

Stan diagnozowania zaburzeń neurorozwojowych współwystępujących z ADHD wśród dzieci i młodzieży – na podstawie badań własnych

The state of diagnostication of neurodevelopmental disorders coexisting with ADHD in children and adolescents – own studies

¹Barbara Wiśniewska, ²Janusz Wendorff

¹Samodzielna Pracownia Psychologii Klinicznej Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki”

¹Katedra Pedagogiki Specjalnej i Promocji Zdrowia, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, Łódź

²Klinika Neurologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

STRESZCZENIE

Cel. Ostatnio nastąpił wzrost zainteresowania współwystępowaniem z ADHD innych zaburzeń, takich jak zaburzenia zachowania, opozycyjno-buntownicze, obsesyjno-kompulsyjne, lękowe, zaburzenia nastroju, depresyjne, dysleksja, tiki czy padaczka. Nasilające się symptomy ADHD mogą doprowadzać również do zaburzeń snu, lęków nocnych, moczenia mimowolnego, jękania, uzależnień. Wielu autorów poświęca swoje badania częstości współistniejących problemów psychologiczno-psychiatrycznych oraz ich wpływowi na zachowanie osób z ADHD, zwłaszcza na psychosocjalne funkcjonowanie i jakość życia pacjentów. Celem badań była ocena stanu diagnozowania zaburzeń neurorozwojowych współistniejących z ADHD i analiza porównawcza częstości pojawiania się tych problemów wśród dzieci i młodzieży z diagnozą i bez diagnozy ADHD. **Materiał i metoda.** Zastosowano analizę dokumentacji psychologiczno-medycznej oraz opracowaną przez autorów ankietę kierowaną do rodziców dzieci i młodzieży z ADHD i do rodziców dzieci bez diagnozy nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. Do statystycznej analizy porównawczej poszczególnych wyników zastosowano t-Studenta, χ^2 (Test Fishera). Ankietę przeprowadzono łącznie wśród 73 rodziców, dzieci z diagnozą ADHD (34 osoby, średni wiek ocenianych 10,2) i bez zespołu nadpobudliwości psychoruchowej (39 osób, średni wiek 10,8). **Wyniki.** Wśród wskazanych przez rodziców rodzajów problemów na poziomie istotnym statystycznie u dzieci i młodzieży z ADHD występują urazy głowy ($p < 0,001$), trudności szkolne o różnym stopniu nasilenia ($p = 0,02$) oraz moczenie nocne ($p = 0,03$). Ze współistniejących zaburzeń w tej grupie spotyka się chorobę tikową (3 chłopców), padaczkę (2 chłopców), i czynności nawykowe (2 dzieci). W badaniach własnych okazało się, że 78% dzieci i młodzieży z ADHD ma więcej niż jedno współwystępujące zaburzenie. **Wnioski.** 1. W badanej grupie osób z ADHD problemami i schorzeniami najczęściej współistniejącymi były urazy głowy, moczenie nocne i trudności w nauce (w tym dysleksja). 2. Chłopcy z ADHD częściej niż dziewczęta mają współwystępujące zaburzenia rozwojowe. 3. Wskazane są dalsze badania nad zaburzeniami współtowarzyszącymi ADHD dotychczas niediagnozowanymi u tych dzieci, takimi jak lęk, zaburzenia nastroju (depresja, mania) czy otyłość oraz opracowanie narzędzi diagnostycznych i terapii tych zaburzeń. 4. Wskazane jest stworzenie systemu umożliwiającego diagnozowanie ADHD przez odpowiedni zespół specjalistów. **Słowa kluczowe:** ADHD, diagnoza, schorzenia współistniejące, współistniejące zaburzenia rozwojowe.

ABSTRACT

Purpose. In recent years, there has increased an interest in other disorders coexisting with ADHD, such as conduct disorder, oppositional defiant disorder, obsessive – compulsive disorders, anxiety, mood disorder, depression, dyslexia, tics or epilepsy. Intensified symptoms of ADHD can also lead to sleep disorder, night terror, bedwetting, stammering, dependences. Numerous authors have devoted their studies to the prevalence of coexisting psychological and psychiatric problems and to their effect on the behaviour of subjects with ADHD, particularly on psychological functioning and the patients' quality of life. The aim of the study was to assess the state of diagnostication of neurodevelopmental disorders coexisting with ADHD and comparative analysis of the prevalence of these problems among children and adolescents with and without ADHD diagnosis. **Material and method.** The analysis of psychological and medical documentation was applied and a questionnaire worked out by the authors for the parents of children and adolescents with ADHD and for parents of children without the diagnosis of hyperactivity with attention deficit. T-Studenta, χ^2 (Fisher Test) was used for statistical comparative analysis of particular results. The questionnaire was used among 73 parents of children with ADHD diagnosis (34, mean age 10.2 years) and of children without hyperactivity (39, mean age 10.8 years). **Results.** Among the indicated by parents kinds of disorders statistically significant in children and adolescents with ADHD are the following: head injury ($p < 0.001$), difficulties at school of various intensification ($p = 0.02$), night bedwetting ($p = 0.03$). In this group coexisting disorders are the following: tics (3 boys), epilepsy (2 boys) and habitual activities (2 children). In own studies it appeared that 78% of children and adolescents with ADHD demonstrated more than one coexisting disorder. **Conclusions.** 1. In the group of subjects with ADHD, the most frequently coexisting problems and disorders were: head injuries, bedwetting and learning difficulties (including dyslexia). 2. Boys with ADHD have coexisting developmental disorders more frequently than girls. 3. Further studies are indicated on disorders coexisting with ADHD and so far not diagnosed in these children, such as: anxiety, mood disorders (depression, manic state), or obesity. Diagnostic tools and therapy for these disorders should be worked out. 4. Creation of a system enabling the diagnosis of ADHD by appropriate team of specialists. **Key words:** ADHD, diagnosis, coexisting pathologies, coexisting developmental disorders

WSTĘP

Częstość występowania zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) na świecie waha się od 1% do 20% populacji dziecięcej w zależności od stosowanych kryteriów diagnostycznych i narzędzi badawczych [1]. W USA w oparciu o stworzoną przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (*American Psychiatric Association*, APA) klasyfikację DSM szacuje się, że 3–5% populacji generalnej ma ADHD [2, 3], w populacji dziecięcej wskaźnik ten wynosi 7%. Między 6 a 9 rokiem życia notuje się szczyt rozpowszechnienia, a objawy mogą utrzymywać się u 30–50% również w okresie dorastania [1].

ADHD, jako częsta i złożona jednostka chorobowa, powoduje niemalejące zainteresowanie, m.in. ze względu na bogactwo symptomów oraz liczbę zaburzeń i chorób współtowarzyszących. Ostatnio obserwuje się na świecie znaczny wzrost badań dotyczących współwystępowania z ADHD innych zaburzeń, takich jak zaburzenia zachowania, opozycyjno-buntownicze, obsesyjno-kompulsyjne, lękowe, zaburzenia nastroju, depresyjne [4], dysleksja, tiki czy padaczka. Nasilające się symptomy ADHD mogą doprowadzać również do zaburzeń snu, lęków nocnych, moczenia mimowolnego, jąkania, uzależnień, a nawet prób samobójczych. Często używanym określeniem w takich sytuacjach jest termin *comorbidity*, stosowany w medycynie na oznaczenie dwóch współwystępujących chorób. Zdarza się jednak, tak jak w przypadku ADHD, że powstaje problem jednoznacznego odróżnienia symptomów kilku zaburzeń i określenia, czy nie są one manifestacją jednego zaburzenia [5].

Ciekawą propozycję uwzględniającą współistnienie w ADHD różnych problemów zaproponowali E.M.Hallowell i J.J.Ratey [6]. Autorzy uznali, że są to potwierdzone badaniami klinicznymi podtypy i dotyczą one rozwijających się z czasem wtórnych objawów towarzyszących nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. Wyróżnili ADHD: bez nadruchości, z lękiem, z depresją, z zaburzeniami uczenia się, z pobudzeniem lub manią, z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, u osób twórczych, z poszukiwaniem silnych wrażeń, ze stanami dysocjacji, z cechami osobowości pogranicznej, z zaburzeniem zachowania lub zaburzeniami opozycyjno-buntowniczymi (u dzieci) lub z cechami osobowości dysocjalnej (u dorosłych), z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi, pseudo-ADHD.

Badania prezentowane na I Międzynarodowym Kongresie ADHD w Würzburgu (2007) donoszą o 85% współwystępowaniu z tym zespołem różnych zaburzeń i współistnieniu co najmniej dwóch zaburzeń u 60% zdiagnozowanych pacjentów [7]. Najnowsze 2-letnie prospektywne badania przeprowadzone w 10 krajach europejskich (ADORE – *Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Observational Research in Europe*) wśród 1478 pacjentów w wieku 6–18 lat wykazały, że 34% z nich ma zaburzenia lękowe, 4% zaburzenia nastroju, 14% zaburzenia zachowania (CD), 49% zaburzenia opozycyjno-buntownicze (ODD), 11% ma tiki, 40% specyficzne trudności w nauce czytania i pisanie [7, 8]. W badaniach ADORE uwzględniono i porównywano kilka rodzajów towarzy-

szących problemów neurorozwojowych: zaburzenia opozycyjno-buntownicze lub zaburzenia zachowania, lęk, zaburzenia depresyjne, tiki i zespół Tourette'a, zaburzenia koordynacji ruchowej. Stwierdzono, że wielokrotnie współistniejące zaburzenia powodują u dzieci i młodzieży z ADHD poważne problemy we wszystkich ocenianych dziedzinach (zachowanie, psychosocjalne funkcjonowanie, jakość życia) i wymagają także wnikliwej klinicznej oceny i leczenia [7]. Prezentowane badania europejskie nie uwzględniają grupy porównawczej, a uzyskane wyniki odnoszone są do danych populacyjnych dotyczących rozpowszechnienia lub zachorowalności na wyodrębnione schorzenia.

W innych badaniach J.Biederman i S.Faraone [9] stwierdzili u 51% osób z ADHD występujące zaburzenia, wśród których do najczęstszych zaliczyli zaburzenia lękowe (11%), depresyjne (11%) i zaburzenia zachowania (7%). Późniejsze badania jednego z autorów [10] wykazały, że chłopcy z ADHD mają częściej niż dziewczynki zaburzenia zachowania (CD), a zaburzenia lękowe i zaburzenia nastroju jednakowo często występują zarówno u dziewcząt, jak i chłopców z ADHD. W innych badaniach porównywano częstość występowania współistniejących zaburzeń w dwóch grupach wiekowych, tj. do 12 roku życia i po 12 roku życia i wykazano istotnie statystycznie częstsze ujawnianie się zaburzeń afektywnych i zaburzeń zachowania w starszej grupie wiekowej [11]. Natomiast w oparciu o dane z badań niemieckich podaje się, że 40–60% osób z ADHD ma zaburzenia opozycyjno-buntownicze, 25–30% zaburzenia lękowe, 10–40% zaburzenia nastroju i 30% tiki [12].

W Polsce nie dysponujemy badaniami populacyjnymi oceniającymi rozpowszechnienie zespołu nadpobudliwości wśród dzieci i młodzieży, a tym bardziej danymi dotyczącymi zaburzeń współtowarzyszących (nie bierzemy udziału w prospektywnych europejskich badaniach ADORE).

Celem podjętych badań była ocena stanu diagnozowania różnych wybranych zaburzeń neurorozwojowych współistniejących z ADHD i analiza porównawcza częstości pojawiania się tych problemów wśród dzieci i młodzieży z diagnozą i bez diagnozy ADHD.

Badania zostały przeprowadzone w okresie od maja 2005 roku do stycznia 2007 roku wśród zdiagnozowanych uczniów łódzkich szkół i wśród pacjentów zgłaszających się do ICZMP. Zastosowano analizę dokumentacji psychologiczno-medycznej oraz opracowaną przez autorów ankietę kierowaną do rodziców dzieci i młodzieży z ADHD i do rodziców dzieci bez diagnozy nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. Pytania dotyczyły problemów zdrowotnych, zarówno leczonych (w wyniku diagnozy medycznej), jak i nieleczonych, jakie dostrzegają rodzice. Do statystycznej analizy w przypadku cech parametrycznych zastosowano test t-Studenta, a w przypadku cech nieparametrycznych zastosowano test χ^2 oraz Test Dokładny Fishera, poziom istotności ustalono jako $\alpha=0,05$, a różnicę uznano za istotną statystycznie dla $p<0,05$. Wykorzystano komputerową technikę opracowywania danych statystycznych za pomocą uniwersalnego pakietu Statistica for Windows PL.

CHARAKTERYSTYKA BADANYCH GRUP

Ankiety przeprowadzono łącznie wśród 73 rodziców dzieci z diagnozą ADHD i bez zespołu nadpobudliwości psychoruchowej. Grupa dzieci z rozpoznaniem ADHD miała diagnozę medyczną stawianą w oparciu o kryteria DSM-IV i DSM-IV TR.

Grupa I – grupa badana to dzieci i młodzież z ADHD. Grupę badaną stanowiły 34 osoby, 6 dziewcząt i 28 chłopców, w wieku od 6;9 do 13;5 lat (średni wiek 10,2), z diagnozą ADHD. Pisemne orzeczenie o ADHD miało 22 badanych (64,7%), 12 dzieci nie miało jeszcze takiego orzeczenia. U dziesięciorga dzieci zastosowano farmakoterapię (najczęściej stosowane leki to Rispolept i Concerta). Badani jednostkowo i sporadycznie korzystali z mało dostępnej w Polsce w placówkach publicznej służby zdrowia terapii poznawczo-behawioralnej.

Grupa II – grupa porównawcza to osoby bez ADHD. Grupa kontrolna liczyła 39, dzieci urodzonych w Centrum Zdrowia Matki Polki, średni wiek badanych wynosił 10,8. Dobór do grupy był doбором losowym, badaniom poddano dzieci kobiet rodzących w Szpitalu CZMP.

Tab. 1. Zróżnicowanie grup pod względem płci *Differentiation of groups as regards gender*

Płeć badanych	Grupa I	Grupa II
Dziewczynki	6	21
Chłopcy	28	18
Razem	34	39

Struktura obu badanych grup dzieci ze względu na płeć była zróżnicowana. W grupie I dziewczęta stanowiły 17,6% badanych, a w grupie II 53,8%, liczebność chłopców z obu badanych grup wynosiła odpowiednio 82,5% i 46,2%.

Masa urodzeniowa dzieci z grupy I wynosiła od 1450 g do 4200 g (średnia dla całej grupy 3427,89 g: chłopcy 3559,28 g vs dziewczęta 3060 g – różnica nieistotna statystycznie). 9 porodów w tej grupie odbyło się przez cesarskie cięcie, 25 to były porody naturalne (w tym 2 ciąży przenoszone, 3 porody wcześniacze, 2 niedotlenienia, 3 przypadki okręcenia pępowiną).

Średnia masa urodzeniowa dzieci w grupie II wynosiła 3284 g (od 2500 g do 4150 g). Porody odbywały się w przewidzianym terminie, tj. w 38–40 tygodniu ciąży, siłami natury, w grupie kontrolnej był jeden poród rozwiązany cesarskim cięciem i jeden poród wcześniaczy.

Tab. 2. Średnia masa ciała dzieci z obu grup przy porodzie *Mean birth weight of children from both groups*

Grupy badane	Średnia masa ciała dziecka	Minimum	Maksimum	Poziom istotności
Grupa I	3427 g	1450 g	4200 g	ns
Grupa II	3284 g	2500 g	4150 g	

Porównanie masy ciała dzieci w momencie porodu nie ujawniło istotnych statystycznie różnic pod względem średniej masy urodzeniowej w obu grupach. Masa ciała była u dzieci zbliżona (tabela 2). Analiza statystyczna liczby porodów rozwiązanych cesarskim cięciem w obu badanych grupach (9 vs 1) wskazuje na istotnie częstsze zakończenie ciąży cesarskim cięciem w grupie dzieci z późniejszą diagnozą ADHD ($p=0,015$).

W I grupie osób z ADHD liczba dzieci z wagą urodzeniową poniżej 2500 g wynosiła cztery, a w grupie II tylko jedno dziecko miało niską masę ciała ($p=0,108$, nie różnicuje to przy przyjętym poziomie istotności $p=0,05$ statystycznie obu grup pod tym względem). Hypotrofia płodu w badanej grupie nie jest zjawiskiem częstszym wśród dzieci z nadpobudliwością psychoruchową.

Tab. 3. Porównanie średnich wartości skali Apgar dzieci w badanych grupach *Comparison of mean Apgar values of children in the investigated groups*

Grupy badane	Średnia pkt Apgar	Minimum	Maksimum	Poziom istotności
Grupa I	9,2	7	10	ns
Grupa II	9,24	8	10	

Nie stwierdzono istotnych różnic w średnich wartościach skali Apgar wśród dzieci z ADHD i bez ADHD.

Zainteresowano się także faktem nałogowego palenia papierosów przez matki, ponieważ, jak się sądzi, palenie tytoniu ma wpływ na niską masę urodzeniową, a także według niektórych badaczy jest jedną z istotnych pozagenetycznych przyczyn występowania ADHD. Spośród 34 matek z grupy I w czasie ciąży paliło papierosy 7 kobiet, a z grupy II – 11 kobiet ($p=0,606$). Liczba palących kobiet nie różnicowała istotnie obu grup.

WYNIKI

Z ankiety skierowanej do rodziców dzieci z ADHD wynika, że w 18 przypadkach źródłem wstępnego rozpoznania problemu ADHD byli rodzice, u 12 dzieci – nauczyciele, a w zaledwie dwóch przypadkach pracownicy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej i w dwóch kolejnych lekarze. Diagnoza ADHD w oparciu o kryteria diagnostyczne według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM stawiana była najczęściej w niepublicznej poradni psychologicznej (12), a następnie w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej (8). W kolejnych 13 przypadkach czynności diagnostyczne podjęte zostały indywidualnie przez neurologa, psychiatrę lub psychologa. Zaledwie w jednym przypadku był to zespół orzekający złożony z tych trzech specjalistów.

Spośród wskazanych przez rodziców zaburzeń najczęściej u badanych z ADHD występowały trudności szkolne o różnym stopniu nasilenia (38%, w tym 18% badanych ma orzeczoną dysleksję). Z punktu widzenia liczebności tej grupy można uznać, że ponad połowa badanych (53%) miała problemy szkolne. 25% stanowiły urazy głowy (35% badanych), u ośmiu chłopców moczenie nocne

(17% wszystkich zgłoszonych schorzeń), ponadto u trzech chłopców rozpoznano chorobę tikową, u dwóch padaczkę, u jednej z dziewcząt i u jednego chłopca czynności nawykowe.

Tab. 4. Zaburzenia współistniejące u dzieci z diagnozą ADHD (N=34) *Coexisting disorders in children with ADHD diagnosis*

Rodzaj schorzenia	Liczba zaburzeń	%
Trudności szkolne (w tym dysleksja)	18	37,5
Urazy głowy	12	25
Moczenie nocne	8	16,7
Tiki ruchowe lub wokalne	4	8,3
Czynności nawykowe	3	6,3
Padaczka	2	4,2
Wstrząśnienie mózgu	1	2,0
łącznie	48	100

Tab. 5. Zaburzenia występujące u dzieci z grupy kontrolnej (N=39) *Disorders occurring in children from the control group*

Rodzaj zaburzenia	Liczba zaburzeń	%
Czynności nawykowe	8	33,3
Trudności szkolne	6	25,0
Lęki	5	20,8
Nadpobudliwość	2	8,3
Moczenie nocne	1	4,2
Tiki	1	4,2
Drgawki gorączkowe	1	4,2
łącznie	24	100

W oparciu o dokonaną analizę statystyczną liczby występujących zaburzeń w obu grupach (48 vs 24) można stwierdzić, że dzieci i młodzież z diagnozą ADHD miały istotnie więcej problemów zdrowotnych niż osoby z grupy kontrolnej ($p=0,0190$ $p<0,05$).

Tab. 6. Porównanie częstości występowania problemów i zaburzeń w obu grupach *Comparison of the prevalence of problems and disorders in both groups*

Rodzaj schorzenia	Poziom istotności
Moczenie nocne	$p=0,03^*$
Tiki ruchowe lub wokalne	ns
Wstrząśnienie mózgu	ns
Urazy głowy	$p<0,001^*$
Padaczka	ns
Lęki	ns
Czynności nawykowe	ns
Trudności szkolne (w tym dysleksja)	$p=0,019^*$

Okazało się, że na poziomie istotnym statystycznie częściej u dzieci z ADHD zdarzają się urazy głowy, trudności szkolne i moczenie nocne. Lęki były częściej zgłaszane w grupie II, ale różnica nie była istotna statystycznie ($p=0,065$, choć zbliżała się do poziomu istotności). Być może bogactwo współistniejących z ADHD zaburzeń, a także otwarta forma pytania ankietowego, nie nasunęły rodzicom wyróżnienia lęków jako problemu dotyczącego ich dzieci.

Dokonano analizy liczby współistniejących z ADHD zaburzeń u poszczególnych badanych. U 30 z nich (88,2%) występowało co najmniej jedno dodatkowe zaburzenie (tylko w przypadku czworga dzieci rodzice nie podali innych współistniejących z ADHD zaburzeń – 11,8% badanej grupy). Należy stwierdzić, że w grupie badanych z ADHD na poziomie istotnym statystycznie zespołowi częściej towarzyszą inne dodatkowe zaburzenia ($p<0,001$).

80% spośród wymienionych schorzeń w grupie zdiagnozowanych w kierunku ADHD dotyczyło chłopców. Dzieci z tikami nie miały rozpoznanego zespołu Tourette'a. Rodzice nie wskazali na występowanie u dzieci takich zaburzeń, jak depresja, lęki nocne, jękanie. Nie oceniano zaburzeń snu, które ostatnio budzą duże zainteresowanie badaczy. Zaburzenia snu występujące u dzieci z ADHD to bezsenność, wczesne budzenie się, trudności z zasypianiem, niespokojny sen, lunatykowanie, mówienie przez sen, koszmary senne. Zaburzenia te wymagają oceny w dalszych badaniach.

DYSKUSJA

W usprawnianiu leczenia ADHD i poprawie rokowania kluczowe jest rozpoznanie i leczenie chorób współistniejących, które komplikują proces diagnozy, wpływają na proponowane metody leczenia i skuteczność owych metod. Sądzi się, że powikłania występujące w ADHD to znaczny udział czynników środowiskowych, które mogą nasilać ekspresję objawów, a mogą być także czynnikiem protekcyjnym.

Badania własne stanowią pierwszą, wstępną próbę analizy zjawiska współistnienia z ADHD innych zaburzeń w grupie dzieci i młodzieży. Sama diagnoza ADHD jest trudna, opiera się głównie na metodach klinicznych, takich jak wywiad, obserwacja, oraz na doświadczeniu klinicysty. Szczególne problemy stwarza diagnoza w przypadku dzieci, u których dominuje wyróżniony w DSM-IV TR podtyp z zaburzeniami uwagi. W przypadku podejrzenia ADHD w procesie rozpoznawania powinien uczestniczyć psychiatra, neurolog dziecięcy oraz psycholog. Kompetencje tych specjalistów dotyczą zarówno diagnozy jak i terapii. W leczeniu ADHD przez neurologa dziecięcego i psychiatrę może to być zastosowanie, zgodnie z obowiązującymi standardami, farmakoterapii, natomiast w zakresie podejmowanych przez psychologa oddziaływań powinna to być psychoterapia (głównie terapia indywidualna, terapia behawioralno-poznawcza, terapia rodzinna).

Psycholog, w sytuacji podejrzenia współwystępujących często z ADHD zaburzeń, powinien skierować pacjenta do lekarza specjalisty, celem interwencji terapeutycznej. W wielu przypadkach osobą rozpoznającą problem jest nauczyciel lub/i rodzic. Brak jest także uregulowań prawnych, ponieważ uznanie ADHD za jednostkę nozologiczną powinno skutkować np. orzeczeniem lekarskim o niezdolności do pracy rodzica czy opiekuna z tytułu pełnienia opieki nad dzieckiem.

W badaniach własnych wykazano, że u dzieci z ADHD częściej występuje więcej niż jedno zaburzenie. W badaniach Sarkis i wsp. [13] stwierdzono, że zaledwie 21,7% chłopców (spośród 69) i 15,38% dziewcząt (z 26 badanych) nie ma współistniejących zaburzeń – w badaniach autorki około 12%. Zaburzenia lękowe w cytowanych

badaniach sięgają w grupie chłopców aż 52% (średni wiek 11,1), a w grupie dziewcząt 50% (średni wiek 10,4), co jest wydaję się częste, zważywszy na średni wiek dzieci – początek okresu dorastania [13]. W badaniach własnych rodzice dzieci z ADHD nie wymieniali zaburzeń lękowych w ogóle, być może schodzą one w ich ocenie na plan dalszy wobec innych współistniejących problemów zdrowotnych i zaburzeń neurorozwojowych. Prawdopodobnie jest to wynik różnicy w zastosowanej metodzie oceny zaburzeń lękowych. W badaniach własnych było to otwarte pytanie kierowane do rodziców, dotyczące innych zaburzeń u ich potomstwa, a w badaniach Sarkis i wsp. [13] wykorzystano strukturalizowany wywiad *Kiddie Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS-PL)* i szczegółowo oceniano takie kategorie, jak lęk paniczny, lęk separacyjny, zaburzenia lękowe uogólnione, agorafobię i zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Ze względu na podawane w badaniach rozpowszechnienie lęków u dzieci z ADHD [7, 8, 12, 13] problem ten wymaga podjęcia oddzielnych badań i opracowania odpowiedniego narzędzia diagnostycznego. Podobnie jest z czynnościami nawykowymi, które w ocenie rodziców dzieci z grupy kontrolnej występują częściej niż w grupie dzieci i młodzieży z ADHD (głównie ogryzanie paznokci). U dzieci z ADHD, jak się sądzi, duża lękliwość maskowana jest pozorną swobodą bycia lub wielomównością [14] i być może objawy lęku i czynności nawykowe jako mniej problemowe zachowania nie są podnoszone przez rodziców w ankiecie.

Wśród dzieci i młodzieży z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi zaobserwowano częste występowanie specyficznych trudności w nauce czytania i pisania o charakterze dysleksji, co dotyczy, jak się szacuje 15–30% osób, dysortografii (26%), dysgrafii (brak danych) i dyskalkulii (28%). Niektóre dane podają, że dyskalkulia występuje w grupie dzieci z ADHD nieco rzadziej. Brzydkie pismo, wolne tempo pisania wiążą się z jednej strony z niechęcią dzieci do tej czynności jak i z zaburzeniami koordynacji wzrokowo-ruchowej i problemami z płynnym wykonywaniem precyzyjnych ruchów [15]. Należy podjąć badania, które określą występowanie tych zaburzeń wśród dzieci z rozpoznaniem ADHD. W cytowanych badaniach ADORE w jednej z sześciu wyróżnionych grup problemów psychiatrycznych towarzyszących ADHD znalazły się zaburzenia rozwoju koordynacji, które m.in. wpływają na funkcjonowanie psychospołeczne, jakość życia osób z nadpobudliwością psychoruchową z deficytem uwagi. Współwystępowanie rozwojowych zaburzeń koordynacji ruchowej (*developmental coordination disorder*, DCD) z ADHD ocenia się nawet na 50% [5]. Częstość objawów DCD w populacji szacuje się na ok. 5%. Deficyty motoryczne są spowodowane obniżeniem sensorycznej integracji motorycznej, przejawiają się m.in. zaburzoną funkcjonalnością motoryczną, dysfunkcją w układzie percepcyjnym, zaburzoną integracją wzrokowo-kinestetyczną.

W badaniach własnych wśród 34 dzieci trudności szkolne o różnym stopniu nasilenia miało 52,9% badanych (w grupie kontrolnej 15,4%), ale pisemne orzeczenie o dysleksji posiadało pięćdziesięć dzieci z I grupy (14,7%).

Dzieci z ADHD obarczone są większym ryzykiem urazów głowy. Z badań DiScala i wsp. [16] wynika, że statystycznie istotnie częściej urazy odnotowywane są w dokumentacji szpitalnej u dzieci z ADHD w porównaniu z dziećmi bez diagnozy ADHD. W naszym materiale urazy głowy przeszło 12 osób, urazy te stanowiły 25% ogółu zgłoszonych przez rodziców problemów zdrowotnych, w grupie kontrolnej nie było urazów głowy. Jak zauważa Wolańczyk [15], nie można zapominać o istniejących predyspozycjach dziecka do urazu, takich jak nadrucholiwość, impulsywność, które są obecne przed zdarzeniem, a mogą być mylone z następstwami tego urazu.

Wcześniejsze badania prowadzone w ICZMP wśród 9-latków zdiagnozowanych w kierunku zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi ujawniły, że 23% (z badanej 83 osobowej grupy) cierpi także na moczenie nocne i jest ono dwa razy częstsze wśród chłopców niż dziewczynki z ADHD [17]. W badanej obecnie grupie ośmiu spośród 34 badanych miało rozpoznane moczenie nocne (ok. 24%), byli to wyłącznie chłopcy. W populacji ogólnej przyjmuje się, że pierwotne moczenie nocne wśród 5-latków dotyczy 15–20%, a wtórne moczenie w tym okresie ma 3–8% [18]. Brak jest badań, które określałyby, jakiego rodzaju moczenie występuje u dzieci z ADHD: dzienne, nocne, pierwotne, wtórne (w tym psychogenne, stanowiące ok. 15–20% przypadków).

W zaburzeniach nastroju, np. w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych i w zaburzeniach zachowania, wspólne są objawy nadrucholiwości, impulsywności. Z danych wynika, że ponad 90% dzieci z ADHD ma najczęściej zaburzenia afektywne dwubiegunowe [19]. Mówi się w literaturze wręcz o maskowaniu nadpobudliwością tej choroby. Mania może być mylona z objawami nadpobudliwości, ponieważ charakteryzuje się dużą pobudliwością, drażliwością, trudnościami w koncentracji uwagi, przerywaniem i niekończeniem czynności [20]. Wymaga to dobrej umiejętności różnicowania – w manii mamy do czynienia z pewną odmiennością w stosunku do ADHD, a mianowicie z poczuciem omnipotencji, nastawieniem wielkościowym czy nieadekwatnością w zachowaniu i wesołkowatością [15]. W przeprowadzonych przez autorów badaniach specjaliści diagnozujący ADHD nie wskazywali na istnienie zaburzeń nastroju w kierunku choroby afektywnej dwubiegunowej czy zaburzeń zachowania (*Conduct Disorder*).

Depresja jest częstsza wśród dorastającej młodzieży (2 do 8%) niż wśród dzieci, u których wskaźnik rozpoznania wskazuje na 0,5–2,5%. Pewien odsetek, tj. od 10 do 17%, ma też zaburzenia zachowania, zaburzenia lękowe i zaburzenia uwagi. Impulsywność i spowodowane nią zakłócenia interakcji społecznych doprowadzić mogą do obniżenia samooceny i w efekcie do rozwoju stanów depresyjnych. Wśród badanej grupy dzieci i młodzieży nie było postawionego przez specjalistów rozpoznania zaburzeń zachowania i depresji. Podaje się także w literaturze, że wśród dzieci, młodzieży i dorosłych z przetrwałym ADHD istnieje większe ryzyko samobójstw [1]. W badaniach własnych nie podejmowano tego tematu.

Padaczka to jedno z najczęstszych schorzeń neurologicznych występujących u dzieci (wskaźnik rozpo-

wszechnienia wynosi 1000/100 000), towarzyszy ona wielu zaburzeniom neurorozwojowym. ADHD występuje znacznie częściej wśród osób z padaczką niż w populacji ogólnej. W zależności od postaci zespołu nadpobudliwości ruchowej częstość występowania u dzieci padaczki jest różna. Dawniejsze badania sugerują, że w postaci z nadrucliwością i w postaci mieszanej padaczka występuje od 1,6% do 21%. Z kolei w postaci z deficytem uwagi częstość padaczki jest większa i ocenia się ją na 24–42% [21, 22]. W najnowszych badaniach z roku 2005, w których ściśle przestrzegano kryteriów diagnostycznych ADHD, podaje się, że częstość tego zespołu w padaczkach wynosi 20% [23]. Badania pod kierunkiem Dunn z roku 2003 przeprowadzone u 175 dzieci w wieku od 9 do 14 lat, wykazały, że w przypadku współwystępowania padaczki i ADHD dla ryzyka ujawnienia się ADHD nie ma istotnego znaczenia rodzaj napadów i lokalizacja ogniska padaczkowego [24]. Z informacji uzyskanych od rodziców wypełniających ankietę dwoje dzieci (2 chłopców) miało rozpoznaną padaczkę i było z tego powodu leczonych lekami przeciwpadaczkowymi, a wśród dzieci z grupy kontrolnej jeden chłopiec miał drgawki gorączkowe, które mogły stanowić ryzyko rozwoju padaczki w drugiej dekadzie życia.

Zaburzenia tikowe stanowią w wieku dziecięcym częsty zespół chorobowy – ocenia się, że ma je około 10% populacji dzieci w wieku szkolnym. Zespół Tourette'a (TS) jest najcięższą postacią tików, dotyczy około 1% chłopców, u których występuje cztery razy częściej niż u dziewczynek. Największe nasilenie objawów obserwuje się między 10 a 12 rokiem życia. Występowanie objawów ADHD jest znamienne częstsze u dzieci z TS niż w populacji ogólnej. Współistnienie zespołu Tourette'a z objawami ADHD ocenia się na 20–90% [25, 26]. U dzieci z TS dominują objawy nadpobudliwości i impulsywności, rzadziej deficyt uwagi. W polskich badaniach przeprowadzonych wśród 51 chorych (średni wiek 11,2) hospitalizowanych z powodu tików u 13 badanych (25,5%) zaobserwowano współistnienie tików z objawami zespołu ADHD. Nadrucliwość wystąpiła u 22%, impulsywność u 16%, a deficyt uwagi u 12%. Stwierdzono także w tej grupie u trojga dzieci występowanie zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, pojawiły się również lęki uogólnione (23,5%) oraz u czterech pacjentów lęki nocne [27]. W badaniach własnych wśród 34 ocenianych dzieci z diagnozą ADHD czworo miało tiki, a u trójki dzieci rodzice wskazali występowanie czynności nawykowych, ale w porównaniu z grupą kontrolną nie była to statystycznie istotna różnica w częstości pojawiania się tych zaburzeń.

Ostatnio w USA ważnym problemem u dzieci z ADHD staje się otyłość, co może mieć właśnie związek z kontrolą zachowań i impulsów [15] lub/i z nawykowym charakterem nadmiernego spożywania jedzenia. Nawyki i czynności nawykowe służą rozładowaniu uczucia niepokoju, braku interesującego zajęcia, osamotnienia, występującym u dzieci z niezaspokojonymi podstawowymi potrzebami emocjonalnymi [28]. Częściej ujawniają się one u kilkuletnich dzieci, m.in. pod postacią kołtania, ssania palca, rogu poduszki czy gryzania paznokci i skubania skóry. Niektórzy badacze skłonni są uważać, że wystę-

pujące różnego rodzaju ruchy wokół własnego ciała, takie jak machanie nogami, a także właśnie dłubanie w nosie, gryzanie paznokci, skóry wokół nich, kręcenie lub wrywanie włosów, drapanie się, a nawet masturbowanie, należą do form niepokoju ruchowego typowego dla zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi [14]. W badaniach własnych wyodrębniono czynności nawykowe i nawyki jako oddzielną kategorię zaburzeń, choć własna praktyka kliniczna wykazuje, że rzadko bywają one jedynym problemem zdrowotnym. Wśród 34 dzieci i młodzieży z ADHD wspomniane zaburzenia nie występowały częściej niż w grupie kontrolnej. Mogło to wynikać z faktu, że rodzice mniej uwagi poświęcali tym zaburzeniom, koncentrując się na, stwarzających znaczące problemy w funkcjonowaniu dziecka, objawach osiowych (nadrucliwość, głównie w sferze motoryki dużej, impulsywności i nieuwadze).

Płodowy zespół alkoholowy (FAS – *Fetal Alcohol Syndrome*) jest klinicznie rozpoznawalnym zespołem chorobowym, z różnego stopnia zaburzeniami funkcji ośrodkowego układu nerwowego (encefalopatia statyczna), spowodowanym piciem alkoholu przez ciężarną kobietę. Jego rozpoznanie nie wyklucza postawienia diagnozy ADHD. Według szacunków w Polsce co roku rodzi się ok. 900 dzieci z FAS, więcej niż z zespołem Downa, na świecie rodzi się z tym zespołem od 0,5 do 5 dzieci na 1000 urodzonych. W badanej grupie żadna z matek nie potwierdziła picia alkoholu w czasie ciąży i u żadnego z ocenianych dzieci nie było stawiane podejrzenie w tym kierunku. Okazało się także, że w grupie dzieci z ADHD matki nie paliły częściej tytoniu niż matki dzieci z grupy kontrolnej.

Równie szkodliwe jak picie alkoholu przez kobietę ciężarną jest palenie papierosów, które może spowodować poronienie lub też stać się przyczyną powstania wad rozwojowych u płodu.

Zaburzenia snu u dzieci stają się w ciągu ostatnich lat coraz większym problemem. Z badań epidemiologicznych przeprowadzonych w roku 2005 przez TNS OBOP wynika, że co czwarty gimnazjalista ma poważne problemy ze snem [29]. Inni autorzy [30] podają, że zaburzenia snu występują u 25–40% dzieci i młodzieży, a nadmierna senność dzienna u ok. 5% ogólnej populacji.

U dzieci z ADHD występują różne zaburzenia snu [31]. W cytowanych badaniach autorów w grupie 27 dzieci (25 chłopców i 2 dziewczynki w wieku 6–14 lat, średnia wieku 9,5 +/- 1,9, z diagnozą ADHD w oparciu o DSM-IV) stwierdzono: zaburzenia okresu budzenia – 11(40,7%), bruksizm – 10 (37,3%), okresowe ruchy kończyn – 2 (7,4%), zaburzenia oddychania podczas snu – 10 (37%).

Nie dysponujemy danymi dotyczącymi częstości samobójstw dokonanych i usiłowanych wśród dzieci i młodzieży z ADHD. W USA corocznie ok. 1% ludzi z tym zespołem dopuszcza się czynów samobójczych, często w wyniku doświadczanego odrzucenia społecznego, współistniejącej depresji (NICHCY *Disability Fact Sheet* 2004). Brak polskich danych przemawia za koniecznością podjęcie wielośrodkowych, prospektywnych badań, które pozwolą na lepszą ocenę stanu diagnozowania zespołu nadpobudliwości z deficytem uwagi i chorób z nim współistniejących.

Wczesna identyfikacja dzieci z ADHD i odpowiednie interwencje, głównie środowiskowe (zapobieganie niewłaściwym postawom rodzicielskim, wykluczeniu z grupy rówieśniczej), mogą zapobiec czy zminimalizować ryzyko zaburzeń rozwojowych związanych z ADHD. Niekiedy poza interwencjami psychospołecznymi konieczne jest podjęcie oddziaływań farmakologicznych w celu ułatwienia kontroli szczególnie uciążliwych objawów.

WNIOSKI

1. Najczęściej współistniejącymi schorzeniami wśród osób z ADHD były urazy głowy, moczenie nocne i trud-

ności w nauce (w tym dysleksja). Na poziomie istotnym statystycznie częściej występowały one w tej grupie w stosunku do grupy kontrolnej.

2. Chłopcy z ADHD częściej niż dziewczęta mają współwystępujące zaburzenia rozwojowe.

3. Wskazane są dalsze badania nad zaburzeniami współtowarzyszącymi ADHD, dotychczas w Polsce nie-diagnozowanymi u tych dzieci, takimi jak lęk, zaburzenia nastroju (depresja, mania) czy otyłość oraz opracowanie narzędzi diagnostycznych i terapii tych zaburzeń. Podjęcie prac nad wypracowaniem, przez odpowiedni zespół specjalistów, systemu umożliwiającego diagnozowanie schorzeń i zaburzeń współistniejących z ADHD.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Wolańczyk T., Kołakowski A., Pisula A. et al.: Zespół nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD, zespół hiperkinetyczny). Centrum CTB, Warszawa 2005.
- [2] Popper C.W.: Disorders usually first evident in infancy, childhood, or adolescence. [in:] Textbook of Psychiatry. Ed. Tallbott J.A., Hales R.E., Yudofsky S., American Psychiatric Press, Washington 1988.
- [3] Buitelaar J.K.: Epidemiology: what have we learned over the last decade. [in:] Hyperactivity and Attention Deficit Disorders. Ed. Sandberg S., 2nd Edition. Cambridge University Press, Cambridge 2002.
- [4] Barkley R.A.: Attention-deficit/hyperactivity disorder. Major life activities and health impact, in ADHD. Regional Medical Conference organized by Eli Lilly and Company. Dublin, Ireland, 4-5 June 2005.
- [5] Borkowska A.R.: Neuropsychologiczne mechanizmy powstawania zaburzeń rozwojowych. [w:] Neuropsychologia kliniczna dziecka. Red. Borkowska A.R., Domańska Ł., Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- [6] Hallowell E.M., Ratey J.J.: W świecie ADHD. Nadpobudliwość psychoruchowa z zaburzeniami uwagi u dzieci i dorosłych. Wyd. Media Rodzina, Poznań 2004.
- [7] Steinhausen H.C.: The impact of co-existing problems. J. Neural Transm., 2007:114.
- [8] Döpfner M.: The ADORE-study: Treatment effects from first to third assessment. J. Neural Transm., 2007:114.
- [9] Biederman J., Faraone S., Harvard Mahoney Neuroscience Institute Letter, Winter 1996.
- [10] Biederman J., Faraone S.V., Mick E. et al.: Clinical correlates of ADHD in females. J. Am. Child Adolesc. Psychiatry, 1999:38, 966.
- [11] Mehler-Wex C., Klampfl K.: ADHD and comorbidity: psychopharmacotherapeutic approaches. J. Neural Transm., Springer, Wien-NewYork, 2007.
- [12] Herpertz-Dahlmann B.: Komorbide Störungen der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung im Kindes- und Jugendalter. Kinder- und Jugendmedizin, 2003:3, 148.
- [13] Sarkis S.M., Sarkis E., Marshall D. et al.: Self-regulation and inhibition in comorbid ADHD children: an evaluation of executive functioning. J. Attention Disord., 2005:8, 96.
- [14] Popielarska M.: Nadpobudliwość psychoruchowa. [w:] Psychiatria wieku rozwojowego. Red. Popielarska A., Popielarska M., PZWL, Warszawa 2000.
- [15] Pisula A., Wolańczyk T.: Zespół nadpobudliwości psychoruchowej. [w:] Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci. Red. Wolańczyk T., Komender J., PZWL, Warszawa 2005.
- [16] DiScala C., Lescossier I., Barthel M. et al.: Injuries to children with attention deficit hyperactivity disorder. Pediatrics, 1998:102, 1415.
- [17] Pilarz E.: Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi i moczenie nocne. XXI Ogólnopolska Konferencja Sekcji Naukowej Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Łódź 2005.
- [18] Szymańska U., Szymanik-Grzelak: Moczenie mimowolne. [w:] Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci. Red. Wolańczyk T., Kolender J., PZWL, Warszawa 2005.
- [19] Rybakowski F.: Rozpowszechnienie, koszty rodzinne i społeczne oraz utrzymywanie się objawów ADHD do wieku dorosłego. ADHD Newsletter, 2005:1.
- [20] Brzozowska A., Wolańczyk T.: Zaburzenia nastroju u dzieci. [w:] Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci. Red. Wolańczyk T., Komender J., PZWL, Warszawa 2005.
- [21] Hildsworth L., Whitmore K.: A study of children with epilepsy attending ordinary school. Dev. Med. Child Neurol., 1974:16, 746.
- [22] Ruter M., Graham P., Yule W.: A neuropsychiatric study in childhood. Lipponcott, Philadelphia 1970.
- [23] Tan M., Appeiton R.: Attention deficit and hyperactivity disorder, methylphenidate and epilepsy. Arch. Dis. Child., 2005:90, 57.
- [24] Dunn D.W., Austin J.K., Harezlak J. et al.: ADHD and epilepsy. Dev. Med. Child Neurol., 2003:45, 50.
- [25] Budman C.L., Rockmore L., Stokes J. et al.: Clinical phenomenology of episodic rage in children with Tourette syndrome. J. Psychosom. Resear., 2005:55, 59.
- [26] Teive H.A., Germiniani F.M., Della Coletta M.V. et al.: Tics and Tourette syndrome: clinical evaluation of 44 cases. Arq. Neuro-Psiquiatr., 2001:59, 725.
- [27] Żarowski M., Młodzikowska-Albrecht J., Steinborn B.: Symptomatologia tików oraz zespół Tourette'a u dzieci i młodzieży. Problemy diagnostyki i terapii. Neurol. Dziec., 2005:28, 41.
- [28] Suffczyńska-Kotowska M.: Reakcje adaptacyjne u małych dzieci. [w:] Psychiatria wieku rozwojowego. Red. Popielarska A., Popielarska M., PZWL, Warszawa 2000.
- [29] Skalski M.: Zaburzenia snu u dzieci i młodzieży. Neurol. Dziec., 2007:16, 82.
- [30] Wasilewska J., Jarecka-Cyrta E., Karczmarski M.: Narkolepsja, zespół metaboliczny i dieta bogata w proste węglowodany jako przyczyny senności diennej u dzieci, na przykładzie trojga pacjentów. Neurol. Dziec., 2007:16, 94.
- [31] Prihodova I., Pacit I., Koumarova L. et al.: Sleep and alertness in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). J. Neural Transm., 2007:114.

Adres do korespondencji:

Klinika Neurologii Dziecięcej, Instytut „Centrum Zdrowia Matki-Polki”, ul. Rzgowska 281/289, 93-338 Łódź, tel. (0) 42 271 20 80, e-mail: bwis57@tlen.pl

