

Robban-e az ADHD-bomba? A figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar medikalizációja: gyógyszeres kezelés és hazai intézményi vonatkozások

Lajtai László dr. 

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar,
Klinikai Pszichológia és Addiktológia Tanszék, Budapest

A közlemény a figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar (ismert angol rövidítéssel: ADHD) társadalmi, klinikai és intézményi dimenzióit tárgyalja, különös tekintettel a medikalizáció problémájára és a gyógyszeres kezelés ellentmondásaira. A szerző röviden összegzi az epidemiológiai irodalom eltéréseit országok és korcsoportok között, és kritikusan elemzi a DSM-5 kritériumainak bizonyos aspektusait (például a „gyakran” küszöbértékének hiánya). Felhívja a figyelmet arra, hogy a diagnózisok terjedése mögött részben intézményi, gazdasági és kulturális tényezők állnak (oktatási elvárások, egészségügyi hozzáférés, gyógyszeripari hatások). A szerző tárgyalja a metilfenidát alkalmazásának előnyeit és kockázatait, a visszaélések problémáját, valamint az atomoxetin mint alternatíva szerepét. Kiemeli az ellátórendszerben meglévő kapacitáshiányt, a szakemberhiányt és az alapellátásra helyeződő nyomást. A személyes praxispéldák érzékletesek, de anekdotikus jellegük miatt a szerző hangsúlyozza, hogy azokat óvatosan kell értelmezni. A záró rész következetes javaslatokat fogalmaz meg: a metilfenidát-felírás liberalizációjának elkerülése és/vagy szigorúbb központi kontroll, a súlyos esetek kiemelt centrumokban történő ellátása, valamint a pszichoszociális intervenciók és az iskolai/felnőttkori támogatások megerősítése. A munka vitaindító összefoglaló.
Orv Hetil. 2025; 166(49): 1935–1942.

Kulcsszavak: figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar, medikalizáció, metilfenidát, egészségügyi ellátórendszer, gyógyszerfelírási gyakorlat

Is the ADHD bomb about to explode? The impact of the medicalization of attention-deficit/hyperactivity disorder on its pharmacotherapy and institutional context in Hungary

The manuscript addresses the social, clinical, and institutional dimensions of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), with particular emphasis on the problem of medicalization and controversies surrounding pharmacological treatment. It briefly summarizes the discrepancies in epidemiological literature across countries and age groups and critically analyzes selected aspects of DSM-5 criteria (*e.g.*, the undefined threshold for “often”). The paper highlights that the expansion of diagnoses is partly driven by institutional, economic, and cultural factors, including educational expectations, access to healthcare, and pharmaceutical interests. It provides a detailed discussion of the benefits and risks of methylphenidate, the issue of misuse, and the role of atomoxetine as an alternative. Shortages of system capacity, lack of specialists, and pressures on primary care are emphasized. Illustrative clinical vignettes are presented, though the author underscores their anecdotal nature and cautions against overgeneralization. The concluding section offers consistent recommendations: avoiding liberalization of methylphenidate prescribing and/or introducing stricter centralized control, concentrating the management of severe cases in designated centres, and strengthening psychosocial interventions as well as school- and young adult-related support systems. The paper is intended as a position piece and a contribution to a possible ongoing debate.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder, medicalization, methylphenidate, healthcare system, drug prescription

Lajtai L. [Is the ADHD bomb about to explode? The impact of the medicalization of attention-deficit/hyperactivity disorder on its pharmacotherapy and institutional context in Hungary]. Orv Hetil. 2025; 166(49): 1935–1942.

(Beérkezett: 2025. október 1.; elfogadva: 2025. október 19.)

Rövidítések

ADHD = (attention-deficit hyperactivity disorder) figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar; ASD = (autistic spectrum disorder) autizmus-spektrumzavar; COVID-19 = (coronavirus disease 2019) koronavírus-betegség 2019; DSM-5 = (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition) Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve, 5. kiadás; LA = (long acting) hosszabb hatású

Az ADHD mint társadalmi konstrukció, avagy viták a medikalizáció és a diagnosztikai gyakorlat körül

A figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar (attention-deficit/hyperactivity disorder – ADHD) társadalmi konstrukció volta összetett és vitatott kérdés a szakirodalomban, a vélemények megoszlanak a témában. Conrad úttörő munkáiban az 1970-es évektől kezdve érvel amellett, hogy az ADHD a *medikalizáció* egy jellegzetes esete – vagyis amikor olyan problémákat kezdenek orvosi szemüveggel nézni, amelyeket korábban társadalmi vagy nevelési kérdésnek tekintettek [1, 2].

Timimi brit gyermekpszichiáter 2002-ben megjelent műve [3] fordulópontot jelentett a gyermekpszichiátriai gondolkodásban, különösen az ADHD megközelítésében, és egyben heves vitáknak adott tápot a brit pszichiátria és különösen a brit gyermekpszichiátria berkein belül. Timimi kritikusan viszonyul a gyermekkori ADHD diagnózisához, amelyet társadalmi és kulturális hatások eredményének tekint, azt hangsúlyozva, hogy a diagnosztizálás során objektív orvosi vizsgálatok alig játszanak szerepet. A szerző határozottan fellépett az ADHD túldiagnosztizálása és túlkezelése ellen, kiemelve, hogy az érintett tünetek attól függően számítanak problémásnak, hogy mit vár el tőlük a társadalom.

Timimi későbbi tanulmányában [4] és számos más írásában továbbfejlesztette nézeteit. Állítása szerint nemcsak az ADHD, hanem több más gyermekpszichiátriai kórkép – így például az autizmus-spektrumzavar (autistic spectrum disorder = ASD), a fiatalkori depresszió vagy a magatartászavar (conduct disorder) – is társadalmi szemléletmód szüleményei. Később ezt az elgondolást még tovább általánosította a pszichiátriai diagnosztika egészére, rámutatva a szomatikus és a mentális zavarok alapvető különbségeire. A szomatikus betegségek általában azonosítható biológiai eltéréseken alapulnak, objektív tesztekkel mérhetők, és testi funkciókhoz köthetők. Ezzel szemben a mentális zavarok diagnózisa főként az emberek beszámolóin és az orvosok megfigyelésén alapul, és általában nem találunk egyértelmű biológiai jeleket, amelyek magyaráznák őket. Timimi hangsúlyozza, hogy a mentális rendellenességek több tényező bonyolult összjátékából alakulnak ki, örökléstől a környezeti hatásokon át a lélektani folyamatokig, így diagnosztikájuk és kezelésük sokkal árnyaltabb megközelítést igényelne. Az objektív mérőeszközök hiánya azonban növeli annak esélyét, hogy a normális emberi érzelmeket is betegség-

ként kezdjük kezelni, ami az egyének érzelmi életüktől való elidegenedéséhez vezethet. Összességében Timimi szerint a mai pszichiátria rossz alapokra épül, a mentális zavarokat tévesen a testi betegségekéhez hasonlóan kívánja osztályozni és kezelni.

Konkrétan az ADHD kapcsán 2014-ben ismét fellángolt a vita a *British Medical Journal* hasábjain a Bowers közleményére érkezett válaszokban [5]. Például Anthony J. Molyneux egyik hozzászólásában azt hangsúlyozta: „az ADHD nem orvosolja a bajt, hanem a baj maga”.

Honkasilta és Koutsoklenis elemzése [6] szerint az ADHD-nak a DSM-5 szerinti diagnosztikai kritériumai több területen problémások. Rámutatnak, hogy 18 diagnosztikai kritérium kezdődik a *gyakran* szóval anélkül, hogy meghatároznák a gyakoriság küszöbértékét. A szükséges kritériumok száma több esetben megegyezéssel dőlt el, tudományos alap nélkül, és a látszólag különböző kritériumok valójában ugyanazt a viselkedést írják le más szavakkal, vagyis a diagnosztika nagyrészt önkényes és feleslegesen bonyolult.

A közelmúltban a *Frontiers in Psychiatry* című lap egy szerkesztőségi cikkben [7] összegezte a laphoz beérkezett cikkek alapján, hogy amióta 1980-ban a DSM-III-ban az ADHD felváltotta a korábban hiperkinetikus zavarnak nevezett kórképet, nem történt tudományos áttörés a betegség okainak megismerésében, noha a tünetek sokszor nagyon is valósak, és a kórkép hátterében jelentős neurobiológiai és genetikai komponenseket is kimutattak.

A kórkép fennmaradásának és terjedésének hátterében, ami jelenleg Magyarországon is folyik, jelentős társadalmi folyamatok is állnak. Az utóbbi időben a szakirodalom egy része szintetikus megközelítést javasol. Például Banaschewski és mtsai szerint „az ADHD nem természetes entitás, amely egy egyénen belül bontakozik ki, és a társadalmi és környezeti tényezőktől függetlenül érthető meg, hanem olyan jelenség, amely külső igények kontextusában alakul ki” [8]. A medikalizációs tendencia akkor válik problematikus, amikor a probléma magyarázatában túlsúlyba kerülnek a biológiai magyarázatok, és amikor társadalmi, kulturális, oktatásügyi stb. problémákat orvosi intézmény- és keretrendszeren keresztül próbálnak megoldani [9].

Az ADHD tudományos megítélése és kezelési protokollja a klinikai pszichiátria határain túlmenően is társadalmi vitákat generált. Különös figyelmet érdemel ebben a kontextusban a Szcientológia Egyház állásfoglalása, amely az ADHD diagnózisát és különösen annak farmakológiai – elsősorban stimulánsokkal történő – terápiáját erőteljes kritikával illeti. Magyarországon is előfordult, hogy szcientológuscsoportok demonstrációkat szerveztek pszichiátriai kongresszusok környezetében, nyíltan bírálva többek között az ADHD diagnosztikai rendszerét és kezelési gyakorlatát.

Az ilyen jellegű tiltakozások elemzése releváns lehet az orvostudomány és az alternatív episztemológiai rendsze-

rek közötti feszültségek megértéséhez, és rávilágíthat az egészségügyi diagnózisok bonyolult társadalmi természetére is. A szcientológia antipszichiátriai retorikája talán nem csupán egy vallási közösség marginális véleménynyilvánításaként értelmezhető, hanem olyan diskurzusként, amely – jóllehet a tudományos konszenzustól távol álló premisszára épül, mégis – képes lehet bizonyos társadalmi rétegekben a pszichiátriai diagnózisokkal kapcsolatos ambivalens attitűdökre rezonálni.

Globális trendek és személyes tapasztalatok az ADHD-val kapcsolatban

Egy 2007-ben megjelent metaanalízis [10] az ADHD globális prevalenciáját 5,29%-ra becsülte, egy magyar szerzők által végzett metaanalízis [11, 12] 2,5%-ot, egy 2015-ös elemzés [13] 7,2%-os prevalenciát mért. 2023-ban ugyanez gyermek- és serdülőkorban 8,0%, felnőttkorban 3,1% [14, 15] volt, egy 2024-es metaanalízis [16] felnőttéknél 1,6%, gyerekeknél 5,0% körüli prevalenciát talált. A jelentős eltérések arra is utalhatnak, hogy a diagnózisok megítélése országonként eltérő lehet. Egy tanulmány [17] bemutatta, hogy az európai országok között is előfordul, hogy egyes országokban sokszoros a diagnózisok száma más országokhoz képest: például a prevalencia kiemelkedően nagy Finnországban, míg csökken mértékű Olaszországban. Hasonló eltéréseket mutattak ki Norvégián belüli régiók között is, mely különbségeket nem sikerült egyértelműen a helyi egészségügyi viszonyokkal magyarázni. Ez hasonló az azokhoz az adatokhoz, amelyeket korábban az USA-ból is jelentettek [18], ahol az államok közötti különbségek szintén jelentősek: például nagy a gyermekkori ADHD gyakorisága Louisianában, de mérsékelt a szomszédos Texasban. Ugyanakkor az USA legalacsonyabb prevalenciájú államaiban éri el a prevalencia a legnagyobb európai értéket. Az USA-ban az ADHD-val diagnosztizált gyermekek esetében nagy volt a szórás abban, hogy az érintettek milyen arányban kaptak gyógyszert: az arány államonként 30% és 80% között változott. A gyermek- és serdülőkori ADHD tekintetében az egyik, 20 évet átfogó követéses vizsgálat alapján [19] úgy tűnt, hogy a diagnózisok száma emelkedett: 1997-ben 6,1%-ról 2016-ban 10,2%-ra. Egy másik kutatás [20] viszont nem jelezte ugyanezt a tendenciát a gyermekkori ADHD-ban 1985 és 2014 között, igaz, a metaanalízisek módszertana részben eltérő volt. Ezek a kutatások hosszú időtávot és sokféle országot foglaltak magukban, de az nem volt jellemző, hogy a probléma egyáltalán ne lett volna ismert. Úgy tűnik, az ADHD-hoz hasonló tünetek sok helyen jelen vannak, de hogy mennyire tekintik őket gyakorinak és súlyosnak, az igen változó.

Meg kell ugyanakkor jegyezni, hogy jelentős prevalenciaeltéréseket más pszichiátriai betegségeknél is megfigyeltek. A prevalenciaeltérések és a kórkép jelentőségének megítélésében az ADHD esetében mutatókozó bizonytalanságoknál felmerül néhány lehetséges magya-

rázat. Egyrészt – ahogy fentebb láttuk – a diagnosztikus kritériumok alkalmazásának szigorúsága, illetve lazasága (például a „gyakran” megítélése) változó lehet. Egy másik felvetés szerint, ahol fejlett a gyermekpszichiátriai ellátás, ott több diagnózis születik. Egy további lehetséges ok szerint, ahol egy országban jelentős a fizetős vagy magánellátás, ott könnyebb diagnózishoz jutni, máshol az állami rendszer szűk keresztmetszetei miatt kevesebb diagnózist adnak. Feltételezhető az is, hogy ahol a gyógyszeres kezelések elterjedtek, ott a gyógyszeripar is ösztönözheti a gyakoribb diagnózisalkotást, tehát azt gyógyszeripari érdekeltségek is befolyásolhatják. Ahol az iskolák szigorúbban szabályozzák a viselkedést, ott valószínűbb, hogy problémaként kezelik az eltérő viselkedésű diákokat. Ugyanakkor egyes országokban/kultúrákban a diagnózis megnyugvást is hozhat, mert felmentést ad a viselkedés miatti hibáztatás alól.

Személyes tapasztalataim is megerősítik ezeket az eltéréseket leíró tapasztalatokat: az Egyesült Királyságban gyermekpszichiáterként dolgozva azt láttam, hogy az egyes megyék és a többféle megoldás szerint működő helyi egészségügyi struktúrák között az ADHD-ra vonatkozó különbségek meglepően nagyok voltak. Dolgoztam egy olyan megyében, ahol a gyermekpszichiátriai és -pszichológiai szolgálatot hosszú éveken át egy karizmatikus kolléga vezette, aki tudatosan visszaszorította a gyógyszeres kezelést, a hangsúlyt a családok támogatására és edukációjára és az iskolák támogatására helyezve. Ennek eredményeként az alapellátásból és az iskolákból szinte egyáltalán nem utaltak be ADHD-gyanús gyerekeket. Később, a véletlen folytán a szomszédos megyében is dolgoztam, ahol kifejezetten örültek az érkezőknek, mert a hatalmasra duzzadt várólistán rengeteg család várt ADHD-diagnózisra és -kezelésre. A helyzetet abszurdá tette, hogy néhány gyermek épp a megyehatár közelében lakott, s olyan, néha apró dolgok döntötték el a sorsukat, hogy háziorvosuk vagy iskolájuk melyik megyéhez tartozott – ez pedig teljesen más gondozási útvonalatokat jelentett számukra.

Felmerül a kérdés, hogy az ADHD-val diagnosztizált emberek valóban „betegek”-e, vagy egyszerűen csak másként működnek. Lehetséges, hogy az ADHD-hoz köthető jellemzők az emberi változatosság természetes részei – olyan tulajdonságok, amelyek régebben még előnyt is jelenthettek.

Olyan felvetések is napvilágot láttak, hogy a felnőttkori ADHD prevalenciájának emelkedése mögött pszichoszociális problémák – például a nyugati társadalmakban fokozódó mértékű kötődési zavarok vagy a fokozott szerhasználat – is állhatnak. A felnőtt (és részben a serdülőkori) ADHD számának növekedése a számos tényező egyikeként összefügghet a borderline személyiségzavar egyre gyakoribbá válásával is a pszichiátriai praxisban. Tünettaniilag a jelentős különbségek mellett lehetnek komoly hasonlóságok, ami miatt a differenciáldiagnózis, illetve a komorbiditás megítélése nem könnyű. Mindig lesz néhány egyedi eset, amelynél sosem lehet majd biz-

tosan elkülöníteni vagy egy jól körülírt entitásba szorítani a tünetek és a problémák csokrát. A reaktív, impulzív magatartás, a nyugtalan mozgásosság lehet hasonló, de a borderline személyiségzavarnál ki kellene mutatni a személyiségfejlődési zavart, vagyis a kisgyermekkori kötődésre vonatkozó ártalmas életeseményeket, amelyek a személyiségfejlődést negatív irányba befolyásolják. A tünetek miatt nagymértékű „öngyógyító” szerhasználattal jellemezhető borderline személyek, akiket következményesen sok másodlagos trauma és stigmatizálás ér a társadalomban, sokszor szívesen veszik, sőt impulzívan küzdenek azért, hogy a relatíve kevésbé stigmatizált és számos okra és következményre vonatkozóan felmentést nyújtó ADHD-diagnózist kapjanak, ami még ráadásul legális droghasználattal is járhat.

Az ADHD kezelésének ellentmondásai

Azok számára, akik nem közvetlenül pszichiátriával vagy klinikai pszichológiával foglalkoznak, talán meglepő lehet, hogy miért éppen ez a kórkép vált ennyire ellentmondássá, miközben sok más, szintén nehezen körülírható betegség is létezik az orvostudományban. Ennek oka nem feltétlenül magában a diagnózisban rejlik, hanem inkább a kezelésben – nevezetesen abban, hogy az ADHD egyik legrégebben használt kezelési módja stimuláns típusú gyógyszerek alkalmazása.

A legismertebb ilyen szer a metilfenidát, amely egy amfetaminszármazék (közismert kereskedelmi neve: Ritalin), valamint még néhány, kevésbé gyakori stimuláns készítmény is használatban van. Ezek alkalmazását illetően komoly szakmai viták alakultak ki. Bár paradoxonnak tűnik, ezek az élénkítő szerek sok ADHD-s páciensnél a hiperaktív viselkedés csökkenését és a koncentráció javulását idézik elő, azaz avatatlan szemlélő számára kívülről nézve akár nyugtatónak is tűnhetnek. Fontos ugyanakkor, hogy ezek a szerek nemcsak terápiás célra használhatók, hanem mint stimulánsok, akár csak az amfetamin és más amfetaminszármazékok, szerabúzusra is használhatók. Hatással vannak az agyműködésre akkor is, ha valaki nem szenved ADHD-ban. Sportteljesítmény vagy szellemi aktivitás fokozására is alkalmazhatják őket, ami a dopingszerek körébe sorolja őket.

A visszaélés veszélye és a feketepiaci megjelenés miatt több országban szigorúan szabályozzák ezeknek a szereknek a felírását – például az opioidokhoz hasonlóan [21]. Nem elhanyagolható szempont, hogy a visszaélések kockázata serdülő- és fiatal felnőtt korban fokozott, különösen, ha hiányzik a szülői kontroll vagy a megtartó társas közeg.

Néhány országban, például Japánban vagy Oroszországban, e szerek használatát kifejezetten korlátozzák vagy teljesen tiltják. Az iszlám országokban általában szélesebb körű elutasítás jellemző a pszichiátriai szerek alkalmazásával kapcsolatban, így természetesen ott sem gyakori a stimulánsok engedélyezése. Európán belül is

komoly különbségek állnak fenn. Míg például 15 tagállamban engedélyezett a metilfenidát felnőttkori alkalmazása, 14 másik országban jelenleg nincs hivatalosan elfogadott gyógyszeres kezelés 18 év felettiek számára [22].

Magyarországon jelenleg a rövid hatástartamú metilfenidát csak 6 és 18 év között engedélyezett, kivéve, ha a kezelést már gyermekkorban elkezdték és utána folytatják. A hosszabb hatású (ún. long acting – LA) készítmény gyermekeknél és felnőtteknél egyaránt elérhető, de kizárólag a Ritalin márkanévű szer. Gyermekeknél egy másik amfetaminszármazék, a lisz dex amfetamin-dimezilát is adható 6 éves kor felett.

2002 óta elérhető egy alternatív gyógyszer is az ADHD kezelésére: az atomoxetin, amely nem stimuláns, hanem más mechanizmuson keresztül fejti ki hatását. Ennek használata kedvező lehet azoknál, akiknél fennáll a visszaélés veszélye, vagy akiknél a stimulánsok nem váltak be. Az atomoxetinre vonatkozó felírási szabályok nem olyan szigorúak, mint a metilfenidát esetében. Van azonban egy másik tényező is: a metilfenidát – főként a rövid hatású változat – általában kedvezőbb árú, mint az atomoxetin, s ez szintén szerepet játszhat a kezelési mód választásában.

Társadalmi és kulturális dimenziók – medikalizációs tendenciák a felnőttkori ADHD-ban

Az eredeti vita egyik központi kérdése az volt, hogy a gyerekeket milyen mértékben érinti az orvosi beavatkozás – különösen, ha olyan szerekről van szó, amelyeket egyes országokban kábítószerként tartanak nyilván. Ez a dilemma nem csupán szakmai, hanem társadalmi és kulturális szempontból is érzékeny kérdés, és hosszú ideje foglalkoztatja az egészségügyi közbeszédet, és tágabb értelemben a nyugati társadalmak gyermekfelfogásának átalakulásáról is szól [23]. A 19. és főleg a 20. század során egyre nagyobb hangsúlyt kaptak olyan, az iskolai környezetben elvárt viselkedési normák, mint a nyugalom, a figyelem és a szabálykövetés. Az ettől való eltérés – például a túlmozgásos vagy figyelmetlen viselkedés – fokozatosan kórosnak kezdett számítani. Abban, hogy a medikalizációs jelenség újabban egyre erőteljesebben megjelenik felnőttkorban is, közrejátszhat, hogy a fiatal felnőtt korig kiterjesztett egyfajta gyermekkor (avagy dependens, de egyes intézményes szabályok által meghatározott élet) erőteljesen intézményesült. A fiatal személyek óvodáskortól a felsőoktatás végéig (hozzávetőleg akár 3-tól 25 éves korig) a fenti viselkedési normákat elváró, a családtól és természettől részben független, központi szabályozott intézményekben töltik mindennapijaik jelentős részét.

A 20. század második felében változás történt: a „rossz gyerek” jelensége helyett megjelenhetett a „beteg gyermek” jelensége. Egyre többször került elő az a gondolat, hogy bizonyos viselkedési formák mögött nem csupán

egyéni fegyelmezetlenség, hanem kezelést igénylő állapot is meghúzódhat. Így a probléma orvosi útra terelődött, és bekerült a pszichiátria hatáskörébe. Az iskolákban egyre több figyelem irányul arra, hogy hogyan lehet segíteni az érintett gyerekeket [24]. A pedagógusok és a szülők is igyekeznek olyan megoldásokat keresni, amelyek túlmutatnak a fegyelmezésen: viselkedéskezelési módszerek, egyéni értékelések, rugalmasabb oktatási formák kerülnek előtérbe [25]. Ez a folyamat – mind a medikalizáló címkézés (diagnosztizálás), mind az újfajta segítség használat – napjainkra nemcsak a gyermekkor, hanem a felnőttkori ADHD esetében is megfigyelhető. Felnőttkorban, különösen a még oktatási intézményben eltöltött, de jogilag már nagykorú életkorban (hozzávetőleg 18 és 25 éves kor között) megnövekedett az ADHD-diagnózisok és -kezelések száma és az elérhető intézményes segítség lehetősége. A korábban „kinőhetőnek” hitt tünetek – figyelemzavar, belső nyugtalanság, nehézkes tanulás – továbbra is megmaradni látszanak azoknál a fiatal felnőtteknél, akik még tanulnak vagy épp most próbálnak elhelyezkedni.

Ahogy a bevezetőben láttuk, egyes országokban már évek óta vitatják, hogy a felnőttkori ADHD túldiagnosztizált és túlgyógyszerelt állapot-e [26]. Magyarországon most kezd kialakulni egy hasonló helyzet. Mindennek egyik lehetséges veszélye, hogy a kórkép gyógyszeres kezelésének térnyerése nem csupán segítség, hanem újfajta negatív normává is válhat. Magyarországon is egyre több stimuláns írnak fel gyermekkorban, és újabb fejlemény, hogy az ADHD stimuláns kezelése már nemcsak gyermekkorban kerül szóba, hanem egyre gyakrabban a felnőtteknél is. Bár a jelenség nem teljesen új, az utóbbi években sokkal nagyobb hangsúlyt kapott. A felsőoktatás tömegessé válása, a hosszabb tanulmányi idő és a társadalmi elvárások emelkedése együtt azt idézi elő, hogy a koncentrált tanulásra képtelen felnőttek egyre gyakrabban fordulnak segítségért – gyakran diagnózist és gyógyszeres kezelést keresve. A korábban marginalizált állapot most sokaknál identitásformáló tényezővé válik. Megfigyelhető, hogy ma már nemcsak szülők kezdeményezik a diagnózist gyermekeik számára mintegy a diagnózis védelmét kérve, hanem sok esetben maguk a fiatal felnőttek kérik azt, szinte elvárva a hozzá társuló gyógyszeres kezelést. Attól tartanak, hogy lemaradnak az életben, ha nem szerzik meg a diplomát, nem lesz jó állásuk, kimaradnak a versenyből. Mindez hasonlíthat a fogyatékkal és más korlátozottságokkal élők helyzetéhez, hiszen egyes társadalmi elvárások – mint a jó vizsgaeredmény, a doktori cím vagy a piacképes karrier – sokak számára elérhetetlennek maradnak. Felvethető, hogy mindez nem más, mint a modern fogyasztói társadalom logikájának megjelenése az egészségügyben: ha van egy probléma, akkor arra legyen „gyors megoldás” – és lehetőleg gyógyszer formájában.

Intézményi és rendszerszintű kihívások Magyarországon

Az ADHD-val kapcsolatos ismereteket magyar nyelven *Balázs Judit* foglalta össze 2022-ben [27]. Az ADHD észlelése és kezelése kapcsán számos gyakorlati nehézség merül fel, különösen akkor, amikor a diagnózisok száma gyorsan nő. Mivel a diagnózis megszületéséhez és a kezeléshez szakorvosi (gyermek- vagy felnőttpszichiátriai) ellátás szükséges, a megnövekedett esetszám jelentős terhet ró az ellátórendszerre. Ez a terhelés különösen érezhető ott, ahol amúgy is kevés a szakorvos, vagy hosszúak a várólisták. Magyarországon jelenleg súlyos szakemberhiány jellemzi a gyermekpszichiátriát, egyes megyékben nincs is teljes állású gyermekpszichiáter. A felnőttpszichiátrián sem sokkal jobb a helyzet, és a serdülők ellátása különösen nehézkes, mivel ők életkorukból adódóan „két rendszer” között rekedhetnek. A pszichiátriai ellátórendszer így nem mindig tud lépést tartani a növekvő igényekkel. A diagnózishoz szükséges szakvélemények (például pszichológiai vizsgálat) beszerzése nem mindig egyszerű. A szülők gyakran magánúton kénytelenek elvégeztetni ezeket a vizsgálatokat, ami anyagi és szervezési szempontból is nehézséget jelenthet, különösen kisebb jövedelmű családok esetén. Ebből következik, hogy nem mindenki fér hozzá időben a megfelelő diagnózishoz és ellátáshoz. Még ha megkapják is a diagnózist, amennyiben csakugyan megfelelnek a tünetek a kritériumoknak, akkor szembesülnek azzal, hogy a felkínált gyors megoldás egy ellentmondásos hírben álló stimuláns szer. Hátár- vagy enyhe eseteknél sokszor nem lenne szükség gyógyszeres kezelésre, hanem megfelelő és elegendő lenne a – nagy élőlátás-befektetési igényű – pszichoszociális intervenciókra támaszkodni azokon a helyeken, ahol a gyermek, illetve a fiatal él, vagyis elsősorban a családban és az iskolákban (beleértve a felsőoktatást is).

Különösen érzékeny pont a gyógyszerfelírás és különösen a doppingszerként is funkcionáló stimuláns gyógyszerek felírásának kérdése. A szakemberek egy része óvatos, de sokan az időhiány, finanszírozási nyomás vagy medikális modellben való szocializáltság miatt azt hiszik, hogy gyógyszerfelírással rövidre zárhatják a problémák kezelését. A szakemberek egy másik része szakmai identitását és egzisztenciáját is az új, változó helyzethez alkalmazkodva alakítja. Egyre több publikáció, előadás, képzés kezd betölteni marketingszerepet ADHD- és felnőtt-ADHD-ügyben, és a népszerűsítés fokozza a beáramlást, az igényt az ellátórendszerre, amely így ön maga létét igazolva látja. Egyre több specializálódó szakember és ADHD-profil felvállaló, népszerűsítő rendelő, klinika jelenik meg, amelyek számára egy idő után ez mindennapi létük és megélhetésük alapjává válik. Az ilyen intézmények természetesen sokszor a „könnyű, gyors” gyógyszeres (azaz stimuláns) kezelésben érdekel-

tek, nem a sokkal idő- és humán erőforrás-igényesebb és jóval kevésbé medikalizált szerepet igénylő pszichoszociális intervenciókat részesítik előnyben. A szakértelem és az intézményes háttér ezután vonzani kezdi az igényt és – ahogy a fenti példákban láttuk a nemzetközi és a magyarországi trendet – az igény felső határa az egzakt definiálhatóság hiánya és a medikalizációs trend miatt a csillagos ég.

A COVID-19-pandémia idején a magyarországi népességben megnövekedett igény a felnőtt-ADHD-diagnózisokra a már COVID-19-járvány előtt is létező hazai centrumokban, maga után vonta az ADHD-ban jártas, érdekelt és egyben a diagnózist/kezelést szakmai identitásként is felvállaló szakemberek számának növekedését, akik – miután hamar kapacitásuk határára érkeztek – érdekeltté válnak a kezelés liberalizációjában, a várólisták egy részének a szak- és alapellátás egyre szélesebb rétegeinek való átadásában, amely így szélesebb, támogató szakmai hátszínként is jelent. Ez is állhat a mögött a jelenség mögött, hogy a COVID-19-pandémia lezárultával a felnőtt-ADHD-esetek száma nem csökkent, hanem tovább nőtt [28].

Az iskolák az ADHD-gyanú felismerésének, majd az ADHD kezelésének kulcsszereplői lennének, de sok esetben sem megfelelő képzésük, sem megfelelő kapacitásuk nincs ahhoz, hogy ezt a feladatot ellássák. Egy tanárnak sokszor nincs lehetősége arra, hogy egyéni figyelmet fordítson egy-egy gyerekre, amikor az osztálylétszám nagy, a feladatok sokfélék, és a tünetek is gyakran nehezen értelmezhetők laikus szemmel. További intézményi nehézség, hogy a különböző ellátási szintek és szereplők (házi orvos, iskola, pszichológus, pszichiáter) között gyakran hiányzik a megfelelő kommunikáció és koordináció. Sokszor előfordul, hogy a felek egymástól elszigetelten működnek, így a páciens útja nehézkessé és töredezetté válik. Ez különösen problémás, ha a diagnózis határhelyzeti, vagy ha a tünetek nem egyértelműek. A rendszer jelenlegi működése nem mindig teszi lehetővé a hosszú távú utánkövetést vagy a folytatólagos támogatást.

Összességében a diagnózis növekvő gyakorisága, az ezzel kapcsolatos társadalmi elvárások és az ellátórendszer korlátai együttesen komplex problémát alkotnak, amely nem oldható meg pusztán egy-egy intézmény vagy szereplő erőfeszítése révén.

A diagnózis pszichológiai és etikai kérdései

A diagnózis mint jelenség nem csupán orvosi kategória, hanem pszichológiai és társadalmi jelentéssel is bír. Ha valakit diagnosztizálnak egy mentális zavarral – különösen gyerekkorban –, az nemcsak kezeléshez való hozzáférést jelenthet, hanem hatással lehet az illető önértékelésére, identitására és a másokkal való kapcsolatára is. A gyermekpszichiátriában gyakran előkerül az a dilemma, hogy vajon egy diagnózis segít-e vagy árt. Vannak esetek, amikor a diagnózis megkönnyebbülést hoz: a

gyerek és a szülő számára is megmagyarázza a nehézségeket, és utat nyithat a támogatás, a kedvezmények és az elfogadás felé. Ugyanakkor előfordulhat, hogy a diagnózis megbélyegző hatású, különösen akkor, ha a környezet – iskola, család, kortársak – nem tudja megfelelően értelmezni.

Az ADHD különösen érzékeny terület ilyen szempontból. A tünetek gyakran olyan viselkedési formák, amelyeket könnyen lehet „rossznak”, „neveletlennek” vagy „zavarónak” értékelni. Egy diagnózis ilyenkor védelmet is jelenthet, hiszen átkeretezi a viselkedést – a gyerek nem akar szándékosan rossz lenni, hanem egy kezelhető nehézséggel küzd.

A diagnózis önbeteljesítő jóslattá is válhat. Ha valakit – legyen bár gyerek vagy felnőtt – ADHD-sként azonosítanak, akkor előfordulhat, hogy ehhez a címkéhez igazítja a viselkedését. A tanár nem vár tőle annyit, a szülő inkább elnéző, és maga a gyerek is úgy gondolhatja: „én ilyen vagyok, nem is érdemes próbálkoznom”. Ezek a hatások különösen hangsúlyosak lehetnek a serdülőkorban, amikor az identitás és az önállóság kérdései eleve középpontban állnak. A diagnózis ilyenkor egyszerre jelenthet kapaszkodót és korlátot is: lehetőség arra, hogy valaki megértse magát, de egyúttal veszélye annak is, hogy beszűkíti az önmagáról alkotott képet.

Etikai szempontból nemcsak az a kérdés, hogy helyes-e pszichiátriai zavart (és ezen belül ADHD-t) diagnosztizálni, hanem az is, hogy hogyan tesszük azt. Sokat számít, hogy milyen szavakat használunk, milyen keretben adjuk át a diagnózist, hogyan segítjük az érintettet abban, hogy ezzel együtt tudjon élni. Különösen fontos, hogy a diagnózis ne legyen bélyeg, hanem olyan eszköz, amely segít eligazodni, de nem határozza meg teljesen az egyént. Ugyanakkor nem szabad elfeledkezni a „negatív diagnózis” (azaz a diagnózis hiánya) hatásáról sem. Ha a páciens, illetve gyerek esetén a családja elmegy a néha nehezen megszervezett kivizsgálásra, de végül nem kap ADHD-diagnózist, az is nyomot hagyhat, ha nincs megfelelő módon keretezve, hiszen a diagnózist kereső attitűd mögött más fontos problémák is állhatnak. Lehet, hogy a meg nem adott diagnózis csalódást kelt, bizonytalanságot okoz, egyes tünetek felerősödését okozza. Vagyis az ellátórendszernek és a vizsgálatot végző szakembernek figyelmet kellene fordítania a fokozott elvárásokra és azok legmegfelelőbb kezelésére.

Következtetések és javaslatok – diagnózis és társadalmi kontextus

Az ADHD körüli társadalmi vita jól példázza, hogy a mentális zavarok nemcsak biológiai vagy pszichológiai jelenségek, hanem társadalmi értelmezéshez és intézményi keretekhez is kötődnek. Összességében elmondható, hogy az ADHD nemcsak orvosi vagy pszichológiai kérdés, hanem intézményi, társadalmi és rendszerszintű kihívás is. A diagnózis önmagában nemcsak tüneteket ír le, hanem egy bizonyos fajta viselkedésre adott választ is

megtestesít – azt, hogy hogyan értelmezzük, kezeljük a tüneteket, és milyen következményekkel jár az érintett és környezete számára. Az egészségügy és az oktatás rendszere nem csupán leképezi, hanem formálja is azt, amit „normálisnak” vagy „kórosnak” tartunk. A viselkedés akkor válik problémává, ha egy adott társadalmi környezetben nem fér bele az elvárt normák közé. Így a diagnózis nem függetleníthető attól a világtól, amelyben létrejön: mindig tükrözi a társadalom értékrendjét, struktúráit és működési zavarait is. A túlzott medikalizáció veszélye nemcsak abban áll, hogy túl sok embert kezelünk, nyúlunk a várólisták, és csökken az egyes betegekre vonatkozó figyelem, hanem abban, hogy közben elvész a viselkedések sokfélesége, és csökken a tolerancia az eltérések iránt. Ha minden nehézséget diagnózissá alakítunk, könnyen azt az üzenetet közvetítjük: a probléma az egyénben van – nem a környezetben, a rendszerben vagy a társadalmi elvárásokban. Fontos lenne olyan diagnosztikus gondolkodás kialakítása, amely egyszerre veszi komolyan az egyén nehézségeit, de érzékeny a társadalmi és intézményi összefüggésekre is. Olyan megközelítésre van szükség, amely nemcsak kezel, hanem értelmez, kérdez, és együttműködésre törekszik az érintettekkel. Ebben az értelemben az ADHD – és általában minden mentális zavar – egyfajta lakmuspapírként működik: megmutatja, hol vannak társadalmunk határai, feszültségei és lehetőségei.

A felnőttkori ADHD terjedése olyan folyamat, amelynek hátterében nemcsak növekvő tudás vagy pontosabb diagnosztika áll, hanem társadalmi elvárások, intézményi nyomás és egyéni megküzdési nehézségek is szerepet játszanak. Ez nem jelenti azt, hogy az ADHD „nem valódi probléma” – sokak számára valóban szenvedést, küzdelmet és funkcióromlást jelent. Ugyanakkor az is fontos, hogy óvatosan és bölcsen kezeljük a körülményeket, amelyek között ez a diagnózis megszületik.

Véleményem szerint megfontolandó lenne, hogy a metilfenidát-kezelést a nagyobb bajok elkerülése érdekében átmenetileg teljesen mellőzzük Magyarországon. Ha nem lehet teljesen nullára csökkenteni a metilfenidát-felírást, akkor a kisszámú súlyos esetet, amikor a betegnek mindenképp gyógyszeres kezelésre van szüksége, és nem reagál atomoxetinre, kiemelt országos központok lássák el. Mindenképp fontos lenne, hogy a metilfenidát-felírást ne liberalizáljuk, vagy legalábbis ne liberalizáljuk tovább, és ne terheljük vele a szakrendelők szakorvosait, különösen ne az alapellátást, valamint a gyerekgyógyászokat, mert ezek az intézmények amúgy is túlterheltek, és a szakembergárda több, korábban vázolt okból sem tudna kellően megbízható alapos diagnosztikus munkát végezni, majd a kikerülő stimulánsok nyomát ellenőrizni, követni. Nagy a veszélye annak, hogy így kollégáink egy része előbb-utóbb valamilyen drokkereskedelemben és más, a kriminológiai szektorra jellemző ügybe keveredik, akarva-akaratlan, akár ártatlanul és a legjobb szándéka mellett. Még ennél is nagyobb probléma lehet, ha

szakmánk cinkosává válik egy medikalizációs trendnek, amely az ország egész lakosságát érintheti, és negatív társadalmi változásokat facilitál.

Anyagi támogatás: A dolgozat megírásáért a szerző nem részesült anyagi támogatásban.

A szerző a közlemény végleges változatát elolvasta és jóváhagyta.

Érdekeltségek: A szerzőnek nincsenek érdekeltségei.

Irodalom

- [1] Conrad P. Identifying hyperactive children: the medicalization of deviant behavior. D.C. Heath, Lexington MA, 1976.
- [2] Conrad P. The medicalisation of society. In: Williams S, Gabe J. (eds.) The Palgrave handbook of social theory in health, illness and medicine. Palgrave Macmillan, London, 2015; pp. 615–627.
- [3] Timimi S. Pathological child psychiatry and the medicalization of childhood. Routledge, London, New York, 2002.
- [4] Timimi S. Attention-deficit hyperactivity disorder is an example of bad medicine. Aust N Z J Psychiatry 2015; 49: 575–576.
- [5] Bowers S. Why are we failing young patients with ADHD? BMJ. 2014; 349: g6082.
- [6] Honkasilta J, Koutsoklenis A. The (un)real existence of ADHD. Criteria, functions, and forms of the diagnostic entity. Front Sociol. 2022; 7: 814763.
- [7] Batstra L, Whitely M, Timimi S. ADHD: science and society. Front Psychiatry 2023; 13: 1129728.
- [8] Banaschewski T, Häge A, Hohmann S, et al. Perspectives on ADHD in children and adolescents as a social construct amidst rising prevalence of diagnosis and medication use. Front Psychiatry 2024; 14: 1289157.
- [9] Brault MC, Degroote E, Van Houtte M. Disparities in the prevalence of ADHD diagnoses, suspicion, and medication use between Flanders and Québec from the lens of the medicalization process. Health 2023; 27: 958–979.
- [10] Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, et al. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. Am J Psychiatry 2007; 164: 942–948.
- [11] Mészáros Á, Czobor P, Bálint S, et al. Pharmacotherapy of adult attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a systematic review. [A felnőttkori figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar (ADHD) gyógyszeres kezelésének hatékonysága: irodalmi áttekintés.] Psychiatr Hung. 2007; 22: 259–270. [Hungarian]
- [12] Simon V, Czobor P, Bálint S, et al. Prevalence and correlates of adult attention deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. Br J Psychiatry 2009; 194: 204–211.
- [13] Thomas R, Sanders S, Doust J, et al. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. Pediatrics 2015; 135: e994–e1001.
- [14] Ayano G, Demelash S, Gizachew Y, et al. The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: an umbrella review of meta-analyses. J Affect Disord. 2023; 339: 860–866.
- [15] Ayano G, Tsegay L, Gizachew Y, et al. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in adults: umbrella review of evidence generated across the globe. Psychiatry Res. 2023; 328: 115449.
- [16] Popit S, Serod K, Locatelli I, et al. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): systematic review and meta-analysis. Eur Psychiatry 2024; 67: e68.

- [17] Widding Havneraas T, Markussen S, Elwert F, et al. Geographical variation in ADHD: do diagnoses reflect symptom levels? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2023; 32: 1795–1803.
- [18] Bozinovic K, McLamb F, O’Connell K, et al. U.S. national, regional, and state-specific socioeconomic factors correlate with child and adolescent ADHD diagnoses pre-COVID-19 pandemic. *Sci Rep.* 2021; 11: 22008.
- [19] Xu G, Strathearn L, Liu B, et al. Twenty-year trends in diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder among US children and adolescents, 1997–2016. *JAMA Netw Open* 2018; 1: e181471.
- [20] Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, et al. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol.* 2014; 43: 434–442.
- [21] Lang A. Common medications you had no idea are banned in other countries. *Health Digest*. Available from: <https://www.healthdigest.com/1512696/common-medications-banned-other-countries> [accessed: Apr 7, 2024].
- [22] Chappuy M, Boulanger A, Nourredine M, et al. Disparate regulatory status of methylphenidate for adults with ADHD across Europe. *Lancet Psychiatry* 2020; 7: e1–e2.
- [23] Lajtai L, Hoyer M. Ages and eras, or illness causing and developmental epochs: the major stages of impulse control in European culture. [Korok és korszakok, avagy kórok és fejlődési korszakok: az indulatkontroll nagy korszakai az európai kultúrában.] *Psychiatr Hung.* 2003; 18: 68–82. [Hungarian]
- [24] Koósné Sinkó J. Why aren’t you paying attention? Why are you fidgeting again? Children with ADHD at school. [Miért nem figyelsz? Miért izegsz mozogsz már megint? ADHD-s gyermekek az iskolában.] *Tanító* 2019; 57: 8–9. [Hungarian]
- [25] Müller V. Dropout or retention? The situation of young adults with ADHD in higher education. [Lemorzsolódás vagy bennmaradás? A felsőoktatásban tanuló figyelemhiányos hiperaktivitás zavarral (ADHD) élő fiatal felnőttek helyzete.] *Neveléstudomány* 2022; 10: 42–61. [Hungarian]
- [26] Paris J, Bhat V, Thombs B. Is adult attention deficit hyperactivity disorder being overdiagnosed? *Can J Psychiatry* 2015; 60: 324–328.
- [27] Balázs J. ADHD: state of the art review. [ADHD: state of the art áttekintés.] *Gyógygyed Szle.* 2022; 50: 103–116. [Hungarian]
- [28] Kilencz T, Bálint S, Mersich B, et al. What is adult ADHD? [Mi is az a felnőttkori ADHD?] *Pszichiat Hung.* 2024; 39: 80–95. [Hungarian]

(Lajtai László dr.,
Budapest, Izabella utca 64., 1068
e-mail: lajtai.laszlo@ppk.elte.hu)

„A lelki egészségnek két kritériuma van:
képeség a munkára és képeség a szeretetre” (Sigmund Freud)