

ADHD v dospelosti – výmysel modernej psychiatrie, či realita 21. storočia?

MUDr. Dana Ignjatovićová, PhD.

Psychiatrická ambulancia, Banská Bystrica

ADHD v súčasnosti predstavuje diagnózu nielen detského, ale aj dospelého veku. Diagnóza samotná prešla mnohými zmenami, až do dnešného používaného diagnostického záveru. Stanovenie diagnózy a liečba samotná je dôležitá, aj keď náročná. Správna liečba predstavuje úspešné zaradenie dieťaťa a neskôr dospelého jedinca a jeho správne fungovanie v rodine, spoločnosti, práci, medzi priateľmi. Článok podáva prehľad o diagnostike, vývoji, liečbe tejto poruchy, spoločenských dôsledkoch. Doplnený je kazuistikami z ambulantnej psychiatickej praxe.

Kľúčové slová: ADHD, diagnóza v dospelosti, liečba

ADHD in adults – myth of modern psychiatry or reality of 21st century?

Nowadays, ADHD represents diagnosis not only in childhood but also in adulthood. Due to the complexity of ADHD a new definition has been coined. The diagnosis and treatment of this disorder are complicated, however, it has been shown that correct treatment helps the integration of these individuals into society, work, amongst friends and family. The article reviewed diagnostic procedure, the course of the disease, treatment, and social consequences. The case reports in this paper have helped in the confirmation of these findings.

Key words: ADHD, diagnosis in adulthood, treatment

Psychiatr. prax; 2017; 18(3): 116–118

Úvod

Situácií, keď sa učiteľia, či rodičia samotní sťažujú na poruchy správania v zmysle hyperaktivity u svojich detí, poruchy pozornosti, či poruchy učenia, stále pribúda. Mnohí ich poznáme z vlastnej skúsenosti.

V praxi ambulantného psychiatra pre dospelých nie je problematika ADHD, ADD samozrejmosťou. Pripustiť, že aj dospelý človek môže mať problémy s pozornosťou, hyperaktivitou, impulzivitou, agresivitou, stanoviť diagnózu a liečbu nie je také jednoduché, podobne, ako pripustiť, že moje dieťa má túto poruchu. Možno aj preto, že často už v škôlkach, neskôr v školách, sa najmä vyučujúci aj rodičia sťažujú na „neposlúšne, vyrušujúce a večne pohybujuce sa“ deti, prípadne „zasnené a nepozorné“ deti.

Ale ako sa vyrovnáť s otázkou, či môže hyperaktivita pretrvávajúť do dospelosti a či môže byť príčinou problémov v rodinnom, sociálno-spoločenskom fungovaní?

A čo to vlastne hyperaktivita je? Čo znamená ADHD? Je to diagnostická jednotka?

Hyperkinetické poruchy majú svoje miesto v psychiatickej diagnostike a farmakoterapii nielen v detstve. V MKCH-10 (Medzinárodná klasifikácia chorôb, 1996) sú označené ako F.90 – hyperkinetické poruchy v detstve, a to buď porucha aktivity a pozornosti (F.90.0), hyperkinetická porucha správania (F.90.1), iné hyperkinetické poruchy (F.90.8) a hyperkinetická porucha nešpecifikovaná (F.90.9) (1).

Autori Höschl, Libiger, Švestka (2) uvádzajú, že máloktorá psychiatrická diagnóza od 40-tých rokov 20. storočia dodnes prekonala toľko zmien názvom ako hyperkinetický syndróm. Postupne od dôrazu na organické poškodenie mozgu sa dostávame k LDE (ľahká detská encefalopatia), ktorú opísal Kučera cez špecifické vývojové poruchy školských zručností a LMD (ľahkej mozgovej dysfunkcii), prípadne MMD (minimálnej mozgovej dysfunkcii) a následne v 70-tých a 80-tých rokoch k hyperkinetickému syndrómu: ADD (attention-deficit disorder) – porucha pozornosti a ADHD (attention-deficit hyperactivity disorder) (2).

Hyperkinetické poruchy sa teda vyskytujú a sú diagnostikované nielen v detskom veku, ale aj v dospelom veku. Veľakrát však na poruchy hyperaktivity v dospelosti nemyslíme. Výbornou pomôckou, na vytvorení ktorej sa podieľal prof. MUDr. Ján Pečeňák, CSc., je edukačný materiál ADHD u dospelých. Čo vravia odborníci?, ktorá bola vypracovaná v spolupráci s poprednými európskymi odborníkmi na ADHD a Ligou za duševné zdravie (3).

Medzi hlavné a najzávažnejšie príznaky hyperaktivity patria: poruchy kognitívnych funkcií a motorickopercepčné poruchy (2). To v praxi znamená nesústredenosť, hyperaktivitu a impulzivitu.

ADHD v dospelosti

Čo je ADHD? Je to chronické neurovývojové ochorenie charakterizované pretrvávajúcou a vývojovo neprimeranou mierou nepozornosti

a/alebo hyperaktivity a impulzivity, ktoré narušujú fungovanie a v dospelom veku spôsobuje významné behaviorálne a psychické problémy s následným sociálnym a pracovným postihnutím (4).

Autori Masopust, Mohr, Anders a Příkryl (4) uvádzajú, že v roku 2013 bol uverejnený konsenzus Českej neuropsychofarmakologickej spoločnosti o diagnostike a liečbe ADHD v dospelosti. Je dôležité, aby sme aj my ako lekári nezabudli na možnosť diagnostikovať ADHD v dospelosti, čo sa v ambulantnej praxi môže stať, nakoľko ochorenie môže byť prekryté úzkosťou, depresiou, alebo sám pacient nevie presne uviesť, čo ho trápi a problémy s impulzivitou a hyperaktivitou, prípadne poruchou pozornosti skôr pripisuje veľkému pracovnému vyťaženiu.

Autori Viktoria Simon a kol. (5) publikovali článok týkajúci sa prevalencie a korelátov ADHD u dospelých s tým, že ADHD je vážny rizikový faktor pre psychiatrickú komorbiditu (antisociálna porucha osobnosti, závislosti od návykových látok) a tiež poukázali na významné koreláty v socioekonomickej sfére. Uvedení autori tiež poukázali na ADHD štúdie u dospelých spojených s vysokým stupňom genetickej predispozície s štruktúrnymi a funkčnými abnormalitami mozgu kongruentnými s neuropsychologickými dátami (5).

Kristina Karlsdotter a kol. (2016) zistili v štúdiu z roku 1986, ktorá zahŕňala 2 284 pacientov, že prevalencia ADHD bola 17,4 %, z ktorých 46,0 %

mali predtým diagnózu ADHD. Pacienti s ADHD mali klinickú záťaž v zmysle psychiatrických komorbidít, špeciálne depresiu (43,0 %), anxiétu (36,4 %), závislosť od psychoaktívnych látok (9,2 % vs. 3,4 %), závislosť od alkoholu (10,3 % vs. 5,2 %). Táto komorbidita bola častejšia v kohorte pacientov trpiacich ADHD vs. non ADHD kohorta (6).

Medzinárodná štúdia WHO u 11 422 osôb vo veku od 18 – 44 rokov z 10 krajín sveta s rozdielnou socioekonomickou úrovňou našla priemernú prevalenciu ADHD 3,4 % (4).

Podľa Goodmana a kol., malé observačné štúdie poukazujú na prítomnosť, dosah a liečbu ADHD v dospelosti vo veku nad 50 rokov a dlhodobšie epidemiologické štúdie preukázali, že ADHD symptómy existujú v staršej dospelosti. Optimálne kritériá na diagnostiku ADHD a metódy liečby u starších neboli systematicky preskúmané (7).

Neexistujú žiadne objektívne, laboratórne podložené testy, ktoré by potvrdili diagnózu ADHD. Súčasné diagnostické kritériá pre ADHD sú formulované primárne podľa správania v detstve, založené na veku nezávisle a spôsobujú hyperaktivitu, impulzivitu a nesústredenosť (8).

Dospelí s ADHD mávajú často ďalšie psychiatrické poruchy a je dôležité liečiť komorbidné psychiatrické poruchy prednostne pred ADHD – akútna depresia, akútny panický atak, sekundárna generalizovaná úzkostná porucha, dystýmia (8).

Anita Thapar a Miriam Cooper poukazujú na to, že ADHD je heterogénne v klinickom, etiológickom a patofyziologickom stupni a osoby s diagnózou ADHD sa odlišujú v kombináciách ich jadrových príznakov, stupni poškodenia a komorbidite, a tiež v individuálnych, rodinných a sociálnych faktoroch (9).

Klinický obraz ADHD v dospelosti zahŕňa tri základné jadrové symptómy: hyperaktivitu, impulzivitu a nesústredenosť, ktoré sú rovnaké ako u detí, avšak môžu mať odlišné vyjadrenie u dospelých jedincov. V porovnaní s normálnym správaním podľa veku, sú zaznamenané niektoré odlišnosti ako napríklad roztržitosť, neschopnosť relaxovať, nervozita, neschopnosť vydržať sedieť dlhší čas, netrpezlivosť, začínanie novej činnosti, zmeny práce, dezorganizácia, únava, znudenosť, potreba nových variácií, zmien, senzitivita na stres (10).

To, že ADHD v dospelosti predstavuje závažné psychiatrické ochorenie, ktoré sa dá diagnostikovať a aj úspešne liečiť a na druhej strane neliečení, prípadne neúspešne liečení pacienti sa môžu podieľať na zvýšenej kriminalite, o tom svedčia aj poznatky švédskych lekárov, kde z 25

656 pacientov s diagnózou ADHD (údaje zo Švédskeho národného registra) u pacientov, ktorí užívali ADHD liečbu bola zistená signifikantne redukcia kriminality o 32 %. Tieto výsledky vedú k poznaniu, že užívanie medicíny u pacientov s ADHD vedie k redukcii rizika kriminality medzi pacientmi s týmto ochorením (11).

V ambulantnej praxi výbornou pomôckou, okrem klinického vyšetrenia pacienta, je krátky dotazník s kritériami na diagnostiku ADHD podľa DSM-5 (12).

V terapii psychofarmakami pri ADHD používame psychostimulanciá, vzhľadom na to, že asi u 60 – 70 % hyperkinetických detí zmierňujú hyperaktivitu a priaznivo ovplyvňujú pozornosť a učenie. Ich podávanie vychádza z predpokladu deficitu dopamínergickeho a noradrenergického systému v CNS, ktorý ako agonisty tohto systému upravujú (13).

Anita Thapar a Miriam Cooper tiež udávajú, že nálezy na animálnych modeloch poukazujú na zapojenie dopamínergickej a noradrenergickej transmisie, v súlade s neurochemickým efektom ADHD medicíny, ako aj účasť serotonínergickej transmisie (10).

ADHD v dospelosti nie je výmyslom, len nie je tak často diagnostikované v ambulantnej praxi. Možno aj z dôvodu, že táto porucha je často prekrytá inou psychiatrickou poruchou a ani samotného pacienta nenapadne dať do popredia príznaky ako hyperaktivita, impulzivita, či nesústredenosť. Skôr ho trápi depresia, úzkosť, závislosť.

Na lepšie priblíženie problematiky sme vybrali dva kazuistické prípady ADHD v dospelosti.

Kazuistika 1

25-ročný muž, prvýkrát vyšetrený na psychiatrickej ambulancii v roku 2012, keď subjektívne udával, že je depresívny, nič ho nebaví, už ani počítač, má problémy sústrediť sa, nemôže spať, už dlhší čas rozmýšľa nad budúcnosťou, nad absurditou bytia a života, záchvaty hnevu nemá, ale skôr pociťuje nervozitu, vadia mu aj ľudia, teda spoločnosť, nie je šťastný.

Pri prvovýšetrení v objektívnom klinickom obraze dominovala depresívna nálada, anhedónia, úzkosť, mierne pomalšie psychomotorické tempo, poruchy koncentrácie a tenacity pozornosti, porucha spánku v zmysle sťaženého zaspávania, častého prebúdzania sa a filozofovanie.

Diagnosticky sme pacienta uzavreli ako F.43.2 (poruchy prispôsobenia, krátko depresívna reakcia), diferenciálno-diagnosticky sme uvažovali o F.32.2 (ťažká depresívna epizóda bez

psychotických príznakov). Pri prvovýšetrení sme vôbec neuvažovali o diagnóze ADHD.

Počas dvoch rokov liečby sme viackrát menili antidepresívnu liečbu, pričom výsledky boli len parciálne. Začali sme s KBT (kognitívno-behaviorálnou psychoterapiou), počas ktorej pacient povedal, citujem: „*Od detstva som mával tieto problémy, býval som dosť roztržitý, nevedel som sa sústrediť na učenie, veľmi ťažko mi to išlo, nevedel som vydržať sedieť pri učení, ani doma, ani v škole, a v podstate mi to zostalo dodnes, som taký nesvoj, neviem sa tešiť, roztržitý, nesústredený, neviem spať... nevydržím pri nijakej činnosti... aj niečo začnem a neviem, hneď prejdem na inú činnosť... nedokončím to...*“

Vzhľadom na uvedené sme začali uvažovať diferenciálno-diagnosticky o diagnóze ADHD v dospelosti a vzhľadom na to, že pacienti nebolo ADHD diagnostikované v detstve, odporučili sme zrealizovať neurologické vyšetrenie, EEG vyšetrenie mozgu, psychologické vyšetrenie a v tom čase sme požiadali poisťovňu o schválenie úhrady neregistrovaného lieku na liečbu ADHD v dospelosti, taktiež sme zrealizovali interné vyšetrenie, ktoré potvrdilo, že pacient môže byť liečený psychostimulanciami.

Neurologické vyšetrenie – bez topickej cerebrálnej symptomatiky, EEG v norme. MRI vyšetrenie mozgu – bez patomorfologických zmien intrakraniálnych štruktúr. DVA (vývojová venózna anomália) vysoko frontálne vpravo.

Počas psychologického vyšetrenia sa organická symptomatika nemanifestovala, pozornosť len mierne kolíše, nevyrovnaný výkon je v sledovaných kognitívnych funkciách od pásma nadpriemeru (neverbálne intelektové schopnosti) po slabší priemer (prevádzková pamäť), bez poklesu do podpriemeru. Depresívne dekompenzácie, impulzívne agovanie, zvýšená intrapsychická tenzia, potláčaná, stav v štádiu parciálnej dekompenzácie.

Napriek tomu, že prvky hyperaktivity potvrdili aj dve ďalšie osoby (rodinní príslušníci) z detstva, zdravotná poisťovňa neschválila pacientovi úhradu lieku a keďže on súhlasil s plnou úhradou lieku, začali sme liečbu atomoxetínom v dávke podľa odporúčaní SPC. Avšak pri kontrolnom internom vyšetrení došlo k zvýšeniu tlaku a liek sme vysadili. Zrealizovali sme kontrolné interné aj neurologické vyšetrenia a pre pretrvávanie príznakov ADHD, ktoré sme identifikovali spolu s pacientom počas psychotherapeutických KBT sedení, sme pristúpili k liečbe metylfenidátom v odporúčanej dávke podľa SPC, pričom pacient súhlasil, že si liečbu bude hradit v plnej výške sám, nakoľko u nás nie je táto liečba schválená pre liečbu ADHD v dospelosti.

Po mesiaci užívania terapie pacient udával, že sa vie lepšie sústrediť na učenie, nie je taký roztržitý, cíti sa lepšie, aj čo sa týka nálady, lebo sa mu aj lepšie učí, vydrží sa sústrediť a nielen na učenie, nemusí sa neustále presúvať z jedného miesta na druhé. Spánok sa zlepšil, aj keď si musí dať niekedy tabletku na spanie. Menej je nervózny. Impulzívny nie je.

Kazuistika 2

27-ročná pacientka, ktorá mala už od detstva problémy, na základnej škole bola nepozorná, kreslila si, viacej si rozumela s chlapcami ako s dievčatami. Keď si mala písať domáce úlohy, robila čokoľvek iné, nevedela obsedieť, sústrediť sa, mala problémy niečo sa naučiť. Výsledky nedosahovala ľahko, stratila radosť z učenia a motiváciu. Na strednej škole to bolo trochu lepšie, ale často bývala nesústredená, „zasnená“. Napriek tomu dosahovala výborné výsledky v škole, jednotky, dvojky, problémy nastali na vysokej škole, kde ako pacientka subjektívne udávala, jej nestačila len inteligencia. Štúdium ju bavilo, ale často sa jej stávalo akoby „ju neposlúchal“ mozog a nestíhala termíny skúšok. Vysokú školu nedokončila. Ale problémy mala aj v bežnom fungovaní či doma, či v sociálnych kontaktoch s inými ľuďmi, nedokázala dávať pozor, čo jej hovoria, bola nepokojná, roztržitá, v myšlienkach už bola „akoby inde“... Ľudia jej často povedali, že je „mimo“. Pacientka bola hyperaktívna, impulzívna, mala problémy v organizácii práce.

Na našej ambulancii bola prvýkrát vyšetrená v roku 2014, predtým navštevovala iného psychiatra, kde užívala metylfenidát, ktorý si sama plne hradila. Sústredenie aj hyperaktivita sa jej zlepšili, avšak zhoršila sa jej nálada. Pre tachy-

kardiu a pocity tlaku na hrudi bola odoslaná na kardiológiu a pre objektívne zhoršenie nálady v zmysle depresie a úzkosti jej bol metylfenidát vysadený.

Vzhľadom na to, že pacientka bola v detstve vyšetrená pedopsychiatrom a bola jej diagnostikovaná ADHD s poruchou pozornosti a poruchou učenia, sme podali žiadosť na poisťovňu na schválenie plnej úhrady lieku atomoxetín, ktorej poisťovňa vyhovel. Po nastavení na atomoxetín, pacientka udávala, že sa vie lepšie koncentrovať, sústrediť na učenie a prácu, nálada je lepšia, a pacientka sedela pokojne počas celého vyšetrenia (to počas predchádzajúcich vyšetrení nebolo, pacientka neustále vstávala, chodila po miestnosti, prezerala si knihy, kvety...).

Pacientka sa aktuálne cíti dobre, vie sa sústrediť na učenie, učí sa po anglicky, chce ísť pracovať do zahraničia, aby si mohla zaplatiť štúdium na vysokej škole.

Záver

Diagnostika a liečba ADHD v dospelosti nie je vôbec jednoduchá, mnohokrát ju prekrývajú komorbidné psychické poruchy a aj napriek snahe zvoliť ten najlepší preparát pre daného pacienta, nie vždy uspejeme. Avšak aj malé a postupné zlepšenia stavu pacientov, ktoré im umožnia zlepšenie pozornosti, pamäte a tiež zlepšenie fungovania v bežnom živote prinášajú zadosť-učinenie nielen pacientom, ale aj terapeutom.

Literatúra

1. MKCH-10. 1996. <https://mediately.co/sk/icd/F00-F99/set/F90-F98/cls/F90.0/porucha-aktivity-a-pozornosti>
2. Höschl C, Libiger J, Švestka J. *Psychiatrie*. TIGIS, spol s.r.o. 2002, 2004.

3. Pečeňák J. *ADHD u dospelých. Čo vravia odborníci?* Liga za duševné zdravie, 2015.
4. Masopust J, Mohr P, Anders M, Prikryl R. Diagnostika a farmakoterapie ADHD v dospelosti. *Psychiatr. praxi* 2014;15(3):112–117.
5. Simon V, Czobor P, Bálint S, Meszáros A, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 2009;194:204–211.
6. Karlsdotter K, Busche K, Hakkaart L, Sobansky E, Kan CC, et al. Burden of illness and health care resource utilization in adult psychiatric outpatients with attention-deficit/hyperactivity disorder in Europe. *Current Medical Research and Opinion* 2016.
7. Goodman DW, Mitchell S, Rhodewalt L, Surman CBH. Clinical Presentation, Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Older Adults: A Review of the Evidence and its Implications for clinical Care. *Drugs Aging*. 2016;33:27–36.
8. Haavik J, Halmoy A, Lundervold A, Fasmer OB. Clinical Assessment and diagnosis of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2011.
9. Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2016;387:1240–50.
10. Kooij SJJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casa-Brugué M, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*. 2010;10:67.
11. Lichtenstein P, Halldner L, Zetterqvist J, Sjolander A, Serlachius E, et al. Medication for Attention Deficit-Hyperactivity Disorder and Criminality. *The New England Journal of Medicine*. 2012;367:21.
12. Mohr P, Anders M, Prikryl R, Masopust J, Praško J, Höschl C. Konsenzus ČNPS o diagnostice a léčbě ADHD v dospelosti. *Psychiatrie*. 2013;17:189–202.
13. Bouček J, Pidrman V. *Psychofarmaka v medicíně*. Grada Publishing, 2005:286.

MUDr. Dana Ignjatovićová, PhD.

Psychiatrická ambulancia
Cesta k nemocnici 23,
974 01 Banská Bystrica
dana.ignjatovicova@gmail.com