

ADHD: kihívás az egyén és a társadalom számára is

Interjú Prof. Dr. Balázs Judittal

A gyermek- és serdülőkori figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (attention deficit hyperactivity disorder, ADHD), más néven hiperkinetikus zavar az egyik leggyakoribb gyermek- és serdülőkori zavar, amellyel a gyermekpszichiátria találkozik. Lapunknak adott interjújában Prof. Dr. Balázs Judit tanszékvezető egyetemi tanár, gyermek-, serdülő- és felnőtt pszichiáter szakorvos (ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai Intézet, Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológiai Tanszék) a kutatási területét képező ADHD kialakulásának okairól, ellátásának módjáról és klinikai tapasztalatairól beszélt.

– Az ön kutatási területe a gyermekkori figyelemhiányos hiperaktivitás zavar. Hogyan terelődött a tudományos érdeklődése e szakterület felé?

Ha gyermekekkel és serdülőkkel dolgozunk a klinikumban, az ADHD az egyik leggyakoribb probléma, ami miatt segítséget kérnek tőlünk a szülők és a pedagógusok. Az ADHD gyermekkori előfordulása 3-6 százalék közé tehető, az általános és középiskolák minden osztályára jut egy figyelemhiányos hiperaktivitás zavarú tanuló. Az ADHD-t az ún. externalizáló kórképek közé soroljuk, mivel a gyermeknél fennálló tünetegyüttes gyakran okoz problémát a környezetnek is: szülőknek otthon, a pedagógusoknak az óvodában, illetve az iskolában feltűnik, ha a gyermek túlságosan izgága, impulzív. Ezért az érintettek viszonylag hamar bekerülnek az ellátásba. Ez azonban elsősorban a fiúkra igaz, velük találkozzunk sokkal gyakrabban a klinikumban. Ennek oka az, hogy a fiúknál a hiperaktivitás/impulzivitás tünetei jellemzőek, amelyek zavaróak a környezet számára, a lányoknál viszont a figyelemzavar kevésbé feltűnő tünetei a markánsabbak, így a lányok esetében az ADHD gyakran nem kerül felismerésre. Az ADHD előfordulásának fiú-lány aránya gyermekkorban 3:1, ám az orvoshoz fordulók között a megoszlás már 6:1 a fiúk javára. Ez az arány 40 éves kor felett kiegyenlítődik, aminek az egyik oka, hogy felnőttkorban a nők inkább kérnek segítséget problémáik miatt, mint a férfiak.

– Milyen tényezők állnak az ADHD kialakulásának a hátterében?

Ez számos szempontból egy fontos kérdés: sok szülő gondolkodik el azon, hogy mit rontott el a nevelésben, aminek következtében nehezebben kezelhetővé vált a gyermeke. Fontos hangsúlyozni, hogy az ADHD nem az „elrontás” következménye, hanem az idegrendszer fejlődési zavar. A betegség kialakulásáért bizonyos agyi struktúrák – az ún. frontostriális agyi struktúrák – a felelősek, amelyek szerepét strukturális és funkcionális képalkotó eljárások és elektrofiziológiai vizsgálatok igazolták. Bizonyos ingerületátvivő

anyagoknak – például a dopaminnak – jelentős szerepe van a tünetegyüttes kialakulásában. Nagyon erős a genetikai meghatározottság, ezért láthatjuk, hogy magas az ADHD családi halmozódása, így három-ötszörös az elsőfokú rokonok kockázata.

– Mi különbözteti meg az ADHD-s gyermeket az egészséges, eleven gyermektől? Hol lehet meghúzni a határvonalat?

Mennyiségi és minőségi különbség van az ADHD és a gyermekkori „egészséges elevenesség” között. Minden gyermek életében adódhat egy-egy nap, amikor izgágább a megszokottnál, ami teljesen természetes. Az ADHD magtünetei a figyelmetlenség, a hiperaktivitás és az impulzivitás. A diagnózist akkor állíthatjuk fel, ha a tünetek súlyosabbak annál, mint amit a gyermek életkora vagy fejlődési szintje szerint még elfogadhatónak tartunk. Akkor beszélünk ADHD-ról, hogyha legalább hat tünet a figyelmetlenség kilenc lehetséges tünetéből és/vagy legalább hat tünet a hiperaktivitás/impulzivitás tünetcsoport kilenc lehetséges tünetéből minimum fél éven keresztül fennáll, és ezek a tünetek legalább két helyzetben (a családban, az óvodában, illetve az iskolában) funkciókárosodást okoznak.

– Melyek ezek a bizonyos tünetek?

A figyelmetlenség tünete lehet, ha a gyermek gyakran nem figyel megfelelően a részletekre, nehézséget jelent számára a figyelem megtartása a feladat- vagy játéktevékenységben belül, nem figyel, amikor beszélnek hozzá, nem követi az instrukciókat, újra meg újra elmarad az iskolai és egyéb munka, vagy kötelességek befejezése, nehézsége támad a feladatok és tevékenységek megszervezésében. Általában elkerüli, nem szereti vagy ellenáll, ha olyan feladatokban kell részt vennie, amelyek tartós szellemi erőfeszítést igényelnek, elveszíti a feladatokhoz, vagy tevékenységekhez szükséges eszközeit (pl. játéka egy részét, iskolai felszerelését, kulcsát, telefonját), könnyen elvonják figyelmét kis külső ingerek, és napi tevékenységében feledékeny. A túlzott aktivitás tünete, ha keze-lába jár, babrál, folytonosan fészkelődik, amikor ül, feláll olyan helyzetben, amikor nem kellene, vagy szaladgál, ugrál, olyan helyzetekben, amikor ez nem helyénvaló, nehézséget jelent számára az önálló csendes, nyugodt játék, izgomozog, vagy olyan, mint „akit felhúztak”, túlzottan sokat beszél. Az impulzivitás tünete, ha a gyermek kimondja a választ, mielőtt a kérdés befejeződött volna, nehézsége van a várakozással, rendszeresen félbeszakít másokat beszélgetés vagy játék közben.

– Hogyan „csendesíthető le” az ADHD-s gyermek? A „lefárasztás”, vagy inkább a relaxáció a helyes irány?

„Lefárasztástól” nem lesz a gyermek jobban összeszedett, koncentrált, illetve kevésbé impulzív. Éppen ellenkező-

leg, sokszor látjuk, hogy az ADHD-s gyermek fáradtan még inkább impulzív válik. Az ADHD-t szakszerűen kezelni kell, amihez rendelkezésünkre állnak nem gyógyszeres kezelési formák – pszichoedukáció, szülő- és pedagógustréning, kognitív viselkedésterápiás technikák –, és gyógyszeres terápia is. Kutatások eredménye alapján a gyógyszeres és nem gyógyszeres kezelés együttes alkalmazása a leghatékonyabb. A diagnózis már óvodáskorban felállítható, ekkor viselkedésterápiás eszközöket, szülőtréninget javasolunk, a gyógyszeres kezelés hatéves kortól adható.

– Mit lehet tenni, ha a szülők nem értenek egyet a gyógyszeres terápiával?

Valóban előfordul, hogy a szülő, vagy a gyermek gyámja nem egyezik bele a gyógyszeres terápia alkalmazásába. Ez egy érdekes jelenség, hiszen ha a gyermeknek vakbélgyulladás van, a szülő kevésbé kezd „alkudozni” a felajánlott orvosi gyógykezelést illetően. Természetesen, ha a szülő nem szeretné, akkor az ADHD-s gyermek nem részesül gyógyszeres terápiában, annak ellenére – mint ahogy említettem –, hogy a kombinált gyógyszeres és nem-gyógyszeres terápia hatékonyabb, mint a nem-gyógyszeres terápia egymagában. Ezért ilyen helyzetekben fontos a szülőnek elmagyarázni, milyen negatív következményei lehetnek annak, ha az ADHD-t nem megfelelően kezeljük: az ADHD tünetei miatt a gyerekek nem tudnak a képességeik szerint teljesíteni, gyakori a szüleikkel, pedagógusaikkal, társaikkal a konfliktusuk, mindezek következtében frusztrálódnak, önértékelési zavaruk lesz, szoronghatnak, depresszió lép fel, a kortársai kiközösítik őket. Tapasztalatom szerint a pszichoedukáció (mind ezek átbeszélése) után, a szülők általában elfogadják a komplex terápiát, hisz jól akarnak a gyermeküknek. Az is előfordul, hogy bizonyos idő elteltével maga a szülő kéri a komplex terápia alkalmazását, mert nem bizonyul elegendőnek a gyógyszer nélküli segítség.

– Elképzelhető, hogy a szülők azért húzódoznak esetleg a gyógyszer adásától, mert tartanak annak mellékhatásaitól?

Teljesen érthető, hogy egy szülő nem örül, ha a gyerekének gyógyszert kell szednie. És igen, az is lehet ennek oka, hogy a gyógyszer mellékhatásaitól tartanak. Fontos, hogy elmondjuk a pszichoedukáció során, hogy minden gyógyszernek van mellékhatása, ezért ha a farmakoterápia mellett döntünk, akkor minden esetben mérlegelnünk kell annak előnyeit és hátrányait. Ha a szülők szakemberhez fordultak segítségért, és ADHD-t diagnosztizált a szakember, akkor már eleve fennáll egy problémát okozó körkép. Nagyszámú evidencia bizonyítja, hogy az ADHD-ban alkalmazható gyógyszerek biztonságosak és hatékonyak. Ha mégis a gyermeknél olyan mellékhatás jelentkezik, amely nem tolerálható – előfordulhat például nagyfokú étvágytalanság, rosszkedv –, akkor leállítjuk a gyógyszer adását. Jelenleg hazánkban kétféle hatóanyag-tartalmú gyógyszer áll rendelkezésünkre az ADHD kezelésére. Az ADHD mellett gyakran fennállnak társuló körképek, melyek befolyásolhatják a kezelés sikerességét, így fontos ezek felismerése és adekvát kezelése is.

– Mennyire együttműködőek az érintett szülők?

Egy szülőnek sem könnyű elfogadnia azt, hogy gond van a gyerekével és gyakran nagyon nehéz meglepnie, hogy külső segítséget vegyen igénybe. Ennek hátterében állhat, hogy a pszichés problémákat még mindig sok stigma övezi. Pedig bármilyen betegségben – legyen az diabétesz, vesebetegség, vagy ADHD – szenvedő gyermek szülőjének a hétköznapiakban sokkal több feladata van, több nehézséget kell megoldania, mint az egészséges gyermekek szüleinek. Gondoljunk csak bele, csak egy reggeli készülődés, iskolába indulás mennyivel heroikusabb az ADHD-s gyermek szülőjének, hiszen a gyermeke hol a kakaót borítja ki, hol azt felejteti el, hogy az iskolatáskáját magával kell vinnie, máskor pedig a fogmosás marad ki. Ezeket a dolgokat mi megbeszéljük a szülőkkel, ennek nyomán megértik, hogy segíteni akarunk, és általában nagyon jó együttműködés alakul ki közöttünk.

– Hogyan viszonyulnak az ADHD-s gyermekekhez a pedagógusok?

A probléma kezelésében nagyon fontos szerep jut a pedagógusoknak, hiszen a gyermekek sok időt töltenek az iskolában. Ideális esetben a szülő megosztja ezt a problémát a gyermekével foglalkozó pedagógussal. A már korábban említett stigmatizáció miatt előfordul, hogy a szülők nem szeretnék az iskolában elmondani, hogy a gyermekük pszichiátriai kezelés alatt áll. Fontos pedig, hogy a pedagógusok korszerű tudással rendelkezzenek erről a körképről is, tudják, hogy ha egy diákjuk folytonosan nyüzsög az osztályban, felugrál a helyéről, közbevág, amikor más beszél, könnyen meglehet, hogy nem „rossz” gyerek, hanem ADHD áll mindezek hátterében. Ilyenkor nem az a megoldás, hogy büntetésből a leghátsó padba ültetjük őt, mert ebben az esetben a gyermek még kevésbé lesz képes követni a tanórát. Éppen hogy az első padba kell az ADHD-s gyermeket ültetni, hogy fel tudják vele könnyen venni a szemkontaktust, így könnyebb a figyelmét megtartani, fontos továbbá, hogy gyakori visszajelzést, megerősítést kaphasson a tanárától. Fontos, hogy a pedagógusok felismerjék az ADHD tüneteit, és szükség esetén felhívják a szülő figyelmét ezekre, és javasolják a szülőnek, hogy gyermekével kérjék szakember segítségét. Ehhez folyamatos képzést kell biztosítani a pedagógusoknak. A megfelelően kezelt ADHD-s gyermeknek rendeződik a kapcsolata a szüleivel, a tanáraival és a társaival, javul a tanulmányi eredménye, és lényegesen emelkedik az életminősége.

– Az ADHD kifejezetten gyermekkori probléma, vagy előfordul felnőtteknél is?

Az esetek felében az ADHD tünetegyüttes felnőttkorban is megmarad, az esetek másik felében a gyerekek kinövik a betegséget. Amennyiben az ADHD tünetei felnőttkorban is fennállnak, természetesen javasolt tovább folytatni a kezelést.

– Milyen tényezők felelősek a gyermekeket leginkább érintő és veszélyeztető mentális zavarok kialakulásáért?

A felnövekedés során minden harmadik-negyedik gyermeknél előfordul valamilyen pszichés probléma, ami miatt segítségre szorul. A pszichiátriai betegségek kialakulásában, így a gyermekkorban induló pszichiátriai betegségeknél is

általában valamilyen gén-környezeti kölcsönhatás húzódik meg a háttérben. Az idegrendszer fejlődési zavarai közé tartozik az ADHD, továbbá például az autizmus, mely kórképek egyértelműen genetikusan meghatározottak, és – ahogy említettem – semmiképpen sem a helytelen nevelésből fakadnak. A stressz általában nem tesz jót az életben és fokozhatja a pszichiátria betegségek kialakulását is, de mindenképpen kell genetikai érintettség ahhoz, hogy ezek a zavarok megjelenjenek.

– 2017-ben minden hónapban egy 18 év alatti gyermek öngyilkossági kísérlete végződött halállal. Mit lehet tenni azért, hogy ez a szám nullára csökkenjen?

A legfontosabb a veszélyeztetett gyermekek minél korábbi felismerése annak érdekében, hogy időben segítséget kaphassanak. Kutatócsoportunk egyik kiemelt kutatási területe a fiatalkori öngyilkosság rizikó-, és védő faktorainak pontosabb megismerése. Kutatócsoportunk multidiszciplináris, amelyben orvosok, pszichológusok és gyógytérvezők is részt vesznek. Köztudott, hogy a rendszerváltás előtt hazánk világelső volt az öngyilkosságok számát tekintve. Az elmúlt két évtizedekben jelentősen csökkent az öngyilkosságok száma: míg 1990 előtt 100 ezer lakosra 44 öngyilkosság jutott, addig ma 17, vagyis több mint felével csökkent az előfordulás. Jelenleg Európában a 2-3. helyet, világviszonylatban pedig a 6-7. helyet foglalja el Magyarország, tehát még mindig van bőven tennivalónk.

– 2018. október 9-én, a Lelki Egészség Világnapja alkalmából bejelentésre került, hogy egy 6 milliárd forint keretösszegű EFOP program keretében megindul a magyar gyermek- és ifjúságpszichiátriai rendszer

fejlesztése. Ön mit remél ettől a nagyszabású projekt-től?

Természetesen örülök annak, hogy megkezdődött a gyermekpszichiátria bővítése, hiszen az ország számos régiójában a fekvő-, és a járóbeteg ellátás is komoly fejlesztésre szorul. Az infrastruktúra megújítása mellett azonban nagyon fontos az is, hogy megfelelő számú, jól képzett szakember dolgozzon a rendszerben. Ezért a gyermek- és ifjúságpszichiátriát vonzó szakmává kell tennünk, ha azt akarjuk, hogy sok tehetséges fiatal szakember kapcsolódjon be a munkánkba.

– Ön jelenleg a Magyar Pszichiátriai Társaság megválasztott elnöke. Mikor veszi át a stafétát a társaság jelenlegi elnökétől, és mit tart a legfontosabb feladatnak a következő elnöki ciklusban?

Jövőre fogom átvenni az MPT elnöki tisztségét Dr. Molnár Károlytól, tehát a 2020-ban kezdődő ciklustól kezdve fogom betölteni az elnöki pozíciót. Nagyon fontosnak tartom a szakma destigmatizációját és társadalmi megítélésének javítását, ami egyrészt jelenti, hogy csökkenjen a mentális zavarral küzdő emberek megbélyegzettsége, másrészt a kollégák megbecsülésének erősítését. Ennek különösen nagy a jelentősége annak érdekében, hogy minél több fiatal tudjunk bevonni a munkába. Céлом továbbá, hogy a Magyar Pszichiátriai Társaság segítse, hogy a pszichiáterek más szakmákkal történő hatékony együttműködésével magas szintű ellátást tudjunk nyújtani a betegeknek, és hatékonyan kell képviselnünk a szakma érdekeit a döntéshozók felé. Elnöki munkámmal szeretném segíteni, hogy jó hangulatú, nagy szaktudással, transzparens működésmódon alapuló pszichiátriát tudjunk létrehozni.

Boromisza Piroska

NÉVJEGY



Dr. Balázs Judit orvos, egyetemi oktató, gyermek-, ifjúság és felnőtt pszichiáter szakorvos. Az ELTE PPK, Pszichológia Intézet Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék tanszékvezető egyetemi tanára. Felsőfokú tanulmányait a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán folytatta, orvosi diplomáját 1995-ben szerezte.

Angliai (Royal London Hospital), németországi (Mainzi Egyetem), hollandiai (Utrechti Egyetem Pszichiátriai Klinika), ausztriai (Bécsi Egyetem Pszichiátriai Klinika) kórházakban és egyetemeken járt tanulmányutakon. PhD disszertációját klinikai orvostudományok szakágban a SOTE-n védte meg (2003). 2004-ben pszichiátriai, 2007-ben gyermekpszichiátriai szakorvosi képesítést szerzett, 2011-ben az ELTE-n habilitált. 2000-től a Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia gyermekpszichiátereként dolgozott és kutatómunkát végzett, 2014-től az intézmény tudományos és oktatási igazgatója volt. 2011 óta az ELTE PPK főállású

oktatója és a Fejlődés-, és Klinikai Gyermekpszichológia tanszék vezetője. Részt vesz a pre- és posztgraduális képzésben és oktatásban mind magyar, mind angol nyelven. Témavezető az ELTE és a SE Doktori Iskolájában. Több EU támogatott nemzetközi vizsgálat hazai vezetőjeként, valamint hazai grantok vezetőjeként dolgozik. Kutatási területe a gyermekpszichiátriai kórképek vizsgálata, különös tekintettel azok előfordulási gyakoriságára, tünettanára, kockázati tényezőire, életminőségre gyakorolt hatásukra; a figyelemhiányos hiperaktivitás zavar és a hangulatzavarok; a fiatalkori öngyilkosság rizikó és védőtényezői. Tudományos közleményeit rangos hazai és nemzetközi folyóiratok adják közre.

Egyéb tudományos/szakmai munka: a Gyermekpszichiátriai Szakmai Kollégium Tanácsadó Testületének vezetője, a Magyar Pszichiátriai Társaság kongresszusának évek óta felkért tudományos bizottsági tagja, az MPT megválasztott elnöke. A Pszichiátriai Szakmai Kollégium „A hiperkinetikus zavar (figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar) kóriszmézéséről, kezeléséről és gondozásáról” című szakmai irányelvének vezető szerzője.