

Nadpobudliwość psychoruchowa z zaburzeniami uwagi u dorosłych a zaburzenie afektywne dwubiegunowe

Andrew Gleason, David Castle

Advances in Psychiatric Treatment 2012; 18: 198–204

Coraz więcej uwagi poświęca się pojęciu nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami uwagi (attention-deficit hyperactivity disorder, ADHD) u dorosłych, co pozostaje w zgodzie z dowodami wskazującymi, że u części osób, u których w dzieciństwie rozpoznano ADHD, objawy tego zaburzenia stwierdza się również w wieku dorosłym. Niektóre objawy nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami uwagi i hipomanii są takie same; ADHD może także współwystępować z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym. Rozpoznawanie i leczenie ADHD u dorosłych z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym może być skomplikowane, co wynika z nakładania się objawów, wątpliwości dotyczących trafności diagnostycznej i zbyt małej liczby dowodów empirycznych, na których mogłaby się opierać terapia. W tym artykule zajęto się zagadnieniem współwystępowania ADHD i zaburzenia dwubiegunowego oraz przedstawiono praktyczne sugestie dotyczące rozpoznawania i leczenia.

Nadmierną aktywność i zaburzenia uwagi opisywano u dzieci od ponad 100 lat. Ostatecznie wykształciło się pojęcie nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami uwagi (ADHD).¹ Chociaż tradycyjnie uważano, że ADHD dotyczy tylko dzieci i nastolatków, coraz częściej przyjmuje się, że objawy ADHD mogą występować również w wieku dorosłym.^{2,3} Szacunkowe dane dotyczące utrzymywania się objawów ADHD u dorosłych przyjmują wartości: od 4 do 66%,¹ a rozpowszechnienia ADHD u dorosłych w populacji ogólnej nawet 5%.⁴ ADHD utrzymujące się do wieku dorosłego wiąże się z częstym współwystępowaniem innych zaburzeń psychicznych, z których najczęstsze to: zaburzenia lękowe, nadużywanie substancji psychoaktywnych, nawracające zaburzenia depresyjne i zaburzenia afektywne dwubiegunowe.⁴

Współwystępowanie ADHD i zaburzenia afektywnego dwubiegunowego u dorosłych

Budzące liczne kontrowersje współwystępowanie ADHD i zaburzenia afektywnego dwubiegunowego u dzieci było przedmiotem wielu badań. Niewiele uwagi poświęcano natomiast tej kwestii u dorosłych, mimo częstego współwystępowania obydwu zaburzeń. Niektóre badania sugerują, że ADHD jest

nadreprezentowana u osób z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym (iloraz szans 8,3) i, że dotyczy nawet 9-35% dorosłych z tym zaburzeniem.^{4,5} Dlatego współwystępujące ADHD i zaburzenie dwubiegunowe mogą być zbyt rzadko rozpoznawane i niedostatecznie leczone.⁴

Współwystępowanie ADHD i zaburzenia afektywnego dwubiegunowego u dorosłych można wyjaśnić na kilka sposobów, ale żaden z nich właściwie nie wyklucza innych. Wiele z nich może zachodzić jednocześnie, co przyczynia się do współchorobowości. Możliwe również, że to spostrzeżenie jest artefaktem nakładania się objawów. Wydaje się jednak, że współwystępowanie ADHD i zaburzenia dwubiegunowego jest zbyt częste, aby mogło być jedynie dziełem przypadku, nawet po wykluczeniu nakładających się kryteriów DSM-IV.⁶ Inną możliwością stanowi zniekształcenie Berksona, polegające na tym, że u pacjentów szukających pomocy psychiatry przeważnie występuje więcej współlistniejących zaburzeń niż u osób z populacji ogólnej. Prawdopodobne jest również wspólne podłoże, które czyni pacjentów podatnymi na obydwa te zaburzenia, jednak obecna wiedza o neurobiologii zaburzenia dwubiegunowego i ADHD nie jest wystarczająca do zweryfikowania tej hipotezy.^{4,7}

Kolejny wymiar wzajemnych zależności między współwystępującymi zaburzeniami wiąże się z dowodami na wystę-

Andrew Gleason, senior registrar, Royal Melbourne Hospital, Australia. David Castle, Chair of Psychiatry, St Vincent's Hospital, Melbourne, University of Melbourne; consultant psychiatrist, St Vincent's Hospital, Melbourne, Australia

Adres do korespondencji: Dr Andrew Gleason, Neuropsychiatry Unit, Royal Melbourne Hospital, VIC 3050, Australia; e-mail: andrew.gleason@mh.org.au

Konflikt interesów: D.C. otrzymywał wynagrodzenia od dużych firm farmaceutycznych za pracę w radach doradczych, a także za konsultacje, wykłady i w ramach grantów.

Ramka 1

Rozpoznawanie ADHD u dorosłych¹

1. Wywiad kliniczny oceniający aktualne objawy ADHD (w ciągu ostatnich 6 miesięcy)
2. Ocena zaburzeń funkcjonowania w pracy, domu i relacjach
3. Wywiad rozwojowy i dotyczący dzieciństwa, z uwzględnieniem występowania objawów ADHD
4. Wykluczenie innych zaburzeń psychicznych lub rozpoznanie zaburzeń współistniejących
5. Wywiad rodzinny dotyczący zaburzeń psychicznych (np. ADHD, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, tików, upośledzenia umysłowego, zaburzeń koncentracji)
6. Uzupełnienie badania fizykalnego (wykluczenie urazu głowy, padaczki, nadużywania substancji psychoaktywnych i zaburzeń hormonalnych)
7. Wykluczenie aktualnych stresorów społecznych jako czynników powodujących objawy naśladujące ADHD
8. Badania neuropsychologiczne (np. uwagi, pamięci, funkcji intelektualnych i analiza osiągnięć szkolnych)

Ramka 2

Najważniejsze pytania przy rozpoznawaniu ADHD²¹

- Czy osiowe objawy – zaburzenia uwagi, nadmierna aktywność i impulsywność – na pewno występują?
- Czy istnieją obiektywne dowody potwierdzające, że te objawy są przyczyną istotnych zaburzeń w szkole, pracy, życiu społecznym, a także w codziennym adaptacyjnym funkcjonowaniu?
- Czy objawy stanowiły stały element funkcjonowania danej osoby w różnych sytuacjach począwszy od dzieciństwa?
- Jakie są dowody na to, że objawy nie są konsekwencją braku wysiłku, niedopasowania zawodu albo przemijających czynników sytuacyjnych lub środowiskowych?
- Czy inne zaburzenie psychiczne lub somatyczne nie tłumaczy tych objawów lepiej?
- Czy inne zaburzenia psychiczne mogą współwystępować z objawami ADHD?

powanie zmian poznawczych w zaburzeniu dwubiegunowym mogących naśladować objawy ADHD, co prowadzi nakładania się objawów w większym stopniu niż wynikałoby to z obowiązujących kryteriów DSM⁸ lub ICD.⁹ Szczególnie utrzymujące się deficyty uwagi są obecne na wczesnym etapie zaburzenia dwubiegunowego, nawet w okresie eutymii, i wydają się bardziej nasilone podczas nawrotów choroby.¹⁰ Dodatkowo występują deficyty pamięci operacyjnej, fluencji słownej i funkcji wykonawczych (takich jak planowanie, elastyczność i kontrola poznawcza).¹¹ Hipotetycznie możliwe, że część tych objawów może występować na wczesnym etapie choroby w okresie prodromalnym, w dziecięcej postaci ADHD lub może maskować ADHD u dorosłych.⁴

Podczas rozważań na temat współwystępowania zaburzeń i nakładania się objawów, warto pamiętać o tym, że obowią-

zujące systemy diagnostyczne oparte na kryteriach (aktualne wydania DSM i ICD) stanowią przede wszystkim hipotezy robocze, które ułatwiają standaryzowaną komunikację w celach badawczych i praktyki klinicznej, a nie wyszczególniają jednostek chorobowych o jednoznacznie zdefiniowanej patofizjologii i etiologii.^{12,13} Prawdopodobnie definicje ADHD i zaburzeń dwubiegunowych zmieniają się z czasem, w miarę lepszego rozumienia ich etiologii, dzięki czemu będzie również można lepiej rozumieć przyczyny współwystępowania tych dwóch zaburzeń pojmowanych zgodnie z ich obecną konceptualizacją.

Przebieg kliniczny ADHD współwystępującego z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym

U dorosłych z współwystępującym ADHD i zaburzeniem dwubiegunowym przebieg choroby jest cięższy w porównaniu z przebiegiem u osób cierpiących tylko na jedno z tych zaburzeń.⁴ Często jest również współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych, najczęściej zaburzeń lękowych i związanych z nadużywaniem substancji.^{14,15} Osoby, u których ADHD współistnieje z zaburzeniem dwubiegunowym, charakteryzuje gorsze funkcjonowanie społeczne w porównaniu z osobami z samym zaburzeniem dwubiegunowym,¹⁶ młodszy wiek, w którym występuje pierwszy epizod afektywny,¹⁷ częstsze epizody (szczególnie depresji),^{18,19} większe nasilenie objawów afektywnych, krótszy czas remisji, gorsze wykształcenie, mniejsza liczba relacji, częstsze podejmowanie prób samobójczych i wchodzenie w konflikt z prawem.⁴ Uważa się, że objawy ADHD, w tym trudności ze skupieniem uwagi, utrzymaniem koncentracji i pamięcią, są często błędnie przypisywane zaburzeniu dwubiegunowemu, co powoduje, że u osób z obydwoma schorzeniami nie są leczone. Ogólnie rzecz biorąc, leczenie współwystępującego ADHD i zaburzenia dwubiegunowego jest częściej suboptymalne w porównaniu z leczeniem każdego z tych zaburzeń oddzielnie.⁴ W tych przypadkach objawy ADHD mogą potencjalnie przyczyniać się do pogorszenia funkcjonowania w okresie między epizodami. Innym możliwym czynnikiem przyczyniającym się do gorszych wyników leczenia u osób z ADHD i zaburzeniem dwubiegunowym jest zapominanie i nieuwaga, które u osób z ADHD mogą przyczyniać się do gorszego stosowania się do zaleceń, jednak mało prawdopodobne, aby był to jedyny czynnik.

Rozpoznanie

Podczas leczenia osoby, u której podejrzewa się zaburzenie afektywne dwubiegunowe, w pierwszej kolejności należy wyjaśnić, czy rzeczywiście cierpi ona na to zaburzenie. Trzeba zebrać dokładny wywiad, a następnie przeprowadzić badanie fizykalne i w razie potrzeby zlecić badania dodatkowe.⁵ Po wykluczeniu innych zaburzeń trzeba rozważyć, czy u pacjenta występuje tylko jedno zaburzenie, tzn. czy podejrzewane ADHD

może być po prostu przejawem zaburzenia dwubiegunowego.⁵ Należy również uwzględnić możliwość współwystępowania innych zaburzeń towarzyszących, w tym lękowych i związanych z nadużywaniem substancji, które często współwystępują z zaburzeniem dwubiegunowym i ADHD: 65% osób z ADHD i zaburzeniem dwubiegunowym cierpiało w ciągu życia na co najmniej jedno zaburzenie lękowe.⁴ U chorych z podejrzeniem objawów hipomanii, którzy nigdy nie przeżyli ewidentnego epizodu maniakalnego, w różnicowaniu trzeba również uwzględnić niestabilność emocjonalną w przebiegu zaburzeń osobowości.

Po ustaleniu, że pacjent choruje na zaburzenie dwubiegunowe, należy przeprowadzić dokładne badanie w kierunku ADHD (ramka 1 i 2). Objawy ADHD u dorosłych i sugestie dotyczące rozpoznania opisano w *Advances in Psychiatric Treatment*¹ oraz w innych czasopismach.²⁰ Trzeba zebrać wywiad medyczny, psychiatryczny, społeczny, dotyczący edukacji i aktywności zawodowej. Retrospektywne informacje dotyczące dzieciństwa mogą nie być dokładne i wiarygodne, dlatego ważne jest, jeżeli to możliwe, uzyskanie dokumentacji medycznej i szkolnej, na podstawie których będzie można zweryfikować występowanie objawów ADHD w dzieciństwie. Należy również zebrać dodatkowy wywiad od rodziców, pracodawców,

ważnych osób i opiekunów. Po ustaleniu początku w dzieciństwie oraz przewlekłego i całościowego charakteru objawów należy ustalić stopień zaburzeń funkcjonowania w różnych sferach życia, w tym w pracy i relacjach interpersonalnych.²¹

RÓŻNICOWANIE

Trzeba uwzględnić, że u wielu osób skarżących się na rozpraszalność uwagi, zaburzenia koncentracji czy problemy szkolne ADHD nie występuje.²² Mało prawdopodobne jest również, aby na ADHD cierpiał dorosły, który relacjonuje brak problemów w funkcjonowaniu szkolnym czy zaburzeń uwagi w dzieciństwie.²² Trzeba rozważyć alternatywne rozpoznania, takie jak depresja, epizod mieszany, zaburzenia lękowe, nadużywanie substancji, zaburzenia osobowości. Zaburzenia uwagi i brak koncentracji często występują w depresji i stanach mieszanych, towarzysząc typowym objawom tych zespołów. Pomocne jest zapytanie pacjenta o to, czy zazwyczaj ma problemy z koncentracją w okresach, kiedy poza tym czuje się dobrze, oraz o to, czy objawy te utrzymują się od dzieciństwa. Większość osób relacjonujących, że koncentracja ulega normalizacji wraz z ustabilizowaniem się ich stanu emocjonalnego, nie cierpi na ADHD.²² W ramce 3 przedstawiono różnicowanie ADHD z innymi chorobami somatycznymi i psychicznymi.

Tabela. Różnicowanie ADHD i manii/hipomanii na podstawie objawów

ADHD	Mania/hipomania
Nakładające się objawy	
Częste mówienie zbyt wiele	Bardziej rozmowny niż zwykle/przymus stałego mówienia
Częste odpowiadanie, zanim pytanie zostanie zadane do końca	
Częste łatwe rozpraszanie się po wpływem zewnętrznych bodźców	Rozpraszalność uwagi
Trudności z utrzymaniem uwagi	Utrzymujący się deficyt uwagi (obecny w okresie eutymin, nasilający się w manii/hipomanii) ¹⁰
Niezdolność do zwracania bliższej uwagi na szczegóły/popelnianie błędów wynikających z nieuwagi	
Częste nerwowe ruchy dłoni lub stóp	Pobudzenie psychoruchowe
Trudności ze spokojnym siedzeniem	
Nieadekwatne do sytuacji bieganie wokół lub wspinanie się na przedmioty/subiektywne poczucie niepokoju	
Trudności z angażowaniem się w spokojne aktywności w czasie wolnym	
Częste poruszanie się „jakby było się napędzonym przez motorek”	
Częste przerywanie innym lub wtrącanie się do rozmowy	Utrata zwykłych hamulców społecznych
Bardzo duże trudności w czekaniu na swoją kolej	
Cechy przeciwstawne	
Początek w dzieciństwie; objawy występowały przed 7 r.ż.	Początek przeważnie we wczesnej dorosłości
Przewlekłe, okresowo uporczywe, objawy	Przebieg cykliczny (choć między epizodami również mogą występować obawy i dysfunkcje) ^{10,24,25}
Nienakładające się objawy	
Częste unikanie, niechęć lub opór do angażowania się w zadania wymagające przedłużonego psychicznego wysiłku	Pogorszenie samooceny/postawa wielkościowa (choć może występować również jako mechanizm obronny w ADHD). ³⁴ Zwiększenie aktywności ukierunkowanej na cel. Natłok pomysłów lub subiektywne poczucie gonitwy myśli. Zmniejszona potrzeba snu. Nadmierne angażowanie się w aktywności sprawiające przyjemność, związane z dużym ryzykiem niekorzystnych konsekwencji

Zaadaptowano: Klassen⁴

Ramka 3

Różnicowanie ADHD u dorosłych²⁰

Choroby somatyczne:

- Przebyty uraz głowy lub niedotlenienie
- Zaburzenia snu (np. bezdech senny)
- Przebyta niedawno infekcja wirusowa, w tym zakażenie HIV
- Choroby przewlekłe (np. niewydolność nerek lub wątroby)
- Padaczka (np. *petit mal*)
- Zaburzenia endokrynologiczne (np. niedoczynność tarczycy, nadczynność tarczycy, hipoglikemia)

Choroby psychiczne:

- Zaburzenia lękowe
- Depresja
- Zaburzenie dwubiegunowe (np. przewlekła hipomania)
- Cyklotymia
- Osobowość aspołeczna lub typu borderline
- Skutki stosowanych leków (np. benzodiazepin, leków cholinolitycznych, przeciwdrgawkowych)
- Inne choroby OUN (np. schorzenia degeneracyjne)
- Nadużywanie substancji psychoaktywnych (alkoholu, przewlekłe stosowanie kokainy, amfetaminy lub kanabinoli)

Objawy ADHD u dorosłych różnią się nieco od objawów tego zaburzenia u dzieci. Przeważnie nasilenie objawów nadmiernej aktywności zmniejsza się z wiekiem i dorośli przejawiają mniej objawów eksternalizacyjnych.⁴ Mogą u nich występować następujące objawy:

- nadmierna aktywność, która może być relacjonowana jako „nerwowość”, chory może przejawiać także nadmierną gadatliwość;
- impulsywność, która może przejawiać się jako skłonność do przerywania innym podczas interakcji społecznych, ryzykowne prowadzenie pojazdów, impulsywne wydawanie pieniędzy lub rozpoczynanie wielu projektów, z których żaden nie jest doprowadzany do końca;
- zaburzenia uwagi, przejawiające się jako błędy z nieuwagi, gorsze planowanie, niezwracanie uwagi na szczegóły lub niesłuchanie tego, co ktoś mówi; mogą także być opisywane jako trudności z koncentracją (np. podczas oglądania telewizji, czytania książek);
- może występować znaczna reaktywność nastroju; wahania mogą przebiegać w cyklach godzinnych lub kilkudniowych.

Objawy te są związane z problemami psychospołecznymi i zawodowymi. Dorośli z ADHD w porównaniu z osobami z populacji ogólnej charakteryzują się dwukrotnie większym ryzykiem aresztowania i rozwodu, 78% większym ryzykiem bezrobocia, a także częściej są karani za przekroczenie prędkości.^{1,4}

Istnienie wielu wspólnych objawów ADHD i manii/hipomanii może implikować trudności diagnostyczne (tabela). Różnicowanie ADHD z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym typu II, zaburzeniami zaliczanymi do kontinuum zaburzeń

dwubiegunowych i epizodami z symptomatologią mieszaną może być trudne, ponieważ takie objawy jak drażliwość, nadmierna aktywność, gadatliwość, rozpraszalność, zwiększona aktywność, niepokój fizyczny, zachowania impulsywne i zaburzenia oceny mogą być powodowane przez ADHD.⁴ Niemniej wiele rdzennych objawów klasycznej manii lub hipomanii (urojenia wielkościowe, euforia, zmniejszona potrzeba snu, gonitwa myśli, hiperseksualność i objawy psychotyczne) nie występuje w samym ADHD.²³

Kilka kluczowych objawów może pomóc w określeniu, czy u osoby z zaburzeniem dwubiegunowym występuje ADHD. Najbardziej oczywistymi cechami różnicującymi ADHD i zaburzenie dwubiegunowe są: wiek wystąpienia objawów i przebieg zaburzenia w ciągu życia. ADHD zaczyna się wcześniej, przeważnie objawy pojawiają się przed 7 r.ż., natomiast początek zaburzeń dwubiegunowych w dzieciństwie jest rzadki.⁵ ADHD jest zaburzeniem przewlekłym, dlatego pacjenci przeważnie opisują ciągłe utrzymywanie się objawów, natomiast zaburzenie dwubiegunowe najczęściej ma przebieg epizodyczny.⁵

Biorąc pod uwagę wiek początku objawów, retrospektywnie ADHD można potwierdzić na podstawie dokumentacji szkolnej, wywiadu od innych oraz wywiadu od pacjenta potwierdzającego rozpoznanie w dzieciństwie, przed wystąpieniem objawów manii lub hipomanii. Można by było także oczekiwać utrzymywania się objawów ADHD u osoby z ADHD i zaburzeniem dwubiegunowym przy braku epizodów hipomanii, manii lub depresji. Może to być bardziej skomplikowane, niż wydawałoby się z początku, ponieważ ostatnie badania podważyły tradycyjne rozumienie zaburzeń dwubiegunowych jako choroby o czysto epizodycznym przebiegu. W prowadzonych przez lata badaniach obserwacyjnych stwierdzono, że osoby z zaburzeniem dwubiegunowym doświadczały objawów choroby mniej więcej przez połowę tygodni, podczas których prowadzono obserwację, były to jednak przede wszystkim objawy depresyjne, a nie maniakalne, i najczęściej miały charakter podprogowy.^{24,25} Jak wcześniej wspomniano, zaburzenia uwagi mogą wystąpić w zaburzeniu dwubiegunowym nawet w okresie eutymii.¹⁰ Biorąc pod uwagę te czynniki, mało prawdopodobne, aby podprogowe objawy afektywne i deficyty uwagi związane z zaburzeniem dwubiegunowym utrzymywały się stale od dzieciństwa w taki sposób, jak w przebiegu charakterystycznym dla ADHD.

Podczas różnicowania z depresją pomocne jest uwzględnienie, że ADHD może być związana z pewnego stopnia dysforią, będącą konsekwencją frustracji spowodowanej niepowodzeniami w życiu. Dysforia wynikająca z zaniepokojenia psychospołecznymi konsekwencjami objawów ADHD będzie w większym stopniu reagować na leki stosowane w terapii ADHD niż na leki przeciwdepresyjne. Od depresji odróżnia ją brak zaburzeń napędu, zmęczenia, problemów ze snem, anhedonii i tendencji samobójczych, które są częstymi objawami w depresji nie związanej z ADHD.²³

SKALE OCENY

Dostępnych jest wiele skal stosowanych do oceny ADHD u dorosłych, w tym skala Connersa (Conners' Adult ADHD Rating Scale, Brown Attention-Deficit Disorder Scale for adults, Wender Utah Rating Scale, ADHD Rating Scales, Current Symptoms Scale i Adult ADHD Self-Report Scale.²¹ Narzędzia te mogą stanowić uzupełnienie szczegółowej oceny klinicznej, a także być stosowane do monitorowania reakcji na leczenie, mają jednak poważne ograniczenia. Rzetelność skal samooceny jest dyskusyjna. Żadna ze skal oceny nie dostarcza dowodów wystarczających do rozpoznania ADHD, możliwe są także wyniki fałszywie dodatnie.²¹ Żadna ze stosowanych obecnie skal nie była wystarczająco oceniana u osób z ADHD współwystępującym z zaburzeniem dwubiegunowym. Można posłużyć się badaniami neuropsychologicznymi, które mogą być wykorzystane do oceny zaburzeń związanych z ADHD oraz deficytów neuropsychologicznych spowodowanych innymi przyczynami.

Leczenie

OGÓLNE ZASADY

Obecnie nie ma danych empirycznych, na których można by było opierać leczenie ADHD z towarzyszącym zaburzeniem dwubiegunowym, dlatego chorych należy traktować indywidualnie. Autorzy sugerują ostrożne podejście. Należy raczej określić jednoznaczne parametry oceny leczenia i monitorować ich zmiany, a nie podejmować próby leczenia nieukierunkowanego na swoiste objawy. Jeżeli rozpoznanie i obecność zaburzeń funkcjonowania nie budzą wątpliwości, farmakoterapia jest uzasadniona. Jeżeli natomiast jest mniej oczywista, a zaburzenia funkcjonowania mniej nasilone, bardziej uzasadniona może być próba leczenia psychospołecznego przy ścisłym monitorowaniu stanu pacjenta.

Mówiąc ogólnie, istnieją dwa szerokie podejścia do leczenia dwóch niezależnych, współwystępujących ze sobą zaburzeń: sekwencyjne i hierarchiczne. Podejście sekwencyjne polega na identyfikowaniu i leczeniu schorzenia, które pojawiło się jako pierwsze, a w dalszej kolejności na leczeniu pozostałych zaburzeń. Podejście hierarchiczne polega na określeniu najważniejszego pod względem klinicznym czynnika, leczeniu ukierunkowanemu na pozbycie się go, a następnie rozważeniu, czy mniej poważne zaburzenie zostało skorygowane albo czy jego objawy utrzymują się i wymagają leczenia.⁵

Zagrożenia związane z brakiem leczenia zaburzeń dwubiegunowych są zazwyczaj poważniejsze niż związane z brakiem leczenia ADHD, dlatego autorzy zalecają wybór podejścia hierarchicznego i leczenie w pierwszej kolejności zaburzeń dwubiegunowych (ramka 4). Niekiedy objawy, które wydają się związane z ADHD, mogą reagować na leczenie stosowane w zaburzeniu dwubiegunowym, dzięki czemu dodatkowe leczenie ADHD jest niepotrzebne. Leczenie zaburzenia dwu-

Ramka 4

Etapy postępowania w przypadku podejrzenia współwystępowania ADHD i zaburzeń dwubiegunowych

1. Potwierdzenie rozpoznania/rozpoznań przez zebranie dobrego wywiadu (włącznie z uzyskaniem informacji z dodatkowych źródeł), badanie stanu psychicznego, badanie fizykalne i badania dodatkowe
2. Rozpoczęcie lub optymalizacja leczenia zaburzeń dwubiegunowych (psychologiczne i farmakologiczne); leczenie nadużywania substancji, jeżeli występuje; próba leczenia etapowego raczej niż jednoczesnego wprowadzania wielu leków, jeżeli jest to możliwe
3. Ponowna ocena pozostałych zaburzeń, leczenie zaburzeń lękowych
4. W przypadku utrzymywania się objawów ADHD rozpoczęcie leczenia
5. W przypadku ponownego pojawienia się objawów zaburzeń dwubiegunowych, sprawdzenie stosowania się do zaleceń dotyczących leczenia tych zaburzeń, w razie potrzeby oznaczenie stężeń leków we krwi; optymalizacja leków stosowanych z zaburzeniem dwubiegunowym i interwencji psychospołecznych; w razie potrzeby odstawienie leków stosowanych w leczeniu ADHD
6. U osób niereagujących na leczenie – weryfikacja rozpoznania

biegunowego powinno obejmować farmakoterapię, edukację, interwencje psychologiczne i społeczne, mające na celu pełną kontrolę objawów, jeżeli jest to możliwe.⁵

Po leczeniu zaburzeń dwubiegunowych w leczeniu pozostałych zaburzeń, w tym ADHD, można zastosować podejście hierarchiczne i leczyć w pierwszej kolejności schorzenia powodujące największą destabilizację, a następnie kontynuować leczenie krok po kroku w celu zwalczania pozostałych objawów.²³ Jeżeli jest to możliwe, najlepiej wprowadzać w jednym momencie jeden nowy lek w celu lepszej oceny powodowanych przez niego efektów. Współwystępujące zaburzenia lękowe należy prawdopodobnie leczyć przed rozpoczęciem terapii ADHD, ponieważ leki pobudzające mogą nasilać objawy lęku. U osób nadużywających substancji korzystne może być rozpoczęcie leczenia tego problemu jednocześnie z terapią ADHD i zaburzenia dwubiegunowego. Leczenie nadużywania substancji może zmniejszać objawy ADHD i zaburzeń dwubiegunowych, a terapia ADHD może łagodzić nasilenie nadużywania substancji.⁴

FARMAKOTERAPIA

Jednym z największych problemów związanych z leczeniem współwystępującego ADHD i zaburzenia dwubiegunowego jest to, że nie jest całkowicie jasne, jaki wpływ wywierają leki pobudzające na zaburzenie dwubiegunowe. Dostępnych jest wiele doniesień kazuistycznych na temat manii indukowanej stosowaniem leków pobudzających, chociaż inne badania, jakkolwiek niewielkie i niekontrolowane, sugerują, że przeważnie nie nasilają one objawów maniakałnych, a nawet mogą w pewnym stopniu działać przeciwmaniakałnie.^{7,26} Na przykład w przeglądzie retrospektywnym, który dotyczył 16 osób z zaburzeniem dwubiegunowym (z których tylko pięciu cierpiało na ADHD), wykazano, że metylfenidat poprawiał koncentrację,

nie powodując jednocześnie manii po leczeniu, które trwało średnio 14 miesięcy.²⁷ Na te sprzeczne wyniki mogła na przykład wpłynąć obserwacja, że do zmiany fazy na maniakalną może dochodzić po wielu miesiącach stabilizacji.²³ Dlatego potrzebne są badania o dłuższej obserwacji, aby wyjaśnić, jakie jest ryzyko manii indukowanej stosowaniem leków pobudzających u osób z ADHD i zaburzeniem dwubiegunowym. Istnieją pewne dowody na to, że bupropion redukuje objawy ADHD i depresji, nie wywołując manii.²⁸

Biorąc pod uwagę niewielką liczbę i sprzeczne wyniki dostępnych badań, prawdopodobnie najlepiej stosować leki pobudzające tylko u starannie wybranych pacjentów w celu zmniejszenia towarzyszących objawów ADHD oraz unikać ich stosowania bez jednoczesnego podawania leków normotymicznych, a także u osób, które nie stosują się ściśle do zaleceń. Należy również zachować ostrożność przy stosowaniu leków pobudzających u osób z współwystępującymi zaburzeniami lekowymi, ponieważ leki te mogą nasilać objawy lękowe. Należy ostrzegać pacjentów i ich opiekunów przed możliwością rozwoju manii wskutek stosowania leków pobudzających i wyjaśnić im, jakie są wczesne objawy ostrzegawcze.²⁹ W przypadku rozwoju objawów manii należy lek odstawić i ponownie ocenić schemat terapii lekami normotymicznymi.²³ Oczywiście należy również odstawić inne leki, które pogarszają objawy (np. leki przeciwdepresyjne powodujące manię).²³ W sytuacjach, gdy leki pobudzające istotnie korzystnie wpływają na objawy ADHD, ale jednocześnie powodują zmianę fazy na maniakalną, można zwiększyć dawkę leku normotymicznego nastroju lub zalecić krótkie przerwy w stosowaniu leków pobudzających w weekendy.²³

Przed rozpoczęciem stosowania leków pobudzających należy zebrać indywidualny i rodzinny wywiad dotyczący chorób układu krążenia. Leki z tej grupy mogą indukować lub nasilać zaburzenia rytmu serca i nadciśnienie tętnicze. Przed rozpoczęciem leczenia trzeba rozważyć wykonanie badania EKG, szczególnie u osób po 40 r.ż.³⁰ Wywiad medyczny powinien uwzględnić stosowanie leków pobudzających dostępnych bez recepty i kofeiny, ponieważ metylenidat, amfetaminy i atomoksetyna mogą nasilać ich działanie.³⁰

PSYCHOSPOŁECZNE METODY LECZENIA

U każdego pacjenta z współwystępującym ADHD i zaburzeniem dwubiegunowym należy zastosować psychospołeczne metody leczenia. Interwencjami psychoterapeutycznymi skutecznymi w zaburzeniu dwubiegunowym są: edukacja, terapia poznawczo-behawioralna, interpersonalna i terapia rytmu społecznego, a także terapia rodzinna.³¹ Pojawiają się dowody na skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej i metapoznawczej u dorosłych z ADHD.^{32,33} Terapia metapoznawcza obejmuje techniki poznawczo-behawioralne i ma na celu zmianę stylów myślenia w celu promowania rozwoju funkcji wykonawczych związanych z radzeniem sobie z samym sobą. Chociaż, zgodnie z wiedzą autorów, nie opublikowano żad-

nych badań dotyczących psychospołecznych metod leczenia współwystępującego ADHD i zaburzenia dwubiegunowego, sensowne wydaje się wykorzystywanie tych psychologicznych metod leczenia, które okazały się skuteczne w występujących oddzielnie ADHD i zaburzeniu dwubiegunowym, dobranych odpowiednio w zależności od stanu klinicznego pacjenta, jego potrzeb i preferencji. U osób z ADHD konieczna może być modyfikacja technik psychologicznych, na przykład krótsze i częstsze sesje. Badania neuropsychologiczne mogą umożliwić dostosowanie pracy psychologicznej do indywidualnych deficytów.

Pomocna może być również perspektywa psychodynamiczna. W epoce skutecznych biologicznych metod leczenia i kryteriów diagnostycznych, które skupiają się w większym stopniu na zjawiskach behawioralnych niż historii problemów psychicznych konkretnej osoby, łatwo jest zapomnieć, że objawy często mają określone znaczenie i stanowią element życia danej osoby. Osoby z ADHD często mają zaburzoną umiejętność zapanowania nad swoimi problemami zdrowotnymi, ponieważ zaburzenia uwagi wpłynęły na ich zdolność internalizacji i utrzymania w psychice uspokajających introjekcji postaci rodziców.³⁴ Niepowodzenie w spełnianiu oczekiwań rodziców i wymogów społecznych może prowadzić do poczucia nieadekwatności i niekompetencji, prowadząc do rozwoju jako mechanizmu obronnego postawy wielkościowej, która może być mylona z manią.³⁴ Dorosli z ADHD mogą nie być w stanie odczytywać sygnałów interpersonalnych i mogą wykształcić stereotypowe sposoby reagowania na innych, co stanowi mechanizm obronny przed lękiem podczas interakcji interpersonalnych.³⁴ Eksploracja doświadczeń psychicznych pacjenta, znaczenia i kontekstu może być pomocna pod względem diagnostycznym oraz przy dopasowywaniu planu leczenia do potrzeb jednostki; może również sama w sobie mieć walor terapeutyczny.

Podsumowanie

Wydaje się, że zaburzenie dwubiegunowe z współwystępującym ADHD u osoby dorosłej jest stanem cięższym niż samo zaburzenie dwubiegunowe. Biorąc pod uwagę, że obecnie nie są dostępne jednoznaczne informacje dotyczące diagnozowania i leczenia współwystępującego ADHD i zaburzenia dwubiegunowego, prawdopodobnie najlepszym wyjściem jest przyjęcie konserwatywnej strategii, zgodnie z którą leki pobudzające mogą powodować manię. Wydaje się mało prawdopodobne, aby leczenie zaburzenia dwubiegunowego nasilało objawy ADHD, natomiast leczenie ADHD może zaostrzać przebieg zaburzenia dwubiegunowego (choć ryzyko tego zjawiska może być przeceniane). Udowodniono, że stan niektórych pacjentów z nasilonymi objawami ADHD, które utrzymują się po leczeniu zaburzenia dwubiegunowego, może znacznie się poprawić po leczeniu ADHD, co oznacza, że w pewnych okolicznościach korzyści z leczenia mogą przewyższać związane z nim

zagrożenia. Potrzebne są dalsze badania w celu wyjaśnienia tych niejasności i rzucenia światła na charakter współwystępującego u dorosłych ADHD i zaburzenia dwubiegunowego.

Podziękowania

Dziękujemy dr. Joelowi Kingowi za pomoc redakcyjną przy opracowywaniu rękopisu.

From the *Advances in psychiatric treatment* (2012), vol. 18, 198-204. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyrights ©2012 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Piśmiennictwo

- Janakiraman R, Benning T (2010) Attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Advances in Psychiatric Treatment* 16: 96-104.
- Asherson P, Adamou M, Bolea B, et al (2010) Is ADHD a valid diagnosis in adults? Yes. *BMJ* 340: c549.
- Moncrieff J, Timimi S (2010) Is ADHD a valid diagnosis in adults? No. *BMJ* 340: c547.
- Klassen LJ, Katzman MA, Chokka P (2010) Adult ADHD and its comorbidities, with a focus on bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 124: 1-8.
- Parker GB (2010) Comorbidities in bipolar disorder: models and management. *Medical Journal of Australia* 293: S18-20.
- Milberger S, Biederman J, Faraone SV, et al (1995) Attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disorders: issues of overlapping symptoms. *American Journal of Psychiatry* 152: 1793-9.
- Hegerl U, Himmerich H, Engmann B, et al (2010) Mania and attention-deficit/hyperactivity disorder: common symptomatology, common pathophysiology and common treatment? *Current Opinion in Psychiatry* 23: 1-7.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edn) (DSM-IV). APA.
- World Health Organization (1992) *Tenth Revision of the International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*. WHO.
- Clark L, Goodwin GM (2004) State- and trait-related deficits in sustained attention in bipolar disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 254: 61-8.
- Soreca I, Frank E, Kupfer KJ (2009) The phenomenology of bipolar disorder: what drives the high rate of medical burden and determines long-term prognosis? *Depression and Anxiety* 26: 73-82.
- Andreasen NC (2007) DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophrenia Bulletin* 33: 108-12.
- Mullen PE (2007) A modest proposal for another phenomenological approach to psychopathology. *Schizophrenia Bulletin* 33: 113-21.
- Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer T, et al (2005) Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: data from the first 1000 STEPbipolar disorder participants. *Biological Psychiatry* 57: 1467-73.
- Wingo AP, Ghaemi SN (2007) A systematic review of rates and diagnostic validity of comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 68: 1776-84.
- Sentissi O, Navarro JC, Oliveira HD, et al (2008) Bipolar disorders and quality of life: the impact of attention deficit/hyperactivity disorder and substance abuse in euthymic patients. *Psychiatry Research* 161: 36-42.
- Tamam L, Tuglu C, Karatas G, et al (2006) Adult attention-deficit hyperactivity disorder in patients with bipolar I disorder in remission: preliminary study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 60: 480-5.
- Sachs GS, Baldassano CF, Truman CJ, et al (2000) Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with early- and late-onset bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry* 157: 466-8.
- Ryden E, Thase ME, Straht D, et al (2009) A history of childhood attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) impacts clinical outcome in adult bipolar patients regardless of current ADHD. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 120: 239-46.
- Trollor JN (1999) Attention deficit hyperactivity disorder in adults: conceptual and clinical issues. *Medical Journal of Australia* 171: 421-5.
- Murphy KR, Adler LA (2004) Assessing attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: focus on rating scales. *Journal of Clinical Psychiatry* 65 (suppl 3): 13-7.
- Carlat DJ (2007) My favorite tips for sorting out diagnostic quandaries with bipolar disorder and adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 30: 233-8.
- Scheffer RE (2007) Concurrent ADHD and bipolar disorder. *Current Psychiatry Reports* 9: 415-9.
- Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, et al (2002) The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry* 59: 530-7.
- Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, et al (2003) A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Archives of General Psychiatry* 60: 261-9.
- Hensch T, Himmerich H, Hegerl U, et al (2010) Stimulants in bipolar disorder: beyond common beliefs. *CNS Spectrums* 15: 469-72.
- Lydon E, El-Mallakh RS (2006) Naturalistic long-term use of methylphenidate in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 26: 516-8.
- Wilens TE, Prince JB, Spencer T, et al (2003) An open trial of bupropion for the treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder. *Biological Psychiatry* 54: 9-16.
- Morris R (2004) The early warning symptom intervention for patients with bipolar affective disorder. *Advances in Psychiatric Treatment* 10: 18-26.
- Newcorn JH (2007) Age-related considerations in the treatment of ADHD. *CNS Spectrums* 12 (suppl 23): 10-3.
- Lauder SD, Berk M, Castle DJ, et al (2010) The role of psychotherapy in bipolar disorder. *Medical Journal of Australia* 193: S31-5.
- Knight LA, Rooney M, Chronis-Tuscano A (2008) Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current Psychiatry Reports* 10: 412-8.
- Solanto MV, Marks DJ, Wasserstein J, et al (2010) Efficacy of metacognitive therapy for adult ADHD. *American Journal of Psychiatry* 167: 958-68.
- Gabbard GO (2005) *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. American Psychiatric Publishing.