

Stanowisko grupy badawczej Female ADHD Research Group i Sekcji Kształcenia Specjalizacyjnego PTP dotyczące kontrowersyjnych doniesień medialnych na temat ADHD u osób dorosłych

Tomasz M. Gondek, Agata Todzia-Kornaś, Anna Szczegielniak

Sekcja Kształcenia Specjalizacyjnego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
Female ADHD Research Group

Psychiatria Spersonalizowana 2023; 2(4): 125–127

DOI: <https://doi.org/10.5114/psychs.2023.135314>

W grudniu 2023 r. w portalu internetowym Wyborcza.pl ukazał się artykuł pt. „Lek na ADHD brany jak cukierki. »Euforia była coraz słabsza, zaczęłam brać więcej, potem rozkruszać i wciągać«” (<https://warszawa.wyborcza.pl/warszawa/7,54420,30479602,lek-na-adhd-brany-jak-cukierki-euforia-byla-coraz-slab-sza.html>). Pojawiło się w nim wiele stwierdzeń, które są bardzo kontrowersyjne lub niezgodne z aktualną wiedzą medyczną i mogą wprowadzać opinię publiczną w błąd. Z tego powodu jako członkowie Sekcji Kształcenia Specjalizacyjnego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (PTP) oraz zespołu badawczego Female ADHD Research Group pragniemy zwrócić uwagę na budzące największe wątpliwości informacje zawarte w tamtym artykule.

Warto zauważyć, że zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (*attention deficit hyperactivity disorder* – ADHD) nie jest nowym zjawiskiem, a pierwsze wzmianki na temat objawów tego zaburzenia pojawiły się już w 1775 r., gdy niemiecki lekarz Melchior Adam Weikard opisał zaburzenia przypominające obraz kliniczny ADHD [1]. W 1937 r. odkryto, że preparaty amfetaminy mogą skutecznie redukować objawy nadpobudliwości u dzieci. W latach 60. XX wieku amerykańska Agencja Żyw-

ności i Leków (*Food and Drug Administration* – FDA) zatwierdziła metylofenidat do leczenia zaburzeń zachowania u dzieci.

Szacuje się, że ADHD występuje u ok. 4% populacji osób dorosłych [2], co oznacza, że w Polsce mogłoby ono dotyczyć ok. 1 miliona dorosłych, którzy spełnialiby kryteria diagnozy. Najbardziej aktualne dane Ministerstwa Zdrowia z 2022 r. wskazują, że w systemie publicznym u osób dorosłych postawionych było w tamtym roku zaledwie 7,48 tys. diagnoz z zakresu F90–F98 według klasyfikacji ICD-10 (Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym) [3]. Oznacza to, że diagnozę z tej grupy otrzymały w systemie publicznym ok. 24 osoby dorosłe na każde 100 tys. osób, wobec szacowanej liczby ok. 4 tys. dorosłych z ADHD na każde 100 tys. osób. Samą diagnozę F90 (Zaburzenia hiperkinetyczne, zespoły nadpobudliwości ruchowej), odpowiadającą ADHD, postawiono natomiast w tamtym roku zaledwie u 1925 konsultowanych dorosłych pacjentów [3]. Publiczny system psychiatrycznej opieki zdrowotnej był zatem w stanie rozpoznać ADHD szacunkowo u jednej na każde 519 osób dorosłych potencjalnie spełniających kryteria rozpoznania.

Autor do korespondencji:

dr n. med. Tomasz M. Gondek, Sekcja Kształcenia Specjalizacyjnego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego,
e-mail: gondektm@gmail.com

Brak danych dotyczących liczby diagnoz postawionych poza publicznym systemem ochrony zdrowia stanowi istotną lukę informacyjną. Na podstawie dostępnych danych można jednak stwierdzić, że system publiczny okazał się nieefektywny w rozpoznawaniu i leczeniu ADHD w populacji osób dorosłych. Obserwowany obecnie wzrost liczby diagnoz w prywatnych placówkach ochrony zdrowia psychicznego wydaje się wynikać ze znacznej skali niedodiagnozowania ADHD w populacji. W związku z brakiem odpowiedzi systemu publicznego na zapotrzebowanie w zakresie diagnostyki i leczenia ADHD u dorosłych duża część pacjentów ma ograniczony dostęp do świadczeń, w tym grupy najbardziej potrzebujące leczenia z powodu znacznego stopnia niesprawności społecznej i ograniczonych możliwości finansowych.

W omawianym artykule nie zaprezentowano źródeł, które pozwoliłyby na poparcie tezy, że „mamy nadrozpoznowalność ADHD”. Należy zatem uznać, że stwierdzenie to ma jedynie charakter spekulacji. Mogą oczywiście wystąpić sytuacje, w których diagnoza ADHD postawiona przez specjalistę jest nieprawidłowa, podobnie jak w przypadku wielu innych zaburzeń. Wydaje się, że problem z prowadzeniem prawidłowej diagnostyki może być związany z ograniczonym czasem przeznaczonym na wizytę diagnostyczną. Prawidłowa diagnostyka nie powinna ograniczać się jedynie do stwierdzenia lub wykluczenia ADHD [4–7]. Przede wszystkim taki proces wymaga czasu, często dłuższej obserwacji pacjenta, określenia zaburzeń towarzyszących. Bardzo istotne są dodatkowe informacje, takie jak wywiad rozwojowy, opinie ze szkół, wywiad z rodzicem lub partnerem. Ponadto wywiad w kierunku ADHD, np. przy użyciu ustrukturyzowanego schematu DIVA-5, trwa ok. 1,5 godziny, a skrócenie go może skutkować obniżeniem jakości procesu diagnostycznego. Ważne jest, aby uwagę opinii publicznej skoncentrować na poprawie jakości diagnostyki, by w miarę możliwości zredukować liczbę nieprawidłowych rozpoznań.

Leczenie ADHD nie ogranicza się do farmakoterapii. Obejmuje takie elementy, jak: psychoedukacja, wsparcie dla rodzin, dostosowanie środowiska zawodowego i akademickiego, interwencje psychoterapeutyczne. ADHD cechuje się dużą współchorobowością, często towarzyszą mu zaburzenia afektywne, lękowe, związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych czy zaburzenia psychotyczne [4–7]. Ważne jest, by dostosować interwencje terapeutyczne indywidualnie i leczyć zaburzenia współwystępujące. Celem diagnozy nie jest więc „otrzymanie metylofenidatu”, ale często zrozumienie przez pacjenta jego dotych-

czasowych trudności i podjęcie adekwatnego leczenia, co nie zawsze wiąże się ze stosowaniem leków psychostymulujących.

Leki wykorzystywane w leczeniu ADHD są jednymi z najskuteczniejszych w psychiatrii i ich stosowanie u prawidłowo zdiagnozowanej osoby może przynieść znaczącą poprawę jej całościowego funkcjonowania i zmniejszyć objawy niesprawności społecznej [4–7]. Nie znajdujemy wobec tego uzasadnienia dla prezentowania w czarnych barwach skutecznych i bezpiecznych metod leczenia ADHD, co stało się motywem przewodnim omawianego artykułu.

Metylofenidat – dostępny w Polsce – jest lekiem psychostymulującym, hamującym wychwyty zwrotny dopaminy i noradrenaliny [4–7]. Nie jest on pochodną amfetaminy – siła jego działania i potencjał uzależniającego są znacznie mniejsze. W dawkach terapeutycznych to bezpieczny i skuteczny lek, stosowany z powodzeniem także u dzieci i kobiet karmiących piersią [8]. Uważamy, że niezwykle szkodliwe jest pojawiające się w artykule stwierdzenie: „o uzależnienie metylofenidatem nietrudno”, gdyż stosowanie leku zgodnie ze wskazaniami nie niesie ryzyka uzależnienia [7–9].

Mimo że istnieją obawy dotyczące potencjalnych działań euforyzujących leków psychostymulujących, badania nie potwierdzają związku między farmakoterapią ADHD a późniejszym nadużywaniem substancji psychoaktywnych [7, 9]. Adekwatne leczenie ADHD może nawet ograniczać ryzyko uzależnienia [7, 9]. Jednocześnie brak rozpoznania ADHD lub zaniechanie leczenia mogą się wiązać z większym ryzykiem poszukiwania na własną rękę rekreacyjnych substancji psychoaktywnych w celu wyciszenia objawów, a w konsekwencji z większym ryzykiem szkód zdrowotnych wynikających z ich nadużywania, włącznie z uzależnieniem.

U 3/4 osób z ADHD występuje co najmniej jedno towarzyszące zaburzenie psychiczne, zaburzenie osobowości lub zaburzenie neurorozwojowe [1, 4–7, 10]. Obecność takich współchorobowości nie wyklucza możliwości przeprowadzenia rzetelnej diagnostyki w kierunku ADHD ani skutecznego leczenia ADHD.

W omawianym artykule pada stwierdzenie: „Możliwość otrzymania metylofenidatu przekreślają zaburzenia dwubiegunowo-afektywne, psychozy, a także uzależnienie od alkoholu lub narkotyków”. Jest to informacja niezgodna z aktualną wiedzą medyczną [1, 4–7, 10–13]. Nie są to bezwzględne przeciwwskazania do stosowania metylofenidatu. W tych grupach pacjentów może on być bezpiecznym wyborem. Takie sytuacje wymagają jednak indywidualnego leczenia, dopasowanego do obrazu klinicznego osób z tymi

współchorobowościami, prowadzonego przez specjalistę mającego doświadczenie w leczeniu ADHD ze współwystępującymi zaburzeniami.

W omawianym artykule pojawia się również informacja: „zalecam pacjentom, by robili sobie przerwy, bo ich tolerancja będzie się zwiększać, będą potrzebować coraz wyższych dawek, a to jest jeden z objawów uzależnienia”. O ile przerwy w leczeniu psychostymulującym mogą okazać się przydatne u osób, u których rozwija się tolerancja leczenia, to nie jest to postępowanie rekomendowane rutynowo u dorosłych. Ponadto rozwój tolerancji nie oznacza, że u danej osoby rozwija się uzależnienie – stwierdzenie to może budzić obawy u wielu osób, które adaptują się do niskich dawek leku. Istnieje zjawisko używania leków psychostymulujących poza wskazaniami oraz ich nadużywania. Niewątpliwie potrzebna jest ocena jego skali oraz skuteczne przeciwdziałanie. Obecnie w Polsce leki te mogą być przepisane jedynie po zweryfikowaniu przez lekarza historii leczenia pacjenta. Badania wskazują, że stosowanie metylofenidatu przez osoby bez ADHD może przynieść subiektywną poprawę samopoczucia i aktywności, jednak obiek-

tywnie nie powoduje poprawy funkcji poznawczych, jeśli nie są one obniżone [14].

Duże badania rejestrowe wykazały, że farmakoterapia ADHD wiąże się ze zmniejszeniem śmiertelności w wyniku wypadków drogowych, częstości zachowań samobójczych i redukcją częstości popełniania przestępstw [1, 4–6]. Tymczasem istotnym problemem dla pacjentów jest w ostatnim okresie ograniczony dostęp do leków niezbędnych do prowadzenia prawidłowego leczenia w związku z powtarzającym się brakiem preparatów metylofenidatu w formie o przedłużonym uwalnianiu w wielu aptekach w Polsce, a także utrata prawa do refundacji leków stosowanych w ADHD przez osoby, które ukończyły 18. rok życia.

Sytuacja ta podkreśla potrzebę zwiększenia świadomości dotyczącej ADHD zarówno wśród pracowników systemu ochrony zdrowia, osób odpowiedzialnych za kształtowanie tego systemu, jak i ogółu społeczeństwa. Efektywna identyfikacja i leczenie ADHD mają istotne znaczenie dla poprawy jakości życia osób z tym zaburzeniem neurorozwojowym, a także dla społeczeństwa jako całości.

Piśmiennictwo

1. Pallanti S, Salerno L. The burden of adult ADHD in comorbid psychiatric and neurological disorders. Springer International Publishing 2020.
2. 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. DOI: 10.1176/ajp.2006.163.4.716.
3. Mapy potrzeb zdrowotnych: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień osób dorosłych w Polsce. Dostęp online: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien-dorosli>.
4. Kooij JJS. Adult ADHD. Diagnostic Assessment and Treatment. 4th ed. Springer 2022.
5. Kooij JJS, Bijlenga D, Salerno L i wsp. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *Eur Psychiatry* 2019; 56: 14-34. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2018.11.001.
6. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D i wsp. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev* 2021; 128: 789-818. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2021.01.022.
7. Crunelle CL, van den Brink W, Moggi F i wsp. International consensus statement on screening, diagnosis and treatment of substance use disorder patients with comorbid attention deficit/hyperactivity disorder. *Eur Addict Res* 2018; 24: 43-51. DOI: 10.1159/000487767.
8. Man KKC, Häge A, Banaschewski T i wsp. Long-term safety of methylphenidate in children and adolescents with ADHD: 2-year outcomes of the Attention Deficit Hyperactivity Disorder Drugs Use Chronic Effects (ADDUCE) study. *Lancet Psychiatry* 2023; 10: 323-333. DOI: 10.1016/S2215-0366(23)00042-1.
9. Chang Z, Lichtenstein P, Halldner L i wsp. Stimulant ADHD medication and risk for substance abuse. *J Child Psychol Psychiatry* 2014; 55: 878-885. DOI: 10.1111/jcpp.12164.
10. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults: Good practice guidelines. Royal College of Psychiatrists in Scotland, 2023.
11. Bond DJ, Hadjipavlou G, Lam RW i wsp. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2012; 24: 23-37.
12. CADDRA – Canadian ADHD Resource Alliance: Canadian ADHD Practice Guidelines, 4.1 Ed. CADDRA, Toronto, ON, 2020.
13. Hechtman L. ADHD medication treatment and risk of psychosis. *Lancet Psychiatry* 2019; 6: 632-633. DOI: 10.1016/S2215-0366(19)30248-2.
14. Batistela S, Bueno OFA, Vaz LJ i wsp. Methylphenidate as a cognitive enhancer in healthy young people. *Dement Neuropsychol* 2016; 10: 134-142. DOI: 10.1590/S1980-5764-2016DN1002009.