

Írta: Joós Károly – Neményi Eszter

ÉRVEK ÉS ELLENÉRVEK A HIPERAKTIV ÉS FIGYELEMZAVAROS GYEREKEK KEZELÉSÉRE

Ad Bergsma és Jan Buitelaar tanulmányának felhasználásával az összefoglalót készítette Joós Károly és Neményi Eszter

Kevés területe vitatott oly mértékben a gyermekpszichiátriának, mint a figyelemhiány/hiperaktivitás rendellenesség (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, továbbiakban: ADHD). Ez a vita igen heves, a vélemények hol pusztán klinikai jellegűek, hol pedig felhőborítóan érzelmi indíttatásúak. A gyermekpszichiátria szempontjából az ADHD kategorikus diagnózis, melyet szisztematikus értékelést követően, ellenőrzött viselkedési jegyzékek és interjúk felhasználásával lehet megállapítani. Az ADHD az agy funkcionális és morfológiai rendellenességeivel társul, és elsősorban genetikai tényezők okozzák. Az elmúlt évtizedben egyre jobban megismerték ezt a zavart, minek következtében javult felismerése és diagnosztikája, és lehetőség nyílt a növekvő számú ADHD-betegek hatékony terápiájára, amelyhez hozzátartozik a pszichostimulánsokkal végzett kezelés is.

Más nézőpontból – amelyet a média képvisel – az ADHD stigmatizáló és ártalmas bélyeg, amit nehezen kezelhető gyermekekre ragasztanak. A stimulánsokat³ felíró orvosokat kábítószer kereskedőknek titulálják, akik veszélyeztetik a gyermekeket, és csökkentik az elfoglalt szülők bűnösségét, akiknek túl kevés idejük van arra, hogy a gyermekeikkel legyenek.

Vajon miért vannak ekkora különbségek a vélemények között? Ez a beszámoló erre a kérdésre próbál választ adni. Az ADHD-ról és stimulánsokkal való kezeléséről alkotott vélemények három téma köré rendeződnek, úgymint az ADHD fogalma, a viselkedési zavarokkal rendelkező gyermekek számára való gyógyszerrendelés általában és a stimulánsokkal való kezelés. Érveket dolgoztak ki a megegyezésen alapuló gyermekpszichiátria ellen, és ezeket az elérhető tapasztalati bizonyítékok fényében tárgyalták. Arra jutottunk, hogy az ellentétes véleményeknek nincs tudományos alapja. Mindamellett azt is bemutatjuk, hogy az egészségügyi problémák tudományos megközelítése nem számíthat mindig a közvélemény egyetértésére. A pszichiátria természetéből adódóan az ADHD kezelése olyan elemeket is magába foglal, amelyek jó alapot adnak az erős érzelmi kritikának és a nyilvános vitának.

A felírt pszichostimulánsok száma évről évre jelentősen növekedett az elmúlt öt-tíz év alatt olyan országokban, mint az Egyesült Államok és Hollandia, és ez a trend minden bizonnyal más európai országokra is érvényes. Bár jelenleg nincs bizonyíték arra, hogy az ADHD-t többször diagnosztizálnák a kellenél, és túl sok stimulánsot írnának föl, ennek a trendnek körültekintő követésére szükség van. Továbbá, fontos figyelembe venni azt is, hogy a gyermekek élete drámaian megváltozott az elmúlt néhány évtizedben, nagy változások következtek be a családszerkezetben, a gyermekek kb. 20%-a egy szülővel él. A gyógyszerek felírása olyan gyermekeknek, akiknek szüksége van rá, nem vezethet oda, hogy

³ Itt olyan gyógyszerekre utal a szerző, amelyeket általában felírnak a hiperaktív gyerekeknek, mint pl. a Ritalin. (A szerk.)

csökken a szülői figyelem fontossága, amely minden társadalomban a lelki és szomatikus egészség alapvető meghatározója.

Bevezetés

Az ADHD jó ideje nyilvános vita középpontjában áll, amely most ismét erősödik. Sokan állítják, hogy az ADHD a „modern mánia” egy formája, „inkább az adott kor jellegzetessége, mint orvosi kutatás és kezelés tárgya”. Az ADHD a „család-, iskola-, társadalom- és gyógyszerhiány” megtestesülése. Ezek a szavak egy amerikai pszichológus, Richárd DeGrandpre Ritalin Nation című új könyvének hátsó borítójáról származnak. Azt mutatják, hogy súlyos kétely áll fenn az ADHD diagnózisát és terápiáját illetően. A közvélemény egyre nagyobb figyelmet szentel e kételyeknek, és két ok is van, ami miatt ezeket komolyan kell tárgyalni. Az első természetesen az, hogy meg kell vizsgálni, minden esetben van-e a gyermekpszichiátria területén. Az az állítás, hogy a gyermekek sérülhetnek, elég súlyos ahhoz, hogy vizsgálatnak vessük alá. Vajon túl könnyedén állítják fel az ADHD diagnózisát, és túl sok gyógyszert írnak föl? Növekszik a gyógyszerhasználat? És ha igen, hová vezet ez?

A másik ok az, hogy egy, az Egyesült Államokban az 1987-89-es években lezajlott médiakampány azt mutatta, hogy az ADHD kezelésének következményei vannak. Egy iskolakerületben, ahol a Szcintológiai Egyház által támogatott ügyvéd egy iskolát perrel fenyegetett az ADHD gyógyszerrel való kezelése miatt, a gyógyszerhasználat 39%-kal esett, annak ellenére, hogy a keresetet egy hónappal később elutasították. Ennek a csökkenésnek az oka nem az volt, hogy a szülők ellenezték gyermekeik gyógyszeres kezelését, hanem az, hogy az iskolák vonakodtak attól, hogy felhívják az orvosok figyelmét az ADHD jeleit mutató gyermekekre. Az ADHD-vitára irányuló túlzott média-figyelem ahhoz vezethet, hogy nem kezelnek olyan gyermekeket sem, akiknek szükségük lenne a kezelésre.

Kétféle módon próbáljuk megvilágítani az ADHD-t övező vitákat. Először röviden leírjuk a pszichiátria konszenzuson alapuló megközelítését. Utána megvizsgáljuk a viták hátterét. Elmagyarázzuk, hogy miért nem számíthat az (elme-) egészségügyi problémák tudományos megközelítése mindig a közvélemény egyetértésére. A pszichiátria természetének figyelembevétele is segíthet annak megértésében, hogy miért áll ez a terület az összeütközések középpontjában. Ezzel a háttérrel fogjuk kibontani az ADHD kezeléséről folytatott jelenlegi vitákat.

A figyelemhiány/hiperaktivitás rendellenesség lényegi jellemzői

Az ADHD a gyermekkor leggyakoribb pszichiátriai rendellenessége. Meghatározása az Amerikai Pszichiátriai Társaság Diagnosztikai és statisztikai kézikönyvének negyedik kiadásában található meg (DSM-IV). Világszerte ez a leggyakrabban használt pszichiátriai osztályozó rendszer. Becslések szerint az ADHD az iskoláskorú gyermekek legalább három-öt százalékát érinti, továbbá kb. két százalékban a serdülőket és egy százalékban a felnőtteket. Fiúk gyakrabban érintettek, mint a lányok. Az arány négy az egyhez, de a súlyosabb eseteknél kilenc az egyhez is lehet. A zavar alapvető jellegzetessége a figyelmetlenség és a hiperaktivitás-impulzivitás állandó mintája. Ez a minta hét éves kor előtt megfigyelhető, legalább hat hónapig fennáll, és olyan komoly, hogy veszélyezteti a gyermek fejlődését. A gyermek emiatt nem képes megfelelően teljesíteni az iskolában, sem otthon, sérül a kapcsolata kortársaival. A tüneteknek legalább két különböző környezetben kell fennállniuk, például az iskolában, otthon vagy szabadidőben. Ily módon az ADHD a

gyermek karakterisztikus jellemzője, és nem egy, a gyermekre hatást gyakorló környezetre adott reakció.

Ebben a beszámolóban az ADHD fogalma áll a középpontban, bár a Betegségek nemzetközi osztályozásában (ICD-10), amely a WHO osztályozórendszere, a hiperkinetikus rendellenesség (hyperkinetic disorder, HKD) kifejezést használják. Az ICD-10-et gyakrabban használják Közép-Európában, mint a DSM-IV-et. A legnagyobb különbség az, hogy az ADHD szélesebb definíció, mint a HKD. A két rendellenességben leírt viselkedések nagyon hasonlóak, de az ICD-10-nek további diagnosztikai kritériumai is vannak: 1) mindhárom alapvető jellegzetességnek – figyelemhiány, hiperaktivitás, impulzivitás – kimutathatónak kell lennie; 2) szigorúbb feltételeknek kell teljesülniük a különböző helyzetekben megfigyelhető tünetjelenlét tekintetében; 3) más mentális vagy viselkedési rendellenesség fennállása kizáró körülmény. Ennek következtében a HKD előfordulása kb. egy százalékkal alacsonyabb.

A DSM-IV ADHD-kritériumainak felhasználásával több vizsgálatot végeztek, ezért mi erre a fogalomra összpontosítunk.

Az ADHD három fő tünete közül az első a figyelem és a koncentráció fejlődésileg elégtelen szintje. A gyermek figyelmetlenségéből hibákat ejt házi feladatában, nem tud koncentrálni, feledékeny és nem képes jól tervezni. A DSM-IV a figyelmetlenség kilenc kritériumát jelöli meg. Ezek közül legalább hatnak kell fennállnia, hogy a gyermeket „figyelmetlennek” lehessen minősíteni. A második fő tünet a hiperaktivitás, ami úgy jelentkezik, hogy a gyermek a kezével babrál, feláll az órán, amikor nem kellene, illetve túl sokat beszél. A harmadik fő tünet az impulzivitás. A gyermek helytelenül felel a kérdésekre, mert nem tud várni, míg befejezik a kérdést, nehezebbre esik kivárni a sorát, és gyakran megzavarja a többiek tevékenységét. Nem szükséges, hogy a hiperaktivitás és az impulzivitás is jelen legyen. A gyermeket akkor minősítik „hiperaktív-impulzívnek” a DSM-IV szerint, ha legalább hat fennáll a hiperaktivitás és az impulzivitás kilenc kritériumából. Azok a gyermekek, akiknél a figyelmetlenség és a hiperaktív-impulzivitás diagnózisát is felállították, kapják meg az ADHD, összetett altípus kórisméjét. Az ADHD-s gyermekek 80%-a rendelkezik az összetett altípussal.

A figyelmetlenség, a hiperaktivitás és az impulzivitás nagyon gyakori az iskolás gyermekek között. Sok, ha nem minden gyermek mutatja ezeket a viselkedésformákat rövidebb vagy hosszabb ideig, olyankor, ha izgatottak, aggódnak, feszültek, deprimáltak, vagy szomatikus betegség megelőző vagy felépülési szakaszában vannak. Az ADHD úgy is felfogható, mint egy, az egész népességre jellemző jellegzetesség extrém megnyilvánulása. A határ a „normális rakoncátlan viselkedés” és az ADHD között nem túl éles, és bizonyos mértékig önkényes. Az elkülönítés az olyan, korábban körvonalazott szigorú kritériumokon alapul, mint a korai kezdet, az elhúzódó tartam és a határozott tünetjelenlét. A legfontosabb súlyossági kritérium azonban a normális, rendetlen magatartás és az ADHD elkülönítésére a funkcióromlás. A normális gyermek fejlődése az átmeneti figyelmetlenség és hiperaktivitás ellenére sincs veszélyben, ellentétben az ADHD-ban szenvedő gyermekekkel.

Egy másik fontos felismerés, hogy az ADHD együtt járhat sok más gyermekkori pszichiátriai rendellenességgel. Ezt a jelenséget komorbiditásnak nevezik, és úgy tűnik, hogy az ADHD-s gyermekek 65%-ában jelen van.

Körülbelül negyven százalék megfelel az „ellenálló-kihívó rendellenesség” diagnosztikai kritériumainak is, melynek jellemzője a „tekintéllyel rendelkező személyekkel szemben legalább hat hónapig fennálló, visszatérő negativisztikus, dacos, engedetlen és rosszindulatú viselkedésminta”. Az ADHD-s gyermekek kb. 20%-ának van viselkedési zavara, ami ismétlődő és tartós magatartásminta, amely legalább egy évig tart, és amiben mások

alapvető jogai, vagy jelentősebb korfüggő szociális normák és szabályok sérülnek. Az ADHD és más, agresszív és kellemetlen viselkedéssel járó zavar együttes előfordulása nem jelenti azt, hogy az érintett gyermekeknek két, egymástól független rendellenessége vagy betegsége van. A komorbiditás a két zavar olyan közös gyökereiből ered, mint például a genetikai tényezők, amelyek hajlamossá teszik a gyermeket mindkét rendellenességre. Nem ritka, hogy az ADHD akkor alakul viselkedési zavarrá, amikor a gyermek éretté válik. Ennek a jelenségnek az egyik magyarázata, hogy az ADHD impulzivitása hajlamossá teszi a gyermekeket az antiszociális viselkedésre. Előbb cselekednek, mint gondolkodnak, és néha megütik vagy megrúgják társaikat. Egy másik fontos tényező lehet a kapcsolat társaikkal és a tekintéllyel rendelkező személyekkel. Az ADHD-s gyermekek erőszakos cselekedetei elutasításhoz vezetnek a társak és a tekintéllyel rendelkező személyek részéről, és ez káros a szociális képességek megszerzésének szempontjából. Egyszerűen fogalmazva: ha az ADHD-s gyermek bajban van, csak egy kiutat ismer: az erőszakot.

További, gyakran társuló rendellenességek az aggodás és a hangulati zavarok. Ezek az ADHD-s gyermekek 25%-ára jellemzőek. Tanulási zavarok – főleg olvasási nehézség, és alacsony intelligenciaszint is gyakrabban fordulnak elő az ADHD-val rendelkező populációban (20-40%). Gyakoriak a koordinációs zavarok is, és az ADHD-s gyermekek kb. 30%-a különösen ügyetlen.

Könnyű belátni, hogy a társuló rendellenességek súlyos terhek. Az olvasási zavar azt jelenti, hogy a gyermek lassabban fogja megszerezni az olvasás képességét, mint egy másik, aki azonos intelligenciával rendelkezik. Több időbe, kemény munkába és összpontosított figyelembe kerül, és ez különösen nehéz egy ADHD-s gyermek számára. A különböző rendellenességek felerősítik egymást. Általánosságban elmondható, hogy az ADHD együttes előfordulása más pszichiátriai rendellenességgel elhúzódó lefolyást jósol. A társuló zavarok súlyosabb eseteket jelölnek.

Az ADHD-s gyermekek kilátásai meglehetősen sötétek. Az élet szinte minden területén fellépnek hosszú távú negatív hatások. A gyermekek gyakrabban maradnak ki az iskolából, nehezebben találnak munkát, illetve gyakrabban veszítik el munkájukat későbbi életük során. A szociális elszigeteltség, az antiszociális és erőszakos bűnöző-magatartás, a balesetek, az alkoholizmus, a kábítószeres és a nem várt terhességek valószínűsége is megnövekszik. Világos, hogy ez nagy teher a társadalomnak is. Ezeket a súlyos, hosszú távú következményeket alapul véve, minden ok megvan arra, hogy úgy tekintsünk az ADHD-ra, mint egy krónikus, fogyatékosághoz vezető állapotra, amely megfontolt és hatékony kezelést igényel.

Annak ellenére, hogy az ADHD tünetei egyre kevésbé szembetűnők a kor előrehaladtával, a betegek legalább 60%-ának serdülőkorban is vannak tünetei, és 10-60%-uk megőrzi tüneteit a felnőttkorig. A hiperaktivitás korábban mérséklődik, mint a figyelmetlenség és az impulzivitás.

Mi okozza az ADHD-t? A bizonyítékok arra engednek következtetni, hogy az ADHD-t genetikai és környezeti tényezők együttesen hozzák létre, és ezek közül a genetikai tényezők a jelentősebbek. Párhuzamos tanulmányok azt mutatják, hogy a figyelemhiánnyal, hiperaktivitással és impulzivitással rendelkező egyéneken fellelhető összes változatnak 70%-a genetikai hatásokról tulajdonítható. A környezeti faktorok pszichoszociális jellegű fizikai tényezők lehetnek. Az olyan rizikófaktorok, mint a koraszülöttség, az anya szülésmegelőző dohányzása és alkoholizálása ADHD-ra hajlamossá tesznek. A feltételezhetően szerepet játszó pszichoszociális faktorok közé tartoznak a szülők alacsony együttműködési képességei és az otthoni ellenségeskedés. A genetikai és a környezeti tényezők összefüggnek. Az ADHD-s gyermekeknek gyakran hasonló gyengeségekkel rendelkező

szüleik vannak, és ezért gyakrabban élnek kaotikus körülmények közt. Ez példa a genetikai-környezeti összefüggésre. Az ADHD-ra hajlamos gyermekek könnyebben tanulják el környezetüktől az ellenségeskedést és a visszautasítást, és meghatározott baráti társaságot választanak maguknak. Ezt genetikai-környezeti kölcsönhatásnak nevezik. A genetikai-környezeti összefüggés és kölcsönhatás nagyon összetetté teszi az ok-okozati kapcsolatot. Ha egy kutató azt találja, hogy egy ADHD-s gyermek kaotikus és ellenségeskedő otthonban él, az nem jelenti automatikusan azt, hogy ezek a faktorok ADHD-t okoznak. Ellenkezőleg, ezek a környezet reakciói is lehetnek a gyermek hajlamára. A megválaszolendő kérdés a következő: hogyan, és milyen körülmények közt okoz egy bizonyos genetikai adottság ADHD-t. Hasonlóan fontos kérdés az, hogy milyen környezeti befolyások tudják megakadályozni az ADHD kialakulását. Ezeket a kérdéseket csak akkor lehet megválaszolni, ha tovább mélyítjük tudásunkat az érintett genetikai faktorokat illetően.

Az elmúlt években az Amerikai Gyermek- és Serdülőpszichiátriai Akadémia és az Európai Gyermek- és Serdülőpszichiátriai Társaság is kiadott klinikai útmutatókat az ADHD-s gyermekek értékelésére és kezelésére. Ezek az útmutatók meghatározzák az alapos és kiegyensúlyozott kiértékelés alapvető elemeit. Ezek közé tartoznak: interjú a szülővel, a gyermek fejlődésének története, információ az iskolából, interjú a gyermekkel és a gyermek megfigyelése, egészségügyi értékelés, és a családi körülmények, illetve a szülők nevelési képességének értékelése. A kezelési tervet nemcsak az ADHD alapvető tüneteinek enyhítésére kell összeállítani, hanem a társuló problémák, mint az engedetlenség, az agresszió, a tanulási nehézség és a szociális gondok rendezésére is. Általában többszintű beavatkozás szükséges, amelyek között a pszichológiai-nevelési megközelítés, a szülők képzése és a gyógyszeres kezelés a legfontosabbak.

A gyógyszerekkel, és különösen a pszichostimulánsokkal végzett kezelést meglehetősen alaposan kutatták. A pszichostimulánsok az amfetaminhoz hasonlítanak, és az engedélyezett gyógyszerek közé tartoznak. A gyógyszer függőséget okozhat állatoknál, de ADHD-s gyermekeknél, ha megfelelően használják, meglepő módon nincs ilyen hatása. A leggyakrabban használt stimuláns, a methylphenidat gyorsan felszívódik, és több adag szükséges belőle, hogy hatása kitartson egy iskolanap alatt.

A stimuláns kezelés általában jó hatással van az ADHD alaptüneteire. A gyermek jobban figyel, kevésbé impulzív és kevésbé aktív. Javul az összpontosító képesség az iskolában, és előnyére változik otthon a szülő-gyermek viszony. Mégis, a gyógyszer nem enyhíti az összes tünetet, és nem „normalizálja” az ADHD-s gyermekeket. Sok gyógyszert szedő ADHD-s gyermeknek továbbra is problémája van a szociális képességekkel és a tanulmányi teljesítménnyel.

A pszichoszociális kezelés átfogó célja, hogy oly módon változtassa meg a környezetet, hogy kompenzálja az ADHD-s gyermekek önszabályozási képtelenségét. Annyi támogatást adnak a gyermeknek, amennyi csak lehetséges. Ezt több úton lehet elérni, például a szülőknél vagy a tanítóknál tartott különleges tanfolyamokkal, illetve eshetőségkezeléssel. Úgy tűnik, hogy ez sok ADHD-s gyermek számára elegendő, de nem mindannyiuknak. A pszichoszociális kezelést még nem kísérletezték ki kellőképpen, és általában szerények az eredmények, hogyha kiegészítő gyógyszeres kezelés nélkül alkalmazzák. További lehetőség az ADHD-s gyermek viselkedésterápiája, de itt is kiábrándítóak az eredmények egyidejű gyógyszeres kezelés nélkül. Az utolsó lehetőség a gyógyszeres és a viselkedésterápia kombinációja. Ez a legkedveltebb kezelési mód a szülők és a tanítók között, és úgy tűnik, hogy jó hatással van a szociális képességek megszerzésére és a tanulmányi teljesítményre is.

A közvélemény, mint csatatér

Az ADHD súlyos probléma. Az elérhető kezelések lehetőséget adnak arra, hogy jelentős változást okozzunk az ilyen rendellenességtől szenvedő gyermekek életében. Azonban vannak határok. A kezelés nem szünteti meg minden ADHD-hoz társuló problémát, és nem eredményez valódi gyógyulást. Ez a helyzet párhuzamba állítható általában a modern egészségügy helyzetével. Az orvostudomány fejlődése az elmúlt évszázadban különösen látványos volt. Mára kezelni lehet a legtöbb akut betegséget, és ez – a jobb életfeltételekkel együtt –, sokkal magasabb várható életkort eredményezett. Ennek a változásnak eredményeképpen azonban most sok ember szenved krónikus betegségekben – az akut betegség helyett –, és az előbbi sokkal el-lenállóbbá vált a kezeléssel szemben. Gyakran lehetséges a tünetek enyhítése, de a valódi gyógyítás nem.

A jelenleg elérhető technikai lehetőségek ellenére a betegek és az orvosok is frusztrálnak tűnnek a modern orvoslás tekintetében. Az orvosok több, mint 50%-a elvesztette hitét az orvoslásban, míg ez nagyon ritka volt az ötvenes években, pedig annak idején sokkal kevesebbet tehettek az orvosok betegeikért.

A lelkesedés hiánya a modern medicina irányában a pszichiátriára is vonatkozik. A pszichiáterek és a pszichológusok gyakran azzal hívták fel magukra a figyelmet, hogy ők olyan szakemberek, akik elmebetegségeket, bűnözést és rossz házasságokat is tudnak kezelni. Csak egy pillantást kell vetnünk a statisztikákra, hogy meglássuk, több szerénységre lenne szükség. Például: a lakosságnak kb. 25%-a szenved valamilyen elmezavarban, de még egy olyan országban is, mint Hollandia, a populációnak nem több mint egy százaléka keresi föl a mentális szakellátást.

Még abban az esetben is, ha azokra a betegekre összpontosítunk, akik megfelelő kezelést kapnak, érthető, hogy gyakran csalódottak a páciensek és hozzátartozóik. Orvoshoz megyünk, és azt várjuk, hogy meggyógyítson, de a pszichiáterek nem tudnak megfelelni ennek az elvárásnak. A pszichotróp gyógyszerek jelenleg vitathatatlanul a legfontosabb terápiás eszközök. De ezek a gyógyszerek csak enyhítik, nem szüntetik meg a tüneteket. Gyakran nagyon hosszú ideig kell szedni a gyógyszereket. Ráadásul a beteg általában nem csekély árat fizet a tünetek csökkenéséért: a gyógyszerek kedvezőtlen mellékhatásokkal rendelkeznek. A legtöbb pszichotróp gyógyszer (enyhe) testi zavarokhoz vezet.

A nyilvánosság csalódott, de ez nem tűnik elégséges magyarázatnak azokra a vehemens támadásokra, amelyeket a pszichiátria elszenvedett az elmúlt évtizedek során. Azt is látni kell, hogy a nyilvánosság csatatérként működik. Mary Douglas antropológus leírta, hogyan formálja a szociális élet nyomása a gondolkodást a kockázatokról és a veszélyekről. Szabályként kezelhető, hogy azok az emberek, akik kényelmesen élnek egy adott társadalomban, elfogadják a szakemberek megegyezésen alapuló álláspontját. Ha a pszichiáterek azt mondják, hogy a mentális rendellenességek betegségek, nem lesz ellenvetés. Vannak azonban csoportok, akik úgy érzik, nem tartoznak a társadalom magjához, és hajlamosak a szakemberek álláspontját kétségbe vonni. Világos példa erre a hatvanas-hetvenes évek pszichiátriaellenes mozgalma. Abban az időben egy főként fiatal szakemberekből álló csoport megkérdőjelezett minden szakteknit, és megváltoztatták a pszichiátria aktuális orvosi modelljét. Akkoriban a pszichiátriai betegséget „abnormális körülményekre adott normális reakciónak” tartották. A közönséges pszichiáterek elnyomókká váltak a közvélemény szemében, kevés volt az olyan kreatív és érzékeny ember, aki elég értelmes volt ahhoz, hogy lássa, milyen szélsőségesen reagál a társadalom.

Ellenállás az elme tudományos megközelítésével szemben

A pszichiátria jelenlegi állapota gazdag táptalaja a vitáknak és az ellentéteknek. A pszichiátria a legközpontibb elemével foglalkozik annak, amik vagyunk. Az elmezavarokat úgy lehet leírni, mint állapotok, amelyekben az egyén szenved, vagy más embereknek okoz szenvedést, és ezért nem meglepő, hogy a pszichiátria körül kialakuló vitákat erős érzelmi érintettség jellemzi. Ráadásul a pszichiátria riválisa a rosszról és az örültségről alkotott népi elméleteknek. Míg a gyermekpszichiáterek azt állítják, hogy az ADHD az agy válasz-gátló rendszerének genetikailag meghatározott zavarával van kapcsolatban, a szülők és a tanítók azt gondolhatják, hogy az indítékhiány a valódi probléma.

Egy másik ok a pszichiátria álláspontjaival szemben, hogy a jelenlegi elméletek az elméről alacsony „jó érzés” mutatóval rendelkeznek. Előhozhatunk Sigmund Freuddal, és mondhatjuk, hogy a tudomány fenyegeti az emberek önbecsülését. Az első csapás Kopernikustól származik, aki felfedezte, hogy a Föld nem az univerzum központja. A második Darwintól érkezett, aki azt állította, hogy az ember nem a teremtés koronája, hanem a majmok leszármazottja. A harmadik csapás a modern kognitív idegtudománytól és a pszichiátriától jött, amelyek szerint az elme nem spirituális természetű, hanem egy összetett biológiai gépezetnek, az agynak a terméke. Ez egy olyan állítás, amit nem mindenki akar meghallani. Ha Douglas megfigyeléseire gondolunk, sok ellenkezésre kell számítanunk ez ellen az álláspont ellen olyan emberektől, akik úgy érzik, hogy a modern ipari társadalom nem gondoskodik kellőképpen tagjairól. Ez egy „hideg” gondolat, ami az elmét valami mechanikus dolognak tekinti.

Az utolsó pont túlzásnak tűnhet, de közelítsük meg ezt a szakaszt egy szövegkivonattal, amiben feltűnnek az eddig tárgyalt témák. Szinte kézzel fogható a szerzőnek, Thomas Armstrongnak az idegenkedése a modern tudománnyal, medicinával és társadalommal szemben. „Az A.D.D. (az ADHD régi neve) nézőpontjának támogatása súlyos bioredukcionizmus, ami úgy tekint a valóságra, mintha az nem lenne más, mint gének, neuronok és kémiai anyagok együttese. A sok A.D.D. szindrómásnak nyilvánított gyermek hatalmas vitalitásának emlékeztetnie kellene bennünket arra, hogy többről van itt szó, mint génekről és kémiai anyagokról – valódi emberi lényekről beszélünk, akiknek gazdag belső világa van, amely számtalan módon válaszol annak az összetett világnak a szeszélyeire, amelybe beleszülettek.” Úgy tűnik, hogy Armstrong arra akar utalni, hogy a gének és a kémiai anyagok (neurotranszmitterek) taglalása elhomályosítja az egyes gyermekek képét. Mindamellet természetesen nem ez a mindennapi gyakorlat. Fursó dolog súlyos bioredukcionizmusról beszélni, mert a diagnózist a biológiai markerek figyelembevétele nélkül állítják fel, a kezelést pedig kizárólag az érintett gyermek viselkedésének megváltozása alapján értékelik. Armstrong érzelmekkel fejezi ki, hogy számára nem tűnik helyesnek az ADHD tudományos tárgyalása. Nem ritkák az efféle megnyilvánulások az ADHD gyógyszeres kezelését ellenző szerzők között, és ezek a vélemények minden bizonnyal nagy hatással vannak a hallgatóság azon részére, akik úgy érzik, hogy a fiatal generációk hiányát szenvedik a szeretetnek és az odafigyelésnek a szülők, a tanítók és az orvosok részéről. Az is világos, hogy az efféle érvelések nem túl velősek. Valójában a javulás legnagyobb reménye az ADHD-s gyermekek számára a további tudományos kutatásokban van.

Viták az ADHD körül

Le lehet vonni azt a következtetést, hogy a pszichiátria minden bizonnyal a heves vita középpontjában fog maradni. Ennek ellenére, a mentális egészségről folyó éles vita nem jelenti automatikusan azt, hogy valami súlyos gond lenne a jelenleg elérhető kezelési

lehetőségekkel. Most azokra az ellentétekre kell összpontosítanunk, amelyek az ADHD kezelése körül támadtak. Véleményünk szerint az ADHD pszichostimuláns gyógyszerekkel történő kezelése körüli aggodalom általánosságban nem megalapozott. Ennek az írásnak a hátralévő része párbeszéd formáját fogja ölteni. Először az ADHD és kezelésének nyugtalanságot okozó jellegzetességeit fogjuk tárgyalni, és megpróbáljuk elmagyarázni, miért megalapozatlan a legtöbb aggodalom. Ebben az esetben igazságtalanul tartják bűnbakoknak a gyermekpszichiátereket és gyermekgyógyászokat.

Több nagy témakört lehet meghatározni az ADHD tárgyalásánál. Az első kérdés, hogy betegség-e az ADHD, vagy nem. A második az ADHD helyzetfüggősége. A központi vitatéma az ADHD gyógyszerelése. Az utolsó vitapont a kapcsolat az ADHD kezelése és a gyermekek modern társadalomban elfoglalt helye között. Minden részt egy tömegmédia-publikációból származó idézettel kezdünk, majd véleményt alkotunk a média által felvetett kérdésekről (lásd a táblázatot a következő oldalon).

Betegség-e az ADHD?

„Nincs szilárd bizonyíték arra, hogy az ADHD valódi zavar vagy valamiféle betegség lenne.” Péter Breggin az Anti-pszichiátriai Koalíció honlapján (<http://www.antipsychiatry.org/ritalin.htm>).

„A Ritalin egy pszichiátriai gyógyszer, amit olyan iskolás gyermekeknek adnak, akiket „hiperaktívnek” minősítettek – ez utóbbi egy pszichiátriai megjelölés, ami az általuk meghatározott szempontok alapján majdnem bármely normálisan aktív gyermekre ráillik.” A Szcientológiai Egyház honlapja (<http://faq.scientology.org/ritalin.htm>).

Az efféle megnyilvánulások igen gyakoriak azoknak az írásaiban, akik ellenzik az ADHD-t és annak gyógyszeres kezelését. Gyakran állítják, hogy az ADHD nem betegség. Ezt a részt ennek az állításnak a gyermekpszichiátria és a nyilvánosság szempontjából történő tárgyalásával kezdjük.

A gyermekpszichiátereknek nem okoz meglepetést Breggin állítása, és nem is hoz semmi újat. Ahogy azt már korábban megállapítottuk, az ADHD egy szindróma, egy leíró kategória, amely etiológiai behatásoktól függetlenül kerül meghatározásra. Ezért a diagnózis nem utal betegségmechanizmusra, és valószínű, hogy különböző etiológiai utak vezetnek ugyanahhoz a diagnózishoz. Például kimutatták vizsgálatokkal, hogy nem minden ADHD-s gyermek rendelkezik fokozott genetikai hajlammal erre a rendellenességre. Azokban az esetekben a környezeti tényezők fontosabbak, mint általában.

Az a tény, hogy az ADHD nem „valódi betegség”, bizonyos nehézségekhez vezethet. Több kritika azt állítja, hogy az ADHD társadalmi megbélyegzés, amit az olyan gyermekek használnak, akivel nehezen boldogulnak szülei és tanítói. Van némi igazság ebben a kritikában. Az, ahogy a szülők és a tanítók látják a gyermeket, fontos a diagnózis szempontjából, de nem rendelkezik minden tanító és szülő ugyanazokkal a képességekkel és kitartással a problémás gyermekek kezelése terén. Mégis, az ADHD jól meghatározott kritériumokkal rendelkezik, és biztos, hogy nem igaz, hogy a diagnosztikai kritériumok majdnem bármely normálisan aktív gyermekre ráillenek. Ráadásul a diagnózis köztudottan sok információt közöl a gyermekről. Dávid Kaminester a következőképp foglalja ezt össze: „Bizonyítékok azt mutatják, hogy az ADHD-s gyermekeknél a nagymértékű pszichiátriai, szociális és családi működészavar serdülőkorban is folytatódik. Az ADHD-s gyermekeknek továbbra is meglévő tüneteik, antiszociális személyiségük és drog -de nem alkohol-fogyasztási rendellenességük van felnőttként, és munkájukat tekintve viszonylag szűkek a

lehetőségeik.” Végül, a diagnózis az agy kimutatható rendellenességeivel társul, és megmutatja, milyen gyógyszer lehet hatásos.

Ebből a megközelítésből az utolsó szempont a normális túlzott aktivitás és az ADHD elkülönítésének nehézsége. Az erről hozott összes döntés bizonyos mértékig önkényes, de olyan diagnosztikai kritériumok segítik, amelyeket az állapot komolyságának statisztikai adataiból vezettek le. Vannak mutatók a súlyosság, a tartam és a működészavar szempontjából is. Csak súlyos esetben lehet felállítani a diagnózist. Világos azonban, hogy van helye a véleménykülönségnek, ami abból a tényből is kitűnik, hogy az ICD-10 hiperkinetikus rendellenességének kritériumai szigorúbbak, mint az ADHD kitételei. Ez a probléma azonban nem egyedülálló jelenség a gyermekpszichiátriában. Ugyanilyen önkényes a határ a normális és a magas vérnyomás között vagy a normális testsúly és a túlsúly között. Ezekben az esetekben olyan statisztikai adatok alapján kellett meghúzniuk a határt a kutatóknak, mint az, hogy általában milyen fokú magas vérnyomás vagy túlsúly jár olyan káros következményekkel az egészségre nézve, mint például a szívelégtelenség. Hasonló módon az ADHD határát is (hat a kilenc kritériumból a DSM-IV szerint) egy általános kapcsolat alapján húzták meg, amely a teljesített kritériumok és az otthoni, az iskolai és a társakkal fennálló kapcsolat súlyos romlásának kockázata között áll fenn.

Ehhez kapcsolódik a kérdés, hogy növekszik-e az ADHD diagnózisainak száma, illetve nem állítják-e azt föl túl könnyedén. Sajnos kevés adat áll ezzel kapcsolatban rendelkezésünkre. Hollandiában epidemiológiai tanulmányok során ugyanaz a kutatócsoport ugyanazokat az eszközöket használva egy tíz éves időszakon keresztül nem volt képes világos trendeket kimutatni az ADHD tüneteinek előfordulásában. Egy másik csoport iskolás gyermekek figyelem-teljesítményét mérte fel pszichológiai tesztek segítségével, és azt találták, hogy egy hat évvel fiatalabb gyermek még valamivel jobban is teljesített, mint idősebb társa ugyanabban a korban.

Bár ez azt mutathatja, hogy az ADHD „valódi” előfordulási gyakorisága nem változott ezek alatt a rövid időszakok alatt, az „adminisztratív” előfordulás – ami a diagnosztizált és kezelt gyermekek számának felel meg – növekedhetett. Ez számos országban igaznak tűnik, de nem jelenti feltétlenül azt, hogy az ADHD-t a kelletténél többször diagnosztizálják. Mint ahogy azt majd később alaposabban tárgyaljuk, úgy tűnik, hogy a hatékonyabb felismerés a döntő tényező. Egy friss epidemiológiai jelentés az Egyesült Államokból leírja, hogy az ADHD miatt gyógyszerrel kezelt gyermekek mind egyértelműen rossz állapotban voltak és erős ADHD-tüneteket mutattak.

Az ADHD fogalmáról és kezeléséről alkotott ellentétes vélemények összefoglalása:

Ellentétes nézetek	Válaszok a pszichiátriai közösségtől
Az ADHD fogalma	
Az ADHD nem egy valódi betegség vagy rendellenesség, hanem egy szociális stigma, amelyet olyan gyermekekre használnak, akiket környezetük (szülők, tanítók) nehezen tud kezelni.	Részben igaz, mert a szülők és a tanítók megfigyelései fontosak a diagnózis felállításának szempontjából; helytelen azonban, mert a jól meghatározott ADHD agyi rendellenességekkel és élettani zavarokkal társul, és több, mint egy egyszerű „megbélyegzés”.
Az ADHD különálló rendellenességként való osztályozása elfedi a fontos környezeti behatásokat.	Általánosságban helytelen, mert az ADHD egy leíró kategória, amely definíció szerint független az etiológiai behatásoktól. Gyakorlatban néha igaz, mert az ADHD-t fel lehet használni a környezeti behatások elkenésére.
Túl sokszor diagnosztizálják az ADHD-t.	Általánosságban úgy tűnik, hogy nem igaz Európában, de igaz az észak-amerikai kontinens egyes részeire.

Nincs éles határ a normálisnak mondható túlzott aktivitás és a rendellenes hiperaktivitás között.	Részben igaz, de a súlyosság mutatói (áthatóság, tartam és funkciózavar) segíthetnek egy klinikai, bár önkényes különbségtételben a normális és az abnormális között.
Nem áll rendelkezésünkre biológiai vagy pszichológiai teszt az ADHD diagnosztizálására.	Igaz, de ez minden pszichiátriai szindrómára érvényes, így a schizofreniára, a depresszióra, sőt, a demenciára is.
Gyógyszeres kezelés	
A gyógyszeres kezelés nem helyénvaló helyettesítése a jó nevelésnek vagy tanításnak.	Igaz, de a gyógyszeres kezelés és nevelés, illetve a tanítás javítását célzó erőfeszítések egymást kiegészítő, és nem egymásnak ellentmondó megközelítések.
A gyógyszeres kezelés pszichoszociális problémákhoz vezet.	Helytelen; ez alapvetően egy érzelmi vagy filozófiai érv.
A gyógyszeres kezelés csökkenti a szülők és a gyermek motivációját, hogy pszichoszociális kezelésen vegyenek részt.	Néha igaz, de legtöbbször helytelen, mert a hatékony gyógyszerelés általában fokozza a részvételt a pszichoszociális kezeléseken.
A gyógyszeres kezelés nem gyógyítja meg a rendellenességet.	Igaz, de ez nem von le annak a hasznos és legtöbbször kritikus fontosságú támogató erőnek az értékéből, amit a gyógyszeres kezelés jelent az ADHD terápiájában.
Nem mutatták ki hosszú távú hatását a gyógyszeres kezelésnek.	Igaz; friss adatok támasztják alá a gyógyszerek közepes távú hatásait egy 1-2 éves időszakon át, de még további kutatásokra van szükség.
Túl sok gyógyszert írnak föl; mi lesz a vége annak a koncepciónak, hogy gyermekeink, tekintélyes részét gyógyszerekre szoktatjuk?	Helytelen; amennyire elérhető epidemiológiai bizonyíték, úgy tűnik, hogy az ADHD-s betegeknek csak kis része kap megfelelő kezelést.
Pszichostimulánsokkal történő kezelés	
Alulbecsülik a pszichostimulánsokkal történő kezelés mellékhatásait, amelyek ráadásul súlyosabbak, mint a jótékony hatások.	Helytelen; alaposan tanulmányozták a stimulánsok mellékhatásait, és enyhének találták azokat.
Alábecsülik a pszichostimulánsok abúzus-potenciálját.	Helytelen; alig számoltak be olyan ADHD-esetről, ahol stimuláns-abúzus történt.
Alábecsülik az egyéb abúzusok elősegítésének kockázatát.	Helytelen, a stimulánsokkal való kezelés csökkenti a későbbi abúzusok valószínűségét.
A pszichostimulánsokkal kereskedni lehet az utcán.	Igaz; ez a jó klinikai gyakorlat figyelmének középpontjában áll.
A pszichostimulánsok jó hatással vannak a normális (nem hiperaktív) emberekre is.	Igaz, de ez más gyógyszerekre is igaz, így pl. a hip-notikumokra, és ez nem teszi szükségtelemmé a stimulánsok használatát ADHD esetén.

Annak az állításnak a további, kritikus vizsgálatához, hogy az ADHD-t túl gyakran diagnosztizálják, arra lenne szükség, hogy az ADHD klinikai diagnózisával rendelkező gyermekeket vakon újraértékelje egy független klinikus abból a célból, hogy meg lehessen határozni a diagnózis megbízhatóságát. Végeztek ilyen tanulmányokat kísérleti klinikákon, de nem a „megszokott gondossággal”. Így általánosságban egyelőre úgy tűnik, hogy nem igaz a túl gyakori diagnosztizálás Európára és az észak-amerikai kontinens nagyobb részére, de vannak rá jelek, hogy igaz lehet az Egyesült Államok egyes iskolakörzeteiben (lásd lentebb).

Az a következtetésünk, hogy az ADHD fogalmának számos pontja ad lehetőséget vitára, de minősége megfelel a pszichiátriai standardoknak, és ugyanez igaz más orvosi sajátosságaira is. Ez a fogalom megmutatja, hogy mit várhatunk egy ADHD-s gyermektől, és hogy hogyan kezeljük. Gyermekpszichiátriai szempontból nem lehet biztosan megválaszolni azt a kérdést, hogy betegség-e az ADHD, de ez nem lehet akadály. Egyszerűen nem olyan fontos a válasz.

Mindamellet nem nehéz megérteni, hogy miért hatnak az olyan megnyilvánulások, mint amit Breggintől vagy a Szcientológiai Egyháztól olvashattunk olyan erős intuitív vonzerővel a laikus hallgatókra. Ez a viselkedészavarok józan ész által történő megítélése és a nyilvánosság betegség-fogalma közötti éles kontraszttal van kapcsolatban. Az ADHD-ről alkotott népi felfogást a „Der Struwelpeter” című jól ismert gyermekkönyvben írta le Heinrich Hoffmann (1809-1894) gyermekgyógyász. Struwelpeter ugyanazokat a hibákat követi el, mint a mai ADHD-s gyermek, és szörnyű árat fizet értük. Struwelpetert példának szánták minden gyermek számára, akik azt tanulhatták meg a könyvből, hogy a szociális szabályok felrúgása súlyos büntetést eredményezhet. Az ADHD, már mielőtt nevet kapott volna, morális probléma volt, és jobb híján büntetéssel kezelték. Manapság a gyermekpszichiáterek azt mondják, hogy a gyermekek neurobiológiai rendellenességben szenvednek, a büntetés pedig közel sem olyan hatékony, mint a gyógyszeres kezelés.

A probléma jellegzetességei alapvetően különböznek a két fogalom szerint. Az első esetben hiányzik a gyermekből az erkölcsi feyelem, és ezért felelős valaki. Ez lehet maga a gyermek, a szülei vagy a tanítói. A megoldás a környezet szigorítása. Ha a hiperaktivitást morális problémának tekintik, az a gyermek és a környezetében lévő emberek között fennálló konfliktust hangsúlyozza. Ha valaki úgy gondolja, hogy az ADHD betegség, senkit sem kell okolni. Valami baj van a gyermek agyával, és világos, hogy senki sem felelős azért, hogy ott hogyan kapcsolódnak össze az idegsejtek. A szülőknek nem kell kétségbe vonniuk képességeiket, a kezelés nehézségeivel pedig az orvosoknak kell megbirkózniuk.

Hogy mennyire fontos a különbség a két álláspont között, azt jól tükrözi egy holland, depresszív zavarokkal küzdő emberek társaságának jelmondata: „a depresszió betegség, nem a gyengeség jele”. A betegség fogalma csökkenti a büntudatot. A depresszió esetében a beteg nyer a nézőpont megváltoztatásából, az ADHD esetében főleg a szülő. Az ADHD-s gyermekek szüleit gyakran vádolják meg azzal, hogy nem jó szülők, mert nem tudják rendbe szedni gyermeküket, a betegség-fogalom azonban megszabadítja őket a bűnösség terhétől, és több együttérzést enged nekik. Ráadásul a betegség-fogalom ajtókat is meg tud nyitni. Egy problémás gyermek szüleinek kérése nincs olyan hatással az iskolákra, mint egy olyan kérés, amit egy gyermekpszichiáter támogat, aki azt mondja, hogy változásra van szükség a gyermek rendellenessége miatt. Így, míg a gyermekpszichiátriában nem jár sok következménnyel az a kérdés, hogy betegség-e az ADHD, a közvélemény ezt nagyon komolyan veszi. A laikusok becsapva érezhetik magukat, ha végül mégis kiderül, hogy az ADHD nem valódi betegség.

A betegség-fogalom „hatalmának” van egy nagy előnye, és egy komoly mellékhatása a gyermekpszichiáterek számára is. Ha egy bizonyos pszichiáter azt állítja, hogy az ADHD betegség, azzal csökkenti a szülők megbélyegzettségét. Ez fontos, mert nem ritka az olyan eset, hogy a gyermek zavart cselekedetei a szülők szociális izolációjához vezetnek. A betegség-fogalom hátránya azonban, hogy egyfajta tanult tehetetlenséghez vezethet. A szülők kevesebb késztetést érezhetnek arra, hogy dolgozzanak nevelési képességeiken, és a tanítók is kevesebb erőfeszítést tesznek. Ezért a betegség-fogalommal óvatosan kell bánni. Az „ADHD-betegség” sosem lehet ok a környezeti problémák mellőzésére a rendellenesség etiológiájában, és nem lehet megbocsátani a pszichoszociális helyzet rendezésének elmulasztását.

Mennyire helyzetfüggő az ADHD megítélése?

„Amikor elkezdtem az emberek figyelmét felhívni arra, hogy gyermekem képes tartós koncentrációra, ha kedvenc sci-fi videóját nézi, vagy egy tű-pöckű zár belső működését

vizsgálja, azt vettem észre, hogy a következő évi definícióban az áll, hogy néhány ADD-s gyermek képes normális figyelemre bizonyos speciális körülmények között. Puff neki! Újabb pár ezer gyermek esik azonnal a definícióba.” Levél egy anyától, idézve T. Armstrong Az A.D.D.-s gyermek mítosza című könyvéből.

Egy másik téma, ami szorosan összefügg azzal a kérdéssel, betegség-e az ADHD, az a helyzetfüggőség. Már megemlítettük, hogy a rendellenesség diagnosztikai kritériumai megkövetelik, hogy az ADHD viselkedés legalább két különböző környezetben forduljon elő, például otthon és az iskolában. Ez nem jelenti azonban azt, hogy a figyelemhiány teljesen kontrollálhatatlan, és minden helyzetben fennáll. Amikor az ADHD-s gyermekeket laboratóriumi körülmények között és szigorú felügyelettel vizsgálják, a figyelmetlenség gyakran eltűnik. Ezekben a helyzetekben az ADHD-s gyermekek nem válaszolnak idő előtt a kérdésekre, és majdnem olyan jó eredményeket érnek el, mint társaik.

Hogyan kell értelmezni ezeket az eredményeket? A gyógyszeres kezelés ellenzéke úgy gondolja, hogy az ADHD „ál-diagnózis”, és nem szükséges gyógyszeres kezelés. Ráadásul néhányan ragaszkodnak ahhoz a véleményükhöz, hogy a pszichiáterek csalnak. Valami, ami nem okoz állandóan problémát, az nem lehet valódi betegség vagy rendellenesség. Az utóbbi érv csak akkor meggyőző, ha az ember nem gondolja át. Egy komoly betegség, mint például a phenylketonuria⁴ mentális retardációhoz vezet normális körülmények között, de a fejlődés egészséges maradhat, ha a gyermek diétázik. Az a tény, hogy az egészségi állapot a környezet befolyása alatt áll, nem jelenti azt, hogy nem kell komolyan venni.

Mindenesetre úgy tűnik, hogy az ADHD-s gyermekeknek kivételes motivációra vagy specifikusabb ingerekre van szükségük, mint amit az iskola tud nyújtani, ha kellő figyelmet tudnak fordítani olyan dolgokra, mint a házi feladat. Azok a próbálkozások, amelyek arra irányultak, hogy úgy szervezzék meg az iskolai vagy az otthoni életet, hogy azok megadják ezt a külön ingerszintet, általában nem vezettek eredményre.

A pszichológusok és a pszichiáterek megpróbálták gyógyszer nélküli megoldásokat találni, de eddig nem tudták elérni, hogy nélkülözhető legyen a gyógyszeres kezelés. Egyértelmű a gyógyszeres kezelés szükségessége, ha a szülők, tanítók, pszi-choterapeuták és más orvosok nem tudják más módon kézben tartani a tüneteket.

A gyógyszeres kezelés és az ADHD

„Társadalmuk intézményesítette a gyógyszerabúzust gyermekeink között. Még rosszabb, hogy gyógyszerekkel tömjük gyermekeinket ahelyett, hogy erőfeszítéseket tennénk annak érdekében, hogy eleget tudjunk tenni szükségleteiknek. Végző soron nagyon rossz leckét adunk gyermekeinknek – azt, hogy a gyógyszer a megoldás az érzelmi problémákra. Arra biztatjuk a fiatal nemzedéket, hogy pszichiátriai gyógyszerekben bízva nőjenek föl ahelyett, hogy magukra vagy más emberi forrásokra támaszkodnának.” Péter Breggin az Anti-pszichiátriai Koalíció honlapján (<http://www.antipsychiatry.org/ritalin.htm>).

Az ADHD elleni gyógyszeres kezelés a céltáblája a legtöbb ellenérzésnek. Ez érthető. Könnyű megnevezni olyan szempontokat ezzel a kezeléssel kapcsolatban, amelyek vitathatóvá teszik. Ezeket a szempontokat három csoportra lehet osztani. Az első csoport magával a gyógyszerrel foglalkozik, a második azzal a fajta orvossággal, amit használnak, a harmadik pedig a gyógyszeres kezeléssel és annak hatásaival a nevelésre, a tanításra és a társadalomra. Az utolsó csoporttal elsősorban a következő részben foglalkozunk. Ebben a részben tárgyaljuk a használt gyógyszereket.

⁴ Lisztérzékenység (A szerk.)

A gyógyszeres kezelés ellenzésének első oka könnyen belátható józan ésszel. A gyermekpszichiáterek és a gyermekgyógyászok gyógyszert rendelnek a gyermeknek, akinek nincs életet veszélyeztető betegsége, bár könnyebben esik baleset áldozatául. Minden érintett egyetért abban, hogy nem szabad könnyelműen olyan gyógyszert adni, ami egy olyan különleges szervet befolyásol, mint a központi idegrendszer. Mindamellett már megállapítottuk, hogy az ADHD szindróma súlyos következményekkel járhat az érintett gyermek számára, és hogy az elérhető nem gyógyszeres kezelési eljárások csak bizonyos mértékű enyhülést eredményeznek. Ez indokolja a hatékony gyógyszeres kezelést. Nem ideális, de nincs jobb lehetőség.

Kell gyógyszert használni egy olyan rendellenességre, ami talán nem is valódi betegség, és lehet, hogy részben az érintett gyermekek életkörülményei okozzák? A kritikák azt állítják, hogy a gyógyszeres kezelés pszichoszociális problémát gyógyszerel. Azt mondják, hogy a szülőknek és a tanítóknak már nincs több türelmük, vagy idejük foglalkozni a problémás gyermekekkel, és ezért kell gyógyszereket kapniuk. Érthető, hogy ez a helyzet érzelmeket kavart föl. De ha a gyógyszer a legjobb, amit az orvos nyújtani tud, mi ok lehet arra, hogy kevésbé hatékony kezelési eljárásokat használjunk?

Az előző pontból úgy tűnik, hogy az orvosok a gyógyszereket a nevelés helyettesítésére adják. Ez világos, hogy nem így van. Először is, az ilyen állítások jobban felelőssé teszik a szülőket, mint amennyire azok, hisz erős genetikai összetevő is szerepel az ADHD etiológiájában. Másodszor, soha nem fogja egyetlen orvos sem azt gondolni, hogy a gyógyszeres kezelés helyettesítheti a szülők szerepét. A gyógyszerek senkit sem helyettesítenek. Sőt, bizonyos esetekben azt lehet mondani, hogy a gyógyszerek visszaadják a gyermeknek a szüleit. A gyógyszer összeszedettebbé teszi a gyermeket, és lehetőséget ad a szülőknek, hogy szerepüket betöltsék. Kevésbé lesznek kritikusak, gyakrabban keresik a kontaktust, több melegséget mutatnak és kevesebb lesz az összetűzés a testvérek között. Normálisabbá válik a szülők és a gyermek kapcsolata.

Egy ehhez kapcsolódó, de kevésbé komoly állítás, hogy a gyógyszer csökkenti a gyermekek és a szülők motiváltságát arra, hogy tréningprogramokban vegyenek részt. Ha van egy megoldás, ami olyan egyszerű, mint bevenni egy pirulát, miért foglalkozna bárki azzal, hogy többet erőltessen? A szülők kevésbé fognak törekedni új nevelési stratégiák elsajátítására és a nagyobb rendtartásra otthon, ha a gyermek jól viselkedik a gyógyszer hatása alatt. Ez lehet gond, de csökken a veszély, ha az orvos tisztában van ezzel. Ő el tudja magyarázni, miért profitál a gyermek bizonyos változásokból. Ráadásul, fontos megjegyezni, hogy a gyógyszeres kezelés és a pszichoszociális beavatkozások nem zárják ki egymást. Éppen ellenkezőleg, a két módszer erősíti egymás hatását. Például, a gyógyszer javítja a gyermek figyelmét mindenre, amit tanítanak neki.

Ezzel kapcsolatos kérdés az olyan társuló rendellenességek kezelése, mint a hangulatzavar. Talán érthető, ha a szülők és a tanítók elégedettek, amikor a gyermek elhagyja az ADHD tüneteit. Azonban azt láthattuk, hogy három ADHD-s gyermekből kettőnek más rendellenessége is van.

A másik rendellenességnek is megfelelő klinikai figyelmet kell szentelni. Ha egy gyermeknek ADHD-ja és emellett depresszív zavara van, az ADHD gyógyszeres kezelése sosem lehet ok a társuló depresszió figyelmen kívül hagyására. Ez felelőtlen klinikai gyakorlat lenne.

Egy másik állítás, hogy a gyógyszeres kezelés nem tudja meggyógyítani az ADHD-t. Az állítás igaz; a gyógyszerek „csak” enyhítik a tüneteket. Ez csalódottságot okozhat a közvéleménynek, amely túl sokat vár a modern orvoslástól, valójában azonban a tünetek

csökkentése már önmagában is jelentős dolog. A gyógyszeres kezelés értékes és általában alapvető fontosságú eszköz az ADHD-s gyermekek jobb ellátásában.

Más gyakori megjegyzések az érintett gyermekek számával kapcsolatosak. Világszerte több millió gyermek kap ilyen gyógyszereket. A legbecsületesebb magyarázat az, hogy az ADHD gyakori rendellenesség. Nagyobb aggodalomra ad okot ránézésre az a tény, hogy a számok látványos mértékben emelkednek. DeGrandpre szerint az Egyesült Államokban „több mint ötszörös az emelkedés, a korábbi években tapasztaltakhoz képest”, de óvatosabb vizsgálatok is arra jutottak, hogy a gyógyszerhasználat körülbelül két és félszeresére növekedett. Ugyanezt a trendet mutatják a számok, a Hollandiában az 1987-1996-ig terjedő időszakban eladott methylphenidate-ről készített kimutatásokban, amint az ábra mutatja. Ennek az lehet a magyarázata, hogy a gyógyszerhasználat annak következtében emelkedik meg, hogy egyre több szülő és tanító ismeri meg az ADHD fogalmát, és ez növeli annak esélyét, hogy felhívják az érintett gyermekekre az orvosok figyelmét. Úgy tűnik, hogy különösen lányok körében javult az ADHD felismerése. Mindemellett az ADHD-s gyermekeket hosszú ideig, esetenként évekig kezelik gyógyszerrel; az ADHD-t most kezdik felismerni egyre több kezelt serdülőnél és felnőttél is. Továbbá, idősebb korban nagyobb dózisokat kell felírni. Az epidemiológiai bizonyítékból az tűnik ki, hogy nincs túlzott gyógyszerrendelés. Az Egyesült Államokban az ADHD-s gyermekeknek csak a harmada kap megfelelő kezelést. Előfordul, hogy gyógyszert kap pár gyermek az ADHD diagnózisa nélkül, de ezekben az esetekben a rendellenesség súlyos, annak ellenére, hogy a tünetek száma a küszöb alatt van. Így ezeket az eseteket sem lehet felesleges gyógyszerhasználatnak minősíteni. Általánosságban arra lehet következtetni, hogy túl kevés, nem pedig túl sok gyógyszert rendelnek. Azt a kérdést, hogy amikor felírják a gyógyszereket, azt a megfelelő klinikai irányelvek szerint teszik-e – például megfelelő adagolásban és monitorozás mellett, illetve pszichoszociális megközelítésekkel kombinálva, – sajnos még nem lehet megválaszolni az erre vonatkozó adatok hiánya miatt.

Ez nem jelenti azt, hogy minden számadat biztató. Jelentés érkezett arról, hogy Virginiában az iskoláskorú fiúgyermekek 17%-a kap gyógyszeres kezelést. Ez a szám háromszorosan haladja meg az ADHD feltételezett előfordulását (3-5 %), és erre a média természetesen élesen rávilágított. Világosnak tűnik, hogy ebben az esetben túl könnyedén írnak fel gyógyszereket. De ez inkább kivétel, mint szabály. Egy másik vészjósló üzenet az Egyesült Államokból, hogy a stimulánsok felírása széles határok között mozog az etnikumok körében, amennyiben az afro-amerikai gyermekeket inkább alul-, a fehér gyermekeket pedig inkább túlkezelik.

Egy másik fontos szempont magáról a gyógyszeres kezeléssel, hogy nincsenek adatok a kezelés hosszú távú következményeiről. Sok beszámoló jelent meg a rövid távú következményekről, és kutatásokat végeztek az egy-két éves, közepesen hosszú távú hatásokról, azonban nem tudjuk, hogy sokat javul-e az érintett gyermek hosszú távú prognózisa a gyógyszeres kezelés hatására. Ez komoly hiányosság, és fontos célpontja a kritikáknak. További vizsgálatokra van szükség minél hamarabb. A hosszú távú adatok hiányának azonban részben kutatás-etikai oka van. Etikátlan dolog megtagadni ADHD-s gyermekektől a gyógyszeres kezelést annak érdekében, hogy összehasonlítsuk őket olyan gyermekekkel, akik az elérhető legjobb kezelést kapták. Az ADHD túl komoly rendellenesség ahhoz, hogy kezeletlenül hagyjuk. Egy másik szempont, hogy nem a jobb hosszú távú prognózis az egyetlen oka a kezelésnek. Az ADHD-s gyermekeknek sok gondjuk van legalább két környezetben, például otthon és az iskolában, és ha ezek a problémák jelentősen javíthatók gyógyszeres kezeléssel, azt is előnynek kell tekinteni. A

gyógyszeres kezelés jobb gyermekkort jelenthet a gyermekeknek, még akkor is, ha az idő azt mutatja majd, hogy befolyása a felnőttkorra kevésbé számottevő.

Egy utolsó megfontolás, ami vitát kelt a gyógyszeres kezeléssel kapcsolatban, az az ADHD-hoz kapcsolódó orvosi gyakorlatok nagy változatossága. Az európai ADHD Ellenőrző Testület tíz specialistát kérdezett meg különböző országokból, hogy mi hazájukban az ADHD elsődleges, másodlagos és harmadlagos kezelése. A gyógyszeres kezelés négy országban állt az első helyen, négy másikban a másodikon és két ország esetében a harmadikon. Más elsődleges kezelések a viselkedésterápia, a tanácsadás, a család informálása és az iskolai pedagógiai programok voltak. Ha a szakértők nem értenek egyet a legjobb kezelésben, különböző álláspontok fognak megjelenni a médiában, és ezek megerősítik a kétségeket az elmeegészségügyi szakemberek hozzáértésével kapcsolatban. Az emberek azt gondolhatják: „Ez a pszichiáter azt mondja, hogy bizonyos esetekben a gyógyszeres kezelés a legjobb megoldás, de még saját kollégáit sem tudja meggyőzni.”

Kezelés stimulánsokkal

A második téma, ami a gyógyszeres kezeléshez kapcsolódik, az a leggyakrabban használt gyógyszerek fajtája: a pszichostimulánsok. A pszichostimulánsok nem felelnek meg a köztudat gyógyszerfogalmának. Ezt a felfogást úgy tudnánk jellemezni, hogy a „normális” gyógyszernek rossz íze van, nehéz lenyelni, nem szívesen veszik be, és meggyógyítja a beteget. A pszicho-stimuláns gyógyszerek nem ilyenek. Az amfetaminokra hasonlítanak, és az ADHD-s gyermekek el tudják adni gyógyszereiket az utcán narkósoknak. Nem biztosítanak gyógyulást, és nemcsak az ADHD kezelésében nyújtanak segítséget, hanem valószínűleg a normális gyermekek és felnőttek koncentrációját – így teljesítményüket – is segítik.

Azonban az a tény, hogy a gyógyszer nem kizárólag ADHD-s gyermekeken segít nem csak a stimulánsoknak tulajdonsága. Ugyanez jellemző például a hipnotikumokra. Az pedig, hogy a pszichostimulánsokkal vissza lehet élni, nem gátja használatuknak ADHD esetén, bár a gyógyszerek eladásának lehetősége a klinikai figyelem középpontjában kell, hogy álljon. A betegeknél a gyógyszer nem úgy viselkedik, mint egy utcai drog. A pszichostimuláns-kezelés dózisa nem okoznak „kicket” vagy rohamot, sem függőséget, és nem okoznak elvonási tüneteket, ha leállítják a gyógyszerelést. A gyógyszer használatának semmi köze az ADHD-s betegek drog-abúzusához. Az általános gyakorlatban nem becsülik alá az abúzuspotenciált: alig jelentettek pár olyan esetet, ahol az ADHD-s gyermek visszaélt volna a pszichostimulánsokkal. A probléma nagyobb lehet a felnőtt ADHD-s betegeknél.

De mit lehet mondani a Breggin-idézetre, hogy a klinikusok arra tanítják a gyermekeket, hogy gyógyszerekkel oldják meg érzelmi problémáikat? Ez ránézésre meggyőzőnek tűnik, de több szempontból is félrevezető. Breggin azt sugallja, hogy az ADHD ugyanolyan, mint az érzelmi problémák. Ez nem igaz. Okozhatnak érzelmi zavarok ADHD-jellegű tüneteket egy időre, de nincs ok azt feltételezni, hogy az ADHD-t érzelmi sérülés okozza. A figyelmetlenségnek, a hiperaktivitásnak és az impulzivitásnak erős genetikai összetevőik vannak, és társulhatnak a határozott nevelés hiányával, de természetük szerint nem érzelmi jellegűek elsősorban. Továbbá, úgy tűnik, hogy Breggin téved abban, hogy a gyógyszeres kezelés növeli a későbbi függőség kockázatát. Egy próbatanulmány összehasonlította a függőség kialakulásának esélyét a gyógyszerrel és a gyógyszer nélkül kezelt ADHD-s betegek között, és azt találta, hogy a gyógyszer nélkül kezelt csoport nagyobb kockázattal bír a későbbi abúzus-rendellenességek szempontjából. Ha a gyógyszer jobbra teszi az ADHD-s gyermekek életét, csökken a drog-abúzus csábítása.

Egy másik szempont a pszichostimulánsok és az ADHD valószínűtlen kombinációja. A stimulánsok aktívabbá teszik az embereket, és ez az, amire az ADHD-s gyermeknek a legkevésbé van szüksége. Arra van szükségük, hogy lelassuljanak, és nem valami olyanra, ami felpörget. Ez a paradoxon eltűnik, ha a tényeket nézzük. Az ADHD-s gyermekeknek megnövekszik figyelmi időtartamuk a stimulánsok hatására, és kevésbé lesznek hiperaktívak, illetve impulzívok. Ez vezetett ahhoz az elmélethez, hogy a hiperaktivitás/impulzivitás egy (tudattalan) ébredési kísérletként fogható fel. Ebben az elméletben az ADHD központi tünete az alacsony éberség. Nincs tovább szükség a hiperaktivitásra/impulzivitásra, ha a pszichostimuláns gyógyszer biztosítja az éberséget. Egy másik lehetséges magyarázat az, hogy a pszichostimulánsok az agy gátlórendszerét támogatják.

A közvélemény aggodalmat mutat a gyógyszerek mellékhatásainak súlyossága miatt is. Ezeket nagyon gondosan tanulmányozták, és enyhének találták. A leggyakrabban említett mellékhatások az álmatlanság, a hányinger, az anorexia és a fejfájás, amelyek a kezelt gyermekek 10-15%-ában lépnek fel, gyakran átmeneti jellegűek, és ritkán vezetnek a kezelés felfüggesztéséhez. Az, hogy az ADHD-s gyermekek valamivel kisebbek, mint társaik, inkább a rendellenesség miatt van, mint a stimulánskezelés miatt. Mégis, az ADHD esetében van egy-két szerző, aki úgy tűnik, azt gondolja, hogy a mellékhatások egyszerű felsorolása elég ahhoz, hogy arra a következtetésre jussunk, hogy ezt a fajta gyógyszert nem szabadna használni. Ez túlegyszerűsítés, ami egy jó/rossz különbségtételt erőltet az összetett valóságra. Ha a gyógyszeres kezelés nem jó minden szempontból, akkor csak teljesen rossz lehet. De ez a fajta érvelés elkeni a tényeket. Azok a szerzők, akik ezzel a feltételezéssel dolgoznak, nem vesznek figyelembe olyan egyértelmű tényezőket, mint például a mellékhatások dózisfüggősége. Ráadásul, nem szükséges intézkedéseket fontolgatni a mellékhatások kiküszöbölésére. A kritikák azt mondják, hogy a gyógyszeres kezelés csökkenti az étvágyat, de elfelejtik megemlíteni, hogy az érintett gyermekek eleget esznek, amikor étkezés közben veszik be gyógyszereiket.

A gyógyszerek felírása egy gyermek számára az ellene és mellette szóló érvek egyedi értékelésének eredménye. Az ADHD-s gyermekek körülbelül huszonöt százaléka nem mutat pozitív változást a pszichostimulánsok hatására. Néha ellentétes hatás alakul ki: a gyermek hiperaktívabb/impulzívabb lesz, és kevésbé tud figyelni. Világos, hogy nem szabad használni a gyógyszereket az ilyen gyermekek esetében. Más gyermekeknél mellékhatások léphetnek fel, mint például fejfájás, emocionális érzékenység és alvászavarok. Ezekben az esetekben értékelni kell a helyzetet, figyelembe véve, hogy ezek a mellékhatások gyakran eltűnnek egy pár hét múlva. Úgy is lehet csökkenteni a mellékhatásokat, hogy megváltoztatjuk a pszichostimuláns gyógyszerek adagolását. Gyermekeknél az optimális dózis egyénenként más és más, és a betegeknek csak három százaléka intoleráns minden adagolásra. Az ADHD gyógyszeres kezelése egyénfüggő. Általánosságban két megállapítást lehet tenni: a gyógyszerek hatékonyak az alaptünetek mérséklésében, mellékhatásaik pedig enyhék. Szabálynak mondható, hogy a jótékony hatások jelentősebbek, mint a mellékhatások, de természetesen a pszichostimuláns gyógyszerek sem csodaszerek.

Egy utolsó, egyedi félelem a pszichostimuláns gyógyszerekkel kapcsolatban, hogy megváltoztatja a gyermekek személyiségét. Az ADHD-s gyermekek teherré válhatnak környezetük számára, de vannak jó tulajdonságaik is. Attól félnek, hogy a gyermekek nemcsak személyiségük rendetlen mivoltát veszítik el, hanem annak pozitív elemeit is. Ez a félelem minden bizonnyal olyan aggodalmakkal van kapcsolatban, hogy a tudomány és a technológia kontrollálhatja az elmét. Azonban, ha megvizsgáljuk a legnagyobb félelem

tárgyára – a kreativitás elvesztésére -vonatkozó adatokat, világossá válik, hogy a félelem alaptalan.

A média szerepe

„Ha Koszovóban vagy, és egy gyermek jön keresztül az úton egyedül, koszosan, sírva, kimerülten, stb., mit teszel? Megtudsz mindent, amit lehet a gyermek múltjáról, figyelsz rá, gondoskodsz róla, ellátva alapvető emberi szükségleteit, és segítesz neki kigyógyulni sérüléséből, bármi is legyen az? Vagy pszichoaktív gyógyszert adsz neki, és otthagyszod?” Ginger Breggin írja egy e-mailben az előző szerzőhöz.

Mi az ADHD-t körülvevő intenzív érzelmek alapja? Elég egyszerű: az ADHD társadalmunk legközpontibb szempontjaival és gyermekeink jövőjével áll kapcsolatban. A kritikák ezt a szempontot szokták hangsúlyozni.

Fontos pont a vitában a szülők és a gyermekek közötti kapcsolat a modern társadalomban. Nagyon gyakori mostanában, hogy az apáknak és az anyáknak kemény munkájuk van, és a gyermekek több időt töltenek napközbeni ellátást biztosító intézetekben. Ez nyilvános vitáknak ad teret az érintett gyermekekre gyakorolt kihatásokról – amely viták az ADHD ügyére is befolyással vannak. Az ugyanilyen gyermekek nem részesültek semmiféle kezelésben húsz évvel ezelőtt, most azonban pszichostimulánsokat kapnak. Ez azt jelentené, hogy a mai szülőknek egyszerűen nincs idejük elviselni a rakoncátlan viselkedést? Ez részben igaz lehet. Nem meglepő, hogy nyugtalanságot kelt egy ilyen vélemény. Egy egészséges demokráciában kellene viták arról, hogy olyan életmódja van-e a szülőknek, ami ártalmas a sérülékeny gyermekekre.

DeGrandpre egy hasonlatot ad erre Ritalin nemzet című könyvében. Úgy jellemzi az amerikai kultúrát, mint ami állandó ingerlést igényel. Az emberek érzékeinek állandó bombázást kell elviselniük. A „gyorstüzelő-kultúra” otthoni instabilitással kombinálva azt eredményezheti, hogy egy csoport genetikailag sérülékeny gyermek nem tud helytállni. „Elhangolódnak”, ADHD alakul ki náluk, és pszichostimulánsok támogatása nélkül nem képesek figyelni az iskolában. DeGrandpre azt állítja, hogy van egy jobb út: „Egy olyan világért kell harcolnunk, ami már nem mérgező, és amiben nem válik sokmillió gyermek pszichológiailag beteggé, csak azért, mert benne él.” A társadalomnak egy lassabb ütemre kellene lehangolódnia.

DeGrandpre állítása túlzásnak tűnik, de példának vehetjük arra, hogy hogyan lehet kapcsolatba hozni az ADHD-t azzal, amit nem szeretünk a modern társadalomban. Ráadásul a kapcsolatban lehet valami igazság is. Így nem lehet meglepetés, hogy az ADHD-ről és a pszichostimulánsokról alkotott elképzelések vonzzák a média figyelmét. Ennek részben az az oka, hogy segíteni akarják a hallgatóságot az efféle dolgokról való véleményalkotásban. Az ADHD-ről alkotott elméletek azért érdekesek, mert társadalmunk alapvető feltevéseit kérdőjelezzik meg.

A pszichiátriai szempontok könnyű célpontok a kritika számára. Például: talán nem is betegség az ADHD; a pszichostimulánsok más szempontból abúzusra használható drogok, hasonlítanak az amfetaminra, sőt, a kokainra is; a pszichostimulánsok utat találnak az illegális piacok felé; egyes szakértők nem értenek egyet a gyermekpszichiátria általános nézeteivel; a gyógyszeres kezelés mindenkinek javítja a koncentrációképességét és a teljesítményét, és így tovább.

Viszonylag könnyű összeállítani egy meggyőző történetet arra alapozva, amit tudunk az ADHD-ről. Úgy gondoljuk, örülnünk kell, hogy vannak, akik készek megkérdőjelezni a pszichiátria feltevéseit. A társadalomnak nem kellene a pszichiáterekre ruháznia a

felelősséget a problémás gyermekekért anélkül, hogy ezt még egyszer átgondolnák. Az ellentétek érintettséget jelentenek, és ez öröndetes.

A gond az, hogy egyes kritikák kizárólag érzelmekre fókuszálnak, és nem empirikus bizonyítékokra. A pszichiátereknek hangot kell adniuk véleményüknek a nyilvánosság felé. Egy téves kritikát meglévő adatok alapján kell megcáfolni. A gyermekpszichiátereknek nyilvános vitákban kell részt venniük. Ha a közvélemény csataterre hasonlít, naiv dolog lenne hátradólni és várni az oldalvonalnál. Ha a pszichiátria méltánytalan állításokkal szembesül, a legjobb aktívan leszerelni azokat. A pszichiátereknek rá kell ébredniük, hogy az elmeorvosászat túl fontos dolog ahhoz, hogy egyedül a pszichiáterekre hagyják. Merészen bemutathatnak egy nehéz esetet az ADHD kezeléséről a közvéleménynek.

Egy szélesebb perspektíva: nevelés egy gyorsan változó társadalomban

„A nevelés minden bizonnyal a legfontosabb, társadalmunkat célzó közegészségügyi kérdés.” Masud Houghy egy kommentárban a British Medical Journalban.

Az ADHD-nak orvosi figyelemre van szüksége, de ez nem jelenti azt, hogy el lehet hagyni minden próbálkozást annak érdekében, hogy a rendellenességet egy szélesebb nézőpontba helyezzük. Kétségtelen, hogy a gyermekek élete drámaian megváltozott az elmúlt 50 év alatt. Tanúi voltunk a családmintákban bekövetkezett mély változásoknak. A „családmag” típus alakult ki a kiterjedt családból, és később ez is felbomlott. A családfelbomlás olyan élmény, ami a gyermekek 50 %-át érinti, és sokkal gyakoribb, mint a XX. század első felében. A gyermekek 20 %-a hosszabb ideig él egy szülővel. A családok mérete kisebb, mint korábban. Gyakoribb, hogy mindkét szülő dolgozik és mindketten nagyon elfoglaltak saját karrierjük építésével. Ezért a gyermekek felnevelése és gondozása részben szakemberekre, részben intézményekre van bízva. A gyermekek később hagyják el az iskolát, és meghosszabbodott a felnőtté válás időtartama. A gyermekek és a serdülők kultúrája sok szempontból elüzettedett, ezt fokozza csak a zene és a divat világa. A fogamzásgátlás elérhetősége megváltoztatta a szexuális viselkedést a serdülőkorban. Az információs technológia zavaróan sok szórakozási lehetőséget kínál a gyermekeknek, ilyenek az Internet, a televízió-csatornák tucatjai és a computer-játékok. Az életkörülmények általában javultak a legtöbb, ha nem is minden európai országban, bár a családok 5%-a még mindig szegénységben él. Továbbá a megnövekedett jólét kiélesítheti a szociális határokat a „birtoklók” és a „nem-birtoklók” között, tolvajlást és más antiszociális viselkedéseket válthat ki.

Mindezek a változások közvetlen hatással lehetnek a gyermekek mentális egészségére. Mint azt korábban tárgyaltuk, nincs szilárd bizonyíték arra, hogy az ADHD előfordulása növekedett volna az elmúlt évtizedek során. Más állapotokkal kapcsolatban azonban megállapítottak ilyen trendeket. Markáns növekedés volt megfigyelhető az erőszakos bűncselekmények terén 1950 óta, továbbá megemelkedett az alkoholfogyasztás és a kábítószeresítés, valamint növekedés következett be a depressziós és öngyilkossági rátákban. Azoknál a gyermekeknél, akik genetikailag hajlamosak hiperaktivitásra, impulzivitásra és figyelmetlenségre, nagyobb eséllyel alakul ki ADHD, emiatt magas színvonalú nevelést igényelnek, és jól felépített és szervezett pszichoszociális kapcsolatokra van szükségük. A nevelés fontossága a gyermekek számára annak azon szerepéből ered, hogy ütköző a nehézségekkel szemben, és stabilizáló faktor egy „gyorstüzelő” vagy „hiperaktív” társadalomban. Manapság sok szülő meglehetősen bizonytalan szülői szerepét illetően. Ez abból eredhet, hogy a mai gyermekgeneráció szülei az 1960-as, 70-es években nőttek fel – egy olyan időszakban, amikor nagy hangsúlyt fektettek a tekintélyellenes és a

szabad/szabados magatartásra. A szülők érdekeltek abban, hogy tanácsot és felkészítést keressenek gyermekük alvási zavarával, engedetlenségével, makacsságával, étkezési zavarával és szabálysértő viselkedésével kapcsolatban. Gyakoriak az olyan kérdések, hogy „hogyan kellene határt szabnom a verbális/fizikai agresszióknak, a gyermek saját vágyai kielégítésének, stb.? És ha igen, hogyan és mikor?” A nevelésben nemcsak a biológiai szülők vesznek részt, hanem gondozók, tanítók, ápolók, edzők és sokan mások is, akik nevelő feladatokat látnak el a gyermekeknél. A pszichiátriai rendellenességekkel küzdő gyermekek diagnosztikájára és kezelésére fordított figyelem nem homályosíthatja el a megelőzés és a korai beavatkozás fontosságát. A családtámogató programok fontos részei ezeknek az erőfeszítéseknek, és indirekt módon hozzájárulhatnak a gyermek egészségének és pszichológiai jóllétének javításához. A nevelés minőségének és a szülői képességek javításának kiemelkedő jelentőségűnek kellene lennie a politikusok és az (elme-) egészségügyi szakemberek programjában is.