

# Rozpowszechnienie zespołu nadpobudliwości psychoruchowej we współczesnym świecie

## Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder nowadays

**Kamil Chorążka<sup>1,2</sup>, Paulina Miłkowska<sup>3,4</sup>, Bartosz Łoza<sup>1,2</sup>, Maja Polikowska<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Klinika Psychiatrii Oddziału Fizjoterapii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

<sup>2</sup> Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie

<sup>3</sup> Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

<sup>4</sup> Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny w Warszawie



**Kamil Chorążka**

Lekarz rezydent,  
doktorant

Warszawskiego  
Uniwersytetu  
Medycznego.

Zainteresowania:

*Octodon degus* i inne  
*Octodontidae*.

### STRESZCZENIE

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej to zaburzenie najczęściej utożsamiane z angielskim skrótem ADHD (*attention deficit hyperactivity disorder*; zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi). Różnorodność klasyfikacji diagnostycznych oraz zróżnicowanie obrazu klinicznego tego schorzenia niejednokrotnie wpływają na wyniki badań epidemiologicznych. Artykuł ma na celu zobrazowanie rozprzestrzenienia ADHD w populacji dzieci i dorosłych we współczesnym świecie. Jest on również próbą identyfikacji najbardziej charakterystycznych czynników wpływających na powyższe różnice.

**Słowa kluczowe:** ADHD, zespół hiperkinetyczny, DSM-IV, ICD-10

### ABSTRACT

Attention deficit hyperactivity disorder is a condition most commonly identified with the English acronym ADHD. The variety of diagnostic classifications and diversity of the clinical manifestation of the disease often affect the results of epidemiological studies. This article aims to present the prevalence of ADHD in children and adults nowadays. It is also an attempt to identify the most characteristic factors influencing these differences.

**Key words:** ADHD, hyperkinetic disorder, DSM-IV, ICD-10

#### NAJWAŻNIEJSZE

**Mimo rozpoznawania ADHD w wieku dziecięcym i zmniejszania się nasilenia objawów wraz z wiekiem, problem ten nadal w istotny klinicznie sposób może dotyczyć części dorosłej populacji.**

#### HIGHLIGHTS

**Although ADHD is diagnosed in childhood and the severity of its symptoms decreases with age, this problem may significantly affect a part of the adult population.**

## WSTĘP

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży. Mimo redukcji nasilenia objawów choroby wraz z wiekiem objawy tego schorzenia obserwuje się również u dorosłych. Dotyczy to nawet do 66% pacjentów, u których rozpoznano ADHD w dzieciństwie.

Objawy zespołu nadpobudliwości psychoruchowej wpływają negatywnie na rozwój psychofizyczny dziecka, jego adaptację do sytuacji społecznych i ograniczają możliwość właściwego kształtowania osobowości. Do tej pory nie opracowano jednak ujednoczonych i dokładnych metod diagnostycznych, co nie pozwala na identyfikację osób narażonych na rozwój tego typu zaburzeń. Przykładem braku standaryzacji i trafności diagnozy zespołu nadpobudliwości psychoruchowej są istotne różnice w epidemiologii tego zjawiska [1–4].

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej odnosi się do określeń stosowanych zależnie od obowiązującej klasyfikacji klinicznej. W *International Classification of Diseases* (ICD-10) diagnozą równoważną jest zespół hiperkinetyczny (HD, *hyperkinetic disorder*), natomiast w klasyfikacjach *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV i DSM-V), jak również w znacznej większości literatury anglojęzycznej – zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, *attention deficit hyperactivity disorder*). Z tego też względu w dalszej części pracy, w nawiązaniu do zespołów nadpobudliwości psychoruchowej, używany będzie skrót angielski – ADHD.

W dużym uproszczeniu, zaburzenia tego typu opierają się na stwierdzeniu trwałej obecności objawów z takich grup, jak: zaburzenia uwagi, nadmierna ruchliwość i nadmierna impulsywność. Główne kryteria diagnozy ADHD można znaleźć w wyżej wymienionych międzynarodowych klasyfikacjach klinicznych: ICD-10, DSM-IV i DSM-V. Ponieważ DSM-V została wprowadzona niedawno, większość dostępnych badań naukowych opiera się na poprzedniej wersji tej klasyfikacji.

Zarówno w klasyfikacji ICD-10, jak i DSM-IV w celu rozpoznania ADHD musi zostać spełniona odpowiednia liczba kryteriów diagnostycznych z powyższych grup objawów (w klasyfikacji DSM-IV rozróżnia się dwie grupy objawów: zaburzenia uwagi i nadmierną ruchliwość/impulsywność). Występowanie obserwowanych objawów powinno się utrzymywać przynajmniej przez 6 miesięcy. Nasilenie dolegliwości powinno znacząco wpływać na funkcjonowanie dziecka i rozpocząć się przed 7. r.ż. Kryteria muszą zostać spełnione przynajmniej w dwóch sytuacjach życiowych, np. w domu i szkole [1, 4, 5].

DSM-V obejmuje te same kryteria diagnostyczne wyselekcjonowanych dwóch grup objawów (zaburzenia uwagi i nadruchliwość/impulsywność) jak DSM-IV. Główną różnicą między wersjami jest zaakcentowanie możliwości występowania kilku objawów ADHD nie przed 7., lecz przed 12. r.ż. Natomiast diagnoza ADHD u dorosłych wymaga spełnienia mniejszej liczby kryteriów diagnostycznych w każdej z grup objawów (po pięć kryteriów w porównaniu z sześcioma u dzieci) [6].

Dodatkową kwestią w diagnostyce ADHD jest jego podział na podtypy. W klasyfikacjach DSM-IV i DSM-V wyróżnić można 3 podtypy: z przewagą zaburzeń uwagi, z przewagą nadruchliwości/impulsywności i podtyp mieszany. W klasyfikacji ICD-10 podział ten nie istnieje, nie można rozpoznać izolowanych zaburzeń uwagi, nadruchliwości/impulsywności. Zarówno zaburzenia uwagi, jak i nadruchliwość/impulsywność muszą mieć swoją manifestację w obrazie klinicznym pacjenta. Dlatego też uznaje się zaburzenia hiperkinetyczne z klasyfikacji ICD-10 za ekwiwalent podtypu mieszanego ADHD z klasyfikacji amerykańskiej (DSM) [1, 4–5].

Inną różnicę w skalach diagnostycznych, która może wpływać na różnice w wykrywalności ADHD, stanowi dopuszczalność diagnozowania chorób współistniejących, np. zaburzeń zachowania. W skali ICD-10 jest to kryterium wykluczające diagnozę ADHD, natomiast w skali amerykańskiej oba rozpoznania mogą zostać postawione jednocześnie.

Nie można zapomnieć o fakcie, iż często w celu oceny nasilenia objawów ADHD wykorzystuje się różnego rodzaju skale (m.in. Conners; Brown; Copeland; ASRS, *Adult Self-Report Scale*; TOVA, *Test of Variables of Attention*), które mniej lub bardziej mogą wpływać na ostateczną interpretację klasyfikacji klinicznych: ICD-10, DSM-IV i DSM-V.

Artykuł ten ma za zadanie przedstawić różnice w wynikach badań naukowych dotyczących rozpowszechnienia ADHD na świecie w populacji dzieci i dorosłych oraz ocenić główne czynniki wpływające na to zjawisko.

## ADHD U DZIECI I MŁODZIEŻY

Rozpowszechnienie ADHD w populacjach dzieci i młodzieży w Europie jest różne w zależności od zastosowanej skali diagnostycznej. We włoskich szkołach wśród dzieci i młodzieży w wieku 8–15 lat 1,32% spełniało kryteria ADHD według wywiadu *Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version* (K-SADS-PL) [7]. Według kryteriów DSM-IV 4,8% dzieci między 3. a 17. r.ż. w Niemczech [8] oraz

do 17,1% dzieci między 6. a 15. r.ż. w Portugalii cierpiało na to zaburzenie [9]. Wysoki odsetek dzieci choruje również w Finlandii – 8,5% adolescentów w wieku 16–18 lat [10]. W pracach europejskich posługujących się ICD-10, z wymienionych wcześniej względów, odsetek chorych na ADHD jest mniejszy. W pracy niemieckich badaczy w wybranej populacji ponad 2 tys. dzieci i adolescentów między 7. a 17. r.ż. odsetek chorych na ADHD/HD według kryteriów ICD-10 wynosił 1%, podczas gdy ta sama populacja według DSM-IV spełniała kryteria rozpoznania w 5% [11]. Podobnie w Hiszpanii, w badaniu, które przeprowadzili Cardo i wsp. w grupie 1,5 tys. dzieci w przedziale wiekowym 6–12 lat, 3,6% według DSM-IV i 1,2% według ICD-10 spełniało kryteria ADHD/HD [12].

Rozbieżności w częstości występowania ADHD są czasem zauważalne nawet w obrębie jednego kraju, np. w Chinach. Rozpowszechnienie ADHD różniło się tam w zależności od regionu – od 0,84% w populacji dzieci i adolescentów w wieku 6–17 lat w północnych Chinach [13], poprzez 4,6% w grupie między 5. a 15. r.ż. w Szanghaju [14], aż do 5,95% w prowincji Hunan u dzieci 5–17-letnich (wszystkie prace według kryteriów DSM-IV) [15].

Wysoki odsetek dzieci i adolescentów chorych na ADHD jest notowany w krajach Ameryki Łacińskiej i Południowej – według DSM-IV schorzenie to stwierdza się u 5% dzieci i adolescentów w wieku 4–18 lat w Chile [16], 8% populacji dzieci w podobnym wieku w Portoryko [17] i aż do 13% młodzieży szkolnej w Brazylii [18].

Z kolei w USA (jak wynika z pracy oceniającej dzieci między 8. a 15. r.ż.) według kryteriów DSM-IV na ADHD choruje 8,7% populacji [19].

Spośród nieco ograniczonych danych pochodzących z Afryki wyłania się jedna praca przeglądowa [20], w której autor analizuje badania pochodzące z Kongo, Nigerii i regionu Afryki Południowej. Rozpowszechnienie ADHD w tych miejscach według kryteriów DSM-IV wśród dzieci w wieku szkolnym wynosiło odpowiednio: 8%, 8,7% i 5%.

Średnie rozpowszechnienie w Australii to 7,5% u dzieci w wieku 6–17 lat (kryteria DSM-IV) [21].

W irańskim mieście Paveh w populacji dzieci między 6. a 18. r.ż. aż 11,9% spełniało kryteria DSM-IV dla ADHD [22]. W Indiach wśród dzieci w wieku 10–15 lat u 7,2% według kryteriów DSM-IV można było rozpoznać ADHD [23], z kolei w Arabii Saudyjskiej w nieco młodszej grupie dzieci (7–9 lat) chorowało 2,7% [24].

Nieliczne prace oceniające rozpowszechnienie ADHD w grupach dzieci w wieku przedszkolnym szacują częstość tego zaburzenia od 1,9% w Norwegii [25], przez 5,8% w Japonii [26], aż do 12,2% w Indiach [27].

Brakuje dokładnych danych na temat rozpowszechnienia ADHD w Polsce. Według Wolańczyka i wsp. odsetek dzieci cierpiących na ADHD w naszym kraju jest podobny do średniej na świecie (ok. 3–5%) [28].

## RÓŻNICE GEOGRAFICZNE A METODOLOGIA BADAŃ

Polanczyk i wsp. przeprowadzili duży przegląd systematyczny z metaanalizą regresji [29]. Autorzy przeszukali bazy danych MEDLINE i PsycINFO i znaleźli ponad 100 badań z przedziału czasowego 1980–2007 z udziałem 171 tys. dzieci i adolescentów z całego świata (4 badania z Afryki, 15 z Azji, 32 z Europy, 4 z Bliskiego Wschodu, 32 z Ameryki Północnej, 6 z Oceanii, 9 z Ameryki Południowej). Średnie rozpowszechnienie ADHD na świecie zostało określone jako 5,29%. Odsetek dzieci i adolescentów chorych na ADHD niewiele się różnił między Ameryką Północną (6,2%) i Europą (4,6%), a różnica ta wynikała najprawdopodobniej z metodologii badań. Największy odsetek dzieci chorych na ADHD pochodził z Afryki (8,5%) i z Ameryki Południowej (11,8%).

W ciekawym badaniu Buitelaar i wsp. [30] analizowali rozpowszechnienie ADHD na świecie, używając ujednoczonych kryteriów – rozpoznanie ADHD ustalano za pomocą wywiadu K-SADS-PL. W skład badania weszło 604 pacjentów spoza Ameryki Północnej (dzieci z Europy, Afryki i Australii) oraz 665 pacjentów z Ameryki Północnej; średnia wieku obu grup wynosiła ok. 10 lat. Okazało się, że przy użyciu ujednoczonych kryteriów częstość zaburzenia i charakterystyki grup pacjentów były bardzo do siebie podobne.

## ADHD U DOROSŁYCH

Prac dotyczących epidemiologii ADHD u dorosłych jest nieporównywalnie mniej niż obserwacji występowania tego schorzenia w populacji dzieci i młodzieży. Prace te opierają się zasadniczo na klasyfikacji DSM-IV.

W jednym z obszernych badań wielośrodkowych przebadano populację 11 422 osób (wiek: 18–44 lata) z 10 krajów świata. Średnie rozpowszechnienie ADHD u badanych wyniosło 3,4% (zakres: 1,2–7,3%). W Belgii – 4,1%, w Kolumbii – 1,9%, we Francji – 7,3%, w Niemczech – 3,1%, we Włoszech – 2,8%, w Libanie – 1,8%, w Holan-

dii – 5,0%, w Meksyku – 1,9%, w Stanach Zjednoczonych – 5,2%, w Hiszpanii – 1,2%. W krajach rozwijających się średnie rozpowszechnienie wynosiło 1,9% (Kolumbia, Liban, Meksyk), natomiast w krajach rozwiniętych – 4,2% (pozostałe kraje). Wszystkie przebadane osoby miały rozpoznanie ADHD w dzieciństwie, natomiast na podstawie odpowiednich skal klinicznych potwierdzono diagnozę w chwili włączenia do badania. U osób z wykształceniem wyższym ADHD rozpoznawano rzadziej niż u osób mniej wykształconych [31]. Metaanaliza węgierskich autorów wykazała, iż rozpowszechnienie ADHD w populacji dorosłych wynosi 2,5% [32].

Amerykańskie badanie mające na celu ocenę stanu zdrowia osób powyżej 18. r.ż. wykazało, że ADHD miało 4,4% badanych [33]. W jednym z badań holenderskich, przy zastosowaniu skali amerykańskiej, stwierdzono 1-procentowe rozpowszechnienie ADHD u dorosłych. Autorzy pracy chcieli ocenić dodatkowo odsetek populacji wykazujący od 4 do 6 objawów zarówno w kategorii zaburzeń uwagi, jak i nadmiernej pobudliwości/impulsywności. W tym przypadku uzyskali rozpowszechnienie zaburzenia na poziomie 2,5%. Dodatkowy punkt odjęcia był podyktowany jednym z wniosków płynących z badania. Osoby z przynajmniej 4 objawami w wyżej wymienionych kategoriach wykazywały statystycznie częściej niedostosowanie psychospołeczne w porównaniu z osobami z mniejszą liczbą takich objawów [34].

W innym badaniu holenderskim u 2,9% przebadanych w dzieciństwie osób wykryto ADHD, z czego 70% utrzymało diagnozę w wieku dorosłym. Częstość choroby była związana z gorszymi warunkami socjoekonomicznymi, innymi zaburzeniami psychicznymi, a także niedostosowaniem psychospołecznym [35].

W badaniu niemieckim wykazano, że 4,7% osób w populacji boryka się z problemem ADHD. Był on związany głównie z młodym wiekiem, niskim poziomem wykształcenia, bezrobociem [36]. W populacji belgijskiej odsetek zachorowań był porównywalny – 4,1% [37].

Co ciekawe, w badaniu koreańskim rozprzestrzenienie wyniosło 1,1% i było statystycznie związane z występowaniem innych chorób psychicznych u pacjentów [38].

## PODSUMOWANIE

Rozpowszechnienie ADHD zależy od wielu czynników. Na pierwszy plan wysuwa się odmienne pojmowanie samego schorzenia przy wykorzystaniu różnych klasyfikacji psychiatrycznych. Zróznicowanie rozpowszechnie-

nia ADHD jest zauważalne w poszczególnych regionach świata. Czynniki socjoekonomiczne, takie jak edukacja czy stopień rozwoju państwa, mogą się również przyczynić do częstszego stwierdzania ADHD. Nieobojętne są także wyniki wskazujące na częstsze występowanie ADHD u płci męskiej [1].

Dodatkowo różnorodność objawów ADHD sprawia, iż nie wszystkie problemy w zachowaniu dziecka będą skłaniać rodziców czy nauczycieli do szukania pomocy w placówkach medycznych i psychologicznych. Dziecko z izolowanymi zaburzeniami uwagi może zostać uznane jedynie za słabego ucznia, natomiast uczeń nadruchliwy i impulsywny, zakłócający pracę w klasie, szybciej zmotywuje opiekunów do specjalistycznej interwencji.

Ostatecznie w większości przypadków ADHD rozpoznaje się w wieku dziecięcym, nie można jednak z tego powodu bagatelizować przewlekłości zespołu i jego występowania u osób dorosłych. Choroba często spotykana w młodości nie odbiega istotnie swoją częstością po osiągnięciu przez pacjentów dojrzałości. W takim przypadku może wpływać negatywnie na funkcjonowanie psychofizyczne, podobnie jak u dzieci i młodzieży.

Doprecyzowane i jednolite formy stawiania diagnozy ADHD pozwoliłyby na swobodniejszy przepływ informacji na temat tego schorzenia w świecie nauki. Możliwe byłoby uściślenie, czy różnice w występowaniu ADHD w różnych regionach świata są związane tylko z odmianą metodologią badań, czy z innymi czynnikami, mającymi wpływ na samo zaburzenie.

## PIŚMIENNICTWO

1. Wolańczyk T, Komender J. Zaburzenia hiperkinetyczne. W: *Namysłowska I (red.). Psychiatria dzieci i młodzieży. Wydanie I, PZWL, Warszawa 2004: 197-213.*
2. Simon V, Czobor P, Balint S et al. Detailed review of epidemiologic studies on adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Psychiatr Hung* 2007; 22(1): 4-19.
3. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med* 2006; 36(2): 159-165.
4. Ebert M, Loosen P, Nurcombe B, Leckman J. *CURRENT Diagnosis & Treatment Psychiatry. Wydanie II, McGraw-Hill, USA 2008.*
5. Pużyński S, Wciórka J. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Wydanie II uzupełnione, Vesalius, Kraków 2000.*

6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Wydanie V, APA, Washington 2013.
7. Donfrancesco R, Marano A, Calderoni D et al. Prevalence of severe ADHD: an epidemiological study in the Italian regions of Tuscany and Latium. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2014; 15: 1-9.
8. Schlack R, Hölling H, Kurth BM, Huss M. The prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) among children and adolescents in Germany. Initial results from the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2007; 50(5-6): 827-835.
9. Vasconcelos MM, Werner J Jr, Malheiros AF et al. Attention deficit/hyperactivity disorder prevalence in an inner city elementary school. *Arq Neuropsiquiatr* 2003; 61(1): 67-73.
10. Smalley SL, McGough JJ, Moilanen IK et al. Prevalence and psychiatric comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder in an adolescent Finnish population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46(12): 1575-1583.
11. Döpfner M, Breuer D, Wille N et al. How often do children meet ICD-10/DSM-IV criteria of attention deficit/hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder? Parent-based prevalence rates in a national sample – results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 1: 59-70.
12. Cardo E, Servera M, Vidal C et al. The influence of different diagnostic criteria and the culture on the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder. *Rev Neurol* 2011; 52(1): 109-117.
13. Xiaoli Y, Chao J, Wen P et al. Prevalence of Psychiatric Disorders among Children and Adolescents in Northeast China. *PLoS One* 2014; 9(10).
14. Jin W, Du Y, Zhong X, David C. Prevalence and contributing factors to attention deficit hyperactivity disorder: A study of five- to fifteen-year-old children in Zhabei District, Shanghai. *Asia Pac Psychiatry* 2014; 6(4): 397-404.
15. Guan BQ, Luo XR, Deng YL et al. Prevalence of psychiatric disorders in primary and middle school students in Hunan Province. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi* 2010; 12(2): 123-127.
16. Vicente B, Saldivia S, Rioseco P et al. Prevalence of mental health disorders among children and adolescents living in southern Chile. *Rev Med Chil* 2010; 138(8): 965-973.
17. Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M et al. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61(1): 85-93.
18. Fontana Rda S, Vasconcelos MM, Werner J Jr et al. ADHD prevalence in four Brazilian public schools. *Arq Neuropsiquiatr* 2007; 65(1): 134-137.
19. Froehlich TE, Lanphear BP, Epstein JN et al. Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161(9): 857-864.
20. Bakare MO. Attention deficit hyperactivity symptoms and disorder (ADHD) among African children: a review of epidemiology and co-morbidities. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)* 2012; 15(5): 358-361.
21. Graetz BW, Sawyer MG, Hazell PL et al. Validity of DSM-IV ADHD subtypes in a nationally representative sample of Australian children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40(12): 1410-1417.
22. Dodangi N, Habibi Ashtiani N, Valadbeigi B. Prevalence of DSM-IV TR Psychiatric Disorders in Children and Adolescents of Paveh, a Western City of Iran. *Iran Red Crescent Med J* 2014; 16(7): e16743.
23. Juneja M, Sairam S, Jain R. Attention deficit hyperactivity disorder in adolescent school children. *Indian Pediatr* 2014; 51(2): 151-152.
24. Alqahtani MM. Attention-deficit hyperactive disorder in school-aged children in Saudi Arabia. *Eur J Pediatr* 2010; 169(9): 1113-1117.
25. Wichstrøm L, Berg-Nielsen TS, Angold A et al. Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *J Child Psychol Psychiatry* 2012; 53(6): 695-705.
26. Nomura K, Okada K, Noujima Y et al. A clinical study of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool children – prevalence and differential diagnoses. *Brain Dev* 2014; 36(9): 778-785.
27. Suvarna BS, Kamath A. Prevalence of attention deficit disorder among preschool age children. *Nepal Med Coll J* 2009; 11(1): 1-4.
28. Wolańczyk T, Kołakowski A, Skotnicka M. Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci. *Prawie wszystko, co chcielibyście wiedzieć*. Bi Folium, Lublin 1999; 1: 40.
29. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL et al. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 2007; 164(6): 942-948.
30. Buitelaar JK, Barton J, Danckaerts M et al. A comparison of North American versus non-North American ADHD study populations. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006; 15(3): 177-181.
31. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 402-409.
32. Simon V, Czobor P, Bálint S et al. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2009; 194(3): 204-211.
33. Kessler RC, Adler L, Barkley R et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006; 163(4): 716-723.
34. Kooij JJ, Buitelaar JK, van den Oord EJ et al. Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. *Psychol Med* 2005; 35(6): 817-827.

35. Tuithof M, Ten Have M, van Dorsselaer S, de Graaf R. Prevalence, persistency and consequences of ADHD in the Dutch adult population. *Tijdschr Psychiatr* 2014; 56(1): 10-19.
36. De Zwaan M, Gruss B, Müller A et al. The estimated prevalence and correlates of adult ADHD in a German community sample. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2012; 262(1): 79-86.
37. De Ridder T, Bruffearts R, Danckaerts M et al. The prevalence of ADHD in the Belgian general adult population: an epidemiological explanatory study. *Tijdschr Psychiatr* 2008; 50(8): 499-508.
38. Park S, Cho MJ, Chang SM et al. Prevalence, correlates, and comorbidities of adult ADHD symptoms in Korea: results of the

Korean epidemiologic catchment area study. *Psychiatry Res* 2011; 186(2-3): 378-383.

**Adres do korespondencji:**

Kamil Chorążka  
Klinika Psychiatrii Oddziału Fizjoterapii  
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego  
05-802 Pruszków, ul. Partyzantów 2/4  
e-mail: kamil.chorazka@gmail.com