107 MITÓW O ADHD

CZYLI JAK MIERZYĆ SIĘ Z NIEWIEDZĄ

JAROSŁAW JÓŹWIAK

Spis treści

Zastrzeżenie • 11

Wstęp • 13

Część I. Mity dotyczące ADHD • 15

1. ADHD to nowe zaburzenie • 15
2. ADHD jest coraz więcej. Dawniej nie było takiego problemu • 17
3. Dawniej nie było ADHD, wystarczyło „krótkie" wychowanie • 19
4. ADHD nie istnieje. To tylko wymówka dla złego zachowania • 23
5. Twórca ADHD odwołał swoje odkrycie na łożu śmierci • 25
6. ADHD jest wynikiem traumy • 27
7. ADHD jest wywoływane przez cukier • 29
8. ADHD zostało wykreowane przez koncerny farmaceutyczne • 31
9. ADHD jest efektem (nad)używania nowych technologii/gier komputerowych • 33
10. ADHD jest wywołane przez brak aktywności fizycznej • 35
11. ADHD jest wywołane przez zatrucie metalami ciężkimi • 37
12. ADHD występuje tylko/przede wszystkim u chłopców • 39
13. ADHD to normalny etap dojrzewania/z tego się wyrasta • 43
14. ADHD to choroba psychiczna, którą należy leczyć • 45
15. ADHD i ADD to dwa różne zaburzenia • 47
16. ADHD to rzadkie zaburzenie • 49
17. ADHD to zaburzenie rzadsze od spektrum autyzmu • 51
18. Każdy ma ADHD/każdemu się czasem nie chce • 53

Część II. Mity dotyczące osób z ADHD • 57

19. Osoby/dzieci z ADHD nie mogą się na niczym skupić • 57
20. Jeśli ktoś jest w stanie oglądać filmy lub czytać książki, to nie może mieć ADHD • 59
21. Dzieci z ADHD są/muszą być „rozbiegane" • 61
22. Jeśli dziecko nie jest nadaktywne, to nie może mieć ADHD • 63
23. Z ADHD się wyrasta/w nastoletniości ADHD ustępuje • 65
24. W podeszłym wieku nie można mieć ADHD • 67
25. Osoby z ADHD są bałaganiarzami • 69
26. Osoby z ADHD są zawsze impulsywne • 71
27. Osoby z ADHD są nieodpowiedzialne • 73
28. Osoby z ADHD nie mogą osiągnąć sukcesu w życiu • 75
29. Osoby z ADHD mają niższą inteligencję • 79
30. Osoby z ADHD są gadatliwe i głośne • 81
31. Osoby z ADHD nie są w stanie się skutecznie uczyć • 83
32. Osoby z ADHD nie znoszą stresu • 87
33. Osoby z ADHD nie są w stanie dokańczać pracy • 89
34. Osoby z ADHD nie są w stanie utrzymywać długotrwałych relacji • 91
35. Osoby z ADHD są chude/szczupłe • 93

Część III. Mity dotyczące objawów ADHD • 97

36. Objawy ADHD nie obejmują sfery emocjonalnej • 97
37. Objawy ADHD wyrażają się u wszystkich tak samo. Wszystkie osoby z ADHD mają takie same objawy • 101
38. Objawy ADHD u kobiet i mężczyzn są takie same • 103
39. Objawy ADHD w dzieciństwie i dorosłości są takie same • 105
40. Objawy ADHD nie zmieniają się w krótkim czasie/ na przestrzeni dni, tygodni, miesięcy • 109
41. Hiperaktywność objawia się bieganiem i wchodzeniem na drzewa • 111
42. Zaburzenie integracji sensorycznej przemawia za spektrum autyzmu • 113
43. Hiperfokus jest adehadową supermocą • 115

Część IV. Mity dotyczące rozpoznawania ADHD • 119

44. ADHD jest nadrozpoznawane • 119
45. Do rozpoznania ADHD można/należy stosować badania obrazowe mózgu (tomografia, rezonans) • 123

46. Do rozpoznania ADHD może służyć badanie EEG •127
47. Do rozpoznania ADHD służą testy komputerowe • 129
48. Do rozpoznania ADHD wystarczy wykonanie testu psychologicznego • 131
49. ADHD można zdiagnozować wyłącznie w dzieciństwie • 133
50. Procedura rozpoznania jest zawsze taka sama • 135
51. Negatywny wynik testów oznacza brak możliwości postawienia diagnozy ADHD • 139
52. ADHD nie można zdiagnozować przed 6. rokiem życia • 141

Część V. Mity dotyczące leków na ADHD • 145

53. Leki na ADHD są niebezpieczne • 145
54. Leki trzeba przyjmować całe życie • 149
55. Stymulanty to nowe/słabo poznane leki • 151
56. Leczenie ADHD oznacza konieczność przyjmowania leków • 153
57. Leczeniem ADHD powinni się zajmować psychiatrzy • 157
58. Tylko osoby z bardzo silnym ADHD wymagają leczenia • 159
59. Leki na ADHD stymulują mózg • 161
60. Leki na ADHD to narkotyki. Można się od nich uzależnić • 163
61. Dzieci przyjmujące stymulanty na ADHD mają większe ryzyko uzależnień • 165
62. Leki na ADHD zmieniają osobowość człowieka • 167
63. Stymulanty wywołują zaburzenia snu • 169
64. Leki na ADHD ułatwiają naukę każdemu • 171
65. Przyjmowanie leków na ADHD to oszukiwanie/ułatwianie sobie życia • 173
66. Leki na ADHD dawkuje się w zależności od masy ciała • 175
67. Leki na ADHD pomagają tylko w szkole. Leki podaje się po to, żeby dziecko nie miało problemów w szkole • 177
68. Zarejestrowane dawki są wystarczające do leczenia większości pacjentów • 179
69. Stymulanty nie mogą być stosowane u osób z padaczką • 181
70. Stymulanty nie mogą być stosowane u osób z tikami • 183
71. Stymulanty nie mogą być stosowane u osób z chorobą dwubiegunową • 185

72. Stymulanty nie mogą być stosowane u osób z zaburzeniem borderline • 187
73. Stymulanty nie mogą być stosowane u osób z zaburzeniami lękowymi • 191
74. Stymulanty nie mogą być stosowane u osób uzależnionych • 193
75. Stymulanty nie mogą być stosowane w ciąży • 197
76. Stymulanty odwadniają • 201
77. W leczeniu ADHD stosuje się wyłącznie stymulanty • 203
78. Najlepszym lekiem na ADHD jest amfetamina • 205
79. Leki na ADHD są przeznaczone tylko dla dzieci • 207
80. Leki na ADHD powodują, że człowiek będzie niższy • 209
81. Leki na ADHD robią z ludzi zombie • 211
82. Leki na ADHD zabijają kreatywność • 213
83. Stymulanty wywołują psychozę • 215
84. Leki na ADHD są niebezpieczne dla serca • 217
85. Nie wiemy, jaki jest długotrwały wpływ leków na człowieka • 221
86. Nie warto leczyć ADHD w (późnej) dorosłości • 225
87. Leczenie ADHD prowadzi się za pomocą krótko działających stymulantów • 227
88. Przyjmując leki (amfetaminowe) na ADHD, nie można prowadzić samochodu • 229

Część VI. Mity dotyczące psychoterapii ADHD • 231

89. Żeby wyleczyć ADHD, wystarczy się postarać. Nie trzeba przyjmować leków • 231
90. W leczeniu ADHD nie stosuje się psychoterapii • 235
91. Do wyleczenia ADHD wystarczy sama psychoterapia • 237
92. Psychoterapia to jedyna forma oddziaływań psychologicznych w ADHD • 239
93. Najlepszą formą psychoterapii w ADHD jest CBT • 241

Część VII. Mity dotyczące wychowania dziecka z ADHD • 243

94. Aby pomóc dziecku z ADHD, wystarczy podać mu leki • 243
95. Dziecko z ADHD wychowuje się tak samo, jak dzieci bez ADHD • 245
96. ADHD u dzieci leczy się za pomocą terapii rodzinnej • 247

97. Twarda ręka wystarczy do prawidłowego wychowania dziecka z ADHD • 249
98. Terapia dialektyczno-behawioralna (DBT) jest stosowana tylko u dorosłych • 253

Część VIII. Mity dotyczące suplementacji w ADHD • 255

99. W leczeniu ADHD należy stosować magnez • 255
100. Stymulanty wypłukują magnez • 257
101. ADHD można leczyć dietą • 259
102. ADHD można leczyć za pomocą szafranu • 261
103. ADHD można leczyć za pomocą różeńca górskiego • 263
104. ADHD można leczyć za pomocą LSD • 265
105. ADHD można leczyć za pomocą kawy • 267
106. ADHD można leczyć za pomocą marihuany • 269
107. ADHD można leczyć, ograniczając ilość spożywanych słodyczy • 271

Zastrzeżenie

Niniejsza książka ma charakter wyłącznie informacyjny i edukacyjny. Zawarte w niej treści nie stanowią porady medycznej, diagnozy ani zaleceń terapeutycznych. Autor oraz Wydawca dołożyli wszelkich starań, aby informacje przedstawione w książce były rzetelne i zgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej, jednak nie mogą one zastąpić indywidualnej konsultacji z lekarzem lub innym wykwalifikowanym specjalistą.

Wszelkie decyzje dotyczące diagnostyki, leczenia oraz stosowania opisanych metod powinny być podejmowane wyłącznie po konsultacji z lekarzem. Autor i Wydawca nie ponoszą odpowiedzialności za ewentualne konsekwencje wynikające z samodzielnego stosowania informacji zawartych w książce. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości dotyczących stanu zdrowia lub leczenia należy się niezwłocznie skontaktować z lekarzem lub odpowiednim specjalistą medycznym.

Wstęp

ADHD to jedno z najbardziej niezrozumianych zaburzeń, wokół którego narosło mnóstwo mitów i błędnych przekonań. Jestem często pytany: jak przekonać kogoś, kto w ADHD nie wierzy? Jak odpowiadać na argumenty sceptyków? Właśnie dlatego napisałem tę książkę – aby dostarczyć rzetelnych informacji, które można łatwo przytoczyć w rozmowie i rozwiać wątpliwości tych, którzy wciąż mają błędne wyobrażenia na temat ADHD.

Większość mitów, które tu omówię, zawiera ziarno prawdy – to właśnie sprawia, że są tak trudne do obalenia. Niektóre wynikają z nieaktualnych badań, inne z uproszczonych interpretacji rzeczywistych problemów związanych z ADHD. Dlatego w tej książce nie tylko obalam mity, ale także wyjaśniam, skąd się wzięły i dlaczego wciąż funkcjonują w przestrzeni publicznej.

Choć niektóre mity brzmią podobnie, każdy z nich omówiłem osobno, aby można było łatwo sięgnąć po konkretną odpowiedź bez konieczności dopasowywania jej do różnych wariantów błędnych przekonań. Moim celem było stworzenie narzędzia, które pomoże zarówno osobom z ADHD, jak i ich bliskim lepiej rozumieć rzeczywistość tego zaburzenia i skutecznie odpowiadać na wątpliwości otoczenia.

W całej książce, gdy piszę o lekach na ADHD, mam na myśli głównie stymulanty. Powód jest prosty: ponad 95% pacjentów na świecie, którzy otrzymują farmakoterapię, stosuje właśnie tę grupę leków. Choć istnieją również inne opcje terapeutyczne, to stymulanty pozostają złotym standardem leczenia, dlatego w większości przypadków to właśnie one będą omawiane w kontekście terapii farmakologicznej.

Mam nadzieję, że ta książka pomoże Ci lepiej zrozumieć ADHD i wyposaży Cię w argumenty, które rozwieją wszelkie wątpliwości – Twoje i innych.

Część I
Mity dotyczące ADHD

1. ADHD to nowe zaburzenie

ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*), czyli zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi lub inaczej zaburzenie hiperkinetyczne, często postrzegane jest jako współczesne zaburzenie związane z szybkim tempem życia, presją społeczną czy nowoczesnymi technologiami. Jednak w rzeczywistości ADHD nie jest nowym zjawiskiem, lecz problemem opisywanym od stuleci, choć jego rozumienie i definicja ewoluowały na przestrzeni lat.

Wzmianki o dzieciach wykazujących trudności z koncentracją, impulsywnością i nadmierną aktywnością pojawiły się już w XVIII wieku. Pierwszą osobą, która opisała objawy charakterystyczne dla ADHD, był niemiecki lekarz Melchior Adam Weikard. **W 1775 roku**, w swojej książce *Der Philosophische Arzt* przedstawił on wszystkie trzy kryterialne objawy ADHD: hiperaktywność, impulsywność i problemy z uwagą. **W 1798 roku** szkocki lekarz Alexander Crichton w swojej książce *An Inquiry into the Nature and Origin of Mental Derangement* opisał „niepokój uwagi", który mógłby odpowiadać dzisiejszemu ADHD. Obserwował, że niektóre osoby mają problemy z utrzymaniem skupienia, co negatywnie wpływa na ich funkcjonowanie w codziennym życiu.

Kolejnym kamieniem milowym była publikacja z **1902 roku**, w której George Still, brytyjski pediatra, opisał grupę dzieci z „zaburzeniem kontroli moralnej". Dzieci te, choć intelektualnie prawidłowo rozwinięte, nie potrafiły kontrolować swojego zachowania i przejawiały impulsywność oraz trudności w skupieniu uwagi. Still sugerował, że te cechy mogą wynikać z problemów neurologicznych, co do dziś jest jednym z kluczowych aspektów rozważań na temat etiologii ADHD.

Na przestrzeni XX wieku ADHD zaczęto lepiej definiować i klasyfikować. W latach 60. XX wieku pojawił się termin „minimalnej dysfunkcji mózgu"

(*minimal brain dysfunction*), który stopniowo przekształcał się w dzisiejsze ADHD. **W 1980 roku** wprowadzono nazwę *Attention Deficit Disorder* (ADD*)* do DSM-III (klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego), a w 1987 roku rozszerzono ją o komponent nadpobudliwości.

Rozwój wiedzy o ADHD jest również efektem postępu w neurologii i genetyce. Wiemy dziś, że ADHD ma silne podłoże genetyczne i wynika z zaburzeń w funkcjonowaniu mózgu, szczególnie w obszarach odpowiadających za kontrolę uwagi, impulsywność i regulację emocji. Co ważne, choć dzisiejsze metody diagnostyczne pozwalają skuteczniej identyfikować ADHD, zjawisko to nie jest nowe – po prostu obecna wiedza naukowa umożliwia nam lepsze zrozumienie problemów, które dawniej były marginalizowane lub błędnie interpretowane jako „złe wychowanie" czy „niesubordynacja".

Podsumowanie

ADHD, choć obecnie jest prawdopodobnie najczęściej diagnozowanym zaburzeniem neurorozwojowym, nie jest zjawiskiem nowym. Pierwsze opisy zachowań spełniających aktualne kryteria ADHD pochodzą już z 1775 roku. Ten opis pokazuje, że ADHD istniało na długo przed współczesnymi kryteriami diagnostycznymi i nie jest wynikiem współczesnego stylu życia ani nowych trendów medycznych. Przez kolejne stulecia zaburzenie różnie interpretowano i opisywano, ale jego podstawowe cechy pozostawały niezmienne, co świadczy o jego biologicznych i trwałych korzeniach.

Literatura

Barkley RA, Peters H. *The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of "attention deficit" (Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis)*. J Atten Disord. 2012 Nov;16(8):623-30.

Weikard MA. Der Philosophische Arzt. Reprint: Nabu Press; 2013.

Crichton A. An inquiry into the nature and origin of mental derangement: comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passion and their affects. London: T. Cadell & W. Davies, 1798.

Still GF. Some abnormal psychical conditions in children: the Goulstonian lectures. Lancet. 1902;1:1008–1012, 1077-1082, 1163-1168.

Martinez-Badía J, Martinez-Raga J. Who says this is a modern disorder? The early history of attention deficit hyperactivity disorder. World J Psychiatry. 2015 Dec 22;5(4):379-86.

2. ADHD jest coraz więcej. Dawniej nie było takiego problemu

Jak wspomniałem powyżej, osoby prezentujące objawy ADHD opisywano **już 250 lat temu**. Oczywiście brakowało odpowiedniej świadomości tego zaburzenia wśród specjalistów, stąd bardzo trudno ocenić częstość jego występowania w tamtych czasach. Zatem z całą pewnością nie jest to zaburzenie wyindukowane przez czasy współczesne.

Natomiast częstość występowania ADHD **na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat pozostaje stosunkowo stabilna**, co wynika z kilku kluczowych czynników. Po pierwsze, ADHD jest zaburzeniem neurobiologicznym o wysokiej dziedziczności, związanym z genetyką i mechanizmami rozwoju mózgu (stąd przyporządkowanie do zaburzeń neurorozwojowych). Po drugie, uwarunkowania genetyczne (warianty genetyczne) są względnie stałe w populacji i nie zmieniają się znacząco w krótkim okresie czasu.

Zwiększenie liczby diagnoz ADHD w ostatnich latach nie oznacza jednak rzeczywistego wzrostu częstości występowania zaburzenia. **Zmiany w liczbie diagnoz wynikają z lepszej dostępności doświadczonych specjalistów, większej świadomości społecznej i zaktualizowanych kryteriów diagnostycznych**, które pozwalają na skuteczniejsze rozpoznawanie ADHD u różnych grup wiekowych i płci. Co więcej, ostatnie zmiany klasyfikacji medycznych (DSM-5 i ICD-11), w których podwyższono granicę pojawienia się objawów do 12. roku życia sprawiają, że u coraz większej liczby osób można rozpoznać zaburzenie.

Kolejnym istotnym aspektem są różnice metodologiczne w badaniach epidemiologicznych. Analizy pokazują, że wskaźniki występowania ADHD różnią się w zależności od użytej metodologii, takiej jak wspomniane powyżej kryteria diagnostyczne (DSM-5 lub ICD), źródła danych (raporty rodziców, nauczycieli lub samooceny) oraz wymagania dotyczące poziomu zaburzenia funkcjonowania w życiu codziennym. Te czynniki mogą prowadzić do rozbieżnych wyników, co utrudnia dokładne porównania międzynarodowe.

Co więcej, środowiskowe czynniki ryzyka, takie jak ekspozycja na zanieczyszczenia czy styl życia, również nie zmieniają się tak szybko, by w krótkim czasie wpływać na globalne statystyki. Zwiększona świadomość tych czynników może jednak wpłynąć na wczesne wykrywanie i interwencję, co może skutkować poprawą jakości życia osób z ADHD, ale nie zmienia ogólnej częstości występowania.

Podsumowanie

Stabilność częstości występowania ADHD jest wynikiem trwałych uwarunkowań biologicznych i środowiskowych, a zmiany w liczbie diagnoz wynikają głównie z lepszego zrozumienia i rozpoznawania zaburzenia.

Literatura

Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. Int J Epidemiol. 2014 Apr;43(2):434-42.

Rydell M, Lundström S, Gillberg C, Lichtenstein P, Larsson H. Has the attention deficit hyperactivity disorder phenotype become more common in children between 2004 and 2014? Trends over 10 years from a Swedish general population sample. J Child Psychol Psychiatry. 2018 Aug;59(8):863-871.

Song M, Dieckmann NF, Nigg JT. Addressing Discrepancies Between ADHD Prevalence and Case Identification Estimates Among U.S. Children Utilizing NSCH 2007-2012. J Atten Disord. 2019 Dec;23(14):1691-1702.

Martinez-Badía J, Martinez-Raga J. Who says this is a modern disorder? The early history of attention deficit hyperactivity disorder. World J Psychiatry. 2015 Dec 22;5(4):379-86.