

## Czy zmiana kryteriów diagnostycznych ułatwi rozpoznanie ADHD u dorosłych?

### Will new diagnostic criteria facilitate the diagnostic process of ADHD in adults?

Monika Szewczuk-Bogusławska<sup>1</sup>, Halina Flisiak-Antonijczuk<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Katedra i Klinika Psychiatrii UM we Wrocławiu  
Kierownik: prof. dr hab. A. Kiejna

<sup>2</sup> Centrum Neuropsychiatrii Neuromed we Wrocławiu  
Dyrektor: H. Flisiak-Antonijczuk

#### Summary

ADHD is traditionally described as a pediatric disorder. According to contemporary knowledge in around 60% of children suffering from ADHD symptoms of the disorder persist into adulthood. The epidemiological data show the 2-5% prevalence of ADHD in adults. The consequences of the disorder are serious and may cause other health problems and impairments in occupational and individual functioning.

The diagnosis of ADHD in adult is based on diagnostic criteria which were created for children. As a result, many difficulties and doubts appear during diagnostic process, and it may also lead to underdiagnosis of ADHD in adults.

The paper presents disadvantages of the current diagnostic criteria of ADHD in adults in both DSM-IV and ICD-10. Suggestions of authorities concerning the changes, which may facilitate the diagnosis of ADHD were discussed. The most important proposals are: with reference to symptoms – the inclusion of additional symptoms describing the specificity of hyperactivity in adults and the reduction of number of symptoms, which should be fulfilled to set the diagnosis; with reference to age-onset criterion – the increase of age level (symptoms should begin before 12).

**Słowa kluczowe:** ADHD, dorośli, kryteria diagnostyczne

**Key words:** ADHD, adults, diagnostic criteria

#### Kryteria diagnostyczne ADHD w DSM-IV oraz zaburzeń hiperkinetycznych w ICD-10

Mimo różnicy w nazwie, ADHD i zaburzenia hiperkinetyczne niewiele różnią się pod względem kryteriów diagnostycznych. Zarówno czas trwania objawów niezbędny do postawienia rozpoznania (6 miesięcy), ich początek, tj. wiek dziecka, kiedy muszą one być stwierdzone (przed 7 r.ż.), wpływ na funkcjonowanie – nieprawidłowe

w różnych sferach życia (społecznej, szkolnej i zawodowej), jak i całościowość, tzn. występowanie objawów w wielu sytuacjach i okolicznościach, stanowią kryteria wspólne obu klasyfikacjom. Różnice dotyczą natomiast podziału objawów na grupy, liczby objawów niezbędnych do rozpoznania oraz wyróżnienie przez klasyfikację DSM-IV podtypów ADHD (mieszanego, z przewagą zaburzeń koncentracji oraz z przewagą nadpobudliwości ruchowej). W ICD-10 objawy zostały zakwalifikowane do 3 grup: braku uwagi, nadmiernej aktywności oraz impulsywności. Aby rozpoznać zaburzenie hiperkinetyczne, należy potwierdzić występowanie co najmniej sześciu objawów z pierwszej grupy, trzech z drugiej i jednego z trzeciej (łącznie 10 objawów z 18 wymienionych). W DSM-IV objawy podzielono na dwie grupy: w pierwszej znajdują się symptomy opisujące zaburzenia koncentracji uwagi, w drugiej zaś objawy definiujące nadruchliwość i impulsywność. Rozpoznanie można postawić, gdy stwierdza się co najmniej 6 objawów z każdej z grup (łącznie 12 objawów z 18 wymienionych) [1, 2].

ADHD u dorosłych pojawiło się w klasyfikacji DSM-III jako zaburzenie okresu rozwojowego, którego objawy trwają do osiągnięcia dorosłości, i było określane jako zaburzenie z deficytem uwagi, typ rezydualny. Klasyfikacja DSM-IV odnotowuje, że mniejszość pacjentów z rozpoznaniem w dzieciństwie ADHD przejawia pełne spektrum objawów w dorosłości. Jednak wg wielu autorów objawy ADHD utrzymują się w znaczącej grupie, bo u ok. 2/3 pacjentów, do okresu dorosłości [3–11]. Faraone i wsp. [12] szacują, że pełne spektrum objawów dotyczy ok. 15% pacjentów dorosłych w wieku do 25 lat, częściowa zaś remisja występuje u ok. 50% osób. Współczesne badania epidemiologiczne wskazują, że w populacji dorosłych 2–5% ma objawy ADHD [13–16]. Mimo licznych badań dotyczących zarówno epidemiologii, genetyki, jak i farmakologii, w których diagnozę ADHD u dorosłych stawiano na podstawie kryteriów DSM, wciąż zwraca się uwagę na pewne ograniczenia klasyfikacyjne, które badacze zauważają we wszystkich kryteriach.

## Objawy

Objawy ADHD w DSM-IV zostały włączone do kryteriów diagnostycznych przez grupę badawczą zajmującą się zaburzeniami psychicznymi u dzieci. Badacze włączali symptomy wywodzące się z poprzednich klasyfikacji na podstawie badań przeprowadzanych wśród dzieci. Wyłonione objawy korelowały także z oceną zarówno nauczycieli jak i rodziców, którzy oceniali ich wpływ na funkcjonowanie dzieci. Właśnie te symptomy zostały zaakceptowane jako objawy ADHD u dorosłych, mimo że dorośli nie zostali włączeni do opisanych wyżej badań [17]. Niesie to za sobą konsekwencje związane z niemożnością potwierdzenia pewnych objawów u dorosłych, ze względu na specyficzny opis, charakterystyczny dla zachowania dziecka, a nie osoby dorosłej. Dotyczy to zwłaszcza symptomów nadruchliwości, w których opisane jest zachowanie np. podczas zabawy, gier lub przedstawiony jest opis aktywności, która u dorosłych raczej nie występuje, niezależnie od okoliczności, np.: nadmierne bieganie czy wspinanie się. Nadruchliwość u osób dorosłych jest opisywana inaczej: jako nadmierny niepokój, trudności z wytrwaniem w pozycji siedzącej w sytuacjach, które tego wymagają (przy

stole, w kinie, w kościele), nadmierna gadatliwość, niemożność zrelaksowania się lub też stała potrzeba bycia w ruchu. Również objawy z grupy impulsywności mają inny charakter u osób dorosłych niż u dzieci; charakterystyczne są: uczucie zniecierpliwienia, działanie bez zastanowienia czy impulsywne wydawanie pieniędzy lub bezrefleksyjne zmiany pracy lub partnerów. Zaburzenia uwagi najczęściej występują pod postacią: rozpraszania się, dezorganizacji, spóźniania się, uczucia nudy, potrzeby zmian, trudności w podejmowaniu decyzji. Ponadto u osób dorosłych z ADHD często stwierdza się także chwiejność emocjonalną, drażliwość i wybuchowość [18–21].

W związku z dużymi różnicami w obrazie klinicznym ADHD u dorosłych, w porównaniu z objawami zawartymi we współczesnych klasyfikacjach, badacze proponują zmianę opisu objawów, a tym samym adaptację ekspresji objawów charakterystycznych dla osób dorosłych. Jako przykład podaje się zamianę fizycznej nadaktywności na stałą aktywność umysłową, uczucie wewnętrznego niepokoju czy trudności w realizowaniu czynności w pozycji siedzącej [22].

W klasyfikacji DSM-V, która ukaże się w 2013 r., rozważane jest poszerzenie listy objawów nadruchliwości o: uczucie dyskomfortu podczas starannego lub powolnego wykonywania czynności, częste uczucie zniecierpliwienia, skłonność do podejmowania działań bez przemyślenia, łatwe uleganie pokusie i trudności z powstrzymaniem się przed wykorzystywaniem okazji. Po włączeniu powyższych objawów lista symptomów nadruchliwości zwiększyłaby się do 13. Dzięki tej zmianie w tej grupie objawów pojawią się symptomy opisujące specyfikę nadruchliwości u osób dorosłych [22].

Kolejną kwestią związaną z diagnostyką objawową jest liczba objawów niezbędnych do rozpoznania. Jak dotąd nie potwierdzono, aby istniały podstawy naukowe do określenia progu, tj. liczby objawów wystarczających do rozpoznania ADHD u dorosłych. Murphy i Barkley [23] określili częstotliwość występowania objawów ADHD w grupie dorosłych i stwierdzili, że próg 6 objawów znajduje się o 2–4 odchylenia standardowe powyżej średniej u osób dorosłych. Podobną obserwację poczyniono w prospektywnym badaniu dzieci wchodzących w okres dorosłości; próg 6 objawów był o 3,5 odchylenia standardowego powyżej średniej [9]. W innych badaniach, prowadzonych wśród studentów, oszacowano, że stwierdzenie 4 objawów opisujących nadmierną aktywność lub zaburzenia uwagi pozwala na identyfikację osób, których trudności w codziennym funkcjonowaniu uzasadniają zastosowanie leczenia [24].

Próg objawowy w klasyfikacji DSM-V zostanie prawdopodobnie zmieniony. Dla osób w wieku powyżej 17 r.ż. sugeruje się ustanowienie progu tylko 4 objawów występujących zarówno w grupie zaburzeń uwagi, jak i w grupie nadaktywności/impulsywności [22].

### Kryterium wieku

Kryterium wieku stanowi szczególną trudność w diagnostyce ADHD u dorosłych, zgodnie bowiem z obowiązującymi klasyfikacjami objawy muszą występować przed 7 r.ż. Precyzyjne kryterium wieku rozpoznania ADHD zostało wprowadzone po raz pierwszy do klasyfikacji DSM-III, mimo że nie było ono oparte na solidnych podstawach naukowych ani empirycznych [25]. W badaniach związanych z klasyfikacją

DSM-IV wykazano natomiast, że u znaczącego odsetka dzieci chorujących na ADHD (zwłaszcza w przypadku podtypu z przewagą zaburzeń uwagi) objawów nie stwierdza się przed 9 r.ż., a nawet do okresu środkowej adolescencji [17, 22, 26]. Niektórzy autorzy przytaczają wyniki podające w wątpliwość zasadność stosowania kryterium wieku. Faraone i wsp. [27] porównywali cztery grupy dorosłych: pacjentów, którzy spełniali wszystkie kryteria ADHD, pacjentów z rozpoznaniem ADHD o późnym początku, tj. nie spełniających kryterium wieku, osoby, u których stwierdzono 3 z 9 objawów nadpobudliwości i zaburzeń uwagi oraz osoby nie spełniające kryteriów ADHD. W pierwszych dwóch grupach pacjentów odnotowano identyczne wyniki dotyczące współwystępujących zaburzeń, zaburzeń funkcjonowania oraz występowania ADHD w rodzinie, natomiast w trzeciej grupie badanych zaburzenie miało łagodniejszy charakter niż w dwu pierwszych. W związku z powyższym postuluje się zmianę kryterium wieku lub całkowite pominięcie go w kolejnych klasyfikacjach w razie braku dostatecznych dowodów empirycznych. Obecnie rekomenduje się, aby w klasyfikacji DSM-V podwyższyć kryterium wieku do 12 r.ż. [22], jednak do momentu powstania kolejnej wersji klasyfikacji obowiązuje aktualne. Zatem w przypadku pacjentów dorosłych, którzy nigdy wcześniej nie byli diagnozowani w kierunku ADHD, należy dokonać retrospektywnej oceny zachowania i funkcjonowania. Problemem w tym przypadku jest przede wszystkim źródło informacji, a podstawowym pytaniem – czy istnieje źródło obiektywne? Najbardziej pewnym źródłem jest oczywiście dokumentacja medyczna, jednak w dzieciństwie pacjentów, aktualnie 30–40-letnich, w Polsce praktycznie nie rozpoznawano ADHD. Na podstawie dokumentacji szkolnej można stawiać pewne hipotezy dotyczące tego tematu (choć przy braku ocen opisowych wyciąganie wniosków o ewentualnych objawach ze stopni uzyskanych przez dziecko budzi poważne wątpliwości). Nie zmienia to faktu, że pierwsze świadectwo otrzymywały dzieci w wieku 8 lat. Kolejnym źródłem informacji jest sam pacjent. Niestety, w większości przypadków pacjenci nie są w stanie przypomnieć sobie natury objawów, ich konsekwencji, ani momentu, w którym się pojawiły. Podobna sytuacja jest w przypadku informacji uzyskanych od rodziców. Z badań wynika, że rodzice umiejscawiają początek zaburzeń pięć lat później w stosunku do diagnozy udokumentowanej medycznie. Stanowi to bardzo poważną trudność praktyczną w postawieniu diagnozy [28, 29].

### **Wpływ objawów ADHD na funkcjonowanie**

Kolejnym ważnym kryterium diagnostycznym ADHD u dzieci są zaburzenia funkcjonowania dziecka w co najmniej dwóch środowiskach, tj. w szkole, w domu. Jakkolwiek w klasyfikacjach ujęto również pracę jako środowisko funkcjonowania, nie uwzględniono innych ważnych obszarów życia dorosłych, które ulegają zaburzeniu na skutek występowania objawów ADHD. Z dostępnych badań wynika, że dorośli z ADHD zwykle nie są w stanie usatukować się ani w sensie zawodowym ani osobistym nawet po 30 r.ż. Często zmieniają pracę – są zwalniani lub też decydują się na zmianę ze względu na poczucie znudzenia. Są też określani jako osoby osiągające wyniki poniżej własnych możliwości. Mają duże problemy z utrzymaniem stałego związku partnerskiego. Relacje w związku są wyraźnie nieprawidłowe z powodu trudności w komunikacji wynikających

z przerywania rozmów, braku koncentracji na rozmowie z partnerem, drażliwości czy wybuchowości. Związek zaburza też niewywiązywanie się z ustalonych zadań. Objawy ADHD mogą mieć też wpływ na funkcjonowanie w roli rodzica.

Potwierdzono wyraźny wpływ ADHD na bezpieczeństwo i zdrowie pacjentów oraz osób trzecich. Dorośli z ADHD są znacząco częściej niż osoby zdrowe sprawcami wypadków samochodowych, wynikających nie tylko z zaburzeń uwagi czy impulsywności, ale także z potrzeby stymulacji np.: szybką lub ryzykowną jazdą. Ponadto częściej są ofiarami innych wypadków, np. pogryzienia przez psy czy oparzeń. Dodatkowo często prowadzą niezdrowy tryb życia związany z paleniem tytoniu, nadużywaniem alkoholu, ryzykownym życiem seksualnym oraz zaniedbywaniem badań lekarskich [30–35].

Uważa się zatem, że w kolejnych klasyfikacjach należy poszerzyć zakres obszarów, w których występują zaburzenia funkcjonowania, o specyficzne dla życia osoby dorosłej.

Dyskusja na temat funkcjonowania pacjenta nie kończy się jednak na sferach życia, które mogą być zaburzone w związku z występowaniem ADHD. Dodatkowy problem stanowi kwestia definicji i oceny zaburzonego funkcjonowania osoby dorosłej. Podkreśla się między innymi duże zdolności kompensacyjne dorosłych, możliwość dostosowania stylu życia do deficytów związanych z objawami ADHD. Na przykład osoba z ADHD z wykształceniem zawodowym często zmienia pracę, nie ma jednak problemu ze znalezieniem dorywczych zajęć, utrzymuje się samodzielnie. Ma niewielu przyjaciół, jest często drażliwa, wybuchowa, ma jednak stałego partnera. Nie ma wglądu w swoje problemy, nie odczuwa potrzeby leczenia. Jakiej formuły użyć, by określić, czy powyższe objawy zakłócają funkcjonowanie? Istnieje kilka podejść do omawianego problemu. Niektórzy klinicyści oceniają wpływ objawów na funkcjonowanie przez porównanie deficytów do poziomu intelektualnego pacjenta. Inni dokonują porównania funkcjonowania pacjenta do funkcjonowania określonej grupy rówieśniczej (np. studentów medycyny w tym samym wieku). Kolejne podejście zakłada, że zaburzenie funkcjonowania powinno oznaczać poważne zakłócenie w wielu różnych obszarach życia (zawodowym, osobistym, społecznym itd.). Niektórzy sugerują, że należy dokonywać porównania do określonej normy funkcjonowania lub do funkcjonowania osoby przeciętnej. Jak dotąd w klasyfikacjach nie ma jednoznacznej wskazówki, które z wymienionych podejść powinno dominować [36]. Natomiast określenie tego wpływu ma znaczenie niebagatelne, będzie ono bowiem skutkowało decyzją o podjęciu leczenia lub też odstąpieniu od różnych form terapii. Z kolei z dostępnych badań jednoznacznie wynika, że wielu dorosłych chorych na ADHD cierpi z powodu poczucia izolacji, samotności; wielu ma gorsze samopoczucie zarówno psychiczne jak i fizyczne w porównaniu z osobami zdrowymi. W konsekwencji nawet w przypadku wysokiego ilorazu inteligencji chorzy nie są w stanie osiągnąć sukcesów na polu osobistym i zawodowym, porównywalnych z możliwościami osób zdrowych [37–39].

### **Współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych z ADHD**

Wyniki wielu badań nad współwystępowaniem z ADHD różnych zaburzeń psychicznych nie pozostawiają żadnych wątpliwości – wg współczesnej wiedzy u 80% pacjentów

z ADHD współwystępuje w ciągu życia przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne [40]. Najczęściej ADHD u dorosłych towarzyszą: zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe, zaburzenia snu, uzależnienie od substancji psychoaktywnych oraz zaburzenia osobowości. Spośród zaburzeń afektywnych najczęściej współwystępuje depresja (24,4–31%) [41–43]. Zaburzenia lękowe stwierdza się u ok. 47% pacjentów z ADHD w porównaniu z 20% w populacji ogólnej [44]. Na szczególną uwagę zasługują uzależnienia, okazuje się bowiem, że wśród pacjentów z ADHD ok. 45–55% nadużywa substancji psychoaktywnych, szczególnie alkoholu i kanabinoli. Z kolei z badań osób uzależnionych wynika, że 11–54% pacjentów spełnia kryteria ADHD [45–47].

Współwystępowanie zaburzeń psychicznych stanowi zatem kolejną trudność diagnostyczną, objawy zaburzeń wtórnych do ADHD mogą maskować objawy pierwotnego zaburzenia.

### **Czy zmiana kryteriów diagnostycznych ułatwi rozpoznanie ADHD u dorosłych?**

Na podstawie przytoczonych wyżej propozycji zmian kryteriów diagnostycznych można się spodziewać, że postawienie diagnozy ADHD u osoby dorosłej będzie zdecydowanie łatwiejsze z kilku powodów. Po pierwsze, ze względu na zmianę kryterium wieku, nie będzie potrzeby uzyskania potwierdzenia rozpoznania na podstawie retrospektywnej oceny psychopatologii sprzed kilkunastu czy kilkudziesięciu lat. Po drugie, retrospektywne badanie będzie musiało ujawnić u dorosłych mniej niż w poprzedniej klasyfikacji symptomów, wymaganych do potwierdzenia kryterium objawowego. Po trzecie, wprowadzenie do klasyfikacji dodatkowych objawów sprawi, że ADHD stanie się dla psychiatrów, zajmujących się pacjentami dorosłymi, zaburzeniem niezbędnym w diagnostyce różnicowej innych zaburzeń, w tym zaburzeń osobowości. Oczywiście, w tym momencie rodzi się pytanie, czy powyższe zmiany kryteriów nie spowodują zjawiska zbyt częstego rozpoznawania ADHD? Czy nie doprowadzą do stosowania leków u pacjentów, u których niepokój czy impulsywność stanowią cechę osobowości, a nie objaw ADHD? Własne doświadczenie w pracy z pacjentami dorosłymi pozwala sądzić, że „złagodzenie” kryteriów diagnostycznych ADHD pozwoli raczej na poszerzenie perspektywy lekarza diagnosty o kolejne zaburzenie, które dotychczas było właściwie niemal całkowicie niezauważane, ze względu na omówione trudności w jego rozpoznawaniu, nie zaś pominięcie innych zaburzeń, których główne kryteria nie zostaną zmienione. Również obawy związane z możliwością zbyt pochopnego stosowania leków psychostymulujących wydają się nieuzasadnione. Ostrożna postawa lekarzy psychiatrów wobec przewlekłego czy bezterminowego stosowania tych leków pozwala sądzić, że zarówno rozpoznawanie jak i leczenie ADHD będą rozważne.

### **Повлияет ли изменение критерий диагностики на распознавание синдрома АДХД у взрослых?**

#### **Содержание**

АДХД является нарушением, которое начинается в детском возрасте. В настоящее время считается, что почти в 60% случаев АДХД, распознанного у детей, симптомы нарушения

остаются до периода взрослого человека. Эпидемиологические исследования указывают на факт, что АДХД диагностируется у около 2–5% популяции взрослых. Последствия нарушения очень серьезны и относятся к состоянию здоровья, личной и профессиональной жизни пациента. Распознавание АДХД у взрослого человека опирается на критериях, разработанных для детей, что приводит к различным трудностям и диагностическим сомнениям. Это может также приводить к явлению недочета частоты появления нарушения поведения у взрослых. В статье обсуждены недостатки актуально обязывающих диагностических критерий в ИЦД-10 и ДСМ-1У по отношению к диагностике взрослых людей. Приведены предложения изменений, представленные Авторами, занимающимися проблемами АДХД у взрослых, способствующие облегчению клиницистам установление такого нарушения. Наиболее важные предложения по отношению к симптомам – это включение дополнительных симптомов, описывающих специфику беспокойства взрослых людей, а также снижение количества симптомов, необходимых для диагностирования синдрома, по отношению к критерию возраста – подвышение возраста (симптомы должны появляться перед 12 годом жизни).

**Ключевые слова:** АДХД, взрослые, диагностические критерии.

### **Erleichtert die Änderung der diagnostischen Kriterien die Diagnosestellung von ADHS bei Erwachsenen?**

#### **Zusammenfassung**

ADHS ist eine Störung, die schon im Kindesalter erscheint. Nach dem jetzigen Wissensstand halten bei 60% der bei den Kindern diagnostizierten ADHS – Fälle die Symptome der Störung bis zum Erwachsenenalter an. Die epidemiologischen Untersuchungen beweisen, dass ADHS bei ca. 2- 5% der Population der Erwachsenen diagnostiziert wird. Die Folgen dieser Störung sind ernsthaft und betreffen die Ebene der Gesundheit, Person und des Berufes des Patienten.

Die Stellung der Diagnose - ADHS beim Erwachsenen stützt sich auf die diagnostischen Kriterien, die für Kinder bearbeitet wurden. Dies verursacht unterschiedliche Probleme und diagnostische Zweifel, kann auch zur Unterschätzung des Auftretens dieser Störung bei den Erwachsenen führen. Im Artikel wurden die Nachteile der zur Zeit geltenden diagnostischen Kriterien ICD – 10 und DSM – IV im Bezug auf die Diagnostik der Erwachsenen besprochen. Die Wissenschaftler, die sich mit dem Problem von ADHS bei den Erwachsenen befassen, schlugen Veränderungen vor, die die Stellung einer Diagnose für die Fachärzte leichter machen könnten. Die wichtigsten Vorschläge sind: im Bezug auf die Symptome – Einschließen der zusätzlichen Symptome, die die motorische Besonderheit der Erwachsenen beschreiben und die Senkung der Symptome, die für die Stellung der Diagnose unentbehrlich sind im Bezug auf das Alterskriterium – Erhöhung der Altersgrenze (die Symptome sollten vor dem 12. Lebensjahr auftreten).

**Schlüsselwörter:** ADHS, Erwachsene, diagnostische Kriterien

### **Est-ce que les critères diagnostiques nouveaux faciliteront le diagnostic de TDA (troubles du déficit de l'attention=ADHD) chez les adultes ?**

#### **Résumé**

Le TDA est un trouble qui commence pendant l'enfance. D'après le savoir contemporain chez 60% de cas de TDA diagnostiqué chez les enfants persistent chez les adultes. Les données épidémiologiques indiquent que TDA est diagnostiqué chez 2-5% de population des adultes. Les conséquences de ce trouble sont graves et elles causent des problèmes pour la santé de l'individu et dans sa vie privée et professionnelle.

Le diagnostic de TDA des adultes base sur les critères diagnostiques élaborés pour les enfants et il en résulte plusieurs difficultés et le doute diagnostique ainsi que l'incertitude concernant la fréquence d'apparition de ce trouble dans la population. L'article décrit les faiblesses des critères diagnostiques actuels de l'ICD-10 et de DSM – IV concernant les adultes. L'auteur parle encore des changements proposés par spécialistes de TDA qui visent à faciliter le diagnostic des adultes. Les

propositions les plus importantes sont les suivantes : quant aux symptômes – inclure des symptômes supplémentaires décrivant la spécificité de l'hyperactivité des adultes et réduire le nombre des symptômes indispensables au diagnostic ; quant au critère de l'âge – l'augmentation du niveau de l'âge (les symptômes doivent se manifester avant l'âge de 12 ans).

**Mots clefs.** TDA (ADHD), adultes, critères diagnostiques

### Piśmiennictwo

1. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskaźniki diagnostyczne.* Pużyński S, Wciórka J. red. Kraków–Warszawa: Vesalius; 1997.
2. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR.* Fourth edition. American Psychiatric Association; 2000.
3. Lara C, Fayyad J, de Graaf R, Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Angermeyer M, Demeytneare K, de Girolamo G, Haro JM, Jin R i in. *Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization. World Mental Health Survey Initiative.* Biol. Psychiatry 2009, 65 (1): 46–54.
4. Lie N. *Follow-ups of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Review of literature.* Acta Psychiatr. Scand. 1992 (supl.); 368: 1–40.
5. Gittelman R, Mannuzza S, Shenker R, Bonagura N. *Hyperactive boys almost grown up. I. Psychiatric status.* Arch. Gen. Psychiatry 1985; 42 (10): 937–947.
6. Weiss G, Hechtman L, Milroy T. *Psychiatric status of hyperactives as adults: A controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children.* J. Am. Acad. Child. Psychiatry 1985; 24: 211–220.
7. Mannuzza S, Klein RG, Addalli KA. *Young adult mental status of hyperactive boys and their brothers: a prospective follow-up study.* J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 1991; 30 (5): 743–751.
8. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P i in. *Adult outcome of hyperactive boys: Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status.* Arch. Gen. Psychiatry 1993; 50 (7): 565–576.
9. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. *The persistence of attention deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder.* J. Abnorm. Psychol. 2002; 111 (2): 279–289.
10. Mannuzza S, Klein RG, Moulton JL. *Persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into adulthood: what have we learned from the prospective follow-up studies?* J. Atten. Disord. 2003; 7 (2): 93–100.
11. Rasmussen P, Gillberg C. *Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study.* J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2000; 39 (11): 1424–1431.
12. 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 (2): 159–165.
13. Simon V, Czobor P, Balint S, Meszaros A, Bitter I. *Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis.* Brit. J. Psychiatry 2009; 194 (3): 204–211.
14. Kooij JJS, Buitelaar JK, van den Oord EJ, Furer JW, Rijnders CAT, Hodiament PPG. *Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults.* Psychol. Med. 2005; 35 (6): 817–827.
15. Kessler RC, Adler LE, Ames M, Barkley RA, Birnbaum H, Greenberg P, Johnston JA, Spencer T, Ustun TB. *The prevalence and effects of adult attention deficit/hyperactivity disorder on work performance in a nationally representative sample of workers.* J. Occup. Environ. Med. 2005; 47 (6): 565–572.



16. Fayyad J, de Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, de Girolamo G, Haro JM, Karam EG, Lara C i in. *Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder*. Brit. J. Psychiatry 2007; 190: 402–409.
17. McGough JJ, McCracken JT. *Adult attention deficit hyperactivity disorder: Moving beyond DSM-IV*. Am. J. Psychiatry 2006; 163: 1673–1675.
18. Wender PH, Wolf LE, Wasserstein J. *Adults with ADHD. An overview*. Ann. NY Acad. Sc. 2001; 931: 1–16.
19. Asherson P. *Clinical assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults*. Exp. Rev. Neurotherap. 2005; 5 (4): 525–539.
20. Skirrow C, McLoughlin G, Kuntsi J, Asherson P. *Behavioral, neurocognitive and treatment overlap between attention-deficit/hyperactivity disorder and mood instability*. Exp. Rev. Neurotherap. 2009; 9 (4): 489–503.
21. Biederman J, Petty CR, Fried R, Kaiser R, Dolan CR, Schoenfeld S, Doyle AE, Seidman LJ, Faraone SV. *Educational and occupational underattainment in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled study*. J. Clin. Psychiatry 2008; 69 (8): 1217–1222.
22. Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugué M, Carpentier PJ, Edvinsson D, Fayyad J, Foeken K, Fitzgerald M, Gaillac V, Ginsberg Y, Henry C, Krause J, Lensing MB, Manor I, Niederhofer H, Nunes-Filipe C, Ohlmeier MD, Oswald P, Pallanti S, Pehlivanidis A, Ramos-Quiroga JA, Rastam M, Ryffel-Rawak D, Stes S, Asherson P. *European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD*. BMC Psychiatry 2010; 3, 10: 67.
23. Murphy K, Barkley RA. *Attention deficit hyperactivity disorder adults: comorbidities and adaptive impairments*. Compr. Psychiatry 1996; 37: 393–401.
24. Heiligenstein E, Conyers LM, Berns AR, Miller MA, Smith MA. *Preliminary normative data on DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in college students*. J. Am. Coll. Health 1998; 46: 185–188.
25. Applegate B, Lahey BB, Hart EL, Biederman J, Hynd GW, Barkley RA, Ollendick T, Frick PJ, Greenhill L, McBurnett K, Newcorn JH, Kerdyk L, Garfinkel B, Waldman I, Shaffer D. *Validity of the age-of-onset criterion for ADHD: a report from the DSM-IV field trials*. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 1997; 36: 1211–1221.
26. Barkley RA, Biederman J. *Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention-deficit hyperactivity disorder*. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 1997; 36: 1204–1210.
27. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Mick E, Murray K, Petty C, Adamson JJ, Monuteaux MC. *Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder: are late onset and subthreshold diagnoses valid?* Am. J. Psychiatry 2006; 163 (10): 1720–1729.
28. Kooij JJS, Boonstra AM, Willemsen-Swinkels SHN, Bekker EM, Noord Id, Buitelaar JK. *Reliability, validity, and utility of instruments for self-report and informant report regarding symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adult patients*. J. Attent. Disord. 2008; 11 (4): 445–458.
29. Todd RD, Huang H, Henderson CA. *Poor utility of the age of onset criterion for DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder: recommendations for DSM-V and ICD-11*. J. Child. Psychol. Psychiatry 2008; 49 (9): 942–949.
30. de Graaf R, Kessler RC, Fayyad J, ten Have M, Alonso J, Angermeyer M, Borges G, Demyttenaere K, Gasquet I, de Girolamo G i in. *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 (12): 835–842.
31. Fischer M, Barkley RA, Smallish L, Fletcher K. *Hyperactive children as young adults: Driving abilities, safe driving behavior, and adverse driving outcomes*. Accident; Anal. Prevent. 2007; 39 (1): 94–105.

32. Barkley RA, Murphy KR, Kwasnik D: *Motor vehicle driving competencies and risks in teens and young adults with attention deficit hyperactivity disorder*. *Pediatr.* 1996; 98 (6, Pt 1): 1089–1095.
33. Barkley RA, Murphy KR, Dupaul GJ, Bush T. *Driving in young adults with attention deficit hyperactivity disorder: Knowledge, performance, adverse outcomes, and the role of executive functioning*. *J. Inter. Neuropsychol. Soc.* 2002; 8 (5): 655–672.
34. Barkley RA, Cox D. *A review of driving risks and impairments associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effects of stimulant medication on driving performance*. *J. Saf. Res.* 2007; 38 (1): 113–128.
35. Swensen A, Birnbaum HG, Ben Hamadi R, Greenberg P, Cremieux PY, Secnik K. *Incidence and costs of accidents among attention-deficit/hyperactivity disorder patients*. *J. Adolesc. Health* 2004; 35 (4): 346–349.
36. McGough JJ, Barkley RA. *Diagnostic controversies in adult attention deficit hyperactivity disorder*. *Am. J. Psychiatry* 2004; 161: 1948–1956.
37. Antshel KM, Faraone SV, Maglione K, Doyle A, Fried R, Seidman L, Biederman J. *Is adult attention deficit hyperactivity disorder a valid diagnosis in the presence of high IQ?* *Psychol. Med.* 2008; 24: 1–11.
38. Mannuzza S, Klein RG. *Long-term prognosis in attention-deficit/hyperactivity disorder*. *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2000; 9 (3): 711–726.
39. Murphy KR, Barkley RA, Bush T. *Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history*. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2002; 190 (3): 147–157.
40. Fischer AG, Bau CHD, Grevet EH, Salgado CA, Victor MM, Kalil KL, Sousa NO, Garcia CR, Belmonte-de-Abreu P. *The role of comorbid major depressive disorder in the clinical presentation of adult ADHD*. *J. Psychiatric Res.* 2007; 41: 991–996.
41. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Norman D, Lapey KA, Mick E, Lehman BK, Doyle A. *Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder*. *Am. J. Psychiatry* 1993; 150: 1792–1798.
42. Klassen LJ, Katzman MA, Chokka P. *Adult ADHD and its comorbidities, with a focus on bipolar disorder*. *J. Affect. Disord.* 2010; 124 (1–2): 1–8.
43. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, Faraone SV, Greenhill LL, Howes MJ, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Walters EE, Zaslavsky AM. *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.
44. Sullivan MA, Rudnik-Levin F. *Attention deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. Diagnostic and therapeutic considerations*. *Ann. New York Acad. Sc.* 2001; 931: 251–270.
45. Modestin J, Matutat B, Wurmle O. *Antecedents of opioid dependence and personality disorder: attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder*. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosc.* 2001; 251 (1): 42–47.
46. Ohlmeier MD, Peters K, Te Wildt BT, Zedler M, Ziegenbein M, Wiese B, Emrich HM, Schneider U. *Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)*. *Alcohol Alcohol.* 2008; 43 (3): 300–304.
47. Wilson JJ, Levin FR. *Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and substance use disorders*. *Curr. Psychiatry Rep.* 2001; 3 (6): 497–506.

Adres: Monika Szewczuk-Bogusławska  
Katedra i Klinika Psychiatrii UM  
50-367 Wrocław, Wybrzeże L. Pasteura 10

Otrzymano: 30.08.2012  
Zrecenzowano: 20.12.2012  
Otrzymano po poprawie: 13.01.2013  
Przyjęto do druku: 18.02.2013  
Adujstacja: L. Sz.