

Uvodnik

Editorial

Hiperkinetična motnja (HKM) je ena od najpogostejših duševnih motenj v otroštvu (1). Zgodovina poimenovanja HKM je pestra, uporabljali so se izrazi kot zgodnji otroški eksogeni psihosindrom, minimalna cerebralna disfunkcija, hiperkinetična impulzivna reakcija in hiperkinetični sindrom (2). Danes v Sloveniji in v drugih državah, kjer se uporablja klasifikacija MKB-10, govorimo o hiperkinetični motnji (3). V anglosaksonskem svetu in drugih državah, kjer uporabljajo klasifikacijo DSM-5, pa govorijo o motnji pozornosti in koncentracije s hiperaktivnostjo ali brez nje (angleško Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) (4). Diagnostični kriteriji so pomembno različni, DSM ima širše in manj stroge diagnostične kriterije in tako zajame večje število ljudi. V raziskovalne namene večina študij uporablja diagnostične kriterije DSM, zato lahko omenjene razlike vodijo do bistvenih razlik v prevalenci motnje in tudi pri podatkih glede uspešnosti zdravljenja.

HKM je razvojna motnja, za katero so značilni ponavljajoči se vzorci pomanjkljive pozornosti, ter hiperaktivnost ali impulzivno vedenje, kar se izraža v različnih situacijah in je vezano na daljše časovno obdobje in ni posledica drugih psihičnih motenj (3). Prevalenca HKM v otroštvu je več kot 7 %, izrazi se že v zgodnjem otroštvu in predšolskem obdobju (5). Danes vemo, da motnja v otroštvu ne izzveni ampak se nadaljuje tudi v adolescenco in v odraslo dobo, le klinično se manifestira z drugačno klinično sliko. Ob osnovnih simptomih so prisotni tudi drugi simptomi, kot so labilno razpoloženje oziroma nestabilno čustvovanje, slabo prenašanje frustracij, nizka samopodoba in nihanje učinkovitosti pri aktivnostih. V odrasli dobi ob tem lahko opazimo tudi različne komorbidne motnje, med njimi predvsem motnje razpoloženja in zlorabljanje psihoaktivnih snovi (6). Zato je za pravilno prepoznavo sindroma v odrasli dobi izjemno pomembno, da se bolnika vpraša o morebitnih simptomih duševnih težav v otroštvu.

HKM je izrazito genetsko pogojena motnja, kar potrjujejo številne raziskave pri dvojčkih, ki so pokazale podobno velik vpliv genetskih dejavnikov, kot ga opazimo pri duševnih motnjah, kot je shizofrenija. Delež dednih dejavnikov v povprečju dosega do 75 odstotkov. Prevalenca bolezni se pri najožjih sorodnikih giblje med 20 in 50 odstotki, kar pomeni, da je tveganje za razvoj bolezni v družinah štiri do desetkrat višje kot med splošnim prebivalstvom. Nagnjenost k razvoju bolezni se deduje poligenetsko, pri čemer je bil do sedaj najbolj preučevan in potrjen vpliv genov, ki so vpleteni v razvoj in delovanje neurotransmiterskih sistemov (7). Pri razvoju bolezni so pomembni tudi različni okoljski dejavniki, ki lahko vplivajo na razvoj možganov. Med prenatalne štejemo razvojne cerebralne anomalije, kromosomske anomalije, virusne okužbe, anemijo, hipotiroidizem, pomanjkanje joda, ter izpostavljenost drogam (npr. nikotinu). Pri perinatalnih dejavnikih so najpomembnejši prezgodnji porod, nizka porodna teža, anoksično-ishemična encefalopatija, meningitis ali encefalitis. Postnatalno lahko škodujejo virusni meningitisi, encefalitis, možganske poškodbe in motnje v delovanju ščitnice (7). Genetski in okoljski dejavniki modificirajo razvoj možganov in lahko povzročijo spremembe v strukturi in delovanju možganov. Strukturne in funkcijske preiskave možganov kažejo na prizadetost in premajhno aktivnost nekaterih predelov možganov, predvsem frontalnega režnja in njegovih povezav s

striatumom in malimi možgani. Nevrobiološko ozadje in specifični način razvoja možganov pripelje do manj optimalnega delovanja kontrolnih možganskih omrežij. Zdravila, ki ojačujejo delovanje kateholaminov, kot sta noradrenalin in dopamin, lahko ta funkcijski deficit deloma izboljšajo (8).

Prispevek v tej številki Anali PAZU poda epidemiološke in farmakoepidemiološke podatke za HKM/ADHD v Sloveniji, opiše možnosti farmakološkega zdravljenja s primerjalno učinkovitostjo in sprejemljivostjo posameznih zdravil (9) ter s tem prispeva k ozaveščanju glede pomena HKM in zdravljenja le-te. Zdravljenje HKM je kompleksno in celostno, razen zdravljenja z zdravili zajema tudi številne nefarmakološke multimodalne pristope strokovnjakov iz različnih področij za zagotavljanje dostojanstva tudi pri mladih bolnikih (10).

pom. akad. dr. Brigita Novak Šarotar

LITERATURA

1. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015; 56 (3): 345-65.
2. Gregorič Kumperščak H. Uvodnik. *Viceversa* 2015; pos. izd. Hiperkinetična motnja, 4-5.
3. World Health Organization. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: MKB-10. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 1995.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
5. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*. 2015; 135(4): e994-1001.
6. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry* 2007;190:402-409.
7. Spetie L, Arnold LE. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
8. Bon J. Motnja pomanjkljive pozornosti s hiperaktivnostjo kot bolezen možganov. *Viceversa* 2015; pos. izd. Hiperkinetična motnja, 64-67.
9. Štuhec M. Epidemiologija, farmakoepidemiologija ter primerjalna učinkovitost in sprejemljivost zdravil za zdravljenje hiperkinetične motnje otrok in mladostnikov. *Anali PAZU* 2016; (5) 3.
10. Čebašek-Travnik Z. Dostojanstvo – pogosto spregledana vrednota v medicini. *Anali PAZU* 2014; 4 (2): 98-102.