ADHD

Kompletny poradnik jak radzić sobie w życiu i odmienić swój mózg

Anthony Rendall

Spis treści

Rozdział 1. Czym naprawdę jest ADHD 4

1.1. Definicja i krótka historia 4

1.2. Trzy oblicza ADHD: nieuwaga, nadruchliwość, impulsywność 9

1.3. ADHD u dzieci, nastolatków i dorosłych 13

1.4. ADHD u kobiet – ukryte objawy 18

1.5. Najczęstsze mity i stereotypy 23

Rozdział 2. Jak działa mózg z ADHD . **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

2.1. Dopamina i system nagrody ..... **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

2.2. Funkcje wykonawcze – „dyrygent" mózgu **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

2.3. Hiperfokus i rozproszenie – dwie strony medalu **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

2.4. Geny, środowisko i neuroplastyczność **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

2.5. Czy mózg można zmienić? ..... **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

Rozdział 3. Diagnoza i pierwsze kroki **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

3.1. Sygnały ostrzegawcze – kiedy szukać pomocy **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

3.2. Jak wygląda proces diagnozy ... **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

3.3. Choroby współistniejące: lęk, depresja, autyzm **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

3.4. Emocje po diagnozie – ulga, żal, akceptacja **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

3.5. Jak powiedzieć o tym bliskim... **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

Rozdział 4. Emocje pod kontrolą..... **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

4.1. Rozregulowanie emocjonalne... **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

4.2. Wrażliwość na odrzucenie (RSD)**Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

4.3. Złość, frustracja i impulsywne reakcje**Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

4.4. Wstyd i niska samoocena ..... **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

4.5. Techniki samoregulacji na co dzień**Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

Rozdział 5. Czas, organizacja i koncentracja**Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

5.1. „Ślepota czasowa" i jak ją oswoić**Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

5.2. Prokrastynacja – skąd się bierze i jak ją przełamać**Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

5.3. Systemy planowania przyjazne ADHD**Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

5.4. Porządek w domu i w głowie ... **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

5.5. Narzędzia, aplikacje i triki na skupienie**Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

Rozdział 6. Relacje, praca i codzienność**Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

6.1. ADHD w związku ..... **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

6.2. Przyjaźnie i życie towarzyskie.. **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

6.3. Rodzicielstwo z ADHD ..... **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

6.4. Kariera – jak znaleźć pracę dla siebie**Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

6.5. Finanse i impulsywne wydatki . **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

Rozdział 7. Leczenie, terapia i styl życia**Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

7.1. Farmakoterapia – fakty i obawy **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

7.2. Psychoterapia i coaching ADHD**Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

7.3. Sen, dieta i ruch ..... **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

7.4. Uważność i medytacja ..... **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

7.5. Jak zbudować własny plan wsparcia**Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

Rozdział 8. Twoja supermoc: życie z ADHD na własnych zasadach **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

8.1. Mocne strony mózgu z ADHD. **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

8.2. Kreatywność, energia i spontaniczność**Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

8.3. Jak przestać walczyć ze sobą.... **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

8.4. Historie ludzi, którym się udało **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

8.5. Twoja mapa na przyszłość..... **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**

Rozdział 1. Czym naprawdę jest ADHD

1.1. Definicja i krótka historia

Zacznijmy od rzeczy najprostszej i zarazem najważniejszej: co właściwie oznacza skrót ADHD.

Pochodzi z angielskiego i rozwija się jako Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, czyli zaburzenie z deficytem uwagi i nadruchliwością. Już sama nazwa jest myląca, bo sugeruje dwa osobne problemy, a opisuje jedno zjawisko o dwóch twarzach.

Dwie klasyfikacje medyczne opisują dziś ADHD i obie mówią w gruncie rzeczy to samo. Amerykańska klasyfikacja DSM-5-TR, używana głównie w badaniach naukowych, oraz międzynarodowa klasyfikacja ICD-11 Światowej Organizacji Zdrowia, obowiązująca w europejskiej praktyce medycznej.

Jak brzmi ta definicja, jeśli przełożyć ją na zwykły język? ADHD to utrzymujący się wzorzec nieuwagi, nadruchliwości lub impulsywności, który jest silniejszy niż u rówieśników na tym samym poziomie rozwoju i który realnie utrudnia funkcjonowanie.

Każde słowo w tym zdaniu coś znaczy, więc rozłożę je na części.

„Utrzymujący się wzorzec" oznacza stan trwający miesiącami i latami, a nie trudny okres po rozwodzie albo przed sesją. Nie chodzi o kilka tygodni rozkojarzenia.

„Nieuwaga, nadruchliwość lub impulsywność" oznacza, że nie muszą wystąpić wszystkie trzy. Część osób ma przede wszystkim trudności z uwagą i nie wierci się na krześle.

„Silniejszy niż u rówieśników" oznacza, że punktem odniesienia są ludzie w tym samym wieku. Czterolatek, który nie usiedzi przez godzinę, mieści się w normie. Czternastolatek, który nie usiedzi przez dziesięć minut, już nie.

I rzecz, która decyduje o wszystkim: „realnie utrudnia funkcjonowanie". Objawy muszą przekładać się na konsekwencje w co najmniej dwóch obszarach życia. W pracy i w domu, w szkole i w relacjach, w nauce i w finansach. Ktoś, kto ma wszystkie cechy ADHD i radzi sobie z nimi bez większych strat, nie spełnia kryteriów diagnozy.

Ta ostatnia część bywa pomijana w rozmowach o ADHD, a jest w nich granicą między cechą a zaburzeniem. Diagnozy nie stawia się za zestaw cech, lecz za koszt, który te cechy generują.

Przejdźmy do kategorii, do której ADHD zostało zaliczone, bo to też coś wyjaśnia.

Obie klasyfikacje umieszczają ADHD wśród zaburzeń neurorozwojowych. Nazwa jest zrozumiała po rozłożeniu na dwa człony. „Neuro" odsyła do układu nerwowego, „rozwojowe" do tego, że zaczyna się w trakcie rozwoju, czyli w dzieciństwie.

Z tego wynika konsekwencja praktyczna, którą trzeba znać. ADHD nie zaczyna się w dorosłości. Nie można nabyć go w wieku trzydziestu lat z powodu stresu, pracy zdalnej, mediów społecznościowych albo zmęczenia.

Nie znaczy to, że nie da się dostać diagnozy jako dorosły. Przeciwnie, dostaje ją w ten sposób bardzo wiele osób. Znaczy jedynie, że objawy musiały być obecne już w dzieciństwie, nawet jeśli wtedy nikt ich nie nazwał. DSM-5 wymaga, żeby kilka objawów było widocznych przed dwunastym rokiem życia.

Do grupy zaburzeń neurorozwojowych należą także inne stany i warto je znać, bo pokazują kontekst. Spektrum autyzmu. Specyficzne trudności w uczeniu się, w tym dysleksja, dysgrafia i dyskalkulia. Zaburzenia tikowe, w tym zespół Tourette'a. Niepełnosprawność intelektualna. Zaburzenia komunikacji, na przykład jąkanie.

Wszystkie mają wspólną cechę: pojawiają się wcześnie, wynikają z odmiennego przebiegu rozwoju układu nerwowego i towarzyszą człowiekowi przez życie, choć zmieniają obraz wraz z wiekiem. Często też występują razem, o czym napiszę w podrozdziale 3.3.

Teraz pytanie, które pada najczęściej: ilu ludzi to dotyczy?

Odpowiedź wymaga ostrożności, bo wyniki badań różnią się między sobą bardziej, niż wygląda to w nagłówkach prasowych. Różnice biorą się z metodologii: z tego, czy badano populację ogólną czy pacjentów poradni, czy pytano rodziców czy nauczycieli, jakich kryteriów użyto i jak rygorystycznie wymagano wpływu na funkcjonowanie.

U dzieci i nastolatków szacunki mieszczą się najczęściej w przedziale od około 3 do 8 procent, a wiele przeglądów podaje wartość około 5 procent. Starsza, wielokrotnie cytowana metaanaliza z 2007 roku dała wynik 5,29

procent, a kolejne prace potwierdziły, że po uwzględnieniu różnic metodologicznych rozpowszechnienie jest w różnych krajach podobne.

U dorosłych liczby są niższe i trzeba tu rozróżnić dwie rzeczy, bo to rozróżnienie wyjaśnia pozorną sprzeczność między publikacjami.

Pierwsza wartość dotyczy ADHD z potwierdzonym początkiem w dzieciństwie, czyli spełniającego pełne kryteria. Globalna metaanaliza opublikowana w 2021 roku oszacowała je na 2,58 procent wśród osób dorosłych.

Druga wartość dotyczy dorosłych, którzy mają objawy w nasileniu klinicznym, bez wymogu udokumentowania początku w dzieciństwie. Ta sama praca oszacowała ją na 6,76 procent.

Warto też wiedzieć, że rozpowszechnienie spada z wiekiem. W grupie 18–24 lata wyniosło około 5 procent dla pierwszej definicji, a wśród osób po sześćdziesiątce poniżej 1 procenta.

Przełóżmy to na konkret. Przy pięcioprocentowym rozpowszechnieniu w populacji dziecięcej w przeciętnej klasie liczącej dwadzieścia pięć osób statystycznie jedna osoba ma ADHD. W Polsce, przy populacji dorosłych liczącej około trzydziestu milionów, dolne oszacowanie oznaczałoby kilkaset tysięcy osób.

Teraz zabiorę Cię w przeszłość, bo historia tego rozpoznania tłumaczy wiele dzisiejszych nieporozumień. Przede wszystkim rozprawia się z przekonaniem, że ADHD wymyślono niedawno.

Pierwszy znany opis pochodzi z 1798 roku i sporządził go szkocki lekarz Alexander Crichton. W swoim dziele o naturze zaburzeń umysłowych opisał stan, który nazwał „niepokojem umysłowym". Pisał o ludziach niezdolnych do utrzymania uwagi na jednym przedmiocie, u których każdy drobny bodziec odrywa myśl od zadania. Zauważył przy tym dwie rzeczy, które brzmią zaskakująco współcześnie: że stan ten bywa wrodzony i że zwykle łagodnieje z wiekiem.

Sto lat później, w 1902 roku, brytyjski pediatra George Still wygłosił w Royal College of Physicians serię trzech wykładów, które do dziś cytuje się jako kamień milowy. Opisał w nich grupę czterdzieściorga kilkorga dzieci z poważnymi trudnościami w kontrolowaniu własnego zachowania.

Dwie jego obserwacje były przełomowe. Po pierwsze, dzieci te miały prawidłową inteligencję, więc problem nie wynikał z ograniczeń umysłowych. Po drugie, wiele z nich pochodziło z rodzin, w których nie było

zaniedbań wychowawczych. Still uznał więc, że chodzi o coś wrodzonego, a nie o skutek złego wychowania. Użył wprawdzie moralizującego określenia „defekt kontroli moralnej", bo takim językiem posługiwała się jego epoka, lecz wniosek był medyczny.

Kolejne dekady poszły w innym kierunku i warto wiedzieć, dlaczego.

W latach 1917–1928 przez świat przeszła epidemia śpiączkowego zapalenia mózgu. Część dzieci, które ją przeżyły, zaczęła przejawiać nadruchliwość, impulsywność i trudności z uwagą. Lekarze połączyli więc te objawy z uszkodzeniem mózgu i nazwali je „pozapalnym zaburzeniem zachowania".

Z tego wyrosła koncepcja, która zdominowała myślenie aż do lat sześćdziesiątych. Skoro objawy przypominają następstwa uszkodzenia mózgu, to może u pozostałych dzieci też doszło do uszkodzenia, tylko zbyt drobnego, by je wykryć. Nazwano to „minimalnym uszkodzeniem mózgu", a potem, gdy nie udało się żadnego uszkodzenia znaleźć, złagodzono nazwę do „minimalnej dysfunkcji mózgu".

Pojęcie to porzucono, bo było zbyt szerokie i nic nie wyjaśniało. Zostało jednak w polskiej świadomości zbiorowej dłużej niż gdzie indziej i starsi czytelnicy mogą je pamiętać ze szkolnych orzeczeń.

Do tego samego okresu należy obserwacja Charlesa Bradleya z 1937 roku. Pracował w ośrodku dla dzieci z trudnościami w zachowaniu i podał im środek pobudzający, licząc na złagodzenie bólów głowy po badaniu diagnostycznym. Bóle głowy nie ustąpiły, natomiast nauczyciele zgłosili, że część dzieci zaczęła spokojniej pracować i lepiej się uczyć. Bradley opisał to rzetelnie, a jego praca przez niemal dwadzieścia lat pozostawała w zapomnieniu. Wspominam o niej jako o fakcie historycznym; współczesnym leczeniem zajmę się w podrozdziale 7.1.

Przejdźmy do nazewnictwa, bo to ono najbardziej myli ludzi szukających informacji. Nazwa zmieniała się pięć razy w ciągu pięćdziesięciu lat.

W 1968 roku, w drugim wydaniu DSM, pojawiła się „reakcja hiperkinetyczna wieku dziecięcego". Nacisk położono na ruchliwość, a uwagi w ogóle nie wymieniono.

W 1980 roku, w DSM-III, nastąpił zwrot. Wprowadzono „zaburzenie deficytu uwagi", w dwóch wariantach: z nadruchliwością i bez niej. Uznano więc, że sednem problemu jest uwaga, a nadruchliwość może, lecz nie musi jej towarzyszyć.

W 1987 roku, w DSM-III-R, oba warianty połączono w jedną kategorię pod nazwą ADHD, która obowiązuje do dziś.

W 1994 roku, w DSM-IV, wprowadzono trzy podtypy: z przewagą nieuwagi, z przewagą nadruchliwości i impulsywności oraz mieszany.

W 2013 roku, w DSM-5, zamieniono „podtypy" na „prezentacje". Zmiana wygląda na kosmetyczną, a wynikała z ważnego odkrycia: obraz ADHD u jednej osoby zmienia się w ciągu życia. Podtyp sugerował przynależność na stałe, prezentacja opisuje stan obecny.

Zostaje najważniejsza zmiana ostatnich dekad: uznanie, że ADHD dotyczy również dorosłych.

Przez większą część dwudziestego wieku zakładano, że z ADHD się wyrasta. Pierwsze badania podważające to założenie pojawiły się w latach siedemdziesiątych, gdy zaczęto obserwować losy dorastających pacjentów. W latach dziewięćdziesiątych badania prospektywne, śledzące te same osoby przez kilkanaście lat, pokazały, że znaczna część z nich ma trudności również po dwudziestce.

DSM-5 wyciągnął z tego wniosek praktyczny. Dla osób powyżej siedemnastego roku życia obniżono próg: zamiast sześciu objawów z danej grupy wystarcza pięć. Powód jest prosty. Kryteria pisano, obserwując dzieci, a wiele objawów u dorosłego wygląda inaczej, nie znika.

Na koniec sprawa polska, bo tu panuje największe zamieszanie terminologiczne.

W klasyfikacji ICD-10, obowiązującej w polskiej dokumentacji medycznej przez dziesięciolecia, nie było pozycji „ADHD". Był „zespół hiperkinetyczny", oznaczony kodem F90. Jeśli masz starsze orzeczenie albo zaświadczenie z takim wpisem, to właśnie o ADHD w nim chodzi.

Kryteria ICD-10 były przy tym węższe od amerykańskich. Wymagały obecności objawów ze wszystkich trzech grup jednocześnie, więc osoba z samą nieuwagą rozpoznania nie otrzymywała. To jedna z przyczyn, dla których w Polsce przez lata diagnozowano mniej osób.

ICD-11, która stopniowo wchodzi do użycia, zbliżyła się do DSM. Używa nazwy odpowiadającej ADHD, dopuszcza prezentację z samą nieuwagą i wprost uwzględnia dorosłych.

Zostaje skrót ADD, który wciąż krąży w rozmowach i w internecie. Pochodzi z DSM-III z 1980 roku i oznaczał zaburzenie deficytu uwagi bez nadruchliwości. Formalnie nie istnieje od 1987 roku. Ludzie używają go

potocznie na określenie prezentacji z przewagą nieuwagi i w tym sensie jest zrozumiały, lecz w dokumentacji medycznej go nie znajdziesz.

1.2. Trzy oblicza ADHD: nieuwaga, nadruchliwość, impulsywność

Wiesz już, czym ADHD jest z definicji. Teraz pokażę Ci, jak wygląda w zwykłym dniu, bo kryteria diagnostyczne brzmią abstrakcyjnie, a życie jest konkretne.

Zacznijmy od nieuwagi, bo to ona powoduje najwięcej codziennych strat.

Gubienie wątku. Rozmawiasz z kimś i w połowie jego zdania Twoja myśl odbija w inną stronę. Słyszysz głos, rejestrujesz, że mówi, a treść przestaje do Ciebie docierać. Po chwili musisz zapytać „przepraszam, co mówiłeś?", albo udajesz, że słuchałeś, i liczysz, że z kontekstu się domyślisz. Przy lekturze jest podobnie: czytasz stronę, dochodzisz do końca i orientujesz się, że nie wiesz, o czym była. Czasem musisz przeczytać ten sam akapit trzy razy.

Błędy z przeoczenia. Nie wynikają z niewiedzy, i to jest w nich najbardziej frustrujące. Wypełniasz formularz i pomijasz jedno pole, więc wniosek wraca. Rozwiązujesz zadanie poprawnie, a przepisujesz wynik z błędem. Czytasz polecenie na sprawdzianie pobieżnie i odpowiadasz na pytanie, którego nie zadano. Wysyłasz maila bez załącznika, który właśnie w tym mailu był najważniejszy.

Gubienie rzeczy. Klucze, telefon, portfel, okulary, legitymacja, ładowarka, parasol. Nie raz na rok, lecz jako stały element dnia. Wiele osób z ADHD opisuje poranki jako serię poszukiwań: najpierw kluczy, potem telefonu, na końcu drugiego buta. Zdarza się szukanie telefonu, którym się w tej chwili świeci.

Zapominanie o rutynie. Rzeczy wykonywane setki razy wypadają z głowy. Pranie zostaje w pralce przez dwa dni i trzeba je prać od nowa. Rachunek leży na stole do dnia po terminie. Lek, który bierzesz codziennie od roku, zostaje nieprzyjęty, i nie wiesz, czy dziś już go brałeś. Zakupy robione bez listy kończą się bez tej jednej rzeczy, po którą się szło.

Teraz rozróżnienie, które pomaga zrozumieć, dlaczego cisza nie zawsze pomaga. Rozpraszacze dzielą się na zewnętrzne i wewnętrzne.

Zewnętrzne to wszystko, co dociera z otoczenia. Rozmowa dwóch osób przy sąsiednim biurku, której nie da się nie słuchać. Powiadomienie na telefonie. Ktoś przechodzący za oknem. Dźwięk lodówki. Krzesło skrzypiące w drugim końcu sali. Migające światło.

Charakterystyczne nie jest to, że te bodźce w ogóle docierają, bo docierają do każdego. Charakterystyczne jest to, że trudno nadać im niższą wagę. U większości ludzi mózg odsiewa nieistotne sygnały w tle. Przy ADHD ten filtr działa słabiej, więc rozmowa przy sąsiednim biurku dostaje tyle samo uwagi co własne zadanie.

Wewnętrzne są trudniejsze, bo przed nimi nie da się zamknąć drzwi. Natłok myśli, z których każda pociąga następną. Skojarzenia odchodzące od tematu: czytasz o budżecie, przypominasz sobie o nieopłaconej fakturze, stąd myśl o rozmowie z księgową, a stąd o tym, że trzeba kupić kawę. „Odpływanie" bez żadnego bodźca: siedzisz nad zadaniem, wzrok pada w okno i po dziesięciu minutach wracasz, nie wiedząc, gdzie byłeś.

Dlatego praca w zupełnej ciszy bywa dla osób z ADHD trudniejsza niż w umiarkowanym szumie. Gdy z zewnątrz nic nie dociera, wewnętrzne rozpraszacze dostają całą scenę.

Przejdźmy do nadruchliwości, która u dorosłych wygląda inaczej, niż sugeruje nazwa.

Nadruchliwość ruchowa to część najbardziej widoczna. Wiercenie się na krześle i zmienianie pozycji co kilka minut. Stukanie długopisem, pstrykanie, bębnienie palcami, trzęsienie nogą pod stołem. Wstawanie z miejsca w trakcie zebrania pod byle pretekstem: po wodę, do drukarki, do łazienki. Trudność z przesiedzeniem całego posiłku przy stole. Chodzenie po pokoju w trakcie rozmowy telefonicznej. Kręcenie się na kinowym fotelu w drugiej godzinie filmu.

U dzieci to wszystko jest wyraźniejsze i opiekunowie mówią zwykle o nieustannym ruchu. U dorosłych wygląda łagodniej i częściej bywa odbierane jako nerwowość.

Nadruchliwość werbalna to mówienie dużo i szybko. Opowiadanie historii z dygresjami, z których każda ma własne odgałęzienie. Trudność z zatrzymaniem się, gdy rozmówca już wyraźnie chce odpowiedzieć. Wypełnianie każdej ciszy w rozmowie. Mówienie do siebie przy pracy.

Nadruchliwość wewnętrzna jest najmniej widoczna i najczęściej opisywana przez dorosłych jako najbardziej męcząca. Wiele osób nazywa ją „silnikiem w środku", który nie daje się wyłączyć.

Wygląda to tak. Siedzisz spokojnie, z zewnątrz wszystko w porządku, a w środku jest niepokój nakazujący wstać i coś zrobić. Odpoczynek bez zajęcia jest nie do zniesienia: leżenie na plaży po kwadransie męczy, a wieczór „bez planów" wywołuje rozdrażnienie. Oglądanie filmu bez równoczesnego przeglądania telefonu wydaje się niemożliwe. Zasypianie bywa trudne, bo myśli nie zwalniają razem z ciałem.

Przejdźmy do impulsywności, czyli do działania przed namysłem. Najpierw w komunikacji, bo to ona najszybciej odbija się na relacjach.

Przerywanie innym. Nie ze złej woli i nie z lekceważenia. Dzieje się to dlatego, że myśl, która właśnie przyszła, wydaje się ulotna. Jeśli jej natychmiast nie wypowiesz, zniknie, a Ty zostaniesz z poczuciem, że miałeś coś ważnego do dodania i już nie wiesz co.

Odpowiadanie przed końcem pytania. Rozmówca jeszcze nie skończył, a Ty już wiesz, dokąd zmierza, i zaczynasz mówić. Czasem trafnie, czasem nie, i wtedy okazuje się, że pytanie dotyczyło czego innego.

Mówienie rzeczy, których się potem żałuje. To najkosztowniejszy przejaw impulsywności. Uwaga o czyimś wyglądzie, która w głowie brzmiała żartobliwie. Szczera opinia na zebraniu, wypowiedziana przy wszystkich zamiast w cztery oczy. Zdanie powiedziane w kłótni, którego nie da się cofnąć. Zdradzenie cudzego sekretu, bo akurat pasował do rozmowy.

Teraz impulsywność w działaniu.

Trudność z czekaniem. Kolejka w sklepie albo w przychodni jest nieproporcjonalnie męcząca. Ludzie z ADHD często rezygnują z zakupów, widząc długą kasę, albo przekładają sprawę urzędową, bo wymaga odstania w kolejce.

Decyzje bez namysłu. Zgoda na coś od razu, zanim sprawdzi się kalendarz. Zapisanie się na kurs w chwili zachwytu nad tematem. Odpowiedź „tak, pomogę" wypowiedziana odruchowo, choć wiesz już w trakcie mówienia, że nie dasz rady.

Porzucanie zadań na rzecz nowego pomysłu. Pracujesz nad jedną rzeczą, przychodzi lepszy pomysł i rzucasz się na niego natychmiast. Po tygodniu masz trzy rozgrzebane projekty i żadnego skończonego. Wątek wydatków, który też tu należy, omówię osobno w podrozdziale 6.5.

Skoro znasz już trzy grupy objawów, czas na formalny podział. DSM-5 wyróżnia trzy prezentacje ADHD.

Prezentacja z przewagą nieuwagi. Dominują trudności z uwagą, pamięcią i organizacją, a nadruchliwości prawie nie widać. To ta, którą potocznie nazywa się ADD.

Prezentacja z przewagą nadruchliwości i impulsywności. Dominują wiercenie się, gadatliwość i działanie przed namysłem. Występuje najrzadziej i głównie u małych dzieci.

Prezentacja mieszana. Obecne są objawy z obu grup. U dzieci jest najczęstsza.

Najważniejsza informacja dotyczy jednak zmienności: prezentacja nie jest przypisana na stałe. Chłopiec z prezentacją mieszaną w pierwszej klasie może w wieku dwudziestu pięciu lat spełniać kryteria prezentacji z przewagą nieuwagi, bo nadruchliwość ruchowa osłabła, a trudności z uwagą zostały. Właśnie dlatego DSM-5 zrezygnował ze słowa „podtyp".

Przejdźmy do pytania, które zadaje sobie każdy czytelnik takiej listy: przecież to zdarza się wszystkim.

To prawda. Każdy czasem zgubi klucze, przerwie rozmówcy i przeczyta stronę bez zrozumienia. Różnica nie polega na rodzaju doświadczenia, lecz na czterech wymiarach.

Nasilenie. Nie „czasem nie mogę się skupić", lecz „nie potrafię przeczytać dwóch stron umowy, której podpisanie zmieni moje życie". Nie „bywam niecierpliwy", lecz „wychodzę z przychodni, bo nie wytrzymuję czekania, i nie załatwiam sprawy".

Częstotliwość. Nie kilka razy w roku, lecz codziennie albo niemal codziennie, przez lata.

Występowanie w wielu sytuacjach. To kryterium odsiewa najwięcej. Jeśli ktoś ma trudności wyłącznie w jednej pracy u jednego szefa, przyczyną jest prawdopodobnie ta praca. ADHD jest obecne wszędzie: w domu, w pracy, na studiach, w relacjach, na wakacjach.

Realny wpływ na życie. Objawy muszą coś kosztować. Utracone prace, niedokończone studia, zaległe rachunki, zepsute relacje, wyczerpanie z nadrabiania zaległości. Bez tego wymiaru mamy cechę osobowości, a nie zaburzenie.

Zapamiętaj te cztery słowa: nasilenie, częstotliwość, wszechobecność, konsekwencje. Wrócimy do nich w podrozdziale 3.1, przy sygnałach skłaniających do konsultacji.

Na koniec zjawisko, które wywołuje najwięcej nieporozumień w otoczeniu osób z ADHD: objawy są zmienne.

Bywają wyraźnie słabsze w pewnych sytuacjach. W okolicznościach nowych, gdy coś się dopiero zaczyna i wszystko jest ciekawe. Przy zadaniach interesujących, nawet bardzo trudnych. W kontakcie jeden na jeden, bez grupy i bez szumu. Przy świeżo ustawionym terminie, który dopiero co stał się bliski. W sytuacjach kryzysowych, gdy trzeba działać natychmiast.

Bywają wyraźnie silniejsze przy zadaniach monotonnych i powtarzalnych. Przy czynnościach wielokrokowych bez widocznego efektu. Przy długich zebraniach, formularzach, segregowaniu dokumentów, odpowiadaniu na zaległe wiadomości.

Opisuję to tutaj czysto obserwacyjnie, bez wyjaśniania mechanizmu, bo wyjaśnieniom poświęcony jest cały drugi rozdział.

Zwracam jednak uwagę na konsekwencję społeczną tej zmienności, bo jest poważna. Właśnie z niej biorą się zdania, które osoby z ADHD słyszą latami. „Jak chcesz, to potrafisz". „Przecież grasz w tę grę sześć godzin, więc skupić się umiesz". „Nad czym ty się tak męczysz, to jest proste".

Każde z tych zdań opiera się na trafnej obserwacji i na błędnym wniosku. Obserwacja jest prawdziwa: ta sama osoba raz potrafi, a raz nie. Wniosek, że decyduje o tym chęć, jest fałszywy.

1.3. ADHD u dzieci, nastolatków i dorosłych

ADHD towarzyszy człowiekowi przez całe życie, lecz jego obraz zmienia się tak bardzo, że bywa nierozpoznawalny. Przejdziemy teraz przez kolejne etapy.

Zacznijmy od wieku przedszkolnego, czyli od momentu, w którym rozpoznanie jest najtrudniejsze.

Co zwraca uwagę opiekunów w przedszkolu? Dziecko, które nie wytrzymuje przy stoliku dłużej niż dwie minuty i wstaje w trakcie zajęć plastycznych. Dziecko biegające po sali, gdy inne siedzą w kole. Dziecko, które wspina się na meble i skacze z nich, mimo wielokrotnych upomnień.

Dziecko wyrywające zabawki, bez cierpliwości na czekanie na swoją kolej. Dziecko przerywające nauczycielce w połowie bajki, bo właśnie pomyślało o czymś innym. Dziecko ulegające większej liczbie drobnych wypadków niż rówieśnicy.

A teraz powód, dla którego na tym etapie trzeba być ostrożnym: wszystkie te zachowania mieszczą się w normie wieku przedszkolnego.

Trzylatki i czterolatki są z natury ruchliwe, impulsywne i nieskupione. Mają niedojrzałe mechanizmy kontroli zachowania i tak właśnie być powinno. Dziecko, które w tym wieku siedziałoby godzinę nad jedną książeczką, budziłoby raczej zdziwienie.

Na czym więc polega różnica? Na skali i na kontekście. Dziecko z ADHD odstaje nie od dorosłych, lecz od swoich rówieśników w tej samej grupie. Nauczyciele z wieloletnim doświadczeniem zwykle to widzą, bo mają z czym porównywać.

Dlatego w wieku przedszkolnym diagnozę stawia się ostrożnie i rzadko. Zwykle obserwuje się dziecko przez kilka miesięcy, zbiera informacje z kilku źródeł i w pierwszej kolejności proponuje pracę z rodzicami, a nie leczenie farmakologiczne.

Przejdźmy do wieku szkolnego, bo to w nim najczęściej zapada rozpoznanie.

Powód jest prosty: szkoła stawia wymagania, które trafiają dokładnie w słabe punkty ADHD.

Siedzenie w ławce przez czterdzieści pięć minut, pięć albo sześć razy dziennie. Słuchanie wykładu bez możliwości wtrącania. Odrabianie lekcji po dniu, w którym zapas uwagi już się wyczerpał. Pakowanie plecaka na podstawie planu lekcji, czyli zadanie organizacyjne z kilkoma krokami. Prowadzenie zeszytu, pamiętanie o stroju na wuef, oddawanie zgód na wycieczkę w terminie.

Dochodzą do tego konsekwencje w ocenach. Dziecko z ADHD dostaje uwagi w dzienniku za rozmowy, obniżoną ocenę z zachowania, uwagi o braku zeszytu i o nieprzygotowaniu. Bardzo często słyszy, że jest zdolne, tylko się nie stara, i to zdanie zapada mu w pamięć na dziesięciolecia.

Obserwuje się również rozdźwięk między odpowiedziami ustnymi a pisemnymi. Dziecko świetnie opowiada o temacie, a na sprawdzianie wypada słabo, bo przeoczyło połowę poleceń.

Teraz okres dojrzewania, w którym zachodzi najważniejsza zmiana.

Nadruchliwość ruchowa wyraźnie słabnie. Nastolatek przestaje biegać po klasie i wspinać się na meble. Dla otoczenia bywa to dowód, że „wyrósł". W rzeczywistości ruch zewnętrzny przekształca się w wewnętrzny niepokój, który opisałem w poprzednim podrozdziale.

Nieuwaga pozostaje i często staje się bardziej dotkliwa, bo rosną wymagania. W szkole średniej trzeba planować naukę na kilka tygodni naprzód, pisać dłuższe prace, prowadzić projekty. Nikt już nie pilnuje zeszytu ani plecaka. Rodzice, słusznie, przekazują odpowiedzialność nastolatkowi, a jego funkcje wykonawcze nie dojrzewają w tym samym tempie co oczekiwania.

Z tego powodu wiele osób z ADHD dobrze radziło sobie w szkole podstawowej i załamało się w liceum albo na studiach. Nie dlatego, że przestały się starać, lecz dlatego, że zniknęła zewnętrzna struktura.

Przejdźmy do tematu, o którym trzeba mówić wprost, choć bywa trudny: do zachowań ryzykownych u nastolatków z ADHD.

Dane są jednoznaczne, a ich znajomość jest potrzebna, bo pozwala zawczasu postawić zabezpieczenia.

Jazda samochodem. Badania konsekwentnie pokazują, że kierowcy z ADHD mają wyższe ryzyko kolizji i wypadków niż kierowcy bez ADHD, a część prac podaje ryzyko około dwukrotnie wyższe. Częściej też przekraczają prędkość i tracą prawo jazdy. Wynika to z rozproszenia, impulsywnego wyprzedzania i niedoszacowania ryzyka.

Substancje psychoaktywne. Nastolatki z ADHD sięgają po alkohol i nikotynę wcześniej i częściej niż rówieśnicy, a ryzyko rozwinięcia uzależnienia jest u nich wyższe. Do tematu wrócę w podrozdziale 3.3, a o samoleczeniu napiszę w 7.3.

Zachowania seksualne. Badania podłużne wskazują na wcześniejszą inicjację, większą liczbę partnerów, rzadsze stosowanie antykoncepcji i wyższy odsetek nastoletnich ciąż. W najbardziej znanym badaniu podłużnym prowadzonym przez zespół Russella Barkleya odsetek nastoletnich ciąż w grupie z ADHD był wielokrotnie wyższy niż w grupie porównawczej.

Dodam dwie uwagi, bez których te liczby łatwo źle odczytać.

Pierwsza: są to prawdopodobieństwa na poziomie grup, a nie przepowiednie dla konkretnej osoby. Większość nastolatków z ADHD nie ulega poważnemu wypadkowi i nie uzależnia się.

Druga: ryzyko wyraźnie spada przy leczeniu i przy wsparciu otoczenia. Badania rejestrowe pokazują niższą liczbę wypadków i urazów w okresach, w których pacjenci przyjmowali leki.

Przejdźmy do dorosłości, bo tu obraz zmienia się najbardziej.

Dorosły z ADHD rzadko biega po pokoju. Zamiast tego odczuwa wewnętrzny niepokój, trudność z odpoczynkiem i napięcie, które bywa mylone z zaburzeniem lękowym.

Na pierwszy plan wysuwają się natomiast sprawy organizacyjne, bo to one wypełniają dorosłe życie.

Obowiązki domowe. Zmywarka stoi załadowana i nierozładowana. Pranie czeka na rozwieszenie. Lodówka zawiera produkty, które minęły termin. Sprzątanie odbywa się rzutami, zwykle przed wizytą gości.

Terminy. Rachunki opłacane po terminie, mimo że pieniądze były. Polisa przedłużona z opóźnieniem. Przegląd samochodu przypomniany przez mandat. Wniosek złożony ostatniego dnia albo dzień po.

Korespondencja. Maile otwarte i nieodpisane, bo odpowiedź wymagała trzech zdań namysłu. Skrzynka z tysiącami nieprzeczytanych wiadomości. Wiadomości od bliskich, na które chciało się odpisać porządnie i dlatego nie odpisało się wcale.

Sprawy urzędowe. Deklaracja podatkowa składana w ostatniej chwili. Wizyta w urzędzie przekładana miesiącami. Dokumenty, których nie da się znaleźć, bo nie mają stałego miejsca.

Charakterystyczne jest też zmęczenie, które z tego wynika. Dorosły z ADHD wkłada w zwykłe funkcjonowanie wysiłek, którego otoczenie nie widzi, bo widzi tylko efekt, i to zwykle efekt przeciętny.

Teraz pytanie, które zadaje sobie każdy rodzic dziecka z diagnozą: czy z ADHD się wyrasta?

Odpowiedź zależy od tego, jak postawi się pytanie.

Jeśli pytamy o pełne kryteria diagnostyczne, spełnia je w dorosłości mniejszość. Klasyczna metaanaliza z 2006 roku oszacowała, że pełne kryteria spełnia około 15 procent osób w wieku dwudziestu pięciu lat, natomiast około 65 procent pozostaje w stanie częściowej remisji, czyli ma objawy i trudności, choć nie dość liczne, by zebrać komplet punktów.

Jeśli pytamy o objawy i trudności, utrzymują się one u znacznej większości. Jedno z najdłuższych badań podłużnych, obserwujące uczestników przez kilkanaście lat, pokazało, że niemal wszyscy mieli objawy

o zmiennym nasileniu, a pełną i trwałą remisję odnotowano u mniej niż dziesięciu procent.

Z tego wynika obraz bardziej realistyczny niż proste „wyrasta się” albo „nie wyrasta się”. ADHD u większości osób nie znika, natomiast nasila się i słabnie falami, zależnie od etapu życia, obciążeń i wsparcia. Część objawów naturalnie łagodnieje wraz z dojrzewaniem mózgu, o czym napiszę w podrozdziale 2.5.

Przejdźmy do strategii kompensacyjnych, bo to one tłumaczą, dlaczego tak wiele osób dostaje diagnozę dopiero po trzydziestce.

Człowiek, który przez dwadzieścia lat zmaga się z tymi samymi trudnościami, wypracowuje własne sposoby. Nikt go ich nie uczy, więc wymyśla je sam, często kosztownie.

Listy wszystkiego. Kartki, notatki w telefonie, przypomnienia, karteczki na lodówce. System bywa rozbudowany i rzeczywiście działa.

Nadmierna kontrola. Sprawdzanie torby trzy razy przed wyjściem. Przyjeżdżanie czterdzieści minut przed pociągiem. Wielokrotne czytanie wysłanego maila w obawie przed błędem.

Praca nocami. Gdy dom cichnie, telefon milknie i nikt nie przeszkadza, praca wreszcie idzie. Konsekwencją jest przewlekłe niewyspanie, które nasila objawy następnego dnia.

Poleganie na innej osobie. Partner pamięta o terminach, matka dzwoni z przypomnieniem o wizycie, współpracownik pilnuje harmonogramu. Działa to dobrze, dopóki ta osoba jest obok.

Wybór odpowiedniego otoczenia. Praca różnorodna, z częstą zmianą zadań i wyraźnymi terminami. Studia na kierunku, który naprawdę fascynuje.

I teraz najważniejsza rzecz w całym tym podrozdziale. Strategie kompensacyjne przestają wystarczać przy zmianach życiowych.

Dlaczego? Bo każda z nich opiera się na warunkach, które właśnie się zmieniają.

Przeprowadzka niszczy całą geografię nawyków. Rzeczy nie mają jeszcze swoich miejsc, droga do pracy jest nowa, a wszystkie sprawy urzędowe trzeba załatwić naraz.

Nowa praca odbiera znajomość procedur i ludzi. W poprzedniej firmie wiedziałeś, komu co wysłać i gdzie co leży. Teraz każda czynność wymaga świadomej decyzji.

Narodziny dziecka usuwają dwie podpory naraz: sen i możliwość pracy w nocy. Dochodzi mnóstwo nowych obowiązków z terminami, a partner, który dotąd pamiętał o wszystkim, sam jest wyczerpany.

Do tej listy dochodzą jeszcze: koniec studiów, rozstanie, awans na stanowisko kierownicze, choroba w rodzinie i praca zdalna, która usuwa zewnętrzną strukturę dnia.

Bardzo wiele diagnoz w dorosłości zapada w ciągu roku lub dwóch po jednym z tych wydarzeń. Człowiek nie zachorował wtedy na ADHD. Po prostu przestał nadążać z nadrabianiem.

Zostaje grupa, o której mówi się najmniej: osoby starsze.

Badań nad ADHD po sześćdziesiątce jest bardzo mało i trzeba to uczciwie powiedzieć. Wiadomo natomiast kilka rzeczy wartych uwagi.

Objawy w tej grupie bywają mylone z początkami otępienia. Trudności z pamięcią, gubienie rzeczy, roztargnienie i problemy ze skupieniem pasują do obu obrazów. Różnicuje je przebieg w czasie: w ADHD trudności istniały całe życie, w otępieniu pojawiają się jako wyraźna zmiana względem wcześniejszego funkcjonowania. Dlatego w wywiadzie z osobą starszą tak ważne jest pytanie o dzieciństwo i o całą biografię.

Przejście na emeryturę zmienia sytuację w obie strony. Z jednej strony znikają terminy, zebrania i presja, więc część osób odczuwa ulgę. Z drugiej znika struktura dnia, która dotąd utrzymywała rytm. Niektórzy opisują pierwsze miesiące emerytury jako czas, w którym wszystko się rozsypało, bo nie było już nic, co porządkowałoby godziny.

Warto o tym wiedzieć i zawczasu zadbać o własny rytm: stałe pory, regularne zajęcia, zobowiązania wobec innych ludzi.

1.4. ADHD u kobiet – ukryte objawy

Przez większą część historii badań nad ADHD opisywano chłopców. Pierwsze kryteria powstały na podstawie obserwacji chłopców skierowanych do poradni, a dziewczynki pojawiły się w badaniach z wieloletnim opóźnieniem. Skutki widać do dziś.

Zacznijmy od liczb, bo one pokazują skalę problemu.

W badaniach populacyjnych, obejmujących całe roczniki dzieci, a nie tylko pacjentów poradni, stosunek chłopców do dziewcząt z ADHD wynosi około trzy do jednego.

W skierowaniach do poradni proporcja jest zupełnie inna. Przeglądy podają zakres od trzech do jednego aż do szesnastu do jednego, zależnie od badania i kraju.

Zestaw te dwie liczby ze sobą, bo w ich różnicy mieści się sedno tego podrozdziału. Jeśli w populacji ADHD ma trzech chłopców na jedną dziewczynkę, a do specjalisty trafia nawet szesnastu chłopców na jedną dziewczynkę, to znaczy, że bardzo wielu dziewczynek nikt nie kieruje na diagnozę.

W grupie dorosłych proporcje są wyraźnie bardziej wyrównane. Kobiety stanowią dużą część osób zgłaszających się po diagnozę w dorosłości, a w wielu poradniach w ostatnich latach przeważają. Dokładnych, dobrze ugruntowanych wskaźników dla dorosłych jednak nie ma i trzeba to uczciwie powiedzieć.

Jak wyjaśnić tę różnicę? Odpowiedź składa się z kilku elementów, a pierwszym jest prezentacja objawów.

U dziewcząt częściej występuje prezentacja z przewagą nieuwagi, czyli ta, która nie przeszkadza nikomu poza samym dzieckiem.

Taka uczennica nie biega po klasie, nie przerywa nauczycielce, nie wdaje się w bójki i nie dostaje uwag za zachowanie. Siedzi w ławce, patrzy w stronę tablicy i wygląda na obecną. W rzeczywistości jej myśli są gdzie indziej i nie usłyszała połowy lekcji.

Nazywa się ją „cichą dziewczynką bujającą w obłokach" i określenie to dobrze oddaje, co widzi nauczyciel. Takie dziecko bywa opisywane jako marzycielskie, delikatne, trochę nieobecne. Nikt nie zgłasza go do poradni, bo nie zakłóca pracy klasy.

Problemy pojawiają się więc dopiero w ocenach i w zeszytach: niedokończone zadania, braki w notatkach, słabsze wyniki, niż sugerowałyby odpowiedzi ustne. A to zwykle tłumaczy się brakiem pilności.

Drugim elementem jest odmienna postać nadruchliwości.

Nadruchliwość u dziewcząt rzadko polega na wspinaniu się na meble. Przybiera postać trudniejszą do rozpoznania.

Gadatliwość, czyli mówienie dużo, szybko i z dygresjami, bywa uznawana za cechę towarzyską, a nie za objaw. Drobne, powtarzalne czynności rękami: skubanie skórek wokół paznokci, obgryzanie paznokci, kręcenie i nawijanie włosów na palec, bawienie się długopisem, wyrywanie włosów, skubanie naskórka. Huśtanie nogą i kiwanie się na krześle.

Nadmierna aktywność towarzyska: potrzeba ciągłego kontaktu, organizowanie spotkań, zapisywanie się na wszystko.

Żadne z tych zachowań nie zakłóca lekcji, więc żadne nie trafia do dziennika.

Trzecim elementem są oczekiwania kulturowe wobec dziewcząt, i to prawdopodobnie element najsilniejszy.

Od dziewczynek oczekuje się grzeczności, staranności, porządku w zeszycie i w pokoju, uprzejmości i panowania nad emocjami. Te oczekiwania są bardziej stanowcze niż wobec chłopców, a odstępstwa od nich tłumaczy się charakterem, a nie zdrowiem.

Dlatego dziewczynka z ADHD słyszy inne zdania niż chłopiec. „Jesteś strasznie roztrzepana". „Co za bałaganiara". „Gdzie ty masz głowę". „Znowu zapomniałaś, jak zwykle". „Mogłabyś się chociaż postarać pisać równo".

Zwróć uwagę, czego te zdania dotyczą. Nie mówią o trudności, którą można zbadać i której można pomóc. Mówią o tym, kim ta dziewczynka jest. Z lat takich komunikatów powstaje przekonanie o własnej wadliwości, do którego wrócę w podrozdziale 4.4.

Czwartym elementem jest maskowanie, czyli świadome i nieświadome ukrywanie trudności.

Perfekcjonizm. Jeśli każda praca musi być bezbłędna, nikt nie zauważy, ile kosztowało jej napisanie. Dziewczyna z ADHD potrafi przepisywać notatki trzy razy, żeby były równe, albo nie oddać pracy wcale, bo nie jest dość dobra.

Wielogodzinne przygotowania. Sprawdzian, do którego rówieśnik uczy się godzinę, zajmuje sześć godzin, bo trzeba pięć razy wracać do tego samego akapitu. Efekt jest porównywalny, więc nikt nie widzi różnicy w nakładzie.

Nadmierne podpieranie się listami, alarmami i planami, często od wczesnego wieku.

Ukrywanie trudności przed otoczeniem. Niemówienie, że czegoś się nie rozumie. Udawanie, że się słuchało. Śmianie się z własnego roztrzepania, żeby uprzedzić cudze uwagi.

Unikanie sytuacji, w których trudności mogłyby wyjść na jaw. Niezgłaszanie się do odpowiedzi, rezygnacja z zajęć wymagających szybkiej reakcji, wybieranie zadań znanych zamiast nowych.

Wszystkie te strategie działają. Właśnie dlatego są tak kosztowne.

Koszt nazywa się przewlekłym zmęczeniem i jest najczęściej zgłaszaną dolegliwością kobiet, które dostają diagnozę w dorosłości. Opisują to zwykle podobnie: funkcjonuję normalnie, nikt niczego po mnie nie poznaje, i jestem z tego powodu wykończona.

Takie wyczerpanie bywa latami leczone jako przemęczenie, niedobór żelaza albo stan obniżonego nastroju, bo nikt nie pyta, ile wysiłku kosztuje zwykłe funkcjonowanie.

Przejdźmy do hormonów, bo to obszar, w którym krąży najwięcej uproszczeń. Przedstawię go ostrożnie i wskażę, co jest dobrze udowodnione, a co nie.

Punktem wyjścia jest mechanizm. Wiadomo, że estrogen wpływa na przekaźnictwo dopaminowe, między innymi w prążkowiu i w korze przedczołowej, a wpływ ten stwierdza się u kobiet, nie u mężczyzn. Skoro dopamina ma w ADHD znaczenie, o czym napiszę w podrozdziale 2.1, to związek jest prawdopodobny.

Cykl menstruacyjny. Bardzo wiele kobiet zgłasza nasilenie objawów w fazie przedmiesiączkowej, czyli w ostatnim tygodniu przed krwawieniem, gdy poziom estrogenu spada. Opisują wtedy gorszą koncentrację, większe rozdrażnienie, silniejsze reakcje emocjonalne i wrażenie, że leki działają słabiej.

Teraz uczciwa uwaga o stanie dowodów. Mechanizm jest wiarygodny, relacje pacjentek są liczne i zgodne, a mocnych badań potwierdzających związek i określających jego wielkość jest niewiele. Konsensusy ekspertów dopuszczają rozważenie korekty dawki leku zależnie od fazy cyklu, zaznaczając, że silnych dowodów na to nie ma. Decyzję podejmuje się z lekarzem, nigdy samodzielnie.

Praktyczny wniosek dla Ciebie jest jednak niezależny od stanu badań. Jeśli zauważasz taką zależność, zapisuj ją. Prowadź przez trzy miesiące prostą notatkę: dzień cyklu i ocena funkcjonowania w skali od jednego do pięciu. Taki zapis jest konkretną informacją dla lekarza, a także pozwala planować trudniejsze zadania na lepsze dni.

Ciąża i okres poporodowy. Relacje są tu rozbieżne i to samo w sobie jest informacją. Część kobiet opisuje poprawę w ciąży, część wyraźne pogorszenie. Po porodzie najczęściej mówi się o nasileniu trudności, przy czym trudno oddzielić wpływ hormonów od niedoboru snu, nowych obowiązków i przerwania leczenia. Leków stosowanych w ADHD nie zaleca

się w ciąży i w czasie karmienia piersią, a decyzje w tej sprawie podejmuje się zawsze z lekarzem prowadzącym.

Perimenopauza i menopauza. To okres, w którym poziom estrogenu trwale spada, i jednocześnie okres, w którym bardzo wiele kobiet po raz pierwszy trafia do psychiatry z powodu objawów ADHD.

Typowa historia wygląda tak. Kobieta po czterdziestce, która przez całe życie radziła sobie dzięki perfekcjonizmowi i listom, zaczyna nagle nie nadążać. Gubi wątek w rozmowie, zapomina o ustaleniach, nie może skupić się nad tekstem, który wcześniej przeczytałaby bez trudu. Pierwsza myśl dotyczy pamięci i bywa przerażająca.

Tutaj również trzeba powiedzieć wprost: doniesienia o nasileniu objawów w tym okresie mają charakter przede wszystkim kliniczny i anegdotyczny, a dobrych badań brakuje. Zjawisko jest jednak opisywane na tyle często, że warto o nim wiedzieć i przy takich objawach rozważyć konsultację, zamiast zakładać najgorsze.

Na koniec zjawisko wynikające ze wszystkiego powyższego: wcześniejsze błędne rozpoznania.

Kobiety z nierozpoznanym ADHD trafiają do systemu ochrony zdrowia, bo są wyczerpane, rozdrażnione, mają obniżony nastrój i nie radzą sobie z obowiązkami. Opisują objawy, a nie ich przyczynę, bo przyczyny nie znają.

W efekcie w dokumentacji pojawiają się rozpoznania zaburzeń lękowych, epizodów depresyjnych, zaburzeń adaptacyjnych albo zaburzeń osobowości, podczas gdy ADHD pozostaje niezauważone. Nierzadko ta sama pacjentka ma za sobą kilka różnych rozpoznań i kilka nieskutecznych terapii.

Opisuję to jako zjawisko statystyczne, dobrze udokumentowane w pracach o późnej diagnozie u kobiet. Samymi tymi zaburzeniami i ich odróżnianiem od ADHD zajmę się w podrozdziale 3.3.

Dodam dwa zastrzeżenia, żeby nie powstało nieporozumienie.

Pierwsze: błędne rozpoznanie nie oznacza, że lęk albo depresja były zmyślone. Bardzo często występują naprawdę i wymagają leczenia. Rzecz w tym, że bywają następstwem wieloletniego funkcjonowania z nierozpoznanym ADHD, a nie całą diagnozą.

Drugie: nie wyciągaj z tego wniosku, że każda kobieta z rozpoznaniem lęku albo depresji ma w rzeczywistości ADHD. Taki wniosek byłby równie błędny jak poprzedni.

1.5. Najczęstsze mity i stereotypy

Wokół ADHD narosło więcej nieprawdziwych przekonań niż wokół większości rozpoznań medycznych. Omówię te, z którymi zetkniesz się najczęściej, i podam, co wynika z badań.

Mit pierwszy: ADHD to wymysł współczesności albo moda.

Argument brzmi zwykle tak: dawniej nikt nie miał ADHD, a teraz nagle wszyscy je mają, więc najwyraźniej ktoś to wymyślił.

Odpowiedź faktograficzna jest prosta. ADHD figuruje w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób Światowej Organizacji Zdrowia i w klasyfikacji DSM Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Wytyczne postępowania wydały między innymi brytyjski NICE, Europejska Sieć ADHD u Dorosłych i towarzystwa psychiatryczne kilkudziesięciu krajów. To nie jest spór między badaczami o istnienie zjawiska.

Co do dawności opisów, odsyłam Cię do podrozdziału 1.1, gdzie prześledziłem je od 1798 roku. Nie będę tego powtarzał.

Wzrost liczby rozpoznań jest natomiast faktem i wymaga wyjaśnienia innego niż moda. Składają się na niego: poszerzenie kryteriów w kolejnych wydaniach klasyfikacji, uznanie, że ADHD dotyczy dorosłych, zwiększona świadomość wśród lekarzy pierwszego kontaktu i nauczycieli, lepszy dostęp do diagnostyki oraz rozpoznawanie grup dotąd pomijanych, przede wszystkim dziewcząt i kobiet. Każda z tych przyczyn zwiększa liczbę rozpoznań, nie zwiększając liczby osób z ADHD.

Mit drugi: ADHD wynika ze złego wychowania.

Jest to przekonanie najbardziej krzywdzące dla rodziców i jednocześnie najstarsze. Rozprawił się z nim już George Still w 1902 roku, zauważając, że opisywane przez niego dzieci pochodziły również z rodzin bez zaniedbań.

Co mówią badania? Stylu wychowania nie wskazano jako przyczyny ADHD. Dane o dziedziczności, które omówię w podrozdziale 2.4, nie pozostawiają tu wątpliwości.

Istnieje natomiast zależność w drugą stronę i dlatego nieporozumienie jest tak uporczywe. Dziecko z ADHD bywa trudne w wychowaniu, co wywołuje więcej upomnień, podniesionych głosów i kar. Obserwator widzi nerwową matkę krzyczącą na rozbrykane dziecko i wyciąga wniosek o przyczynie, myląc kolejność. Badania, w których rodzicom udzielono wsparcia,

pokazały, że ich zachowanie zmienia się wraz z zachowaniem dziecka, a nie odwrotnie.

Co zatem zależy od wychowania? Nie to, czy dziecko ma ADHD, lecz to, jak sobie z nim poradzi. Przewidywalne zasady, jasne komunikaty, docenianie starań, współpraca ze szkołą i unikanie upokarzania naprawdę mają znaczenie, i to duże. Wpływają na samoocenę, na ryzyko wtórnej depresji i na to, ile dziecko wyniesie ze szkoły.

Mit trzeci: ADHD wywołują cukier, telewizja albo gry komputerowe.

Zacznijmy od cukru, bo to przekonanie jest niezwykle rozpowszechnione.

Zależność między cukrem a nadruchliwością sprawdzano w badaniach z podwójnie ślepą próbą, w których ani rodzice, ani badacze nie wiedzieli, które dziecko dostało cukier, a które substancję obojętną. Metaanaliza takich badań, opublikowana w 1995 roku w „Journal of the American Medical Association", nie wykazała wpływu cukru na zachowanie i na funkcje poznawcze dzieci.

Skąd więc powszechne przekonanie rodziców? Z kontekstu. Cukier dzieci jedzą na urodzinach, świętach i wycieczkach, czyli tam, gdzie i tak panuje podniecenie, jest dużo bodźców i mało struktury. Wykazano też wprost, że rodzice przekonani, iż ich dziecko dostało cukier, oceniali jego zachowanie jako bardziej nadruchliwe, nawet gdy w rzeczywistości dostało substancję obojętną.

Teraz ekrany. Tu odpowiedź wymaga rozróżnienia.

Czy czas przed ekranem powoduje ADHD? Nie ma na to dowodów, a sama konstrukcja takiej hipotezy napotyka trudność: ADHD opisywano długo przed wynalezieniem telewizji, nie mówiąc o telefonach.

Czy istnieje związek statystyczny między intensywnym korzystaniem z ekranów a objawami ADHD? Tak, i jest wielokrotnie potwierdzany. Problem w tym, że związek nie mówi o kierunku. Najbardziej prawdopodobne wyjaśnienie jest odwrotne niż potoczne: dzieci z ADHD częściej sięgają po treści dające szybką nagrodę, bo takie treści utrzymują ich uwagę, podczas gdy książka albo zadanie domowe tego nie robią. O tym, dlaczego tak się dzieje, napiszę w podrozdziale 2.3.

Czy nadmiar ekranów szkodzi? Tak, i to niezależnie od ADHD. Zabiera czas snu, ruchu i kontaktów, a przy ADHD skutki bywają poważniejsze. Jest to więc realny problem, tylko nie jest przyczyną zaburzenia.

Mit czwarty: ADHD to lenistwo albo brak silnej woli.

To mit najczęściej powtarzany i najboleśniejszy, bo osoby z ADHD słyszą go latami, a z czasem zaczynają powtarzać same sobie.

Przyjrzyjmy się, na czym polega nieporozumienie. Lenistwo oznacza brak chęci do wysiłku. Człowiek leniwy nie chce czegoś robić i dlatego tego nie robi.

W ADHD rozdźwięk przebiega gdzie indziej: między wiedzą a wykonaniem.

Osoba z ADHD doskonale wie, co powinna zrobić. Wie, że trzeba wysłać ten mail, zapłacić ten rachunek i zacząć ten wniosek. Zwykle wie również, jak to zrobić, bo robiła to wielokrotnie. Chce to zrobić i naprawdę zależy jej na efekcie.

A mimo to nie zaczyna. Siedzi przed otwartym komputerem przez dwie godziny i nie napisze pierwszego zdania, chociaż wie, że zajęłoby to piętnaście minut.

Zwróć uwagę na dwa argumenty, które lenistwo wykluczają.

Po pierwsze, towarzyszy temu cierpienie. Człowiek leniwy odpoczywa i jest mu z tym dobrze. Osoba z ADHD, która nie może zacząć, przeżywa narastający niepokój, złość na siebie i poczucie winy. Nikt nie wybiera dobrowolnie takiego stanu.

Po drugie, ci sami ludzie bywają zdolni do ogromnego wysiłku. Potrafią pracować dwanaście godzin bez przerwy nad czymś, co ich pochłonęło, i wstać o piątej rano, żeby wrócić do tematu. Lenistwo nie działa wybiórczo.

Zostawiam wyjaśnienie mechanizmu na drugi rozdział. Tutaj chodzi o samo odróżnienie zjawisk, bo ma ono praktyczne znaczenie: człowiek przekonany, że jest leniwy, szuka rozwiązania w większej dyscyplinie, która akurat nie pomaga.

Mit piąty: „każdy ma trochę ADHD”.

Zdanie to pada zwykle w dobrej wierze, jako pocieszenie albo wyraz solidarności. Mimo to warto wiedzieć, dlaczego jest szkodliwe.

Zacznijmy od tego, co jest w nim prawdziwe. Cechy opisywane w kryteriach ADHD występują w całej populacji, w różnym nasileniu, a granica między normą a zaburzeniem jest umowna i oparta na liczbie objawów oraz ich skutkach. Pod tym względem ADHD nie różni się od nadciśnienia, przy którym też wyznacza się próg.

Gdzie leży błąd? W przeniesieniu wniosku z cechy na zaburzenie. Każdy człowiek czasem o czymś zapomni i każdy miewa gorsze dni z koncentracją.

To nie znaczy, że każdy ma ADHD. Z tego, że każdemu zdarza się smutek, również nie wynika, że każdy ma depresję.

Praktyczna szkoda jest jednak większa niż logiczna. Zdanie „każdy tak ma" mówi rozmówcy: twoje trudności nie są szczególne, więc przestań się nimi zajmować. W efekcie zniechęca do szukania pomocy, podważa sens diagnozy i leczenia, a osobę, która właśnie zebrała się na odwagę, by o czymś powiedzieć, zamyka w poczuciu, że przesadza.

Jeśli chcesz odpowiedzieć na takie zdanie, nie musisz się spierać. Wystarczy jedno zdanie: „pewnie każdemu się to zdarza, u mnie dzieje się codziennie od dwudziestu lat i kosztowało mnie pracę".

Mit szósty dotyczy inteligencji i występuje w dwóch przeciwstawnych wersjach, obu fałszywych.

Wersja pierwsza: ADHD oznacza niższą inteligencję. Nie oznacza. Już George Still w 1902 roku podkreślał prawidłową inteligencję opisywanych dzieci. ADHD występuje w całym zakresie ilorazu inteligencji, u osób o wynikach niskich, przeciętnych i bardzo wysokich.

Nieporozumienie bierze się stąd, że testy inteligencji wymagają uwagi, pracy w czasie i pamięci roboczej, a te są przy ADHD osłabione. Wynik może być więc zaniżony względem rzeczywistych możliwości, zwłaszcza w częściach mierzonych na czas. Z tego samego powodu gorsze oceny szkolne nie świadczą o zdolnościach ucznia.

Wersja druga: wysoka inteligencja wyklucza ADHD. Nie wyklucza i jest to przekonanie szkodliwe, bo opóźnia diagnozę o lata.

Dzieje się tak dlatego, że bystre dziecko długo kompensuje trudności zdolnościami. Nie słucha na lekcji, a i tak nadąża. Nie uczy się systematycznie, a zdaje. Problem wychodzi na jaw dopiero wtedy, gdy wiedza przestaje wystarczać i zaczyna liczyć się organizacja pracy: na trudniejszym kierunku studiów albo przy pierwszej poważnej pracy. Wtedy rodzice słyszą zdanie o „zmarnowanym potencjale".

Mit siódmy, a właściwie spór: czy ADHD jest nadrozpoznawane, czy niedodiagnozowane?

Przedstawię obie strony, bo obie mają argumenty.

Za nadrozpoznawaniem przemawia szybki wzrost liczby rozpoznań i przepisywanych leków w wielu krajach, różnice między regionami, których nie da się wyjaśnić biologią, oraz zjawisko wieku względnego: dzieci najmłodsze w roczniku szkolnym otrzymują rozpoznanie ADHD częściej niż

najstarsze, co potwierdzono w kilku krajach. Ostatnia obserwacja jest mocnym argumentem, bo pokazuje, że część rozpoznań odzwierciedla niedojrzałość, a nie zaburzenie. Niepokój budzi też jakość części diagnoz stawianych pośpiesznie i komercyjnie.

Za niedodiagnozowaniem przemawia udział grup pomijanych, przede wszystkim dziewcząt i kobiet, o czym pisałem w podrozdziale 1.4, oraz dorosłych, u których przez dziesięciolecia w ogóle nie stawiano tego rozpoznania. Przemawia również porównanie rozpowszechnienia szacowanego w badaniach populacyjnych z liczbą osób faktycznie leczonych, która w wielu krajach jest wyraźnie niższa.

Oba zjawiska mogą więc występować naraz, w różnych grupach: nadrozpoznawanie wśród chłopców w młodszych klasach, niedodiagnozowanie wśród dziewcząt i dorosłych.

A jak to wygląda w Polsce? Trzeba powiedzieć uczciwie, że dobrych danych epidemiologicznych dla Polski jest bardzo mało. Nie dysponujemy badaniem populacyjnym porównywalnym z największymi zagranicznymi. To, co wiadomo, pochodzi głównie ze sprawozdawczości Narodowego Funduszu Zdrowia i ze sprzedaży leków, a te źródła mówią o liczbie leczonych, a nie o liczbie chorych.

Z dostępnych informacji wyłania się obraz dwóch zjawisk naraz. Z jednej strony liczba rozpoznań i leczonych pacjentów rośnie w Polsce szybko, zwłaszcza wśród dorosłych, a od kilku lat wyraźnie wzrosło zainteresowanie tematem i powstało wiele prywatnych placówek diagnostycznych. Z drugiej strony przez dziesięciolecia obowiązywały u nas węższe kryteria ICD-10, o czym pisałem w podrozdziale 1.1, a diagnostyka dorosłych praktycznie nie istniała, więc istnieje duża grupa osób po czterdziestce i pięćdziesiątce, które nigdy nie miały szansy na rozpoznanie.

Mit ósmy, a raczej nawyk językowy: mówienie o ADHD w sposób stygmatyzujący.

Zwróć uwagę na zdania, które słyszy się na co dzień. „Ale z ciebie ADHD-owiec". „To jakieś ADHD-owe dziecko". „Mam dzisiaj ADHD, nie mogę się skupić". „Przestań ADHD-ować".

Dlaczego warto z tego zrezygnować? Z trzech powodów.

Po pierwsze, takie użycie zamienia rozpoznanie medyczne w określenie cechy charakteru, zwykle negatywnej. Nikt nie mówi „ale ze mnie dzisiaj cukrzyca".

Po drugie, bagatelizuje trudności osób z diagnozą, czyli działa tak samo jak zdanie omówione przed chwilą.

Po trzecie, utrudnia mówienie o własnej diagnozie. Trudno powiedzieć w pracy „mam ADHD", jeśli to samo słowo bywa tam używane jako żart.

Jak mówić zamiast tego? Rzeczowo i bez udziwnień.

Mów „osoba z ADHD" albo „mam ADHD", a nie „ADHD-owiec". O dziecku mów „dziecko z ADHD", a nie „ADHD-owe dziecko", bo diagnoza jest jedną z jego cech, nie definicją.

O własnych trudnościach mów konkretnie: „trudno mi się dzisiaj skupić", a nie „mam dziś ADHD".

Unikaj też przeciwnej skrajności, czyli nazywania ADHD „supermocą" we wszystkich sytuacjach. Mocne strony istnieją i poświęcam im cały ósmy rozdział, natomiast nazywanie zaburzenia darem bywa równie nieprawdziwe jak nazywanie go lenistwem, a przy okazji utrudnia proszenie o pomoc.