

dr Richard Saul



# ADHD NIE ISTNIEJE

---

Cała prawda o zespole  
nadpobudliwości psychoruchowej  
z deficytem uwagi

---

Dr Richard Saul

# ADHD NIE ISTNIEJE

---

Cała prawda o zespole  
nadpobudliwości psychoruchowej  
z deficytem uwagi

---



TYTUŁ ORYGINAŁU

*ADHD does not exist. The truth about attention deficit and hyperactivity disorder*

Przełożył: Rafał Pękała

Redaktor prowadzący: Małgorzata Świącicka

Redakcja: Lucyna Markowska

Korekta: Krzysztof Bernaś

Projekt okładki: Łukasz Werpachowski, grafika@illuminatio.pl

DTP: skladigrafika@gmail.com

Copyright © 2014 by Richard Saul, MD. All rights reserved. Printed in the United States of America. No part of this book may be used or reproduced in any manner whatsoever without written permission except in the case of brief quotations embodied in critical articles and reviews. For information, address Harper Collins Publishers, 10 East 53rd Street, New York, NY 10022.

Copyright © for Polish edition by ILLUMINATIO Łukasz Kierus 2015

Wszelkie prawa do polskiego przekładu i publikacji zastrzeżone. Powielanie i rozpowszechnianie z wykorzystaniem jakiejkolwiek techniki całości bądź fragmentów niniejszego dzieła bez uprzedniego uzyskania pisemnej zgody posiadacza tych praw jest zabronione.

Wydanie I

Białystok 2015

ISBN: 978-83-64645-40-2



Bądź na bieżąco i śledź nasze wydawnictwo na Facebooku:  
**[www.facebook.com/vivantepl](http://www.facebook.com/vivantepl)**

  
**vivante**  
[www.vivante.pl](http://www.vivante.pl)

Wydawnictwo Vivante

E-mail: [wydawnictwo@vivante.pl](mailto:wydawnictwo@vivante.pl)

Dział handlowy: [zamowienia@vivante.pl](mailto:zamowienia@vivante.pl)

Pełna oferta wydawnictwa jest dostępna na stronie [www.vivante.pl](http://www.vivante.pl)

Druk i oprawa: Drukarnia READ ME

# Spis treści

|                                                                         |     |
|-------------------------------------------------------------------------|-----|
| Od autora .....                                                         | 11  |
| Przedmowa.....                                                          | 13  |
| Wprowadzenie: Nieistniejące zaburzenie znane jako ADHD .....            | 21  |
| <br>CZĘŚĆ I: Narodziny kryzysu .....                                    | 25  |
| 1. Gdzie jesteśmy i jak się tu znaleźliśmy?.....                        | 27  |
| 2. Łatwa odpowiedź: rola kulturowego nastawienia.....                   | 39  |
| 3. Epidemia stosowania leków stymulujących<br>i ich skutki uboczne..... | 45  |
| 4. Przegląd zaburzeń odpowiedzialnych za objawy ADHD.....               | 53  |
| <br>CZĘŚĆ II: Choroby i zaburzenia odpowiedzialne za objawy ADHD ..     | 57  |
| 5. Wady wzroku .....                                                    | 59  |
| 6. Zaburzenia snu .....                                                 | 71  |
| 7. Nadużywanie substancji psychoaktywnych.....                          | 85  |
| 8. Zaburzenia afektywne<br>(zaburzenia dwubiegunowe i depresyjne).....  | 99  |
| 9. Wady słuchu .....                                                    | 115 |
| 10. Trudności w uczeniu się.....                                        | 127 |

|                           |                                                                      |     |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----|
| 11.                       | Zaburzenia przetwarzania sensorycznego.....                          | 139 |
| 12.                       | Uzdolnienia.....                                                     | 151 |
| 13.                       | Zaburzenia napadowe .....                                            | 163 |
| 14.                       | Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne.....                                | 173 |
| 15.                       | Zespół Tourette'a .....                                              | 183 |
| 16.                       | Zespół Aspergera (zaburzenie ze spektrum autyzmu) .....              | 193 |
| 17.                       | Rozproszenie uwagi i impulsywność<br>o podłożu neurochemicznym ..... | 207 |
| 18.                       | Schizofrenia .....                                                   | 219 |
| 19.                       | Alkoholowy zespół płodowy .....                                      | 231 |
| 20.                       | Zespół łamliwego chromosomu X .....                                  | 245 |
| 21.                       | Inne zaburzenia.....                                                 | 257 |
| CZĘŚĆ III: Działanie..... |                                                                      | 273 |
| 22.                       | Gdy nie ma diagnozy .....                                            | 275 |
| 23.                       | Ocena objawów i ich zwalczanie.....                                  | 281 |
| Podziękowania.....        |                                                                      | 295 |
| Przypisy .....            |                                                                      | 297 |

# Przedmowa

---

Napisałem tę książkę, aby prowokować. Nie dla samej prowokacji jednak. Od lat zajmuję się wieloaspektowymi problemami spowodowanymi błędną diagnozą zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi, czyli ADHD, u dzieci i dorosłych. Objawy związane z zaburzeniami koncentracji są aż nadto widoczne, ze wszystkimi swoimi negatywnymi skutkami, jakie wywołują u całego społeczeństwa bez względu na wiek. Osoby mające te objawy muszą sprostać wielu wyzwaniom na polu akademickim, zawodowym i społecznym, często borykając się z problemami przez całe życie. Jednakże ufność, jaką świat medyczny pokłada w diagnozowaniu ADHD, a także wsparcie ze strony społeczności lekarskiej spowodowały wiele negatywnych konsekwencji: nieumiejętność diagnozowania podstawowych chorób częściowo lub w całości wyjaśniających zaburzenia koncentracji, pominięcie koniecznego leczenia owych zasadniczych zaburzeń, jak również zdrowotne, ekonomiczne i emocjonalne koszty związane z nierozpoznanymi – i wobec tego nieleczonymi – chorobami. Napisałem tę książkę, aby sprowokować do głębszego zastanowienia się nad wyczerpującymi pacjentów objawami zaburzeń koncentracji i nadpobudliwości. Napisałem ją dla le-

karzy, pacjentów i wszystkich tych, którzy żywią nadzieję, że ułatwi ona dostęp do odpowiedniej pomocy potrzebującym.

Droga, która doprowadziła mnie do uzyskania pełnego wyobrażenia objawów zaburzeń koncentracji, była kręta. Wczesne doświadczenia w tej materii zdobyłem dzięki posadzie profesora medycyny klinicznej na University of Health Sciences w Chicago. Poczynając od lat 70., byłem odpowiedzialny za ustanowienie nowych wytycznych mających na celu zwrócenie uwagi, i edukowanie studentów medycyny oraz wykładowców, w kierunku zdrowotnych uwarunkowań mogących powodować trudności w uczeniu się. W ten sposób rozpocząłem program badawczy poświęcony identyfikacji czynników zakłócających proces uczenia się u najmłodszych (od przedszkola do ósmej klasy) w szkołach w Lake County w stanie Illinois. Nasze pytanie przewodnie brzmiało: „Co przeszkadza dzieciom w uczeniu się?”. Już od pierwszego dnia pobytu w szkołach dało się zauważyć jedną rzecz: bardzo duża część dzieci – więcej niż jedno na pięcioro – miało problemy ze skupieniem uwagi, co następnie przybierało formę trudności w uczeniu się, zakłócania spokoju, a nawet przygnębienia czy wycofania.

Po pewnym czasie opracowałem protokół służący ocenie występujących u dzieci czynników powodujących zaburzenia uwagi i utrudniających proces uczenia się. Wciąż pamiętam stos artykułów, przez które musiałem przebrnąć, aby opracować protokół: był wyższy ode mnie!

W owym czasie nadal podzielałem ogólnie przyjęty pogląd na diagnozowanie zaburzeń koncentracji. Nazywaliśmy to schorzenie zespołem zaburzeń koncentracji uwagi, czyli ADD (ang. *attention-deficit disorder*), gdyż człon dotyczący „nadpobudliwości” pojawił się później. Akronim ten stał się popularnym określeniem owego zaburzenia. W trakcie badań zajmowaliśmy się takimi kwestiami jak: „Czy wszystkie dzieci wykazujące trudności w uczeniu się mają ADD?” (okazało się, że nie) oraz: „Czy wszystkie dzieci z ADD mają trudności w uczeniu się?” (większość tak, lecz dzieci te miały także wyższy iloraz inteligencji niż ich rówieśnicy). Wówczas nie zdawałem sobie z tego sprawy, lecz jeden z elementów, które rozwinąłem na potrzeby programu badawczego w Lake Co-

unty, położył podwaliny pod moje ostateczne przekonanie, że zaburzenia koncentracji i nadpobudliwość są raczej objawami niż samym zaburzeniem. Aby pomóc naszym studentom zrozumieć, jakie trudności wiążą się z zaburzeniami koncentracji, przeprowadziliśmy symulację pobytu w klasie, podczas której nosili np. „lornetki odwracające” powodujące, że wszystkie obiekty wydawały się im bardziej oddalone niż były w rzeczywistości. Ze względu na zaburzoną percepcję głębi studenci ci wykazywali tendencję do zrzucania przedmiotów ze swoich ławek i wpadania na innych uczestników, podczas poruszania się po pomieszczeniu – obie sytuacje są znanymi oznakami ADHD. Dawaliśmy także studentom słuchawki, dzięki którym mogli odbierać transmisję wykładu, lecz z krótkimi i często powtarzającymi się momentami ciszy (tzn. z przerwami w nadawanym sygnale dźwiękowym), które utrudniały zrozumienie informacji – kolejny objaw zaburzeń koncentracji lub trudności w uczeniu się. Patrząc wstecz, uświadomiłem sobie, że symulowałem nie tylko zaburzenia koncentracji, ale wiele spośród ich zasadniczych przyczyn. Jak przekonamy się w kolejnych rozdziałach tej książki, zaburzenia widzenia i słyszenia, a nawet napady nieświadomości, są odpowiedzialne za olbrzymią liczbę błędnie zdiagnozowanych przypadków ADHD. Nic dziwnego, że gdy studenci przestali korzystać z lornetek i słuchawek, ich objawy ADHD zniknęły.

Wkrótce po doświadczeniu w Lake County na moje wyobrażenie o zaburzeniach koncentracji wpłynął także dodatkowy czynnik, lecz pochodzący z zupełnie innego źródła. Matka jednego z moich pacjentów – ucznia czwartej klasy o imieniu Bobby – powiedziała mi, że nauczyciel Bobby’ego wezwał ją na spotkanie, gdyż jej syn zakłócał spokój w klasie. Była zdziwiona, ponieważ do tej pory dostawała informacje o dobrym sprawowaniu chłopca w trakcie lekcji. Poprosiłem ją, by dowiedziała się, czy Bobby zachowywał się tak przez cały dzień, czy tylko w określonych momentach. Podczas następnej wizyty wyjaśniła mi, że Bobby niegrzeczny tylko podczas zajęć z matematyki (m.in. rzucał papierowymi kulkami, rozmawiał z uczniami, stukał palcami o ławkę). Co więcej, Bobby – posiadający liczne uzdolnienia – zrealizował cały program lekcji



z matematyki przewidziany dla czwartej klasy w ciągu pierwszego miesiąca szkoły. Wówczas zachowanie mojego pacjenta nabrało więcej sensu – chłopiec był prawdopodobnie znudzony. Matka Bobby’ego potwierdziła, że syn miał „siedzieć i być cicho”, podczas gdy inni uczniowie rozwiązywali swoje zadania. Od mało którego czwartoklasisty można tego oczekiwać! Pomogłem matce Bobby’ego zapisać go na zajęcia z matematyki dla piątej klasy. Jego uciążliwe zachowanie natychmiast zniknęło. Co istotne, ponownie udało mi się zaobserwować, jak określone uwarunkowania – w tym przypadku uzdolnienia – mogą manifestować się poprzez objawy zaburzeń koncentracji. Bobby’emu nie postawiono diagnozy ADHD, lecz nietrudno sobie wyobrazić, że w innych okolicznościach podobne dziecko mogłoby mieć takie rozpoznanie. Jeden z rozdziałów tej książki jest więc poświęcony przypadkom dzieci podobnych do Bobby’ego, których uzdolnienia mogą prowadzić do znudzenia w szkole i – w konsekwencji – do błędnej diagnozy ADHD.

Z początkiem lat 80. zacząłem formułować moją wciąż ewoluującą hipotezę na temat zaburzeń koncentracji i nadpobudliwości w sposób bardziej całościowy. Zdobyłem wieloletnią rządową dotację i pracowałem z osobami odpowiedzialnymi za program kształcenia specjalnego nad wzrostem świadomości społecznej na temat zagadnień związanych z uczeniem się i koncentracją u dzieci. Jednak nasza współpraca przyczyniła się także do wzrostu mojej własnej świadomości na temat trudności, jakie powoduje zinstytucjonalizowane podejście do tych kwestii. Przykładowo stało się oczywiste, że lekarze nie wykonywali wyczerpujących badań u dzieci z zaburzeniami koncentracji, mimo że było to zalecane przez Amerykańską Akademię Pediatriczną i inne wiodące organizacje medyczne. Było ku temu wiele powodów, wśród nich brak wiedzy (lekarze po prostu nie wiedzieli, jak badać swoich pacjentów) i względy ekonomiczne (zapewnienie pełnego zwrotu kosztów takich badań stawało się coraz trudniejsze). Te wszystkie obserwacje zmotywowały mnie do otwarcia własnej poradni w 1983 roku. Zajmowałem się pacjentami skierowanymi do mnie przez lekarzy, psychologów i innych pacjentów, zwykle dlatego że ich przypadki były skomplikowane lub dlatego że

dotychczasowe leczenie nie przynosiło rezultatów. Wielu z nich miało już za sobą wizyty u różnych specjalistów, którzy jednak nie byli w stanie im pomóc.

Praca z osobami odsyłanymi przez innych lekarzy, którą prowadziłem przez kolejne dziesięć lat, potwierdziła to, co podejrzewałem od dawna – że objawy ADHD można wytłumaczyć dzięki pozostałym zaburzeniom. Mówiąc inaczej, ADHD, tak jak je obecnie definiujemy, nie istnieje. Większość odwiedzających mój gabinet pacjentów, u których podstawową diagnozą było ADHD, wyjaśniające ich objawy. Wielu pozostałych pacjentów nie miało w ogóle żadnych zaburzeń. W przypadku znacznej części z tych osób, które miały objawy innych zaburzeń, ich poprzedni lekarze rozpoznawali dodatkowe zaburzenia jako współwystępujące (istniejące jednocześnie) z ADHD. Kiedy udawało mi się wyleczyć to, co uważałem za główną przyczynę zaburzeń koncentracji i nadpobudliwości zwykle znikaly, prowadząc mnie do przekonania, że ADHD było skutkiem innych podstawowych zaburzeń, a nie zaburzeniem samym w sobie.

Jak można sobie wyobrazić, moi pacjenci i ich rodziny odczuwali ulgę, kiedy konfrontowali się z diagnozą, która była dla nich sensowna, i z leczeniem, które rzeczywiście przynosiło skutki. W miarę jak osiągałem kolejne sukcesy z młodymi pacjentami, zaczęło się dziać coś interesującego – wielu z ich rodziców mówiło mi: „Ja też mam problemy z koncentracją. Możesz mi pomóc?”. Używając identycznych procedur rozpoznawania głównej diagnozy – innej niż ADHD – leczyłem tych pacjentów i znacząco redukowałem ich objawy. Do mojego gabinetu zaczęło przychodzić tak wielu dorosłych z problemami utrzymania skupienia, że po pewnym czasie moja praktyka lekarska dotyczyła dorosłych już nie w 25%, ale w 75%, choć ADHD nadal częściej występuje u dzieci. Diagnozowanie oraz leczenie, zarówno dzieci jak i dorosłych, utwierdziło mnie w przekonaniu, że zaburzenia koncentracji i nadpobudliwość są głównymi objawami innych schorzeń.

Pomoc tym, którym przyklejono etykietę ADHD, w znalezieniu właściwej diagnozy i sposobu leczenia jest moją nieustającą misją. Podczas

swojej klinicznej praktyki nadal spotykam wielu pacjentów, u których rozpoznano ADHD, oraz takich, którzy sami są przekonani, że mają to zaburzenie. Współpracuję z licznymi stowarzyszeniami medycznymi zajmującymi się ADHD i powiązanymi z nim zaburzeniami, w tym z Towarzystwem na rzecz Pediatrii Rozwojowej i Behawioralnej (ang. *Society for Developmental and Behavioral Pediatrics*) oraz z Działem Zachowania i Rozwoju Amerykańskiej Akademii Neurologii (ang. *American Academy of Neurology*). Pomagam tam moim kolegom po fachu zrozumieć zagrożenia wynikające z błędnego diagnozowania ADHD, a także kwestie powiązane z wzrastającym poziomem używania i nadużywania leków stymulujących. Nasze wspólne zrozumienie problematyki pomoże zdefiniować praktyczne wytyczne zalecane przez wymienione stowarzyszenia oraz, miejmy nadzieję, przez ogół medycznego personelu.

Rozpocząłem przedmowę od stwierdzenia, że napisałem książkę, aby prowokować. Mam nadzieję sprowokować pacjentów, lekarzy i całe społeczeństwo do głębszego analizowania objawów zaburzeń koncentracji oraz powstrzymać tendencję do mechanicznego rozpoznania ADHD. Istnieje wiele powodów błędnego diagnozowania, co przedstawię szczegółowo w tej książce, do czego przyczyniają się między innymi pacjenci, lekarze i firmy farmaceutyczne. Znaczące są także koszty – medyczne, ekonomiczne i psychologiczne – jakie muszą ponieść jednostki (i ich rodziny) na skutek takich pomyłek. Przedstawiając objawy zaburzeń koncentracji i nadpobudliwości w nowym świetle, pragnę pomóc większej liczbie osób w osiągnięciu rezultatów, jakie stały się udziałem moich pacjentów: dokładnej diagnozy, właściwego leczenia i życia dającego dużo więcej satysfakcji.



**ADHD**

**NIE ISTNIEJE**

# Nieistniejące zaburzenie znane jako ADHD

---

A DHD zdiagnozowano u ponad 4% wszystkich dorosłych i 11% amerykańskich dzieci – co daje ponad 40% przypadków więcej niż w ubiegłym dziesięcioleciu\*. Dwóm trzecim spośród tych dzieci przepisano leki stymulujące takie jak Adderall czy Ritalin. Zastanówmy się nad tym przez chwilę... Oznacza to bowiem, że wielu dorosłych i nastolatków nadużywa wspomnianych leków, aby lepiej wykonywać swoje obowiązki w szkole i w pracy.

Spostrzeżenia te są alarmujące, choć zapewne mniej zdumiewające niż główne twierdzenie mojej książki, że ADHD nie istnieje. Można by na to odpowiedzieć, że ADHD jest jedynie zbyt często diagnozowane. To prawda. Wielu ludzi, którzy korzystają ze stymulantów, prawdopodobnie nie powinno ich stosować, na przykład studenci usiłujący się skupić podczas nudnego wykładu czy dzieci, które w mniemaniu nauczyciela są nieco zbyt ruchliwe. Lecz jak to możliwe, żeby wśród milionów zdiagnozowanych osób nikt z nich rzeczywiście nie miał ADHD? Przecież wszyscy znamy ludzi z poważnymi zaburzeniami koncentracji czy nadpobudliwością: chłopca, który zawsze buja w obłokach, dziewczynkę, która

---

\* Dotyczy stanu na 2014 rok.

wstaje z miejsca i biega po klasie, gdy pozostali uczniowie siedzą spokojnie, kobietę wciąż zadającą pytania, na które właśnie udzielono odpowiedzi, czy mężczyznę, który nie może przestać gadać. Na pewno chociaż część z nich ma ADHD!

W istocie nikt z nich. Wyrażę się jaśniej: przesłanie tej książki mówi, że ani jedna osoba (nawet taka, która nie może się na niczym skupić i usiedzieć spokojnie) nie jest dotknięta zaburzeniem nazywanym ADHD – zgodnie z jego dzisiejszą definicją. Od 1937 roku, kiedy dr Charles Bradley wykazał, że dzieci z objawami rozproszenia uwagi dobrze reagują na podawanie leków stymulujących, podstawowa definicja ADHD pozostała zasadniczo niezmieniona. Poprzednią wersją tego zaburzenia było ADD (ang. *attention-deficit disorder* – zaburzenia koncentracji uwagi), zdefiniowane w klasyfikacji zaburzeń psychicznych *Diagnostic and Statistical Manual* (czyli DSM, który omówimy szczegółowo później) wydaną przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (ang. APA – *American Psychiatric Association*). Definicja ta opierała się na objawach związanych z brakiem koncentracji, takich jak nieumiejętność skupienia się na szczegółach lub instrukcjach, trudności w organizacji zadań czy rozproszenie uwagi. Do późniejszej wersji definicji DSM dodano objawy nadpobudliwości i impulsywności, poszerzając nazwę zaburzenia z ADD na ADHD (ang. *attention-deficit hyperactivity disorder*). Pozostałe symptomy obejmują ruchliwość, przesadne wypowiedzanie się, przerywanie innym oraz trudności w usiedzeniu na miejscu czy oczekiwaniu na swoją kolej (w kolejnych rozdziałach szczegółowo przeanalizujemy wszystkie z objawów ADHD).

Jest jednak coś zastanawiającego w sposobie definiowania tej „choroby” – opisuje się je w oparciu o jej objawy, a nie *przyczynę*. Jeśli chcielibyśmy zdefiniować zawał serca na podstawie bólu w klatce piersiowej, za stosowne uznałibyśmy podanie środków przeciwbólowych, a nie różne sposoby wzmocnienia serca. Nietrudno znaleźć inne przykłady: niedrożność nosa może być *objawem* przeziębienia, alergii lub wielu innych chorób, lecz katar nie jest *diagnozą*; ból brzucha może być powiązany z zapaleniem wyrostka robaczkowego, zakażeniem przewodu pokarmowego, rakiem i z innymi chorobami, lecz sam nie stanowi *diagnozy*. Na tej samej

zasadzie zamierzam dowieść w książce, iż zespół symptomów kojarzonych z diagnozą ADHD jest w istocie powiązany z ponad dwudziestoma medycznymi zaburzeniami, których skuteczne leczenie może spowodować zniknięcie zaburzeń koncentracji i nadpobudliwości.

Objawy rozproszenia uwagi i impulsywności są aż nadto prawdziwe. Korzystamy jednak z nieaktualnej i niesłusznej definicji ADHD, która utrzymała się przez tyle dziesięcioleci za sprawą lekarzy, firm farmaceutycznych, mediów, a także samych pacjentów. Miliony błędnych diagnoz powodują całą lawinę następstw, w tym opóźnienie leczenia lub odmowę objęcia leczeniem, wzrastające koszty służby zdrowia czy poważne zagrożenie zdrowia i frustrację u pacjentów oraz ich rodzin. Dalsze cierpienie pacjentów jest zupełnie niepotrzebne, podobnie jak rosnące koszty epidemii stosowania leków stymulujących do zwalczania ADHD, które pokrywamy wszyscy jako społeczeństwo. Najwyższy czas zmienić nasze wyobrażenie o tym, co w istocie powoduje rozproszenie uwagi i impulsywność, oraz zapewnić pacjentom właściwe leczenie.

Moim celem jest przedstawienie bezprecedensowego i uczciwego spojrzenia na zaburzenie znane jako ADHD oraz dostarczenie ludziom narzędzi niezbędnych do uzyskania prawdziwej diagnozy i pomocy w związku z ich objawami. Napisałem tę książkę dla ciebie: czy jesteś matką lub ojcem dziecka z zaburzeniami koncentracji, nauczycielem opiekującym się zbyt dużą liczbą rozproszonych uczniów, lekarzem zaniepokojonym coraz częstszym diagnozowaniem ADHD czy osobą, która sama zmaga się z rozproszeniem uwagi i impulsywnością. Chciałbym, aby ta książka była przewodnikiem, który pomoże ci znaleźć wiele potencjalnych źródeł objawów ADHD oraz wskaże sposób właściwego leczenia dla każdego z opisanych zaburzeń. Jeśli zmagasz się z ADHD nawet po postawieniu diagnozy i wspomaganiu stymulantami, nabierz otuchy, gdyż po znalezieniu i wyleczeniu podstawowej choroby czy zaburzenia, objawy niemal zawsze ustępują.

W Części I książki przedstawię zarys problematyki ADHD, łącznie z historią zaburzenia, jego obecną definicją i sposobem leczenia, czynnikami stojącymi za wprowadzającą w błąd terminologią i niewłaściwym le-

czeniu oraz znacznymi kosztami, jakie w związku z tym muszą ponieść zarówno pojedynczy pacjenci, jak i całe społeczeństwo. Wyjaśnię także, w jaki sposób odmienne zaburzenia mogą w pełni odpowiadać za objawy dekoncentracji i nadpobudliwości oraz zaprezentuję najnowsze badania genetyczne, które wskazują na nakładanie się na siebie symptomów ADHD i wielu innych chorób. Przeznaczyłem również cały rozdział na opisanie, jakie następstwa powoduje stosowanie leków stymulujących, dlaczego w najlepszym wypadku można je uznać za rozwiązanie tymczasowe i z czego wynika ich zdolność do nasilania objawów oraz wywoływania niebezpiecznych skutków ubocznych. W Części II przedstawię dogłębną charakterystykę szesnastu najczęściej występujących zaburzeń i chorób odpowiadających za kłopoty z koncentracją i nadpobudliwość (jak również przegląd rzadziej spotykanych), łącznie ze wskazaniem do ich rozpoznania i omówieniem najbardziej skutecznych sposobów leczenia. Każde z tych zaburzeń zostanie zilustrowane przykładem z mojej praktyki. Wreszcie, w Części III, wskażę narzędzia służące do oceny schorzeń odpowiedzialnych za objawy nadpobudliwości i zaburzeń koncentracji wraz z ogólnymi radami dotyczącymi ich zwalczania.

Mam nadzieję, że wyniesiesz z lektury tej książki przekonanie, do jakiego doszedłem dzięki wieloletniej pracy z osobami wykazującymi objawy zaburzeń koncentracji i nadpobudliwości, iż traktowanie ADHD jako rzeczywistego zaburzenia działa na szkodę nas wszystkich, a najdotkliwiej na szkodę pacjentów i ich rodzin. Moim celem jest wykorzenienie błędnej definicji ADHD, która przyczynia się do nadmiernego wypisywania leków na receptę, a więc do problemu, z którym Stanom Zjednoczonym i wielu innym krajom coraz trudniej jest się uporać.



Część I



# NARODZINY KRYZYSU

# Gdzie jesteśmy i jak się tam znaleźliśmy?

---

Wyobraźmy sobie osobę, która z natury jest roztargniona bądź impulsywna. Ktoś z jej najbliższego otoczenia – przyjaciel, członek rodziny czy wychowawca – zaleca, aby poddała się badaniom. Osoba taka umawia się na wizytę u lekarza rodzinnego lub bada się w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Jeśli ów lekarz nie różni się od większości praktykujących dziś specjalistów, zada swojemu pacjentowi kilka ogólnych pytań o jego objawy. Bardziej skrupulatni lekarze mogą poprosić pacjenta o wypełnienie kilku formularzy używanych do diagnozowania ADHD (takich jak kwestionariusz Vanderbilt Assessment Scale<sup>1</sup>), lecz nawet ich stosowanie staje się coraz rzadsze. Następnie lekarz porównałby odpowiedzi pacjenta z listą objawów podaną w piątej edycji Diagnostycznego i Statystycznego Podręcznika Zaburzeń Psychiczych (ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)<sup>2</sup>:

## ZABURZENIA KONCENTRACJI UWAGI

- ❖ Nie zwraca uwagi na szczegóły (np. popełnia pomyłki wynikające z niedbałości w pracach szkolnych);

- ❖ Ma trudności z utrzymaniem koncentracji podczas wykonywania zadań;
- ❖ Sprawia wrażenie, jakby nie słuchał podczas bezpośredniej rozmowy;
- ❖ Nie stosuje się do instrukcji (np. podczas wykonywania prac szkolnych i codziennych obowiązków);
- ❖ Ma trudności z organizacją zadań i czynności;
- ❖ Unika, nie lubi lub jest niechętny wobec wykonywania zadań wymagających dłuższego wysiłku umysłowego (np. prac szkolnych);
- ❖ Gubi rzeczy niezbędne do wykonywania zadań (takich jak prace domowe);
- ❖ Łatwo się rozprasza pod wpływem bodźców zewnętrznych;
- ❖ Zapomina o codziennych czynnościach.

## NADPOBUDLIWOŚĆ I IMPULSYWNOŚĆ

- ❖ Wykonuje nerwowe ruchy dłońmi lub stopami;
- ❖ Wstaje z miejsca w sytuacjach, w których jest to niewskazane;
- ❖ Biega dookoła lub wspina się na meble (co często objawia się jako nerwowość u młodzieży i dorosłych);
- ❖ Ma trudności z zachowaniem ciszy podczas spędzania czasu wolnego;
- ❖ Jest ciągle w biegu lub zachowuje się jak napędzany silnikiem;
- ❖ Przesadnie się wypowiada;
- ❖ Wrywa się z odpowiedziami;
- ❖ Ma trudności w oczekiwaniu na swoją kolej;
- ❖ Przerywa lub przeszkadza innym (np. podczas rozmowy).

Lista obejmuje łącznie osiemnaście objawów, lecz do spełnienia kryteriów diagnozy wystarczy zaledwie pięć z jednej lub obu kategorii. Tak więc w ten prosty sposób, najpewniej w ciągu kilku minut, osoba, która dotychczas była roztargniona i nadpobudliwa, zyskuje „zaburzenie”.

Jeśli u Ciebie (lub Twojego dziecka) rozpoznano ADHD, prawdopodobnie odbyło się to w okolicznościach zbliżonych do przedstawionych po-

wyżej. Sam moment ogłoszenia diagnozy mógł wyglądać surrealistycznie, gdyż było zupełnie niespodziewanie. Mogło ci się wydawać, że do takiego osądu doszło zbyt szybko, albo odczuwałeś wdzięczność za wyjaśnienie, które tłumaczyło wszystkie twoje problemy (lub problemy twojego dziecka). Przekonamy się jednak, że chcąc odnaleźć źródło objawów ADHD, nie można stosować jakichkolwiek skrótów. Jeśli ocena symptomów ma być skuteczna, musi zostać dokonana skrupulatnie.

Wymienione wyżej objawy zostały podzielone na dwie kategorie: zaburzenia koncentracji uwagi oraz nadpobudliwość i impulsywność. Pacjentów ze zdiagnozowanym ADHD przydziela się do jednego z trzech typów:

- ❖ ADHD z przewagą zaburzeń koncentracji uwagi;
- ❖ ADHD z przewagą nadpobudliwości i impulsywności;
- ❖ ADHD typu mieszanego.

Zgodnie z klasyfikacją DSM cechy powiązane z występowaniem objawów obejmują m.in.: napady złości, upór, zmienny nastrój, odrzucenie przez rówieśników i niską samoocenę. Sądzę, że nie muszę nikogo przekonywać, że rozumienie powyższej listy jest w dużej mierze zależna od subiektywnych odczuć. Jaki poziom braku organizacji uważany jest za „nadmierny brak organizacji”? Kiedy sposób wypowiedzania się staje się „przesadny”? W rzeczy samej, nie bez powodu można twierdzić, że mało precyzyjne kryteria przedstawione powyżej doprowadziły do zbyt częstego orzekania o zaburzeniach koncentracji i nadpobudliwości, co z kolei wiąże się z nisko przyjętym punktem granicznym dla postawienia diagnozy. Wraz z wprowadzeniem najnowszej wersji klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-V wartość graniczna dla rozpoznania ADHD w niepokojący sposób obniżyła się jeszcze bardziej.

Łatwość i brak rozważań, z jakimi orzeka się o ADHD, jest szokująca, lecz – podobnie jak w przypadku innych problemów – proces ten wymagał czasu. Diagnozowanie ADHD stopniowo stawało się coraz częstsze, aż osiągnęło obecne rozmiary. Niniejszy rozdział mówi o tym, w jakim

punkcie aktualnie się znajdujemy jeśli chodzi o rozpoznawanie ADHD i z czego to wynika. Dowiemy się również, w jaki sposób nasze wyobrażenie o ADHD zmieniało się na przestrzeni lat i dlaczego dziś jest ono takim problemem zarówno dla pojedynczych osób, jak i dla całego społeczeństwa.

## KRÓTKA HISTORIA ADHD

### OPOWIEŚĆ O NIESPOKOJNYM PHILIPIE

*Sprawdźmy, czy Philip potrafi  
Choć przez chwilę być dżentelmenem.  
Sprawdźmy, czy jest w stanie  
Usiedzieć grzecznie przy stole.  
Lecz niespokojny Philip  
Nie usiedzi bez ruchu.  
Wciąż się wierci i chichocze,  
A potem, dajecie wiarę,  
Kołysze się w przód i w tył  
I przechyla na swym krześle...*

### OPOWIEŚĆ O JOHNNYM Z GŁOWĄ W CHMURACH

*Podczas drogi do szkoły  
Johnny miał zwyczaj  
Przyglądać się niebu  
I płynącym chmurom.  
Lecz nad tym, co leżało  
Wprost przed nim, na drodze  
Nigdy się nie zastanawiał.  
Ludzie wokół krzyczeli:  
„Spójrzcie na małego Johnny’ego,  
co ma wiecznie głowę w chmurach!”*

Niektórzy uważają te wiersze, najprawdopodobniej napisane na przełomie XIX i XX wieku, za jedno z pierwszych opisów zaburzenia, które znamy jako zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi. Dziś, ponad sto lat później, każdy rodzic i nauczyciel z łatwością mógłby wskazać przynajmniej jednego Niespokojnego Philipa (Niespokojną Phyllis) lub Johnny'ego (Joannę) z Głową w Chmurach ze swojego bliskiego otoczenia. Jednak Philip ani Joanna wcale nie muszą być dziećmi. Szacowana liczba dorosłych ze zdiagnozowanym ADHD wynosi 4,4%<sup>4</sup>. Każdy z nas ma znajomego lub członka rodziny, który wykazuje trudności w skoncentrowaniu się nad wykonywanym zadaniem. Wielu dorosłych uważa, że ma „ADD” i zdarza im się wypowiadać w stylu: „Przepraszam, zapomniałem zadzwonić. To znowu moje ADD”.

Jednakże, jak wspomniałem we wprowadzeniu, mamy tu do czynienia z istotnym problemem: diagnozowanie i leczenie ADHD takiego, jakie dziś znamy, są niewłaściwe. Objawy zaburzeń koncentracji i nadpobudliwości można w pełni wyjaśnić obecnością innych schorzeń, poczynając od tak oczywistych przypadłości, jak zaburzenia snu, a kończąc na bardziej złożonych, jak zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Zachowanie Niespokojnego Philipa przy stole bywa efektem wczesnego stadium zaburzeń dwubiegunowych lub zespołu Tourette'a. Z kolei wady wzroku, depresja czy zaburzenia napadowe mogą wyjaśnić to, że Johnny miał stale „głowę w chmurach”. Historia dowodzi, że nasz sposób rozumienia rozproszenia uwagi i impulsywności przekształcał się na przestrzeni lat i przypuszczalnie nie przestanie się zmieniać.

Objawy powiązane z ADHD najprawdopodobniej stanowią element ludzkiego doświadczenia od czasów poprzedzających spisana historię. Co do udokumentowanych przypadków tego zaburzenia: Edward Halliwell i John Ratey w swojej książce *W świecie ADHD* wskazali na pochodzący z 1902 roku opis grupy dwadzieścioro dzieci (piętnastu chłopców i pięciu dziewcząt) wykazujących silne zachowania buntownicze i braki zahamowań, dokonany przez pediatrę o nazwisku George Still<sup>5</sup>. Lekarz ten podkreślił fakt, że dzieci miały właściwą opiekę rodzicielską, a zatem mogły odziedziczyć predyspozycje do tego typu zachowań.

W owym czasie, kiedy większość psychologicznych i behawioralnych objawów wiązano ze środowiskiem rodzinnym, był to wysoce niekonwencjonalny sposób myślenia. Lekarz i psycholog William James także dostrzegł możliwość istnienia neurologicznych podstaw występowania podobnych zachowań u dzieci. Następnie, w 1934 roku, Eugene Kahn i Louis Cohen opublikowali artykuł w magazynie „New England Journal of Medicine”, w którym powiązali nadpobudliwość i impulsywność z zapaleniem mózgu.

W 1937 roku Charles Bradley znalazł kolejny dowód na biologiczne pochodzenie nadpobudliwości z zaburzeniami koncentracji, kiedy leczył dzieci wykazujące zbliżone objawy za pomocą leku stymulującego – benzedryny. Wkrótce potem u dzieci z objawami zaburzeń koncentracji zdiagnozowano „minimalną dysfunkcję mózgu” (czyli MBD – ang. *minimal brain dysfunction*) i leczono je przy użyciu innych środków stymulujących: Ritalinu i Cylertu. Klasyfikacja DSM-II, która została opublikowana w 1968 roku, opisywała ten zespół objawów jako „hiperkinetyczna reakcja w dzieciństwie”<sup>6</sup>. Postawiona przez Maurice’a Laufera hipoteza zakładała, że syndrom był powiązany z nadmierną aktywnością wzgórza (części śródmózgowia). Było to jedno z pierwszych, wśród szeregu podobnych, wyjaśnień bazujących na nadmiernej aktywności wewnątrz centralnego układu nerwowego.

Do lat 70. powszechnie uznawano, że nadpobudliwość, rozproszenie uwagi i impulsywność zwykle występują razem oraz że wyjaśnienie objawów w oparciu o procesy genetyczne i biologiczne jest najbardziej trafne, choć trudne do jednoznacznego udowodnienia. Klasyfikacja DSM-III z 1980 roku wprowadziła pojęcie zaburzeń koncentracji z nadpobudliwością psychoruchową i bez niej (odpowiednio ADD-H i ADD). Siedem lat później poprawiona wersja DSM-III (znana jako DSM-III-R) zmieniła nazwę tego schorzenia na zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi (ADHD), która obowiązuje do dziś<sup>7</sup>. Klasyfikacje DSM-III-R oraz DSM-IV (z 1994 roku) opisują bardzo zbliżone kryteria rozpoznania ADHD, zaś wyniki badań, które

prowadzono w chwili opublikowania obu klasyfikacji były ze sobą zasadniczo zgodne<sup>8</sup>.

Kolejnym źródłem dowodów na to, że ADHD nie powinno być diagnozowane jako odrębne zaburzenie, jest fakt, że niektóre zaburzenia psychiczne (z których wiele zostanie omówionych w dalszej części książki) wykazują wspólne genetyczne powiązanie z ADHD. Na szczególną uwagę zasługuje badanie przeprowadzone przez naukowców z Harvard University, którego wyniki opublikowano w 2013 roku. Po raz pierwszy potwierdzono, że za autyzm, depresję, zaburzenia afektywne dwubiegunowe i ADHD odpowiedzialne są te same struktury genetyczne<sup>9</sup>. Podczas badań poddano analizie kod genetyczny ponad sześćdziesięciu tysięcy ludzi, zarówno wykazujących, jak i niewykazujących wspomniane zaburzenia. Było to najobszerniejsze badanie genetycznego podłoża tych zaburzeń, jakie zostało wówczas przeprowadzone. Naukowcy kierujący owymi badaniami określili swoje odkrycia jako „wierzchołek góry lodowej”, sugerując, że w przyszłości prawdopodobnie zostaną ujawnione jeszcze głębsze genetyczne powiązania pomiędzy różnymi zaburzeniami. Choć odkrycia te nie stanowią „dowodu” na to, że objawy ADHD zawsze można wyjaśnić w oparciu o inne zaburzenia, jednoznacznie sugerują one, że symptomy choroby, którą nazywamy ADHD, oraz innych zaburzeń przenikają się w znacznie większym stopniu, niż sądzono do tej pory, co dostarcza kolejnego argumentu na rzecz mojej teorii.

Niemniej jednak długa i zawiła historia ADHD podkreśla ciągłą wieloznaczność i kontrowersję, jakie towarzyszą objawom tego zaburzenia i ich źródła, z czym mamy do czynienia także dziś.

## OSTATNIE ZMIANY WPROWADZONE DO KLASYFIKACJI DSM

W maju 2013 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne opublikowało piątą edycję swojej „biblii”, czyli klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM<sup>10</sup>. Pomimo tego, że w ostatnim dziesięcioleciu dało się zauważyć istotny wzrost liczby osób z rozpoznanym ADHD, w klasyfi-



kacji DSM-V przedstawiono jeszcze mniej wygórowane kryteria ADHD niż w jej poprzedniej wersji – DSM-IV. Przykładowo tam, gdzie DSM-IV mówi, że objawy powinny występować „częściej i w większym nasileniu niż zwykle obserwuje się u jednostek o porównywalnym poziomie rozwoju”<sup>11</sup>, DSM-V ledwie sugeruje, że objawy powinny być „niewspółmierne do poziomu rozwoju”<sup>12</sup>. Podobnie klasyfikacja DSM-IV określała, że objawy zaburzeń koncentracji i nadpobudliwości powinny występować przed siódmym rokiem życia, podczas gdy w DSM-V próg ten został podniesiony do *dwunastego* roku życia, włączając tym samym do przedziału wiekowego okres, w którym rozproszenie uwagi i impulsywność są czymś naturalnym. W DSM-V zmniejszono także liczbę objawów koniecznych do zdiagnozowania ADHD u osoby dorosłej z sześciu, jak zakładała klasyfikacja DSM-IV, do pięciu. A te, wydawałoby się, niewielkie zmiany w znaczący sposób powiększyły grupę ludzi, którzy spełniają kryteria do rozpoznania ADHD.

To jednak nie wszystko. Do postawienia diagnozy ADHD klasyfikacja DSM-IV wymagała także „jednoznacznych dowodów na występowanie istotnego z *klinicznego punktu widzenia* upośledzenia w społecznym, szkolnym i zawodowym funkcjonowaniu”<sup>13</sup>. W DSM-V kryterium to uległo znacznemu osłabieniu, wymagając jedynie „jednoznacznych dowodów wskazujących na to, że objawy zakłócają lub pogarszają jakość społecznego, szkolnego lub zawodowego funkcjonowania”<sup>14</sup>. Co więcej, w przeciwieństwie do DSM-IV, w klasyfikacji DSM-V w części charakteryzującej ADHD poświęcono cały rozdział na przedstawienie współwystępowania innych zaburzeń razem z ADHD. Według DSM-V występowanie takich współistniejących zaburzeń jest „często spotykane” u jednostek z ADHD. W dokumencie wymienionych zostało wiele z nich, m.in.: zaburzenia lękowe, depresja, zaburzenia osobowości i autyzm<sup>15</sup>. Takie postrzeganie prawdopodobnie sprawi, że lekarze będą jeszcze częściej diagnozować ADHD, lecz – czego zamierzam dowieść w tej książce – to właśnie „współistniejące” zaburzenia są w rzeczywistości *jedyną* przyczyną występowania objawów rozproszenia uwagi i impulsywności.



SPODOBAŁ CI SIĘ FRAGMENT  
KTÓRY PRZECZYTAŁEŚ?

Zamów książkę

# ADHD NIE ISTNIEJE

w [księgarni Illuminatio](#)



SPRAWDŹ PEŁNĄ OFERTĘ WYDAWNICTWA NA

[www.vivante.pl](http://www.vivante.pl)



Bądź na bieżąco i śledź nasze  
wydawnictwo na **Facebooku**:

[www.facebook.com/vivantep](http://www.facebook.com/vivantep)

Książki wydawnictwa Illuminatio  
znajdziesz również w **Księgarni internetowej**

[www.TaniaKsiazka.pl](http://www.TaniaKsiazka.pl)