, leki pobudzające swoim działaniem zbliżają się do substancji stosowanych nielegalnie i mogą być nadużywane ze względu na możliwość zwiększania pobudzenia i powodowania euforii. Uzyskiwanie recepty na leki pobudzające wykorzystywane następnie w celach rozrywkowych jest dobrze udokumentowanym zjawiskiem wśród amerykańskich studentów.<sup>10</sup> Są dowody na to, że takie sytuacje występują również w Wielkiej Brytanii i Australii.<sup>47,48</sup> Szybkie przeszukanie internetu pod kątem hasła „jak udawać ADHD” ujawnia biznes ukierunkowany na uzyskiwanie leków pobudzających. Dostępne są liczne dyskusje i artykuły z radami, jak to najlepiej robić.<sup>49</sup> Uważa się, że taka praktyka jest rozpowszechniona.<sup>50</sup> Także badanie dotyczące osób uzależnionych od amfetaminy wykazało, że wiedziały one, w jaki sposób wykorzystać rozpoznanie ADHD, żeby uzyskać wybrany lek.<sup>51</sup>

Stosowanie leków pobudzających nie jest pozbawione ryzyka. Niewiele dowodów przemawia za tym, aby leki te w jakikolwiek przydatny sposób wpływały na poprawę funkcji poznawczych.<sup>52</sup> Chociaż hamowanie wzrostu nie jest problemem u dorosłych, to działanie tych leków na układ krążenia może mieć większe znaczenie niż u dzieci. Wiadomo, że przyspie-

szają one częstość akcji serca i zwiększają ciśnienie tętnicze. Osoby stosujące je długotrwale i intensywnie w celach rekreacyjnych są w większym stopniu narażone na zawał mięśnia sercowego i udar.<sup>53</sup> Fizyczne uzależnienie od leków pobudzających prowadzi do wystąpienia objawów odstawiennych lub reakcji z odbicia, co może utrudniać próby przerywania leczenia. Psychiczne koncentrowanie się na leczeniu farmakologicznym może utrudniać dokonywanie zmian, które mogłyby wywierać trwalszy wpływ na podstawowe problemy.

Chociaż korzyści z długotrwałego leczenia pozostają wątpliwe, autorzy sugerują, że powszechne przepisywanie leków pobudzających dorosłym jest przedwczesne. Zamiast traktować ADHD u dorosłych jako chorobę, lepiej można rozumieć je jako medykację różnych częstych trudności, stymulowaną m.in. interesami przemysłu farmaceutycznego i nagradzającym działaniem stymulantów.

From the Psychiatrist (2011), 35, 334-338. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2011, 2012 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

## Piśmiennictwo

1. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006;163:716-23.
2. Simon V, Czobor P, Ba'lint S, Mészáros A, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: metaanalysis. *Br J Psychiatry* 2009; 194:204-11.
3. Conrad P, Potter D. From hyperactive children to ADHD adults: observations on the expansion of medical categories. *Soc Prob* 2000;47:559-82.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young People and Adults (National Clinical Practice Guideline Number 72). NICE, 2008.
5. American Psychiatric Association. Proposed Revisions to the Diagnostic and Statistical Manual. APA, 2010.
6. Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugue M, Carpentier PJ, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network. *Adult ADHD. BMC Psychiatry* 2010;10: 67.
7. Wong IC, Asherson P, Bilbow A, Clifford S, Coghill D, DeSoysa R, et al. Cessation of attention deficit hyperactivity disorder drugs in the young (CADDY) - a pharmacoepidemiological and qualitative study. *Health Technol Assess* 2009; 13:iii-xi, 1-120.
8. Taylor N, Fauset A, Harpin V. Young adults with ADHD: an analysis of their service needs on transfer to adult services. *Arch Dis Child* 2010;95:513-7.
9. Shaffer D. Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Am J Psychiatry* 1994; 151:633-8.
10. Arria AM, Caldeira KM, O'Grady KE, Vincent KB, Johnson EP, Wish ED. Nonmedical use of prescription stimulants among college students: associations with attention-deficit-hyperactivity disorder and polydrug use. *Pharmacotherapy* 2008;28:156-69.
11. NHS Information Centre. Prescription Cost Analysis, England - 2009. The Information Centre, 2010.
12. Castle L, Aubert RE, Verbrugge RR, Khalid M, Epstein RS. Trends in medication treatment for ADHD. *J Atten Disord* 2007;10:335-42.
13. Lead Discovery. Adult ADHD-Therapeutic Opportunities. Lead Discovery, 2004 ([http://www.leaddiscovery.co.uk/reports/813/Adult\\_ADHD\\_Therapeutic\\_Opportunities](http://www.leaddiscovery.co.uk/reports/813/Adult_ADHD_Therapeutic_Opportunities)).
14. Food and Drug Administration. FDA warning letter RE: NDA 21-411, Strattera (atomoxetine HCl). FDA, 2005 (<http://pharmcast.com/WarningLetters/Yr2005/Jun2005/EliLilly0605.htm>).
15. Food and Drug Administration. Warning letter RE: NDA 21-411 Strattera (atomoxetine HCl). FDA, 2008 (<http://www.fda.gov/downloads/Drugs/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/EnforcementActivity/FDA/WarningLettersandNoticeofViolationLetterstoPharmaceuticalCompanies/ucm054007.pdf>).

16. Ortho-McNeil-Janssen Pharmaceuticals. It's a good day to start getting your ADHD/ADD symptoms under control. Concerta, 2010 (<http://www.concerta.net/adult/adult-index.html>).
17. Health.com. Advertiser opportunities. Health.com, 2011 ([http://www.health.com/health/static/advertiser-digital/online\\_advertisers.html](http://www.health.com/health/static/advertiser-digital/online_advertisers.html)).
18. Renki M. ADHD affects women differently: what to look for, how to fix it. Health, 2000 (<http://www.health.com/health/condition-article/0,,20283301,00.html>).
19. Connolly M. ADD women and girls: late diagnosis, little treatment. ADDitude Magazine 2010; August/September (<http://www.additudemag.com/adhd/article/1626.html>).
20. Harris G, Carey B. Researchers fail to reveal full drug pay. New York Times 2008; 8 June.
21. Breggin P. Talking Back to Ritalin: What Doctors aren't Telling You about Stimulants and ADHD. Perseus Publishing, 2001.
22. Timimi S, Moncrieff J, Jureidini J, Leo J, Cohen D, Whitfield C, et al. A critique of the international consensus statement on ADHD. Clin Child Fam Psychol Rev 2004;7:59-63.
23. Timimi S. Naughty Boys: Anti-Social Behaviour, ADHD and the Role of Culture. Palgrave Macmillan, 2005.
24. Conners CK, Erhardt D, Sparrow E. Conners' (CAARS) Adult ADHD Rating Scales - Technical Manual. Multi-Health Systems, 1999.
25. Brown TE. Brown Attention-Deficit Disorder Scales (Manual). Psychological Corporation, 1996.
26. Kinsbourne M. Minimal brain dysfunction as a neurodevelopmental lag. Ann NY Acad Sci 1973;205:268-73.
27. Hill JC, Schoener EP. Age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry 1996;153:1143-6.
28. Shaw P, Eckstrand K, Sharp W, Blumenthal J, Lerch JP, Greenstein D, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. Proc Natl Acad Sci USA 2007;104:19649-54.
29. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. Psychol Med 2006; 36:159-65.
30. McGough JJ, Smalley SL, McCracken JT, Yang M, Del'Homme M, Lynn DE, et al. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. Am J Psychiatry 2005;162:1621-7.
31. de Graaf R, Kessler RC, Fayyad J, ten Have M, Alonso J, Angermeyer M, et al. The prevalence and effects of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on the performance of workers: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. Occup Environ Med 2008;65:835-42.
32. Fried R, Petty CR, Surman CB, Reimer B, Aleardi M, Martin JM, et al. Characterizing impaired driving in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled study. J Clin Psychiatry 2006;67:567-74.
33. Biederman J, Petty C, Fried R, Fontanella J, Doyle AE, Seidman LJ, et al. Impact of psychometrically defined deficits of executive functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry 2006;163:1730-8.
34. Asherson P, Adamou M, Bolea B, Muller U, Morua SD, Pitts M, et al. Is ADHD a valid diagnosis in adults? Yes. BMJ 2010;340:c549.
35. Frodl T, Stauber J, Schaaff N, Koutsouleris N, Scheuerecker J, Ewers M, et al. Amygdala reduction in patients with ADHD compared with major depression and healthy volunteers. Acta Psychiatr Scand 2010;121:111-8.
36. Seidman LJ, Biederman J, Liang L, Valera EM, Monuteaux MC, Brown A, et al. Gray matter alterations in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder identified by voxel based morphometry. Biol Psychiatry 2011;69:857-66.
37. Perlov E, Philipsen A, van Elst LT, Ebert D, Henning J, Maier S, et al. Hippocampus and amygdala morphology in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. J Psychiatry Neurosci 2008;33:509-15.
38. Arnsten AF. Stimulants: therapeutic actions in ADHD. Neuropsychopharmacology 2006;31:2376-83.
39. Jensen PS, Arnold LE, Swanson JM, Vitiello B, Abikoff HB, Greenhill LL, et al. 3-year follow-up of the NIMH MTA study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;46:989-1002.
40. Koesters M, Becker T, Kilian R, Fegert JM, Weinmann S. Limits of metaanalysis: methylphenidate in the treatment of adult attention-deficit hyperactivity disorder. J Psychopharmacol 2009;23:733-44.
41. Gualtieri CT, Ondrusek MG, Finley C. Attention deficit disorders in adults. Clin Neuropharmacol 1985;8:343-56.
42. Medori R, Ramos-Quiroga JA, Casas M, Kooij JJ, Niemela A, Trott GE, et al. A randomized, placebo-controlled trial of three fixed dosages of prolonged-release OROS methylphenidate in adults with attentiondeficit/hyperactivity disorder. Biol Psychiatry 2008;63:981-9.
43. Adler LA, Zimmerman B, Starr HL, Silber S, Palumbo J, Orman C, et al. Efficacy and safety of OROS methylphenidate in adults with attentiondeficit/hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled, double-blind, parallel group, dose-escalation study. J Clin Psychopharmacol 2009;29:239-47.
44. Adler A, Spencer TJ, Levine LR, Ramsey JL, Tamura R, Kelsey D, et al. Functional outcomes in the treatment of adults with ADHD. J Atten Disord 2008;11:720-7.
45. Healy D. Shaping the intimate: influences on the experience of everyday nerves. Soc Stud Sci 2004;34:219-45.
46. Usher J. Women's Madness: Misogyny or Mental Illness? University of Massachusetts Press, 1991.
47. Sumnall HR, Woolfall K, Cole J, Mackridge A, McVeigh J. NICE guidance on ADHD: diversion and abuse of methylphenidate in light of new guidance. BMJ 2008;337:a2287.
48. Government of Western Australia. Australian Secondary Students Alcohol and Drug Survey 2005, Summary of Western Australia Results (Report No. 37). Statistical Bulletin Number 37, Drug and Alcohol Office, Government of Western Australia, 2007.
49. Magomedov A. Adderal tips: how to convince your shrink you have ADHD/ADD. The Exiled, 2006 (<http://exiledonline.com/adderal-tipshow-to-convince-your-shrink-you-have-addadhd/>).
50. Gardner A. Some fake ADHD to get meds, special treatment. Medicinenet, 2010 (<http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=119239>).
51. Schubert S, Hansen S, Dyer K, Rapley M. 'ADHD patient' or 'illicit drug user'? Managing medico-moral membership categories in drug dependence services. Discourse Society 2009;20:499-516.
52. Williams SJ, Martin P. Risks and benefits may turn out to be finely balanced. Nature 2009;457:532.
53. Westover AN, McBride S, Haley RW. Stroke in young adults who abuse amphetamines or cocaine: a population-based study of hospitalized patients. Arch Gen Psychiatry 2007;64:495-502.