

## *A hiperaktivitás és figyelemzavar tünetegyüttes képének alakulása a különböző életkorokban.*

### *A beavatkozás lehetőségei.*

*Dr. Csiky Miklós, gyermekpszichiáter,*

*ADHDoki, MRE-Bethesda Gyermekkorháza, Svábhegyi Gyermekgyógyintézet*

#### Témák

- *Az ADHD történeti áttekintése, eredete*
- *Tünettana: alaptünetek, járulékos zavarok, következményes károsodások*
- *A tünetegyüttes képének változása a különböző életkorokban*
- *Diagnózis és multimodális terápia*

#### *Az hiperaktivitás és figyelemzavar (ADHD)*

- *a viselkedés,*
- *a figyelem,*
- *a gondolkodás és*
- *az érzelem szabályozás*

*komoly károsodásokat okozó zavara.*

*Félmillió embert - gyermeket és felnőttet - érint Magyarországon. Közülük kevesebb, mint 20 ezer diagnosztizált és 5 ezernél kevesebb kap hatékony segítséget. Megfelelő támogatás nélkül a tünetegyüttes jelentősen megterheli az egyént, a közösségeket, az államháztartást.*

*Időben kezdve hatékonyan kezelhető. Az intézményi háttér koordinált együttműködése, a meglévő szakemberek célirányos képzése, a jogszabályi háttér biztosítása jelentősegteljesen előremozdíthatja az érintettek ellátását, javít életminőségükön, sorsuk alakulásán.*

*Az ADHD okozta funkciózavarok nemcsak a gyermekekre vannak közvetlenül hatással, hanem a körülöttük élő családtagokra, tanárookra is, és nemcsak a gyermekkor mindennapjaira, hanem az esetek jelentős részében, egész felnőttkorukra is.*

Ezek az emberek és gyermekek az átlagosnál általában jóval szétszórtabbak, szervezetlenek, kevésbé terhelhetőek, sokszor kifejezetten jó adottságaikat nem tudják jól felhasználni sem maguk, sem mások, sem a köz javára. Jelentősen több erőfeszítésbe kerül minden nekik, mint egy átlagos gyermeknek, felnőttnek, családnak.

Az ADHD diagnózisával ma az embereknek alapvetően két, - első megközelítésre egymástól meglehetősen eltérő – csoportját illetjük.

Az egyik csoport feltűnően mozgékony, izgága, sokat és hangosan beszél, általában hevesen reagál, hirtelen természetű, többnyire indulatos és a dühét nehezen kezeli.

A másik csoportra szétszórtság, szórakozottság, figyelmetlenség, elmerengés, unatkozás, álmodozás, esetenként lassúság jellemző.

Első megközelítésre ez a két csoport egymástól nagyon különbözőnek tűnhet, de ha jobban megnézzük őket, az izgága, szertelen csoportba tartozó emberek nagy része ugyanúgy szétszórt, figyelmetlen, összeszedettségre, kitartó monoton munkára ugyanúgy képtelen, mint merengő, álmodozó társaik.

Az - akár lassú, akár hirtelen -, szertelen, szétszórt, szórakozott személyeket nevezzük figyelemzavarosoknak, angol rövidítéssel ADD-seknek, s ha még izgágák, türelmetlenek és indulatosak is mellé, akkor ADHD-ről, azaz hiperaktív figyelemzavarról beszélünk.

Mindkét csoportba tartozó embereknek fő baja az, hogy nem tudnak teljesíteni úgy - az iskolában és sokszor otthon, illetve életük más egyéb területén, - mint azt értelmi képességeik és egyéb adottságaik alapján az emberek várnák tőlük. Ezt valamilyen szinten egyébként ők maguk is megélik és szenvednek tőle.

A problémát, bár tünetei meglehetősen szembeötlők, sokszor nem ismerik fel sem a szülők, sem a tanárok, sőt nem egyszer a szakemberek sem. Így elmarad az oly fontos megfelelő időben és módon nyújtandó megsegítés, amely meghatározó jelentőségű sorsuk alakulásában.

Ma már sokat tudunk az ADHD tüneteiről, összefüggéseiről, az idegrendszeri háttérről, valamint a gyógyszeres és egyéb terápiák hatásáról.

Jelentős, szembe tűnő különbségek vannak az ADHD-s emberek hétköznapi viselkedésében, idegrendszeri folyamataiban, idegrendszeri struktúrái terén a nem ADHD-s normál populációhoz viszonyítva, és ezt ma már a modern technológiák segítségével jól láthatjuk és rögzíthetjük.

A hiperaktivitás és figyelemzavar diagnosztizálásában a gyermekpszichiáter illetékes, de fontos információt nyújtanak a gyermekek jellemzőiről, nehézségeiről a kiegészítő gyógypedagógiai, pszichológiai vizsgálatok is.

Vita tárgya, hogy a hiperaktivitás és figyelemzavar méltán nevezhető-e betegségnek vagy sem.

Az bizonyos, hogy megfelelő támogatás nélkül ezek a gyermekek a mai társadalomban igen megterhelődnek, jelentős hátrányokat szenvednek az oktatás, képzés terén, sokan elkallódnak, illetve komolyan meg is betegednek. Egyes pszichiátriai kórképek (depresszió, szorongás, személyiségzavarok, pszicho-szomatikus zavarok), a szerfüggőség, a súlyos balesetek, a

nemibetegségek, a koraszülés, az elhízás, magas vérnyomás, az öngyilkosság, és emellett az életvezetési problémák: a tanulás, a közeli kapcsolataik, a munkahelyi-szakmai pályafutásuk területén, - mind jelentősen, akár 3-5-ször gyakoribbak náluk.

Kezeletlen esetekben szinte kivétel nélkül kialakul az önértékelési majd a motivációs zavar, valamint a reménytelenség, kilátástalanság és nyugtalanság-érzés sajátos keveréke, amely jellemző rájuk kamasz, ill. felnőttkorban.

Megfelelő, időben adott, célzott támogatással mindebből sok megelőzhető, ki tudják bontakoztatni és mások javára is használni adottságaikat, jellemző jó tulajdonságaikat, mint az empátia, segítőkészség, gondoskodás, a nyitottság, lelkesedés, az önzetlenség és jó szociális érzék, a jó intuíciós képesség és kreativitás, az önállóság, a nemegyszer átlag feletti memória, az érett gondolkodásmód, erkölcsi érzék, a fejlett humorérzék és verbális intelligencia.

Az ADHD korszerű kezelése multimodális, azaz több módszer együttes alkalmazására épül.

Ezek között vannak alaposan megvizsgált, tudományosan igazolt, hatékony kezelések, mint a gyógyszeres kezelés és a viselkedés terápia.

Emellett, úgy tűnik, hogy az esetek jelentős részében, 10 éves kor alatt a kezelésben fontos helye van a szenzomotoros fejlesztésnek, - amit Magyarországon nagy számban és jó színvonalon művelnek is.

Ezen kívül vannak még egyéb kiegészítő terápiás módszerek, amelyek hatékonyságáról – bár gyűlnek, de ugyancsak nem áll rendelkezésre még elegendő adat.

Ilyen többek között pl. a neuro-feedback, a speciális ADHD coaching, egyes étrendi kiegészítők, mozgásprogramok, ezen kívül az esetek egy adott részében a diétás tanácsadásnak is hatása lehet.

Fontos cél az ADHD ellátó rendszerének szervezésében a szakmák közötti együttműködésen alapuló, intézmény-közi együttműködés keretein belül nyújtott komplex, a gyermeket igény szerint folyamatosan végigkísérő segítségnyújtás, amely megfelelő időben kezdődik, megfelelő ideig tart, kiemelt figyelmet fordít az intézmények és élethelyzetek közötti átmenetekre, és amelyet megfelelő módon építenek fel és szüntetnek meg.

Ugyancsak fontos cél minden érintett szempontjából, a hatékonyan működő kapcsolat kiépítése a döntéshozókkal, a civil szféra bevonása (betegjogi ill. egyéb támogató szervezetek, egyházi és más karitatív intézmények, alapítványok, mozgalmak), valamint a kutatási irányok meghatározásához, a kutatási folyamatokban való részvételhez, a kutatási eredmények gyakorlatba való bevezetéséhez való proaktív viszonyulás.

## **Történelmi áttekintés**

- 1775-ben Melchior Adam Weikard német orvos írta le először orvosi tankönyvében a Figyelemzavar (Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis) tüneteit és javasolt terápiát
- 1798-ban Alexander Crichton, skót orvos könyvében is szerepel külön fejezetként
- az 1840-es évek közepén H.Hoffman német orvos gyermekversében leírja
- 1902-ben George Still kórképként tárgyalja előadás jegyzeteiben
- 1926-ban Benedek Elek: *Pajkos Peti pajkosságaiban* jelenik meg érzékletesen
- az 1900-as évek elején agykárosodást feltételeztek hátterében
- 1937-ben alkalmaztak amfetamin típusú (benzedrin) molekulát először terápiájában (C.Bradley)
- 1955-ben törzskönyvezik a metilfenidátot gyógyszereként
- 1960-ban nevezik először hiperaktivitásnak (Chess)
- 1968-ban önálló kórképként jelenik meg a DSM-II-ben
- 1986-ban tárja fel és bizonyítja longitudinális vizsgálataikban Weiss és Hechtman áthúzóását és előfordulását felnőttkorban
- 1994-2013 a DSM-IV, azóta a DSM-5 kritériumokat használjuk
- 1990-es évektől Amerikában a diagnosztizált betegek 90%-a kap gyógyszert, 70%-uk stimuláns
- 1990-es évektől egyre szaporodik azon vizsgálatok és közlemények száma amely a tünetegyüttes neuro-biológiai hátterét taglalja, különös hangsúllyal a gátló rendszerek deficitjére a szabályozó folyamatokban
- 2003-tól megjelenik az atomoxetin, a metilfenidát hatékony de drága alternatívája
- Az ezredfordulótól diagnosztikájában és ellátásában széles körben elfogadottá vált a multidiszciplinaritás ill. a multimodális terápia
- 2014 tavaszától Magyarországon TB-támogatottá válik az atomoxetin (Strattera)

## **A tünetegyüttes ismérvei**

Az ADHD alkati rendellenesség, azaz alapvetően öröklődő (genetika) és a fejlődés korai időszakában jelentkező környezeti faktorok (epigenetika) határozzák meg. Egyesek jellegzetes vonásokkal járó temperamentumbeli szélsőségeként fogalmazzák meg.

Az ADHD neuropszichiátriai zavar, melynek háttérében bizonyos idegrendszeri struktúrák és funkciók eltérő ill. elmaradott fejlődése, érése áll.

Ezt támasztja alá hatékony fejleszthetősége a korai években, a spontán javulási hajlam a felnőttkor küszöbén, valamint spektrumszerű természete: az, hogy az ADHD-t alkotó tünetcsoportoknak különféleképpen kombinálódhatnak és különböző súlyossági fokozataik vannak

### **Az ADHD kialakulása**

A tünetegyüttes kialakulása több okra is visszavezethető .

Az örökletesség szerepe 80 %-ra tehető ikertanulmányok alapján. Magasabb az előfordulása a kórképben szenvedő gyermek testvérei között. "Az ADHD-s gyermek gyakran ADHD-s családba születik." Ha egy gyermek ADHD-s, akkor a testvérének 25-35%-os esélye van arra, hogy ADHD-s legyen. Az ADHD-s gyerekek anyjának 15-20%-a, az apáknak pedig 25-30%-a maga is ADHD-s.

A szülőknél ugyanakkor gyakoribb az antiszociális személyiségzavar, a szomatizációs zavarok, ill. az alkoholizmus, amelyek, mint később látjuk majd, ott szerepelnek az ADHD okozta másodlagos károsodások listáján.

Több gén megváltozásával hozható kapcsolatba (pl. dopamin receptor, illetve dopamin transzporter gének), melyek hatása összeadódik.

Ugyanakkor az is megfigyelhető, hogy az örökletességi hajlam nem vonja maga után mindenképpen az idegrendszeri jellegzetességek kialakulását, ami az epigenetikus hatások jelentőségére utal a tünetegyüttes kialakulását illetően.

A fizikai, kémiai, biológiai, szociális környezet és az életesemények feltételezhetően nagyrészt az epigenetikus folyamatok útján vesznek részt a tünetek megjelenésében.

A legjelentősebb környezeti hatások közé tartozik a terhesség alatti anyai dohányzás (2.4-szeres kockázat), a méhen belüli magzati alkohol (2.5-szörös kockázat) ill. gyógyszer (pl. diazepam) ártalom.

Komoly szerepet játszhat az idegrendszer szöveteinek oxigenizációs ill. egyéb anyagcserezavara (keringészavar: lelassult magzati szív működés, elhúzódo kitolás; légészavar; toxémia, icterus).

Egyre komolyabban merül fel a táplálékallergia, illetve egyéb krónikus immunmediált neuro-inflammatorikus folyamatok, pl. gyakori visszatérő középfülgyulladás, aminek háttérében immunhiány vagy az immunfolyamatok regulációs zavara húzódohat meg.

Bizonyított az egyes központi idegrendszeri betegségek, toxikus ólomszint szerepe.

A pszichoszociális hatások: a korai anya-gyerek kapcsolat, a családi minták, a családon belüli és az iskolai kapcsolatok és nevelés minősége döntően befolyásolja a kimenetelt.

## **Az ADHD tünettana**

### ***Összetett kép:***

#### ***alaptünetek, járulékos zavarok, következményes károsodások***

Az ADHD klinikai képére a komplexitás jellemző. Elmondható, hogy az ADHD tünetegyüttesét mutató gyermekek többsége egyéb részképesség-zavaroktól, társbetegségektől és másodlagos károsodásoktól is szenved, melyek tüneteinek szintén a klinikai kép részét képezik.

### ***Alaptünetek***

Az ADHD alaptünetei egyre szélesebb körben válnak ismertté.

A jellegzetes hármastünetcsoport: a figyelemzavar, a hiperaktivitás és az impulzivitás tünetcsoportjai, melyek a diagnosztikus kézikönyvek kritériumrendszerét is alkotják. Néhány jellemző tünete ezenkívül két további járulékos tünetcsoportba sorolható.

Ha figyelemzavaros a gyermek: nem figyel a részletekre, nehézséget jelent neki a figyelem megtartása, olyan, mintha nem figyelne, amikor beszélnek hozzá, nem követi az instrukciókat, lemarad, nehéz megszerveznie tevékenységeit, elkerüli a tartós mentális erőfeszítéseket, feledékeny, elveszti a dolgait, könnyen elvonják a figyelmét külső ingerek.

A hiperaktivitás jellemzői: a gyermek babrál, fészkelődik, elhagyja helyét amikor nem kéne, rohángál, ugrál, mászkál, nehezebbre esik a nyugodt játék, folyton izeg-mozog, sokat beszél.

Az impulzivitást a külső és belső késztetések kezelésének zavara jellemzi: pl. hogy a gyermek .) gyakran kimondja a választ, mielőtt a kérdés befejeződött volna, félbeszakít másokat, nehézsége van a várakozással.

Az érzelem-szabályozás zavarának tüneteinek ugyancsak jellemzőek az ADHD-s gyermekekre és felnőttekre, ilyen pl. az emocionális labilitás, az irritabilitás, a hirtelen, elhúzódozó, illetve eltúlzott, a gyermek és környezete számára kezelhetetlen reakciók.

A kivitelezés (végrehajtás) zavarának tünetei, melyek egyes szakemberek szerint a kórkép lényegét képezik: a célirányos gondolkodás tervezés és céltartás, a viselkedés-szervezés, ütemezés, prioritizálás, az önmotiválás, önmonitorozás, rugalmas alkalmazkodás, stratégiaváltás nehézségei.

### ***Járvulékos zavarok***

Az ADHD-val az átlagosnál jelentősen gyakrabban járnak együtt bizonyos funkciógyengeségek, részképesség-zavarok, pszichiátriai kórképek. Ezek tünetei többnyire egy időben jelentkeznek az ADHD tüneteivel, azokkal mintegy párhuzamosan, és ennek folytán általában jól elkülöníthetők az ADHD következményeiként kialakuló másodlagos zavaroktól, ill. pszichés vagy szomatikus kórképektől.

### **A figyelemzavarral, hiperaktivitással gyakran együttjáró funkciógyengeségek, részképesség-zavarok**

Ezek a gyerekek teljesítményükben ingadozóak, nemcsak képesség-profiljukban, hanem ugyanazon funkciót illetően időben is hullámzóak, gyorsan elfáradnak, nem kitaróak. Iskoláskorban nehezen alakul ki feladattudatuk, feladattartásuk, lassúak, kapkodók. A teljesítményüket illetően nagy lehet a különbség, hogy kétszemélyes vagy csoportos helyzetben végzik munkájukat. Nehezen tudnak egyenesen ülni, állandóan változtatják testhelyzetüket (perzisztáló ősi, poszturális reflexek), ezzel zavarják társaikat. Testsémájuk sokszor hézagosan fejlett. Téri tájékozódásuk, jobb-bal irányok differenciálása bizonytalan. Verbális, vizuális emlékezetük gyenge. Szeriális észlelésük (sorozatok megjegyzése, pl. hét napjai, hónapok, versek megtanulása) ugyancsak gyenge. Az auditív diszkrimináció, a beszédészlelés, beszédmegértés nehézsége gyakori, ugyancsak gyakrabban fordul elő az expresszív beszéd zavara (pl. hadarás, dadogás).

Jellemző és igen gyakori a diszpraxia, a nagymozgások, finommozgások, grafomotoros készségek ügyetlensége.

Iskoláskorban a tanulási készségek zavara: diszlexia, diszgráfia, diszkalkulia társulhat.

Amint elkezdünk rendszeresen érdeklődni iránta észlelni fogjuk, milyen sok esetben társul valamilyen mértékű szenzoros integrációs zavar, elsősorban túlérzékenység tünete, elsősorban az érintés-tapintás, szaglás, hallás, de a látás, mozgás-érzékelés területén is.

Ugyancsak jellemző a társuló (és nem következményes) alvászavar (elalvási zavar, pavor nocturnus) aktuálisan vagy az anamnézisben.

Az átlagosnál jelentősen gyakoribb az enuresis nocturna, az oppozíciós elemek a magatartásában, a kötődési zavar, szeparációs trauma, korai érzelmi trauma.

## **A figyelemzavarral, hiperaktivitással gyakran együttjáró pszichiátriai és szomatikus kórképek**

Emelkedett a pervazív (autisztikus) fejlődési rendellenességek előfordulása (20%), a kombinált tic (3%) - a Tourette-szerűek 32%-a ADHD-s is, a kényszerbetegség részleges vagy teljes tüneteivel.

Az allergiás eredetű betegségek (ekcéma, krupp, asztma), táplálék-intolerancia, immun-szabályozási zavar szintén gyakran megjelennek ezen gyerekek anamnézisében.

### ***Következményes károsodások***

Az ADHD funkciózavarai igen korán másodlagos károsodások kialakulásához vezetnek. Az időben történő diagnózis és a megfelelő komplex és hatékony kezelés jelentős mértékben megelőzheti a következményes kórállapotok kialakulását.

A másodlagos károsodások tünetei nagyon gyakran megtalálhatók az ADHD tünetei mellett, szorosan összekeveredve velük. Az ADHD alaptüneteivel ellentétben, a következményes patológiák elkerülhetők jelen ismereteink és terápiás lehetőségeink birtokában.

Ugyanakkor, ha nem kezelik időben és megfelelő hatékonysággal az ADHD a másodlagos betegségekkel együtt jelentős mértékben érintik, gyakorlatilag előre megmondhatóan, a kezeletlen személy életét.

Legkorábban a sok teljesítmény-helyzetbeli frusztráció és a negatív környezeti visszajelzések hatására bekövetkező önértékelési zavar jelentkezik.

Ezt követik a belső feszültségek halmozódásával a magatartásbeli és testi tünetek: fokozott ingerlékenység és agresszivitás, alvászavar, szorongás, fejfájás, hasfájás, hányinger stb. Hamarosan kialakul a motivátlanság, kedvtelenség, egy részüknél reménytelenség, kilátástalanság, keserűség, másoknál fokozott düh, ellenszegülés, kriminalitás, szerhasználat.

Hosszabb távon komoly magatartási, szocializációs, kapcsolati, valamint iskolai, munkahelyi teljesítményproblémák, pszichiátriai zavarok (depresszió, szorongás: pánik, kényszer, függőségek, alvás-, evés- ill. személyiségzavar) a kezeletlenek 80%-nál, testi betegségek (túlsúly, koszorúér-betegség, cukorbetegség, magas vérnyomás) jelentkeznek. Az élet utolsó negyedében fellépő degeneratív kórképekre is esélyesebbek.

*A felnőttkor küszöbére érve az érintettek több mint 85%-nak van legalább egy komorbiditása, 60%-ának kettő vagy több.*

### ***A tünetegyüttes képeinek változása a különböző életkorokban***

Az ADHD-nak jellegzetes tünetei már egészen korai életkorban megjelennek. A diagnosztikus kritériumok által megszabott mozgástere van a szakembereknek a kórisme



kimondásában, és a korai tüneteket, mint anamnesztikus adatot használjuk csak fel, ezzel együtt egy tapasztalt szakember (vagy szülő) már akár csecsemő vagy kisgyermekkorban is feltételezheti a tünetegyüttes meglétét.

A diagnózist leggyakrabban első-másodikos korban, illetve az iskolarendszerbeli (felsőbe, középiskolába, felsőoktatásba lépés) majd életállapotbeli váltások környékén (saját lbra, ill. munkába állás, első vagy második gyermek születése, gyermekes nők munkavállalása) kapja meg a gyermek, serdülő, ill. felnőtt.

A tünetegyüttes jellegzetes változáson megy keresztül, legtöbbit a felnőttkor küszöbén alakul.

A hiperaktivitás a kor előrehaladtával csökken, mozgékonytágot felváltja egyfajta benső nyugtalanság, illetve az állandó tevékenykedésre való sürgető igény, a hipo-aktivitást lomhaság, döntésképtelenség.

A figyelemzavar megmarad ill. súlyosbodhat, a munkamemória, a kivitelező funkciók romlásával együtt, ami rontja az összeszedettséget, szervezettséget.

Az impulzivitás továbbra is rontja a cselekvések minőségét, kapkodóvá, meggondolatlaná tesz, időnként bűvópataként viselkedik.

Ha a DSM-5 kritériumaira támaszkodunk, 15 éves korukban az érintettek 80-90 %-a marad továbbra is ADHD-snak diagnosztizálható. 20 éves koruk után, a DSM kritériumok alapján, a gyermekkorban diagnosztizáltak valamivel több, mint 50%-a diagnosztizálható továbbra is ADHD-snak, ha a szakember által megfigyelt klinikai tüneteket tekintjük, 3-8%-a ha az érintettek nehézségeikről adott spontán beszámolóira támaszkodunk, 46%-a ha a szüleiket kérdezzük ki.

A leginkább megmarad a figyelemzavar, szétszórtság, a szervezetlenség, egyfajta benső nyugtalanság szubjektív érzése és az impulzivitás.

A gyermekkori ADHD-sok 20 % felnőttkorára kinövi a diagnosztikus kritériumokat, illetve kb. 30% -nál jelentős javulás áll be a munkahatékonyság és a hétköznapi kihívások kezelése szempontjából.

## ***Diagnózis és multimodális terápia***

### **A diagnózis lépései**

- Klinikai interjú a szülőkkel, a gyermekekkel.
- Korábbi vizsgálati eredmények, óvodai, iskolai vélemények értékelése.
- Fizikális vizsgálat.
- A viselkedés megfigyelése.

- Gyógypedagógiai vizsgálatok, pszichometrikus tesztek fölvétele.
- Gyógyszeres összehasonlító, kontroll vizsgálat pozitív diagnózis esetén

A szülőkkal való részletes beszélgetés a jelen állapotról, a gyermeki viselkedés megfigyelése, valamint a korai anamnézis felvétele nagy jelentőséggel bír a diagnózis megalapozásában.

Az ADHD-s gyerekek korai kórtörténetében vannak bizonyos jól megfigyelhető és körülírható, megfogható, a korai fejlődés során észlelhető jellegzetességek, melyek ha magas arányban szerepelnek, együttes előfordulásuk valószínűsítheti, ill. segítheti a korai diagnózist, egyúttal jó előrejelzőként szolgál a gyógyszeres kezelés várható hatékonyságát illetően.

Ezek közé tartozhatnak: nehezen kialakuló napi ritmus, nehezen megnyugtathatóság, hasfájás, magas ráfigyelés igény, izomtónus illetve mozgásfejlődési problémák, szfinkter-kontroll eltérések, finom- és nagy mozgáskoordinációs nehézségek, alvászavarok, kortárs csoportba illeszkedés nehézségei, rossz frusztráció-tűrés, stb.

A gyógypedagógiai, neuro-pszichológiai vizsgálatok részletes kiegészítő adatokkal járulnak hozzá a teljes körű diagnosztika elvégzéséhez.

A teszt-vizsgálatok fontos információkat tárhatnak fel, mindazonáltal csak tájékoztató jelleggel bírnak. A diagnózist mindig az egész klinikai kép alapján hozzuk meg.

### **Differenciál diagnosztikai megfontolások**

Az ADHD tüneteikhez gyakran keverednek hozzá különböző mértékben egyéb fronto-striato-cerebelláris kórképek tünete (ASD, OCD, Tic-Tourette); nemegyszer teljesítve a diagnózisuk minden kritériumát. Különböző egyéb részkepeség-zavarok is gyakrabban társulnak az átlagos előfordulásuknál az ADHD-hoz, máskor viszont az ADHD magában okoz olvasási, írási, számolási nehezítettséget. A részkepeség-zavarok ADHD nélkül is, de hozzá hasonlóan, sok másodlagos zavart okozhatnak (pl. önértékelés, motiváció stb. területén).

Egyes pszichés problémák ugyancsak okozhatnak ADHD-hoz hasonló tüneteket (pl. figyelmi problémákat, nyugtalanságot), ilyenek pl. az emocionális ill. hangulati zavarok, egyéb magatartászavarok, szociális funkció-zavarok, melyek nem merítik ki a figyelemzavar, hiperaktivitás diagnózisának jellemző kritériumait, és időbeli megjelenésük és fennállásuk is többnyire jellemzően különbözik tőle.

### **A multimodális kezelés elemei**

Az ADHD korszerű kezelése multimodális, azaz több módszer együttes alkalmazására épül.

Ezek között vannak alaposan megvizsgált, tudományosan igazolt, hatékony kezelések, mint a viselkedés terápia és a gyógyszeres kezelés.

Emellett, úgy tűnik, kiemelt jelentősége van a szenzomotoros fejlesztésnek, amit hazánkban nagy számban és jó színvonalon művelnek is.

Meghatározó szerepe van a megfelelő beiskolázásnak, -- két fő alapelvet kell itt jó érzékkel és józan ésszel összeegyeztetni: a kis létszámú, speciális nevelési igényeket figyelembe vevő oktatás és az integrált oktatás alapelvét.

Ezenkívül vannak még egyéb kiegészítő terápiás módszerek, amelyek hatékonyságáról - bár gyűlnek, de még nem áll rendelkezésre elegendő adat.

Ilyen, többek között, pl. a neuro-feedback, a speciális ADHD coaching, egyes étrendi kiegészítők, mozgásprogramok, ill. az esetek egy adott részében a diétás tanácsadásnak és megszorításoknak is számottevő hatása lehet.

Felnőtt korban a gyógyszeres kezelésnek, a pszichoterápiának és az életvezetési tréningeknek van jelentősége, a fent említett kiegészítő terápiás módszerek mellett.

## **Prognózis**

Magyarországon jelenleg 70 ezer fiatalkorú lehet érintett, minden általános és középiskolai osztályban lehet legalább egy, közülük csaknem 50 ezer gyermek nem kap semmiféle és kevesebb, mint 5000 kap adekvát egészségügyi ellátást.

**Kezelés nélkül** ezek a gyermekek a mai társadalomban hamar túlterhelődnek, szinte kivétel nélkül önértékelési majd a motivációs zavar, később komoly életvezetési problémák alakulnak ki náluk a tanulás, a közeli kapcsolataik, a munkahelyi-szakmai pályafutásuk területén (az átlagosnál akár 3-5-ször gyakoribban), sokan elkallódnak (nivellálódnak, bűnözővé válnak), és idővel többségüknél pszichiátriai kórképek (depresszió, szorongás, személyiségzavarok, pszicho-szomatikus zavarok, szerfüggőség, öngyilkosság) és testi betegségek (súlyos balesetek, nemi betegségek, koraszülés, elhízás, magas vérnyomás) lépnek fel.

16 éves korukra 60 %-nak van még legalább egy diagnosztizálható pszichiátriai megbetegedése.

A 18 év feletti ADHD-sok több, mint 80%-nak legalább egy pszichiátriai diagnózisa van még, több mint 50%-nak kettő vagy több, és 35%-nak három vagy annál több pszichiátriai betegség társul még az ADHD-hoz ráadásként.

### *Kezelés nélkül másodlagosan kialakuló pszichiátriai zavarok*

- magatartászavar, leggyakrabban oppozíciós
- szorongásos zavarok
- hangulatzavar (többnyire depresszió)
- személyiség zavar (AS,BPD)
- szerfüggőség

- pszichotikus zavarok

**Megfelelő, időben adott, célzott támogatással** mindebből sok megelőzhető, ki tudják bontakoztatni és mások javára is használni adottságaikat, jellemző jó tulajdonságaikat, mint az empátia, segítőkészség, gondoskodás, a nyitottság, lelkesedés, az önzetlenség és jó szociális érzék, a jó intuíciós képesség és kreativitás, az önállóság, a nemegyszer átlag feletti memória, az érett gondolkodásmód, erkölcsi érzék, a fejlett humorérzék és a verbális intelligencia.