

A GYÓGYPEDAGÓGIA TÖRTÉNETE

ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Neveléstudományi Doktori Iskola
Gyógypedagógia Program

A figyelmetlen „fiatal franciától” a mai ADHD-ig – a figyelemhiányos hiperaktivitás zavar története

SZIGETHI ZSÓFIA

szigethi.zsofia@radnoti.elte.hu

ABSZTRAKT

Bár az ADHD (attention deficit hyperactivity disorder – figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar) az utóbbi évtizedekben vált széles körben ismertté, jó, ha tudjuk, hogy ez az idegrendszeri fejlődési zavar nem csak a 20. században jelent meg. Jelen tanulmányban áttekintem az ADHD történetét, a változó elnevezéseket és definíciókat.

A történeti érdekességen túl célom rávilágítani, hogy a szindróma nem újképletű, csak a változó világ állítja új és új kihívások elé az érintett személyeket. Bár az ADHD-s emberek hasonló viselkedést tanúsítottak az elmúlt évszázadok során, az azonosításukra használt diagnosztikai címkék – nagyrészt a kulturális, orvosi és tudományos változások és felfedezések következtében – sokat módosultak (Mayes & Rafalovich, 2007), és változnak a mai napig is. Ami állandó, hogy az első leírástól napjainkig biológiai eredetűnek gondolták ezt az állapotot.

A kezdeti, elszórta megjelenő esettanulmányok után a 20. század elején írták le a tünetegyüttest, akkor még „morális kontroll zavarként”. Ez a fogalom a „minimális agyi károsodáson/diszfunkción” keresztül, a DSM-2 pszichodinamikusan orientált hiperkinetikus reakció fogalmán át jutott el a biológiai pszichiátriához közelítő ADD, majd napjaink ADHD meghatározásáig.

Kulcsszavak: ADHD, történet, DSM, BNO

DOI: [10.52092/gyosze.2024.1.1](https://doi.org/10.52092/gyosze.2024.1.1)

Az ADHD-ről

A figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar az egyik leggyakoribb gyermekpszichiátriai állapot. A nemzetközi vizsgálatok az előfordulási gyakoriságát 1,9-12% között találták (Egészségügyi Szakmai Kollégium, 2020). A szélsőséges adatokat okozhatja a diagnosztikai rendszerek eltérése (BNO-10-ben szigorúbb, DSM-4-ben enyhébb kritériumok), melyet az összehangolt DSM-5 és BNO-11 a jövőben valószínűleg kiküszöböl. Egy szisztematikus szakirodalmi metaanalízis szerint, mely 102 tanulmány adatait elemezte a világ minden régiójából, az ADHD összesített prevalenciája 5,29%. A metaregressziós modellben a kritériumok, az információforrás, a diagnózishoz szükséges károsodások követelményei és a vizsgálatok földrajzi eredete szignifikánsan összefüggött az előfordulási gyakorisággal (Polanczyk et al., 2007). Az elmúlt évtizedekben nem volt arra utaló bizonyíték, hogy növekedett azon gyermekek száma, akik megfelelnek az ADHD kritériumainak, ha szabványos diagnosztikai eljárásokat követnek (Polanczyk et

al., 2014). Az állapot rendkívül változatos tünetei a DSM-5 és a BNO-11 szerint a figyelemzavar, a hiperaktivitás és az impulzivitás köré csoportosíthatóak (Egészségügyi Szakmai Kollégium, 2020). A három tünetcsoport az érintettek viselkedésének megfigyelésén alapul: az impulzivitás elhamarkodott és meggondolatlan cselekedeteket jelent, a hiperaktivitás nyugtalanságot és túlmozgást, a figyelmetlenség pedig a tartós mentális erőfeszítésre való képesség nehezítettését (NICE, 2018).

Az ADHD háttérben összetett, multifaktoriális kórokok, változatos neurobiológiai és neuropszichológiai háttér áll (Roberts, Milich & Barkley, 2015). Gyakoriak a komorbid állapotok, például oppozíciós zavar, viselkedési zavarok, tic zavarok vagy autizmus spektrum zavar (Gnanavel et al., 2019). Az ADHD az esetek egy részében felnőttkorban is fennmarad. Ekkor társulhat hozzá például hangulatzavar, alkohol-, vagy egyéb pszichoaktív szerrel kapcsolatos függőség, tanulási zavar stb. (Breyer et al., 2009). Az ADHD korszerű terápiája több módszer együttes alkalmazását jelenti. Tudományosan megalapozott kezelési módnak számít a gyógyszeres kezelés, bizonyos pszichoterápiás módszerek (kognitív viselkedésterápia, viselkedésterápia), valamint a szülőtréning, pedagógustréning és a coaching (Di Blasio & Farkas, 2020). Az ADHD-specifikus támogatás egy komplex folyamat, melynek során az érintett személy és családja számára komprehenzív, azaz átfogó és széleskörű támogatást kell biztosítani (Pongrácz, 2022).

Az ADHD története – a kezdeti leírások

Az ADHD történetével foglalkozó szakirodalmi források többnyire a különböző kategóriarendszerekben (DSM, BNO) való megjelenésével és változó meghatározásával foglalkoznak. A korábbi adatok feltárásához az ERIC adatbázisban, illetve az internetes keresés alapján talált tudományos cikkek korai történetre való utalásai alapján kerestem korabeli forrásokat.

Bár feltételezhető, hogy az ADHD-ra jellemző atipikus idegrendszeri fejlődés egyidős lehet az emberiséggel, az állapot első leírása – jelenlegi tudásunk szerint – csaknem 250 évvel ezelőtről származik (Barkley & Peters, 2012). Azóta sokféle névvel illeték, mely elnevezések hűen tükrözik az értelmezési keretet, valamint azt is, hogy mit gondoltak a szindróma fő okának (Volkmar, 2003). Feltűnő, hogy az első leírás óta maguknak a jellemző viselkedéseknek, a tüneteknek a leírása nem változott, de különböző diagnosztikai „címkék” alatt az állapotokra vonatkozó magyarázatok is igen eltérőek voltak. Közös alap azonban, hogy minden korszakban biológiai, idegrendszeri eredetűnek tartották az állapotot, még ha a konkrét háttér, magyarázat eltérő is volt (Mayes & Rafalovich, 2007).

Az első ismert leírás a jeles német orvos, Melchior Adam Weikard (1742-1803) elsőként 1775-ben megjelent könyvében található, melynek címe *Der Philosophische Arzt* („A filozófiai orvos”) (Weikard, 1787). A könyv a „Lélek betegségei” (*Geisteskrankheiten*) című részben tartalmaz egy fejezetet a figyelemhiányról (*attentio volubilis*). Weikard gyógyfürdőorvosként kezdte pályafutását a németországi Fuldában. 1784-ben II. Katalin orosz cárnő udvari orvosának nevezték ki. 1785-től 1789-ig az Államtanács tagja, majd 1792-ig Karl herceg-püspök orvosa volt. Önéletrajzában önmagát rövidlátóként, „fizikailag deformáltként és szociálisan alkalmatlanként” jellemezte. Számos tanulmányt publikált orvosi, filozófiai és pszichológiai témákban. Mély összefüggéseket tárt fel a testi betegségek és azok pszichés okai között. Annak ellenére, hogy istenhívó volt, komoly kritikával illette az egyházat – elsősorban a boszorkánysággal és az ördögűzéssel kapcsolatos hiedelmek miatt. Bár a könyv névtelenül

jelent meg, Weikard mégis „boszorkányüldözés” áldozata lett. Egykori barátai elfordultak tőle, meglátogatni sem merték. Nem csak az egyház, de az orvosi folyóiratok is Weikard könyve ellen foglaltak állást. A közönség felvilágosult felét azonban nem befolyásolta ez a lejáratás, hiszen a könyv négy, esetleg hat kiadást is megért (Barkley & Peters, 2012).

A minket érdeklő, figyelemhiányról szóló fejezet olvasásakor jelentős átfedéseket tapasztalhatunk a mai ADHD definícióval. A tanulmány első bekezdéseiben a könnyen elterelődő figyelemről ír, mely mai tudásunk szerint is az ADHD egyik alapvető jellemzője.

Leírásában a figyelmetlen ember sekélyes, mert nem fordít elegendő figyelmet a dolgok egyenként való átvizsgálására, mindennek csak a felét látja, hallja, memorizálja, rendetlen. Hasonlata szerint úgy viselkedik egy figyelmetlen a figyelmeshez képest, mint „egy fiatal francia egy érett angolhoz képest”. Ez a „rendetlenség” megfeleltethető a mostani tünetlistában annak, hogy az érintetteknek gyakran nehézségeik vannak a feladatok és a teendők megszervezésében. Nem fordít elég figyelmet a dolgok átvizsgálására – azaz, mai diagnosztikai megfogalmazásban nehézséget okoznak neki a tartós mentális erőfeszítést igénylő feladatok (APA, 2013). Leírásában a „türelmetlenség” mai szemmel a gátlás problémáira utalhat.

Mindemellett megjegyzi azt is, hogy a fiatalok között gyakoribb a figyelmetlenség, mint az idősebbeknél, valamint, hogy a nők figyelmetlenebbek a férfiaknál, „ahogyan a franciák az angoloknál” – utóbbiakat szerencsére már cáfolta a tudomány. Azt is hitte, hogy régebben figyelmesebbek voltak az emberek, mint az ő korában – ahogyan ezt a mai korra vonatkozóan is gyakran halljuk.

A kezeléssel kapcsolatban korát messze megelőzően megállapította, hogy ingerszegény, jól strukturált környezetben sikeresebben tudják teljesíteni a feladataikat az érintett személyek. A kezelésre vonatkozó további megjegyzései vagy az etikátlan (pl. helyezték el őket sötétben, magányosan, ha túlságosan aktívvá válnak), vagy a tudománytalan (pl. hideg fürdő vagy különböző savak használata) kategóriába tartoznak (Barkley & Peters, 2012).

Mindezek alapján úgy tűnik, hogy az orvosi irodalom mindmáig feltárt tartalmi közül az ADHD első leírása Weikard könyvében található (Barkley & Peters, 2012).

A következő dátum az ADHD eddig ismert történetében 1798, amikor egy skót orvos, Sir Alexander Crichton (1763-1856) észrevette, hogy egyes emberek figyelme könnyebben elterelődik, és kevésbé tudnak úgy összpontosítani, mint mások. Beszámolt arról, hogy ezek a problémák náluk az élet korai szakaszában jelentkeztek (Lange et al., 2010). Olvasatában a figyelemzavar majdnem mindig „az idegek természetellenes, vagy kóros érzékenységből fakad”. A „figyelembetegségben” – Crichton írása szerint – minden benyomás izgatja az embert, és természetellenesen nagy mentális nyugtalanságot okoz. Az érintett személyek fel-alá járkálnak a szobában, az asztal mozgása, a hirtelen ajtóbecsukódás, a túl hideg vagy meleg, túl sok, vagy túl kevés fény káros hatással van a figyelmükre. A figyelem erősségének csökkenését testi és lelki okokra vezeti vissza. Veleszületett, vagy szerzett sérülés következményének tekinti a figyelemzavart (Crichton, 2008). Barkley (2009) elemző munkájában kiemeli, hogy Crichton felveti a gyermekek korai nevelésének jelentőségét a figyelem fejlődésében. Crichton leírásában is megtalálhatjuk a párhuzamokat a DSM-5 tünetlistájával. Úgy jellemezte például a figyelemzavart, mint képtelenséget arra, hogy a figyelem egy tárgy mellett kitarson (Lange és et al., 2010). Ez összhangban van azzal a kritériummal, miszerint gyakran nehézséget jelent a figyelem megtartása a feladatok, vagy játékok során (APA, 2013). Leírja továbbá, hogy egyik benyomástól a másikig „ugrál” az érintettek figyelme (Lange et

al., 2010), mely párhuzamba állítható a mai „gyakran elterelik a figyelmét a külső ingerek” kritériummal (APA, 2013). Crichton (1798) következtetése, miszerint a figyelemzavar az érintettet „képtelenné teszi, hogy részt vegyen az oktatás bármely tárgyában”, arra enged következtetni, hogy iskolai nehézségeket figyelt meg ezeknél a gyerekeknél, melyek többnyire jellemzik az ADHD-s gyerekeket (Lange et al., 2010).

Crichton (1798) azt is kijelenti, hogy a figyelemzavar általában csökken az életkorral. Ez az 1900-as évekig általánosan elterjedt nézet volt, de a közelmúlt vizsgálatai kimutatták, hogy az érintettek körülbelül 50%-ánál a tünetek felnőttkorra is fennmaradnak (Okie, 2006).

Nem tudományos leírás, de érdekességként érdemes megemlíteni Heinrich Hoffmann (1809-1894) frankfurti orvos gyerekkönyvét, amit ő maga írt és illusztrált az akkor hároméves gyerekének. A könyvben szereplő történetek pedagógiai célzatúak. Hoffmann úgy vélte, a gyerekeket szavakkal kevésbé lehet tanítani, mint képes történetek által (Fernández, 2017). Így fordulhat elő ezekben a történetekben, hogy aki nem engedelmeskedik és gyufával játszik, az lángra kap, vagy hogy az evés közben nyűgösködő fiú végül annyira lefogy, hogy éhen hal (Hoffmann, 1876). A könyv 1876-ban jelent meg, a címe *Der Strummwelpeter*, magyarul Kócos Peti. A könyvben két történetben is felismerhetjük az ADHD jellegzetességeit. Az egyikben (*Die Geschichte vom ZappelPhilipp*) a főszereplő fiú szülei rosszallása ellenére hintázik a széken, majd magára húzza a terítőt a terítékekkel együtt. Egy másik történetben (*Der Geschichte von Hans Guck-in-die-Luff*) a főszereplő fiú, Hans a vízbe esik, mert más dolgokra figyel sétálás közben, nem a lába elé néz. Ezek a történetek is egyértelműen mutatják, hogy az ADHD nem a mai kor „találmánya” (Thome & Jacobs, 2004), sőt, azt is, hogy a viselkedési problémák, mint nevelési gondok is jelentkeztek a régi időkben is.

Irodalmi utalásokat figyelemzavart mutató emberekre egyébként a korábbi időkből is fellelhetünk, például Shakespeare VIII. Henrik jellemzésekor utal a figyelemzavarra, a hiperaktivitásra és a gyenge impulzuskontrollra is (Barkley, 2015).

AZ ELSŐ RÉSZLETES GYÓGYPEDAGÓGIAI, ILLETVE KLINIKAI LEÍRÁSOK

Az első részletes, már rendszeres megfigyelésekre alapozott klinikai leírásokat a francia Bourneville-nek, az angol Stíllnek és a németországi Demoore-nak köszönhetjük.

Bourneville 1897-ben írta le a gyógypedagógiai kezelésekről szóló könyvében ezt az állapotot, kiemelve a következő jellegzetességeket: az érintett gyerekek sokat mozognak, minden pillanatban felállnak az asztaltól, engedetlenek, fegyelmezetlenek. Megfigyelése szerint extrém fizikai és szellemi mobilitás, ingerlékenység, destruktív hajlam, figyelmetlenség és hanyagság jellemzi őket. Kiemeli, hogy szót fogadnak azoknak, akiket szeretnek (Simon-Pezeshknia, 2011).

1901-ben Demoor viselkedésükben labilis gyerekekről írt, akiknek állandó mozgásra van szükségük és egyértelmű figyelmi nehézségeik vannak (Demoor, 1901).

George Frederick Stíllt (1868-1941) a brit gyermekgyógyászat atyjának nevezik. Anglia első gyermekgyógyász professzora 1902 márciusában három előadásból álló sorozatot mutatott be a londoni *Royal College of Physicians* előtt „Goulston előadások” néven, „Néhány kóros pszichés állapot gyerekeknél” címmel. Ezeket az előadásokat még ugyanebben az évben publikálták a *Lancet*-ben. Ezzel megkezdődött a gyermekkori „erkölcsi” problémák orvosi megvilágításba helyezése (Mayes

& Raffalovich, 2007). Still 43 olyan gyermeket mutatott be, akiknek komoly problémáik voltak a folyamatos figyelem és az önszabályozás terén. Gyakran agresszívak, dacosak és ellenállóak, túlzottan érzelmesek vagy szenvedélyesek. Jellemző volt rájuk, hogy a gátló funkcióik kevésbé jól működtek, küzdöttek a folyamatos odafigyeléssel és nem tanultak a tetteik következményeiből – annak ellenére, hogy ép értelműek voltak (Fernandéz, 2017). Leírásában szerepel, hogy ez az állapot gyakrabban fordul elő fiúknál, mint lányoknál, és elsősorban a korai iskolás években jelentkezik (Charach et al., 2011).

Still munkája hozzájárult az orvosi diskurzus új irányvonalához, amely érvelt amellett, hogy az erkölcs hiánya nem feltétlenül egyéni hiányosság, hanem biológia kérdése. Still „morális kontroll zavarnak” nevezi ezt az állapotot, hangsúlyozva, hogy ezek a gyerekek szenvednek az erkölcstelenségtől (Mayes & Raffalovich, 2007).

Still természetesen nem a mai terminológiát használta, de sok ADHD-kutató arra a következtetésre jutott, hogy az általa leírt gyerekek tünetei a mai kombinált típusú ADHD kritériumrendszerének feleltethetőek meg (Barkley, 2006).

1908-ban, nem sokkal Still előadásai után Tredgold (1870-1952), Nagy-Britannia vezető, mentális károsodásokkal foglalkozó szakértője feltételezte, hogy a hiperaktív viselkedésű, kimutatható agykárosodást nem szenvedett gyerekek lehetséges, hogy szülés közben enyhe, vagy minimális agykárosodást szenvedtek (Kahn & Cohen, 1934). Inkább „tünetnek”, semmint „jellemhibának” tekintette az érintett gyerekekre jellemző viselkedéseket. Azzal érvelt, hogy az agy azon területei, melyeken az erkölcsi érzék helyet kapott, az emberi evolúció újabb fejlődésének „termékei”, és mint ilyenek, érzékenyebbek a sérülésekre (Mayes & Rafalovich, 2007). Stillhez hasonlóan, a Tredgold által leírt gyerekek is feltűnően hasonlítanak az ADHD-val diagnosztizált gyerekekre. A pedagógusok ekkor kezdték felismerni, hogy speciális nevelési módszerekre van szükség ezeknél a gyerekeknél. Arra a következtetésre jutottak, hogy inkább funkcionális, mint neurológiai jelek alapján kell diagnosztizálni ezt a tünetegyüttest (Conners, é.n.).

Tizenhat évvel Still előadásai után tragikus *Encephalitis Lethargica*, vagyis „alvási betegség” járvány söpört végig a világon. Az Encephalitis Lethargica legfőbb jellemzője a személyiség drasztikus megváltozása, a zavarodott viselkedés (Ebaugh, 1923). Miután gyakran hosszú idő telt el a betegség lefolyása és a tünetek megjelenése között, ezért nehéz volt elkülöníteni, hogy egy gyermek viselkedési problémája „agykárosodás” vagy más, „funkcionális” ok miatt van (Conners, é.n.).

Charles Bradley (1902-1979) a New York-i Bellevue Kórház pszichiátere volt, aki erősen hitt a mentális problémák biológiai eredetében. Ő volt az első, aki stimulánsokat alkalmazott viselkedésproblémás gyerekek kezelésében. A kórházban szembesült azzal a problémával, hogy milyen nehéz megkülönböztetni a postencephalitis viselkedési zavarokat azoktól, ahol nem állt fenn fertőzés vagy agysérülés. Az akkoriban elérhető egyetlen képalkotó eljárás alkalmazásával (melyhez szükséges volt a cerebrospinalis folyadék leeresztése és levegővel való helyettesítése, és jellemzően súlyos, erős fejfájást okozott) rutinszerűen gyűjtött az új esetekről pneumoencephalogramokat. Úgy gondolta, hogy csillapítani tudná a vizsgálatot követő fejfájást a kamrákat körülvevő érfonat serkentésével. Ehhez Benzadrine-t használt, ami egy amfetamin-származék. A gyógyszer hatására a gyerekek mintegy fele nyugodtabbá, szervezettebbé, és tanulásában hatékonyabbá vált (Strohl, 2011). Bradley befolyása az ADHD kutatására és megismerésére messze túlmutat a stimulánsok kezelésre való alkalmazásán. A Bradley kórházban

megteremtette a szoros megfigyelés és a kísérletezés hagyományát, mely távozása után is folytatódott.

A gyógyszeres kezelés kezdetei

Ahogy az ADHD diagnosztikai kritériumai változtak az idők során, úgy a gyógyszeres kezelések is. A legtöbb pszichostimuláns gyógyszer, amit az ADHD kezelésére használnak, növeli a dopamin és a noradrenalin a homloklebenyben. Ezek a gyógyszerek már több, mint 80 évvel azelőtt léteztek az Egyesült Államokban, hogy a használatuk az 1980-as évek közepén általánossá vált, amikor először publikálták az ADHD diagnózisát a DSM-III és a DSM-III-R kategóriai rendszerekben (Leahy, 2017).

Egy román vegyész szintetizálta először az amfetamin vegyületet 1887-ben, de 1929-ig tartott, hogy egy kaliforniai biokémikus felfedezze fiziológiai és pszichoaktív hatásait, miközben az asztma gyógymódját kereste (Hicks, 2012). Az első pszichostimuláns/amfetamin tablettát, a Benzedrine-t 1937-ben vezették be a piacra a narkolepszia, posztencephalitikus Parkinson és minor depresszió kezelésére (Leahy, 2017).

Ahogy fentebb említettem, 1937-ben Charles Bradley Benzedrine-t adott be viselkedési zavarokkal diagnosztizált fiatal pácienseinek a Rhode Island-i Emma Pendleton Bradley Gyermekotthonban (Strohl, 2011). Ez az 1931-ben megnyílt otthon egyike volt az első olyan intézményeknek, amelyeket kifejezetten magatartászavart mutató gyermekek ellátására hoztak létre. Az intézmény olyan megközelítést alkalmazott, amely a környezeti és biológiai kezeléseket egyaránt integrálta, hogy túlmutasson az egyszerű diagnózison és ellátáson (Bradley, 1936). Egy hét elteltével a gyógyszerrel kezelt betegek iskolai tevékenységében szembevető változás következett be. 30 gyerekből 15 érzelmi reakcióiban határozottan visszafogottabbá vált (Bradley, 1937). Bradley 1937-ben publikálta első tanulmányát az amfetaminhasználatról gyermekek viselkedési problémáira. Remélte, hogy ez a farmakológiai kutatás segítheti a kezelést, miközben ő maga továbbra is fenntartotta a biológiai és pszichológiai terápia iránti szilárd elkötelezettségét. Határozott álláspontja szerint a gyógyszereknek csak támogató szerepet kell játszaniuk a kezelésben. Bradley tanulmányait nagyrészt figyelmen kívül hagyták a gyermekpszichiátria területén közel 25 évig; azonban fontos előfutárnak bizonyultak a Ritalin és az ADHD tanulmányozásában (Strohl, 2011).

1943-ban bevezették a Desoxynt (metamfetamin), de nem használták az ADHD kezelésére még évtizedekig (Leahy, 2017).

1944-ben szintetizálták a Ritalint (metilfenidát), és 1955-ben hagyták jóvá krónikus fáradtság, narkolepszia és depresszió kezelésére felnőtt és idős betegeknél (Centers for Disease Control & Prevention, 2017). 1963-tól C. Keith Connors a Ritalin hatékonyságát kutatta az érzelmi zavarok kezelésében gyerekeknél (Connors & Eisenberg, 1963).

1975-ben az Amerikai Akadémia Gyermekgyógyászati Tanács a Gyermekegészségügyről közzétette első hivatalos közleményét a pszichostimuláns gyógyszerek használatáról gyerekeknél (Kugel et al., 1975).

Az ADHD gyógyszeres terápiájában azóta három fő hatóanyag terjedt el: a pszichostimulánsok közé sorolható metilfenidát és dexamfetamin, valamint a nem stimuláns atomoxetin. Magyarországon a metilfenidát (Ritalin) és a dexamfetamin (Strattera) törzskönyvezett (DiBlasio & Farkas, 2020).

A „hiperkinetikus impulzuszavar”

Charles Bradley, a stimulánsokat először alkalmazó gyermekpszichiáter utódja, Maurice Laufer és kollégája, Eric Denhoff kutatásokba kezdett általuk „hiperkinetikus impulzuszavarban” szenvedőnek leírt gyerekekkel kapcsolatban. Egyedülálló módon alakították ki a gyerekek kiválasztásának kritériumrendszerét tanulmányaik számára. A kritériumként alkalmazott tünetek közé tartozott a hiperaktivitás, rövid időtartamú figyelem, gyenge koncentráció, lobbanékonyág, a késleltetésre való képtelenség, ingerlékenység és gyenge iskolai teljesítmény.

A későbbiekben a DSM különböző változatai nagyon hasonló kritériumokat tartanak nyilván. Laufer és munkatársai a túlmozgást tartották a vezető tünetnek, ezért nevezték a tünetegyüttest „hiperkinetikus impulzuszavarnak” (Laufer & Denhoff, 1957). Rámutattak, hogy a hiperkinetikus gyerekek gyakran szoronganak, de nem a szorongás neurotikus értelmében, hanem az iskolai és szociális nehézségeik következtében (Conners, é.n.). Laufer és munkatársai szerint a zavar korai életkorban bekövetkezett agyi sérülés vagy diszfunkció következménye. Sok gyereknél viszont, akiknél „hiperkinetikus impulzuszavart” diagnosztizáltak, nem volt bizonyítható az agysérülés, vagy a viselkedésük biológiai vagy fizikai magyarázata (Laufer & Denhoff, 1957). Függetlenül attól, hogy mi okozta a zavart, Laufer és munkatársai megerősítették, hogy az amfetaminok hatékonyak a tünetek ellensúlyozására Mayes & Rafalovich, 2008).

A „minimális agyi károsodás” – MBD és MCD

Az 1930-as és 1940-es években már úgy gondolták, hogy a tünetekért valamilyen agyi sérülés felelős. Innen származik a minimális agyi károsodás (Minimal Brain Damage, MBD) elnevezés, amelyet később minimális cerebrális diszfunkcióra (Minimum Cerebral Dysfunction, MCD) neveztek át, mert nem állt fenn látható agysérülés (Kulcsár, 1993).

A minimális agyi károsodás, vagy minimális agyi diszfunkció koncepciójának eredete egyrésztől Bond és Smith (1935) leírása a *post-encephalitic* szindrómáról. A „minimális agyi károsodás/diszfunkció” kifejezés használata a nyilvánvaló neurológiai tünetek, vagy ismert agysérülés hiányára utal Strauss és Werner 1945-ös leírásában. Az agykárosodásra a viselkedéses tünetekből következtettek (Eisenberg, 2007).

Az 1950-es és 1970-es évek között növekvő tudatosság volt jellemző a gyermekorvosok körében a koraszülés, a perinatális problémák és a későbbi fejlődés és viselkedés összefüggésével kapcsolatban (Conners, é.n.). Ebben a légkörben Sam Clements és John Peters alkották meg először a minimális agyi diszfunkció fogalmát (Clements & Peters, 1962). Clements és Peters az Arkansasi Egyetem kutatócsoportjának tagjai voltak, mely számos kutatást végzett az MBD-vel kapcsolatban. A tanulási zavarokkal küzdő gyerekek számára oktatási beavatkozásokat terveztek. Peters és munkatársai létrehoztak az MBD azonosításra egy speciális neurológiai vizsgálatot és egy pszichológiai tesztsorozatot egyértelmű kiértékelési útmutatóval (Conners, é.n.).

Kirk és Clements a hatvanas években elsősorban működési zavarokat feltételezett a tanulási zavarok hátterében, ezzel lehetővé téve a differenciáltabb megkülönböztetést az átlagos, vagy magas intelligenciával rendelkező, de tanulási és magatartási zavarokkal küzdő és a súlyosabb agykárosodást szenvedettek között. Az ő megközelítésükben az MCD esetében a központi

idegpályák kapcsolatában jelentkező zavar vezet rendellenességekhez valamely részterületen. Ezek a zavarok nagyon különbözőek lehetnek (Clements, 1966).

1960-ban Stella Chess leírta a „hiperaktív gyermek szindrómát” (de Oliveira et al., 2020). Chess a tünetekre „fiziológiás hiperaktivitásként” tekintett, az okokat pedig a genetikára és a környezetre vezette vissza, nem pedig az agysérülésre (Lima, 2019).

ADHD A WHO KÓDRENDSZERÉBEN (BNO)

A WHO egészségügyben használt, a betegségek nemzetközi osztályozására szolgáló kódrendszere a BNO. A nemzetközi szakirodalom a kódrendszert ICD-nek nevezi (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems).

1860-ban, a londoni nemzetközi statisztikai kongresszuson Florence Nightingale javaslatot tett a kórházi adatok szisztematikus gyűjtése első modelljének kidolgozására. 1893-ban egy francia orvos, Jacques Bertillon bevezette a Bertillon-halálalokok osztályozását a Nemzetközi Statisztikai Intézet chicagói kongresszusán (Bertillon, 1888). Ez lett az alapja a későbbi BNO-nak. Egyes tudósok a BNO eredetét 1763-ra vezetik vissza. Dr. François Bossier de Sauvages de Lacroix francia orvos és botanikus a betegségek 10 különálló osztályát dolgozta ki, amelyeket további 2400 egyedi betegségre osztott (Hirsch et al., 2016).

Az 1965-ös BNO-8 diagnosztikai kategóriája a „gyermekkori viselkedészavarok”. A BNO-8 mentális zavarok fejezetéhez szóló útmutatást szójegyzék formájában adták hozzá, hogy kísérletet tegyenek a leíró és diagnosztikai kifejezések egységes használatának ösztönzésére, hogy a pszichiáterek közötti kommunikációt megkönnyítsék (First et al., 2015).

1967-ben a WHO beemelte a hiperkinézist mint szindrómát a gyermekpszichiátriai diagnózisról és osztályozásról szóló szemináriumába (Charach et al., 2011).

Az 1977-es BNO-9-ben a 314-es kód gyermekkori hiperkinetikus szindrómát jelöl. Ez magában foglal még öt kategóriát és még több alkategóriát (Curtiss & Fairman, 2007). Ezek: a gyermekkori és felnőttkori figyelemzavar (ADD) – ezen belül is megkülönböztetve a *hiperaktivitás nélküli, döntően figyelmetlen típust*, valamint a hiperaktivitással együtt járó változatokat, azaz: *kombinált típus*, egyéb, nem meghatározott „túlaktivitás”, *döntően hiperaktív/impulzív típus* és *egyszerű figyelemzavar túlzott aktivitással*. További kategória a hiperkinetikus zavar fejlődési késéssel, a hiperkinetikus magatartászavar, a hiperkinetikus szindróma egyéb meghatározott megnyilvánulásai és nem meghatározott hiperkinetikus szindróma (Charach et al., 2011).

Az 1991-ben kiadott, Magyarországon 1995-ben bevezetett BNO-10 az V. főcsoportban, a *mentális és viselkedészavarok között tárgyalja az ADHD-t*, F90-es kóddal, hiperkinetikus zavarok néven. Ebbe a kategóriába tartozik ezen diagnosztikus rendszer szerint az aktivitás és a figyelem zavarai, a hiperkinetikus zavar magatartászavarral, valamint a nem meghatározott hiperkinetikus zavar (WHO, 2010). A BNO-10 kritériumrendszerében a hiperaktivitás, az impulzivitás és a figyelmetlenség szerepelnek. Eszerint az ADHD diagnózisa akkor állítható fel, ha a „figyelmetlenség kilenc tünetéből legalább hat és a túlzott aktivitás öt tünetéből legalább három, és az impulzivitás négy tünetéből legalább egy fennáll, és ezek több mint egy élethelyzetben megmutatkoznak, valamint a tünetek következtében már hétéves kor előtt is bizonyíthatóan

fellépett funkcionális károsodás. A BNO-10 meghatározás igényli mindhárom tünetcsoportból (figyelmetlenség+hiperaktivitás+impulzivitás) a kívánt tünetszámot az ADHD diagnózisának felállításához” (Egészségügyi Szakmai Kollégium, 2020, p. 9).

A BNO-11-et a WHO 2018-ban tette közzé, Magyarországon 2022 óta van érvényben. Fontos változás az előző kiadáshoz képest, hogy összhangba került a DSM-5-tel. Megkülönbözteti az ADHD három megjelenési formáját: *túlnyomóan figyelemhiányos*, *túlnyomóan hiperaktív-impulzív* és *kombinált* formákat. Szemben a BNO-10 gyermekekre koncentráló megfogalmazásával, figyelembe veszi a felnőttkori jellegzetességeket is. A korábbi verzióban a tüneteknek 7 éves kor előtt kellett megjelennie, a BNO-11-ben (ebben is igazodva a DSM-5-höz), ez az életkor 12 év (WHO, 2018). Az elnevezés is igazodik a DSM-5-höz, a korábbi hiperkinetikus elnevezést ADHD-ra cserélték (Balázs, 2022).

ADHD A DSM KATEGÓRIARENDSZERÉBEN

A Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), magyarul Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve, melyet az Amerikai Pszichiátriai Társaság szerkeszt.

A DSM-1 1952-ben jelent meg (APA, 1952). Leírásait tekintve általánosabb kategóriákat tartalmazott számos területen, és kevesebb megkötetést tartalmazott a részleteket illetően, mint a későbbi rendszerek. Nem volt gyermek vagy serdülő kategória, és nem nevesítették az ADHD-t, bár néhány más rendellenesség esetében fellelhetőek hasonló tünetek, mint a későbbi ADHD meghatározásokban.

A DSM-2 tartalmazott egy „Gyermek- és serdülőkori viselkedési zavarok” című részt, melybe belekerült a gyermekkori (vagy serdülőkori) hiperkinetikus reakció kategória is. Az állapotot a következő tünetekkel jellemezték: túlzott reakciókészség, zavartság, nyugtalanság és rövid időtartamú figyelem. A DSM-2 nem idézett, vagy hivatkozott tanulmányokat ezeknek a változásoknak az érvényessége vagy megbízhatósága alátámasztására (Mallett et al., 2014). Azzal, hogy a tünetcsoport bekerült a DSM-be, véglegesen legalizálták a szindróma jelenlétét a mentális problémák között (Zsidó & Lábadi, 2022). Ez a megközelítés elsősorban pszichodinamikus orientált volt (Takács, 2013).

A dinamikus szemlélet felől a biológiai pszichiátriához közelített ezután a DSM-3 (Takács, 2013). A figyelmetlenség ebben a kézikönyvben lett a tünetegyüttes alapvető része, olyannyira, hogy már a nevében is megjelent. Figyelemhiányos rendellenességnek nevezték, hiperaktivitással vagy anélkül (Balázs, 2022): ADD-t (Attention Deficit Disorder) különített el *hiperaktivitással (ADD-H)*, vagy *anélkül (ADD-W)*. Mindössze hét évvel a DSM-3 megjelenése után az Amerikai Pszichiátriai Társaság megjelentette a kézikönyv átdolgozott változatát.

Az ADHD elnevezés először a DSM-3-R-ben jelent meg. A figyelmetlenség, az impulzivitás és a hiperaktivitás tüneteit egy közös tünetlistává egyesítették. Kiegészítették azzal az elvárással, hogy a tünetek legalább hat hónapja fennálljanak, és hogy a 14 tünetből legalább nyolcnak teljesülnie kell. Ezenkívül feltétel lett a tünetek hétéves kor előtti megjelenése. Létrehoztak egy enyhétől súlyosig tartó besorolási skálát is (Mallett et al., 2014).

A *DSM-4* szerkesztésénél a legfontosabb szempont az elméletvezérelt kritériumok csökkentése és az epidemiológiai adatokra támaszkodó leírások növelése volt (Takács, 2013). A *DSM-4* elkülönítette a ma is használatos három altípust: az *inkább figyelmi problémákat mutató* (ADHD-I), a *döntően hiperaktív-impulzív* (ADHD-HI) és a *kombinált* (ADHD-C) típusokat (APA, 1994). Megváltoztatta a *DSM-3-R* tünetlistáját, két csoportra osztva azt: a figyelmetlenség tüneteire és a hiperaktivitás-impulzivitás tüneteire.

Majdnem két évtizeddel a *DSM-4* után bevezetésre került a *DSM-5* (APA, 2013). Ebben az ADHD diagnózisa csak kis mértékben módosult. A tünetek kezdetének legkésőbbi megjelenési időpontja 7 évről 12 évre változott. A tünetek elvárt száma idősebb serdülők és felnőttek esetében hatról ötre csökkent. Lényeges változás az is, hogy míg ez azelőtt nem volt lehetséges, a *DSM-5* lehetővé teszi a komorbid diagnózist autizmus spektrum zavarral.

„A *DSM-5* szerint vagy a figyelemhiány kilenc tünete közül hat (vagy több) tünet jelenléte, vagy a hiperaktivitás/impulzivitás kilenc tünete közül hat jelenléte szükséges legalább hat hónapon keresztül olyan mértékben, ami nem felel meg a fejlődési szintnek, valamint közvetlen negatív hatással van a társas és iskolai/munkahelyi tevékenységekre, és a tünetek nem kizárólag oppozíciós zavar, dacos viselkedés, ellenségesség megnyilvánulásából vagy a feladatok vagy instrukciók megértésének a hiányából fakadnak” (Egészségügyi Szakmai Kollégium, 2020, p.9-10). További kritérium, hogy számos figyelemhiányos vagy hiperaktív-impulzív tünet az élet két vagy több területén jelen legyen és egyértelműen negatívan befolyásolják a társas, iskolai vagy foglalkozásbeli működés minőségét. A *DSM-5* szintén három megjelenési formáját különbözteti meg az ADHD-nak: *túlnyomóan figyelemhiányos*, *túlnyomóan hiperaktív-impulzív* és *kombinált* (Egészségügyi Szakmai Kollégium, 2020).

Mint látható, a kezdeti *DSM* meghatározásban a hangsúly a túlzott motoros aktivitásra helyeződik (hiperkinetikus reakció). Az 1980-as évektől az állapot leírását jelentősen újrafogalmazva a figyelem, az impulzivitás és a hiperaktivitás problémáira összpontosítanak. A figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar (ADHD) fogalmának 1994-es bevezetésével, majd az altípusok elkülönítésével alakult ki a mai ADHD fogalom, melynek kritériumrendszere a *DSM-5*-tel tovább finomodik. Ezzel párhuzamosan a BNO-ban ugyanígy eltolódik a hangsúly a főként motoros aktivitásról a figyelemzavar és hiperaktivitás felé. Igazodva a *DSM-5*-höz, figyelembe veszi a felnőttkori ADHD-t is, az ADHD-fogalom ezáltal kiszélesedik. A diagnosztika Észak-Amerikában és Európában használt irányelvei régebben eltérőek voltak, de folyamatosan közeledtek egymáshoz és ma már összhangban vannak. Ezek a változások nagy hatást gyakoroltak a kutatásra és az epidemiológiára is, például a *DSM-4* változásai növelték a prevalenciáját (Lahey et al., 1994). Ugyanígy növelheti a diagnózisok számát a felnőttkori ADHD jelenségének felismerése, valamint a *DSM-5* „enyhítései” a diagnózishoz szükséges tünetek számát és azok első megjelenésének idejét tekintve.

Ebben a történeti áttekintésben jól nyomon követhető, hogy a jelenleg ADHD-ként definiált állapotleírás és diagnózis történelmi evolúcióját mélyen érintették a változó társadalmi attitűdök (melyek nagy hatással vannak arra, hogy egy neurobiológiai eltérés milyen mértékben vezet károsodáshoz, akadályozottsághoz és diagnózishoz), a gyerekekkel, pszichiátriai zavarokkal kapcsolatos szemléletmódok változásai és a tudományos fejlemények. De nagy hatással volt rá például az 1908-as encephalitis járvány is – pedig a két állapot a háttér ismerete nélkül nehezen lenne összeköthető. A megítélést minden korban befolyásolhatja az is, hogy milyen nevelési-oktatási körülményeknek, elvárásoknak kell megfelelni a gyerekeknek, és az ettől való eltérés a

viselkedésükben milyen következményekhez vezet, illetve milyen okot tételeznek fel a háttérben. A történeti leírásoknál a végső elemzést a dokumentumok elérhetősége is korlátozza.

Ebben a tanulmányban áttekintettem az ADHD történetét a nemzetközi szakirodalomban jelenleg elérhető legelső történelmi forrásoktól kezdve, az első klinikai leírásokon át, a „minimális agyi diszfunkción” keresztül eljutva a mai tudásunk szerinti legmodernebb ADHD definícióig, melyet a DSM-5 és a BNO-11 összehangolt kritériumrendszere jelent.

IRODALOMJEGYZÉK

- American Psychiatric Association. (1952). *Mental disorders*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, A. P., & American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (Vol. 4). American psychiatric association.
- American Psychiatric Association, D. S. M. T. F., & American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American psychiatric association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Balázs J. (2022). ADHD: state of the art áttekintés. *Gyógypedagógiai Szemle*, 50(2-3), 103–116. <https://doi.org/10.52092/gyosze.2022.2-3.1>
- Barkley, R. A. (2006). The relevance of the still lectures to attention-deficit/hyperactivity disorder: a commentary. *Journal of attention disorders*, 10(2), 137–140. <https://doi.org/10.1177/1087054706288111>
- Barkley, R. A. (2009). History of adult ADHD pushed back to 1798!. *The ADHD report*, 17(1), 1–5. <https://doi.org/10.1521/adhd.2009.17.1.1>
- Barkley, R. A. (2015). Concentration deficit disorder (sluggish cognitive tempo). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*, 81–115.
- Barkley, R. A., & Peters, H. (2012). The Earliest Reference to ADHD in the Medical Literature? Melchior Adam Weikard's Description in 1775 of „Attention Deficit” (Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis). *Journal of Attention Disorders*, 16(8), 623–630. <https://doi.org/10.1177/1087054711432309>
- Bertillon, Jacques (1888) Atlas de statistique graphique de la ville de Paris. G. Masson, Editeur, Librairie de l'Académie de Medecine, Letöltve: 2023.09.20. URL: <https://shorturl.at/fhjsR>
- Bond, E. D., & Smith, L. H. (1935). Post-encephalitic behavior disorders: A ten year review of the Franklin School. *American Journal of Psychiatry*, 92(1), 17–33. <https://doi.org/10.1176/ajp.92.1.17>
- Bradley, C. (1936). Children's hospital for neurologic and behavior disorders. *Journal of the American Medical Association*, 107(9), 650–653. doi:10.1001/jama.1936.02770350018007
- Bradley, C. (1937). The behavior of children receiving benzedrine. *American journal of Psychiatry*, 94(3), 577-585. <https://doi.org/10.1176/ajp.94.3.577>
- Breyer, J. L., Botzet, A. M., Winters, K. C., Stinchfield, R. D., August, G., & Realmuto, G. (2009). Young adult gambling behaviors and their relationship with the persistence of ADHD. *Journal of gambling studies*, 25(2), 227–238. <https://doi.org/10.1007/s10899-009-9126-z>
- Centers for Disease Control & Prevention. (2017). ADHD throughout the years. Letöltve: 2024.01.20. URL: <https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/timeline.html>
- Charach, A., Dashti, B., Carson, P., Booker, L., Lim, C. G., Lillie, E., et al (2011). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effectiveness of Treatment in At-Risk Preschoolers; Long-Term Effectiveness in All Ages; and Variability in Prevalence, Diagnosis, and Treatment*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Chess S. (1960). Diagnosis and treatment of the hyperactive child. *New York state journal of medicine*, 60, 2379–2385.

- Clements, S. D., & Peters, J. E. (1962). Minimal brain dysfunctions in the school-age child. Diagnosis and treatment. *Archives of general psychiatry*, 6, 185–197. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1962.01710210001001>
- Clements, S. D. (1966). *Minimal brain dysfunction in children: Terminology and identification: Phase one of a three phase project* (Vol. 55). US Department of Health, Education and Welfare.
- Conners, C. K. (é.n.). History of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults and Children, 1–15. <https://doi.org/10.1017/cbo9781139035491.002>
- Conners, C. K., & Eisenberg, L. (1963). The effects of methylphenidate on symptomatology and learning in disturbed children. *American Journal of Psychiatry*, 120(5), 458–464. <https://doi.org/10.1176/ajp.120.5.458>
- Crichton, A. (2008). An inquiry into the nature and origin of mental derangement: on attention and its diseases. *Journal of attention disorders*, 12(3), 200–206. <https://doi.org/10.1177/1087054708315137>
- Curtiss, F. R., & Fairman, K. A. (2007). ADD or ADHD or what exactly?-GIGO part II and other lessons in research with administrative claims. *Journal of managed care pharmacy: JMCP*, 13(7), 617–619. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2007.13.7.617>
- Demoor, J. (1901). *Die anormalen Kinder und ihre erziehbliche Behandlung in Haus und Schule* (Vol. 3). O. Bonde.
- Di Blasio, B., & Farkas, I. A. (2020). A gyermekkori figyelemzavar és hiperaktivitás (ADHD) gyógyszeres kezelésének megítélése pedagógusok körében. *Iskolakultúra*, 30(1-2), 89–115.
- Ebaugh, F. G. (1923). Neuropsychiatric sequelae of acute epidemic encephalitis in children. *American Journal of Diseases of Children*, 25(2), 89–97. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1923.01920020006002>
- Egészségügyi Szakmai Kollégium (2020). 2020. EüK. 19. szám EMMI szakmai irányelv 1, Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a hiperkinetikus zavar (figyelembíányos/hiperaktivitás zavar) kóriszmészéről, kezeléséről és gondozásáról. Letöltés: 2023.11.20. URL: http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/3273/fajlok/2020_EuK_19_szam_EMMI_szakmai_iran_yelv_1.pdf
- Eisenberg, L. (2007). Commentary with a historical perspective by a child psychiatrist: when "ADHD" was the "brain-damaged child". *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 17(3), 279–283. <https://doi.org/10.1089/cap.2006.0139>
- First, M. B., Reed, G. M., Hyman, S. E., & Saxena, S. (2015). The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(1), 82–90. <https://doi.org/10.1002/wps.20189>
- García De Vinuesa Fernández, F. & Investigación privada. (2017). Prehistoria del TDAH: Aditivos para un diagnóstico insostenible. *Papeles del Psicólogo - Psychologist Papers*, 37(1), 107. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2829>
- Hicks, J. (2012). *Fast times: The life, death and rebirth of amphetamine*. Letöltés: 2024.01.20. URL: <https://www.sciencehistory.org/stories/magazine/fast-times-the-life-death-and-rebirth-of-amphetamine/>
- Hirsch, J. A., Nicola, G., McGinty, G., Liu, R. W., Barr, R. M., Chittle, M. D., & Manchikanti, L. (2016). ICD-10: History and Context. *AJNR. American journal of neuroradiology*, 37(4), 596–599. <https://doi.org/10.3174/ajnr.A4696>
- Hoffmann, H. (1876). *Der Struwelpeter oder lustige Geschichten und drollige Bilder für Kinder von 3-6 Jahren von Dr. Heinrich Hoffmann*. 100 Auflage. Frankfurt am Main: Literarische Anstalt (Rütten & Loening)
- Kahn, E., & Cohen, L. H. (1934). Organic drivenness a brain-stem syndrome and an experience. *New England Journal of Medicine*, 210(14), 748–756. <https://doi.org/10.1056/nejm193404052101405>

- Kugel, R. B., Scherz, R. G., Seidel, H. M., McMahon, J. L., Rinker, A., Garell, D. C., et al (1975). Medication for hyperkinetic children. *Pediatrics*, 55(4), 560–562. <https://doi.org/10.1542/peds.55.4.560>
- Kulcsár Zs. (1993). Gyermekkori hiperaktivitás MI. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 3-4. 270–291.
- Lahey, B. B., Applegate, B., McBurnett, K., Biederman, J., Greenhill, L., Hynd, G. W., et al (1994). DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *The American journal of psychiatry*, 151(11), 1673–1685. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.11.1673>
- Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 2(4), 241–255. <https://doi.org/10.1007/s12402-010-0045-8>
- Laufer, M. W., & Denhoff, E. (1957). Hyperkinetic behavior syndrome in children. *The Journal of pediatrics*, 50(4), 463–474. [https://doi.org/10.1016/s0022-3476\(57\)80257-1](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(57)80257-1)
- Leahy, L. G. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A historical review (1775 to present). *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 55(9), 10–16. <https://doi.org/10.3928/02793695-20170818-08>
- Lima, I. (2019). *The difficulties of the person with attention deficit disorder in adulthood*. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. 7(8), pp. 05–12. <https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/educacao/dificuldades-da-pessoa>
- Mallett, C. A., Natarajan, A., & Hoy, J. (2014). Attention deficit/hyperactivity disorder: A DSM timeline review. *International Journal of Mental Health*, 43(4), 36–60. <https://doi.org/10.1080/00207411.2015.1009310>
- Mayes, R., & Rafalovich, A. (2007). Suffer the restless children: The evolution of ADHD and paediatric stimulant use, 1900–80. *History of Psychiatry*, 18(4), 435–457. <https://doi.org/10.1177/0957154X06075782>
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2009). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young People and Adults*. British Psychological Society (UK).
- Okie S. (2006). ADHD in adults. *The New England journal of medicine*, 354(25), 2637–2641. <https://doi.org/10.1056/NEJMp068113>
- Gnanavel, S., Sharma, P., Kaushal, P., & Hussain, S. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: A review of literature. *World Journal of Clinical Cases*, 7(17), 2420–2426. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v7.i17.2420>
- Oliveira, Q. S. de, Stofele, F. M. C., Rocha, M. da P. M., Santos, M. A. J. de O., Ventura, M. dos S. S., & Nunes, M. A. da C. (2020). Diagnosticado com TDAH: E agora professor? *Nursing (São Paulo)*, 23(264), Article 264. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i264p4036-4047>
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942–948. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 434–442. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt261>
- Pongrácz K. (2022). Az ADHD-specifikus evidenciaalapú támogatás keretrendszere és alapelemei. *Gyógypedagógiai Szemle*, 50(2-3), 117–127. <https://doi.org/10.52092/gyosze.2022.2-3.2>
- Roberts, W., Milich, R., & Barkley, R. A. (2015). Primary symptoms, diagnostic criteria, subtyping, and prevalence of ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed., pp. 51–80). The Guilford Press.
- Simon-Pezeshknia, E. (2011). Le Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDAH): agitation des psychiatres autour d'un diagnostic. Comment comprendre les résistances et les réticences (Doctoral

- dissertation, UHP-Université Henri Poincaré). Letöltve: 2023.09.14. URL: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733101>
- Strohl, M. P. (2011). Bradley's Bensedrine studies on children with behavioral disorders. *The Yale journal of biology and medicine*, 84(1), 27–33.
- Sz.n. (2004). *BNO-10 zsebkönyv*. Animula Kiadó.
- Takács Á. (2013). *Az ADHD heterogenitásának vizsgálata kognitív neuropszichológiai alcsoportképzéssel*. Doktori disszertáció. Letöltve: 2023.09.10. URL: http://pszichologia.phd.elte.hu/vedesek/takacs_adam_disszertacio.pdf
- Thome, J., & Jacobs, K. A. (2004). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book. *European psychiatry*, 19(5), 303–306. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.05.004>
- Volkmar, F. R. (2003). Changing perspectives on ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1025-1027. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1025>
- Weikard, M. A. (1787). „Der” philosophische Arzt (Vol. 3). Trattner. Letöltve: 2023.09.20. URL: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb11106138?page=5>
- World Health Organization (2010). International Statistical Classification of Diseases and related health problems: Alphabetical index (Vol. 2). World Health Organization. Letöltve: 2023.10.03. URL: https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2010.pdf
- Zsidó N., A. & Lábadi, B. (szerk.) (2023) *Figyelem a gyakorlatban*. Akadémiai Kiadó. <https://doi.org/10.1556/9789634548478>

From the inattentive "young Frenchman" to today's ADHD - the history of attention deficit hyperactivity disorder

ABSTRACT

Although ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) has become widely known recently, it is good to know that this neurodevelopmental disorder did not appear only in the 20th century. In this study, I review the history of ADHD, and the changing names and definitions. In addition to the historical interest, I aim to highlight that the syndrome is not new, only the changing world presents new and new challenges for people with ADHD.

Although people with ADHD have shown similar behaviours over the past centuries, the diagnostic labels used to identify them have changed a lot, largely as a result of cultural, medical, and scientific changes and discoveries (Mayes & Rafalovich, 2007), and is still changing today. What remains unchanged is that from the first description to the present day, this condition was thought to be of biological origin. After the initial scattered case studies, the syndrome was described at the beginning of the 20th century, then as a "moral control disorder".

The definition of this concept has evolved from "minimal brain damage/dysfunction" through the DSM-2 concept of a psychodynamically orientated hyperkinetic reaction to the biological psychiatric approach to ADD and then to ADHD as we know it today.

Keywords: ADHD, history, DSM, ICD
