

GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE

A MAGYAR GYÓGYPEDAGÓGUSOK
EGYESÜLETÉNEK FOLYÓIRATA

2022 – L. évfolyam

2-3

GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE

A Magyar Gyógypedagógusok Egyesületének folyóirata

Alapító-főszerkesztő: Gordosné dr. Szabó Anna
Főszerkesztő: Virányi Anita
Tervezőszerkesztő: FORENO Nonprofit Kft.
Szerkesztőbizottság: Csányi Yvonne
Farkasné Gönczi Rita
Gereben Ferencné
Lénárt Zoltán
Mohai Katalin
Stefanik Krisztina
Szekeres Ágota

Digitális megjelenés: www.gyogypedszemle.hu
Szerkesztőségi titkár: Szekeres Szabolcs (gyogypedszemle@gmail.com)

A szerkesztőség elérhetősége: gyogypedszemle@gmail.com
Megvásárolható: Krasznár és Társa Könyvkereskedelmi Bt.
1098 Budapest, Dési Huber u. 7.

HUISSN0133-1108

2022. április–szeptember

Felelős kiadó:

Reményi Tamás – Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete
1071 Budapest, Damjanich u. 41-43. (remenyi.tamas@barczi.elte.hu)
Postacím: 1476 Budapest, Pf. 78.
Web: www.magye-1972.hu

Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Zrt. Hírlap Üzletága
1089 Budapest, Orczy tér 1.
Előfizethető valamennyi postán, kézbesítőnél,
e-mailen: hirlapelofizetes@posta.hu, faxon: 06-1/303-3440
További információ: 06 80/444-444

Egy szám ára: 1400,-Ft

Indexszám: 25359

Megjelenik negyedévenként.

Minden jog fenntartva. A folyóiratban megjelent képeket, ábrákat és szövegeket a kiadó engedélye nélkül tilos közzétenni, reprodukálni, számítástechnikai rendszerben tárolni és továbbadni. A szerkesztőség képeket és kéziratokat nem őriz meg és nem küld vissza.

NYOMDA:

FORENO Nonprofit Kft. • 9400 Sopron, Fraknói u. 22.
Felelős vezető: Major Lajos ügyvezető igazgató

SZERKESZTŐI ELŐSZÓ

TEMATIKUS SZERKESZTŐI BEVEZETÉS

A kedves olvasó a Gyógypedagógiai Szemle ADHD-val, azaz figyelemhiányos hiperaktivitás zavarral foglalkozó tematikus számát lapozta fel. E szám szakirányunk életében egy régóta várt, többéves fejlődési és megújulási folyamat fontos mérföldkövének tekinthető.

Az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karán működő pszichopedagógia szakirány több mint fél évszázados múltra tekint vissza, hiszen a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolán 1968-ban került meghirdetésre levelező képzés formájában a nevelőtanári szak, melynek folyamányaként az országban elsőként, 1973-ban az újonnan alapított pszichopedagógia tanszék nappali tagozatán elindulhatott a leendő pszichopedagógusok képzése (Kereki és Pichler, 2017).

Az utóbbi egy évtizedben jelentősen megnövekedett mind a szakemberek, mind a gyógypedagógiai ellátásban részesülő családok részéről az igény arra vonatkozóan, hogy a pszichopedagógiai képzési tartalmakat újragondoljuk és átstrukturáljuk a gyakorlati terepen felmerülő szükségleteknek és a legújabb tudományos kutatási eredményeknek megfelelően, tisztázzuk a szakmai kompetenciahatárokat és a társszakmákkal való kompetenciaátfedéseket. Szakirányunk képzési tartalomfejlesztése 2019-ben indult el, melynek egyik kiemelt területe az ADHD-specifikus gyógypedagógiai támogatás kérdésköre.

Az ADHD 3-5%-os előfordulási arányával a leggyakoribb gyermekkori pszichiátriai zavarok közé tartozik, és felnőttkorban sem elhanyagolható a 2,8 %-ra tehető előfordulási gyakorisága (Kooij és mtsai, 2019). Hazánkban bár hozzáférhető az érintett személyek diagnosztizálására és ellátására vonatkozóan szakmai irányelv az Egészségügyi Szakmai Kollégium (2020) jóvoltából, valamint például születtek a nemzetközi együttműködésben megvalósult Helping Hand projekt (é.n.) keretében az óvodáskorú ADHD-s kisgyermek szülei és pedagógusai számára kézikönyvek, nincs könnyű helyzetben az a szakember, aki tudományos bizonyítékokkal megalapozott, ADHD-specifikus ellátást szeretne nyújtani az érintett személyek és családjuk számára.

Képzésfejlesztő munkánk során ezért egyik kiemelt célkitűzésünk, hogy a szakemberképzés során hallgatóink olyan korszerű, tudományos eredményekkel alátámasztott ismeretekhez, módszertani repertoárhoz jussanak, amelyek hozzájárulnak ahhoz, hogy képesek legyenek az ADHD-val kapcsolatos állapotmegismerésre, illetve diagnosztikai munkában való együttműködésre, valamint az érintett személy és családja szükségleteit, céljait figyelembe vevő intervenciók tervezésére és megvalósítására.

A téma iránt érdeklődő olvasók e tematikus számra tekinthetnek ún. ráhangolódásként, módszertani alapozásként. Egy olyan válogatást igyekeztünk összeállítani, amely tartalmazza egyrészt az ADHD-val kapcsolatos korszerű tudományos tényeket, az evidenciaalapú beavatkozás kereteit és elemeit, valamint egy aktuálisan zajló pilot kutatás első eredményeit, másrészt bepillantást biztosít az egészségügyi és a köznevelési rendszerben megvalósuló egy-egy jó

gyakorlatba. A lapszámból nem hiányozhat a könyvismertetés sem, továbbá fontos tartottuk azt is, hogy egy tapasztalati szakértő elgondolkodtató írását megismertethessük az olvasóközönséggel.

A közölt tanulmányok struktúrája a tematikus szám előbbiekben említett, sajátos jellegéből fakadóan nem követi szorosan az előírt formai követelményeket, de ettől függetlenül nem nélkülözi a szakmai hitelességet és megalapozottságot.

A szerzőtársakkal közösen bízunk abban, hogy a tematikus számban megjelentetett közlemények hasznosnak és továbbgondolásra alkalmasnak bizonyulnak az olvasók számára.

Pongrácz Kornélia PhD

a tematikus szám szerkesztője

a pszichopedagógia szakirány mb. szakirányfelelőse (ELTE BGGYK)

HIVATKOZÁSOK

Egészségügyi Szakmai Kollégium (2020). 2020. EüK. 19. szám EMMI szakmai irányelv 1, *Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a hiperkinetikus zavar (figyelembiányos/hiperaktivitás zavar) kórismézéséről, kezeléséről és gondozásáról.*

Helping Hand, Helping Hyper Activity Nurture Development (é.n.). URL: https://helping-hand.hu/index_hu.html Utolsó megtekintés: 2022. 08. 17.

Kereki J. és Pichler Zs. (2017). A pszichopedagógia jelenlegi helyzete és perspektívái. *Gyógypedagógiai Szemle*, 45(4), 241–258.

Kooij, J., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., et al (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*, 56(1), 14–34. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001>

ADHD: state of the art áttekintés

BALÁZS JUDIT^{1,2}

balazs.judit@ppk.elte.hu

ABSZTRAKT

A figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (ADHD) az egyik leggyakrabban megjelenő pszichiátriai zavar gyermekkorban és az esetek felében a tünetei felnőttkorban is fennmaradnak. Az ADHD kezeletlenül jelentős funkciókárosodást okoz számos területen, terhet ró az egyénre, a családjára és az egész társadalomra is. Az ADHD gyakran társul más pszichiátriai zavarokkal. Hatékony, evidencián alapuló nem-gyógyszeres és gyógyszeres kezelése ismert. Nagyon fontos a társzakkák, a gyógypedagógia, a pszichológia, a pszichiátria hatékony együttműködése, hogy minél több gyermek, serdülő és felnőtt megkapja a megfelelő segítséget a ADHD és a hozzá társuló problémák kezelésére. A tanulmány célja, hogy friss, evidenciákon alapuló információt nyújtson az ADHD-ről.

Kulcsszavak: figyelemhiányos hiperaktivitás zavar, ADHD, diagnosztika, prevalencia, etiológia, következmény, kezelés

DOI: [10.52092/gyosze.2022.2-3.1](https://doi.org/10.52092/gyosze.2022.2-3.1)

ELŐSZÓ

Nagy megtiszteltetés, hogy a Gyógypedagógia Szemle szerkesztősege a figyelemhiányos hiperaktivitás zavarról (attention-deficit hyperactivity disorder: ADHD) szóló tematikus számukhoz – ahogy írták – egy „igazi state of the art” áttekintő tanulmány megírása kért fel. Gyermekpszichiátrián több mint három évtizede kezdtem dolgozni orvosi egyetemi tanulmányaim mellett, nővérként. Már ekkor nagyon érdekelt az ADHD, az egyetemre erről a témáról írtam rektori pályázatot, amit szakdolgozatnak is elfogadtak.

Sok mindent tanultam, tanulok azóta folyamatosan különböző szakmai feladataim, szerepeim során. Az egyik legfontosabb, amit megtanultam, hogy legyen szó bármilyen pszichiátriai zavarról, nővérek, pszichológusok, gyógypedagógusok, foglalkoztatók és orvosok csak együtt dolgozva, együtt gondolkozva tudunk jól segíteni a gyermekeknek/serdülőknek és a szüleiknek, a családjuknak és a pedagógusaiknak.

Jelen áttekintő tanulmány megírásával ezt a közös munkát szeretném elősegíteni. A kézirat nemzetközi kutatásokon és doktori hallgatóimmal, kutatócsoportunkkal végzett munkánkon alapul.

BEVEZETÉS

Amikor ADHD-ról beszélünk, akkor nem egy 21. századi, sőt még nem is egy 20. századi pszichiátriai zavarról van szó. Az ADHD mint tünetegyüttes először a 18. században került említésre egy tankönyvben, amikor Melchior Adam Weikard német orvos mutatott be egy olyan pszichiátriai zavart, amelynek leírása megfelel annak, amit ma ADHD alatt értünk. Ezután az ADHD tünetegyüttesének számos további leírása történt meg, csak hogy néhányat említsünk a teljesség igénye nélkül: Heinrich Hoffmann, a németországi Frankfurt am Main első pszichiátriai kórházának vezetője, a 19. század közepén mesekönyvben, saját készítésű rajzokkal illusztrálva egy gyermek történetén keresztül mutatta be az ADHD tüneteit (és számos társuló nehézséget). Minimális agyi diszfunkciónak (minimal brain dysfunction), hiperaktív/hiperkinetikus szindrómának és gyermekkori hiperaktív reakciónak is nevezték az ADHD jellegű tünetegyüttest (Lange és mtsai, 2010).

A figyelmetlenség az Amerikai Pszichiátriai Társaság által kidolgozott Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyvének harmadik kiadásában, 1980-ban (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III) lett a tünetegyüttes része, figyelemhiányos rendellenességnek nevezték, hiperaktivitással vagy anélkül (American Psychiatric Association, 1980). Mint ahogy a kézikönyv címében is szerepel, a pszichiátriát övező stigma csökkentése érdekében „disorder” gyűjtemény, melynek a hivatalos magyar fordítása „zavar” lett. Jelen cikkben is ezt a terminológiát követjük.

Azóta a klinikai megfigyelések és a kutatási eredmények alapján folyamatos felülvizsgálata, finomítása történik. 1987-ben jelent meg DSM-III-R-ben az ADHD elnevezés (American Psychiatric Association, 1987), majd 1994-ben, a DSM-IV közzétételével az ADHD-t további három altípusra bontották: figyelmetlen, hiperaktív/impulzív és kombinált (American Psychiatric Association, 1994). Jelenleg a DSM 5. kiadása van érvényben, ahol az idegrendszer fejlődési zavarai között szerepel az ADHD, és gyermekekre és felnőttekre vonatkozóan speciális kritériumokat tartalmaz (American Psychiatric Association, 2013). Az idén megjelent Betegségek Nemzetközi Osztályozása (11. revízió; BNO-11) szintén ezen szemléletet tükrözi. Az ADHD ebben a klasszifikációs rendszerben is az idegrendszer zavarai közé került és a korábbi hiperkinetikus elnevezést ADHD-ra cserélte (World Health Organization, 2018).

Ez az áttekintő tanulmány a jelenleg elérhető ismeretek alapján az ADHD diagnosztizálását, epidemiológiai adatait, etiológiájára vonatkozó friss tudományos eredményeket, impaktját és evidencián alapuló kezelését mutatja be.

AZ ADHD DIAGNOSZTIZÁLÁSA

A jelenleg érvényben levő DSM-5 rendszer szerint az ADHD diagnosztizálása a jelenlegi és korábbi tünetek gondos feltérképezésén és a funkcionális károsodás részletes felmérésén alapul (American Psychiatric Association, 2013). A diagnosztikai kritériumok teljesítéséhez a figyelemzavar és/vagy a hiperaktív és impulzív területeken 17 évesnél fiatalabbaknál hat vagy több tünet fennállása szükséges, míg legalább öt tünet a 17 évesnél idősebbeknél. További kritérium a DSM-5 szerint, hogy a tüneteknek 12 éves kor előtt meg kell jelenniük. Az ADHD-nak három „megjelenítése”

magatartás volt. Serdülőknél major depresszív epizód, öngyilkos magatartás, disztímiás zavar, alkohol- és pszichoaktív szer-dependencia, pszichotikus zavarok és generalizált szorongásos zavar szignifikánsan gyakrabban fordult elő, mint gyermekeknél (Keresztény és mtsai, 2012).

Az ADHD diagnózisú felnőttek 80%-ánál áll fenn legalább egy komorbid pszichiátriai zavar, leggyakrabban a hangulatzavarok (53,3%) és a szorongásos zavarok (50%), valamint a szerhasználati zavarok, ezek között leginkább alkohol, dohányzás, marihuána és kokain használat (kétszer gyakoribbak ADHD-soknál, mint akiknél nem áll fenn ADHD) és a személyiségzavarok (50%). Megemlítendő továbbá, hogy az ADHD komorbiditás arányát bipoláris zavarban 9,5% és 21,2% közé teszik (Katzman és mtsai, 2017; Kessler és mtsai, 2006).

Annak ellenére, hogy a DSM-5 előtt megjelenő klasszifikációs rendszerek kizárták az ADHD és az autizmus együttjárását, a klinikumban ezt gyakran megfigyeltük. Kutatások alapján ADHD mellett 12-13%-ban fennáll ASD, illetve az ASD 40-70%-ában állították fel az ADHD diagnózisát is (Jensen & Steinhausen, 2015; Salazar és mtsai, 2015). Ezt az együttjárást a DSM-5 szerint már kódolhatjuk is. A gyermek/felnőtt megértése, hatékony segítése miatt fontos, hogy egyik pszichiátriai zavar felismerését se mulasszuk el.

Kutatócsoportunk eredményei elsők között hívták fel a klinikusok figyelmét az ADHD melletti fokozott öngyilkossági rizikóra. Frissen diagnosztizált, kezelés alatt még nem álló 211 fő ADHD diagnózisú és további 105 fő küszöb alatti ADHD tüneteket mutató gyermek és serdülő vizsgálatakor a jelenlegi öngyilkossági kockázat 28 gyermeknél (12,7%) és 77 serdülőnél (38,9%) állt fenn. Az ADHD tünetei és az aktuális öngyilkosság közötti kapcsolatot teljes mértékben a komorbid pszichiátriai zavarok tünetei moderálták, mégpedig: 12 év alatti gyermekeknél a szorongásos zavarok tünetei, míg a 12 évesnél idősebb serdülőknél a major depressziós epizód és a dysthymia, valamint a pszichoaktív szerhasználat tünetei (Balázs és mtsai, 2014). A témában végzett, 26 kutatáson alapuló – melyek közül 23 keresztmetszeti elrendezésű – szisztematikus vizsgálatunk megerősítette az ADHD és az öngyilkos magatartás közötti pozitív asszociációt mindkét nemnél és minden korcsoportban, illetve, hogy a komorbid zavarok ezt mediálják (Balázs & Keresztény, 2017). A témát tovább vizsgáltuk, és 18 utánkövetéses vizsgálat szisztematikus áttekintése során 17-nél találtunk pozitív összefüggést a kiindulási ADHD diagnózis és az utánkövetéskor fennálló öngyilkos magatartás között (Garas & Balázs, 2020).

Továbbá figyelemfelkeltő adat, hogy míg az öngyilkossági kísérletet elkövető fiatalok közel kétharmadánál diagnosztizáltak ADHD-t, csak kevesebb mint negyedüknél ismerték fel és kezelték az ADHD-t az öngyilkossági kísérletük előtt (Lam, 2002; Manor és mtsai, 2010).

Mint ahogy kutatócsoportunk szisztematikus áttekintése összefoglalóan leírja, az utóbbi évtized kutatásai szintén pozitív összefüggést találtak az ADHD és a nemszuicidális önsértés (non-suicidal self-injury: NSSI) között, mely tünetegyüttes önálló diagnózisként bekerült a DSM-5 további kutatást igénylő fejezetébe (Mészáros és mtsai, 2017). Az ADHD diagnózisú serdülők kétharmadánál fordul elő NSSI és azon ADHD diagnózisú serdülők, akiknél önsértés előfordul, kétharmadukban lányok (Győri és mtsai, 2018). Tudomásunk szerint kutatócsoportunk vizsgálta először mindkét nem bevonásával, hogy vajon az ADHD tüneteinek van-e közvetlen hatása az NSSI-re, és azt találtuk, hogy nincs közvetlen összefüggés az ADHD tüneteinek és az NSSI között, a komorbiditások teljes mértékben mediálják ezt, mégpedig mindkét nemnél az affektív zavarok és az öngyilkos magatartás, míg lányoknál a komorbid pszichoaktív szerhasználat is (Győri és mtsai, 2018).

Az ADHD etiológiája

Mint fentebb olvashattuk, jelenleg a klinikumban használatos klasszifikációs rendszerek (a DSM és a BNO) leíró, fenomenológiai megközelítésen alapulnak, az ADHD mögöttes okait (még) nem veszik figyelembe. Mindeközben a kutatások zajlanak, és egyre többet tudunk az ADHD etiológiájáról. Mindezek alapján jelenlegi tudásunk szerint az ADHD *kialakulásában genetikai és környezeti tényezők játszanak szerepet* (Faraone és mtsai, 2015).

Ikerkutatások alapján az ADHD *öröklődését* 70-80% között találták. A kutatások eddig 12 jelentős kockázati lókuszt azonosítottak, ezek az asszociációk azonban az ADHD öröklődésének csak 22%-áért felelősek. Az öröklődési becslések és a genomszintű asszociációs vizsgálatok közötti jelentős különbség miatt az ADHD genetikai hátterét most 50%-ra tesszük (Faraone, 2005).

Jelenleg az ADHD kialakulásában a másik 50%-ért *a környezeti rizikók* szerepét tartjuk felelősnek. Ezek között szerepelnek a pre- és perinatális kockázati tényezők, mint például a koraszülöttség, az alacsony születési súly, a terhesség alatti anyai dohányzás és stressz. Kutatások zajlanak arra vonatkozóan, hogy a mesterséges élelmiszerszínezékek és aromák fokozzák-e az ADHD tüneteinek súlyosságát, azonban további kutatások szükségesek az ok-okozati összefüggések kimutatásához (Faraone, 2005; Harold és mtsai, 2013; Nigg és mtsai, 2012).

Kennedy és munkatársai (2016) Romániában, az 1980-as években árvaházakban felnövő gyermekeknél mutatta ki az intézményi elhanyagolás és az ADHD közötti összefüggést. Azt találták, hogy az ADHD megjelenése hétszeresére nőtt azoknál, akik gyermekkorukban több mint 6 hónapos nélkülözést éltek át, összehasonlítva azokkal, akik 6 hónapnál kevesebbet.

Az ADHD patofiziológiája

Az agy szerkezetét és működését illetően a képalkotó eljárásokkal végzett korai kutatások elsősorban a prefrontális kéreg szerepére világítottak rá. Azóta számos neurális hálózat érintettségét is leírták, így a nyugalmi hálózatot (default mode network: DMN), a dorsalis és ventrális, valamint a frontostriális és mezokortikolimbikus hálózatot.

A neurotranszmitterek közül a dopamin- és a noradrenalinrendszer érintettségéről számolnak be a vizsgálatok, mégpedig alul- és túlműködésükről is, mely ellentétes folyamatokat egy dóziszfüggő inverz U görbe elmélet fogja össze, ami szerint a prefrontális cortex ideális működéséhez megfelelő dopamin- és noradrenalin szint szükséges, az ettől való eltérés vezethet az ADHD-hoz (Arnsten & Pliszka, 2011).

Az ADHD diagnózisú gyermekeknél funkcionális és érési rendellenességeket, átlagosan 2-3 éves késést is megfigyeltek (Shaw és mtsai, 2007).

A kutatások a végrehajtó funkciók zavarát mutatták ki számos területen ADHD diagnózisú gyermekeknél, serdülőknél és felnőtteknél is, így például a viselkedési gátlás, a munkamemória, a váltás, a tervezés és szervezés területén. Azonban az ADHD diagnózisú személyeknél nem egységes, hogy melyik végrehajtó funkció területén áll fenn károsodás. Általában nem az összes, előbb felsorolt területen van funkciózavar, sőt vannak olyan ADHD diagnózisú gyermekek/serdülők/felnőttek, akiknél a végrehajtó funkciók egyáltalán nem károsodnak. Továbbá a fentebb felsorolt végrehajtófunkció-zavarok nem specifikusak ADHD-ra, számos más pszichiátriai zavarnál is megfigyelhetőek (Posner és mtsai, 2020).

Az ADHD prevalenciája

Az ADHD prevalenciáját gyermek- és serdülőkorban két szisztematikus áttekintés és metaanalízis alapján 5,3-7,1% között találták (Polanczyk és mtsai, 2007; Willcutt, 2012). Sem a Willcutt (2012) által készített, sem Polanczyk és munkatársainak (2014) metaanalízisének alapuló vizsgálat nem talált szignifikáns különbségeket az ADHD gyermek- és serdülőkori prevalenciájában a világ egyes országai, régiói között. Az ADHD tünetei 10-25 év között 5 évente kb. 50%-kal csökkennek, mégpedig elsősorban a hiperaktivitás tünetei (Faraone és mtsai, 2006; Lara és mtsai, 2009). Simon és munkatársai (2009) 19-45 éves felnőttek bevonásával végzett metaanalízise 2,5%-nak találta az ADHD prevalenciáját. Az ADHD diagnózisú gyermekek utánkövetése során a tünetek csökkenését mutatták a vizsgálatok: a gyermekek 15%-ánál állt fenn az ADHD összes diagnosztikai kritériuma, míg 40-60%-uknál részleges remissziót találtak. Tehát érdekes módon a felnőtteknél a prevalencia magasabb, mint az várható lenne a gyermekeknél tapasztalt perzisztencia aránya alapján, ami arra utal, hogy új esetek is megjelennek felnőttkorban.

Ezzel a logikai következtetéssel egybeeső eredményt kapott két prospektíven követett, reprezentatív populációs mintán végzett kutatás is (Agnew-Blais és mtsai, 2016; Moffitt és mtsai, 2015). Moffitt és munkatársai (2015) kohorszvizsgálatába 5249 személyt vont be, akik 1993-ban születtek Pelotasban, Brazíliában. 18-19 éves korukig 81,3%-ukat utánkövették. Eredményeik alapján 11 éves korban az ADHD 393 személynél (8,9%) állt fenn, míg 18-19 éves korukban 492 személy (12,2%) merítette ki a felnőtt ADHD összes DSM-5 kritériumát, kivéve azt a kritériumot, ami az ADHD kezdeti életkorára vonatkozik. Ekkor csak 60 olyan személyt találtak (17,2%) akiknél gyermekkorukban is (n=393) és felnőttkorukban is fennállt az ADHD. Továbbá a felnőttkorban ADHD diagnózisú fiatal felnőttek közül (n=492) csak 60 személynél (12,6%) állt fenn az ADHD gyermekkorban is. Agnew-Blais és mtsai (2016) kohorszvizsgálata 1037 személyből áll, akik Dunedinben, Új-Zélandon születtek 1972-ben és 1973-ban és 95%-ukat 38 éves korukig utánkövették. A gyermekkori ADHD prevalenciáját 6%-nak, a felnőttkorit 3%-nak találták. Meglepő eredményük, hogy a gyermekkori és a felnőtt ADHD csoportok gyakorlatilag nem fedtek át: a felnőttkori ADHD esetek 90%-ánál nem szerepelt gyermekkori ADHD. Mindezen eredmények felvetik az ADHD-nak egy eddig nem ismert fejlődési altípusát, ahol a tünetek serdülő- és felnőttkorban indulnak, azonban további kutatások szükségesek ennek az érdekes felvetésnek a megerősítéséhez (Asherson & Agnew-Blais, 2019).

Fontos eredménye ezeknek az áttekintő tanulmányoknak az is, hogy az ADHD előfordulási gyakorisága 1985 és 2012 között nem nőtt, bár a szülők, a pedagógusok és a klinikusok fokozottabb felismerésének köszönhetően ma nagyobb valószínűséggel kerülnek be az ellátórendszerbe az ADHD diagnózisú gyermekek, serdülők és felnőttek, mint az előző évtizedekben (Posner és mtsai, 2020).

A Willcutt által készített metaanalízis (2012) a tanárok értékelések alapján 2:1 férfi/nő arányt talált a fiatalok körében, míg Simon és munkatársai (2009) metaanalízise szerint ez a nemi arány 40 éves kor felett kiegyenlítődik.

Az ADHD következményei

Nemzetközi és kutatócsoportunk által végzett szisztematikus áttekintések alapján az ADHD-val érintett gyermekek/serdülők életminősége jelentősen csökken a tipikusan fejlődő társakhoz képest, függetlenül attól, hogy maguk a fiatalok vagy szüleik értékelik az ő életminőségüket (Danckaerts és mtsai, 2009; Velő és mtsai, 2013). Az életminőségnek nincs egyetlen konkrét definíciója, de a legtöbb meghatározása egy multidimenzionális fogalomnak tekinti, ami magában foglal az általános egészségére, a szociális és pszichológiai területekre és hétköznapi hatékonyságra vonatkozó doméneket (Argawal és mtsai, 2012; Danckaerts és mtsai, 2009). Az ADHD diagnózisú gyermekeknél az életminőség érzelmi, szociális és iskolai működés doménjein találtak elsősorban csökkenést. A fizikai állapot terén az ADHD diagnózisú kisgyermeknél még általában nem jelenik meg életminőség-csökkenés, az életkor növekedésével azonban ezen a területen is gyakran fellép (Lee és mtsai, 2016). A tipikusan fejlődő gyermeket nevelő szülőkhöz képest szintén életminőség-csökkenést találtak azoknál a szülőknél, akiknek a gyermekeinél ADHD áll fenn (Dey és mtsai, 2019).

Továbbá azt mutatják a vizsgálatok, hogy minden életkorban az ADHD-val küzdő személyeknek nehézségük van a szociális kapcsolataikban – ami megjelenhet a családi életben, a barátságok terén, az iskolai és munkahelyi közegben, és különféle szabadidős tevékenységekben. Gyakran az ADHD diagnózisú személyek könnyen teremtenek kapcsolatot, első időben akár népszerűek is lehetnek, azonban hosszabb távon elvesztik ezt a népszerűségüket, nagyon sok elutasítást élnek meg társaiktól, illetve bullyingba (mindkét oldalon) 2-3-szor nagyobb valószínűséggel kerülnek, mint tipikusan fejlődő társaik (Benedict és mtsai, 2015; Murray és mtsai, 2021; Ros & Graziano, 2018).

Az ADHD diagnózisú személyeknél számos további, nem kívánt eseményt nagyobb valószínűséggel találtak, mint azoknál, akinél nem áll fenn ADHD, például sérüléseket és súlyos közlekedési baleseteket, korai, nem tervezett terhességet, iskolából kimaradást és munkanélküliséget is (Hua és mtsai, 2020; Faraone és mtsai, 2021; Ostergaard és mtsai, 2017; Ruiz-Goikoetxea és mtsai, 2018).

Mindezek miatt az ADHD jelentős gazdasági költségekkel jár az érintett személyre magára, a családjára és a társadalomra nézve is – mindezzel részletesen ebben az összefoglalásban nem térünk ki (Faraone és mtsai, 2021). Fontos kiemelni, hogy a fent részletezett problémák zöme akkor lép fel, ha a gyermek/serdülő/felnőtt nem részesül megfelelő, evidencián alapuló kezelésben az ADHD miatt (Posner és mtsai, 2020).

Az ADHD KEZELÉSE

Az ADHD kezelésére nem-gyógyszeres és gyógyszeres kezelés áll a szakemberek rendelkezésére (Cortese & Coghill, 2018). Az első lépés az ADHD kezelésénél is, mint minden pszichiátriai zavarnál, a pszichoedukáció. Kisebb, 12 éves kor alatti gyermekeknél a szülőkonzultáció, akár egyéni, akár csoportos formában, igen fontos. Szintén bizonyítottan hatékony a kognitív viselkedésterápia – kisebb korban a viselkedéses, később a kognitív elemek alkalmazásával is (Cortese & Coghill, 2018; Posner és mtsai, 2020).

Az ADHD-nak számos további, nem-gyógyszeres kezelése felmerült az utóbbi évtizedben, azonban eddig még nem sikerült bizonyítani kontrollált vizsgálatok során hatékonyságukat, ilyen például a neurofeedback és a diétás kezelések (Cortese & mtsai, 2016; Stevenson és mtsai, 2014). Kutatócsoportunk is foglalkozott a testmozgás, mint esetleges kiegészítő terápia hatékonyságának vizsgálatával ADHD diagnózisú gyerekeknél. Egyelőre igen kevés bizonyíték van arra vonatkozóan is, hogy a testmozgás akár rövid, akár hosszú távon mérsékelné az ADHD tüneteit (Miklós és mtsai, 2019). Az ADHD ezen nem-gyógyszeres kezeléseinek és kombinációik hatékonyságának bizonyításához további kutatásokra van szükség.

Hat évesnél fiatalabb gyermekek esetében hazánkban gyógyszeres terápia nem javasolt, ezért különösen fontos az evidencián alapuló nem-gyógyszeres kezeléshez való hozzáférés ezen korosztály számára. Az élet első éveiben hiányoznak még hatékony kezelési lehetőségek.

Hat éves kor felett az ADHD kezelésére kétféle hatásmechanizmusú gyógyszercsoport áll a szakemberek rendelkezésére: a pszichostimulánsok (methylphenidate és amphetamine) és nem-stimulánsok (atomoxetine, hosszú hatású guanfacine, hosszú hatású clonidine) (Cortese & mtsai, 2018). Mindkét csoportba számos különböző kiserelésű és farmakokinetikai profilú készítmény tartozik. Hazánkban a pszichostimulánsok közül a methylphenidate elérhető, ennek rövid és hosszú hatású készítménye, míg a nem-stimulánsok közül az atomoxetin.

A *pszichostimulánsok* közel egy évszázada, az 1930-as évektől ismert és gyermekeknél használt pszichofarmakonok. A pszichostimulánsok blokkolják a preszinaptikus dopamin és noradrenalin transzportereket, ezáltal fokozzák a katekolaminátvitelt. Számos vizsgálat igazolta hatékonyságukat az ADHD tüneteinek csökkentésében rövid távú kezelés során, gyermekeknél és felnőtteknél is. A pszichostimulánsok leggyakoribb mellékhatása mindegyik korosztálynál az étvágycsökkenés és az álmatlanság, ritkábban a szájszárazság, a hányinger és a rosszkedv. Bár a vizsgálatok egyes eredményeket hoztak, a legtöbb kutatás arra utal, hogy a több éven át tartó folyamatos pszichostimuláns kezelés befolyásolhatja a növekedést, mégpedig a felnőttkori magasság körülbelül 1-3 cm-rel csökkenhet a genetikailag kódolthoz képest. A hosszú távú pszichostimuláns kezelés a testsúlyra is hatással lehet: a kezdeti kezelés mérsékelt súlycsökkenést okozhat az étvágy csökkenése miatt, azonban hosszabb távon testtömegindex-emelkedés történhet. Ezen mellékhatások miatt javasolt az úgynevezett „drog-holiday” (gyógyszer-szünet), ami a pszichostimuláns gyógyszereszedés szüneteltetését jelenti az évközi és a nyári szünetekben. Mindezek miatt félévente a testsúly és a magasság ellenőrzése szükséges. Továbbá a félévente történő orvosi kontrollvizsgálaton a vérnyomás és a pulzus ellenőrzése is javasolt, bár regisztervizsgálatok nem mutattak ki kapcsolatot a súlyos kardiovaszkuláris események és a pszichostimulánsal történő kezelés között (Faraone & Buitelaar, 2010; Greenhill és mtsai, 2019). A pszichostimulánsok gyógyszercsoportja felveti a „nem-szakmai köztudatban”, hogy ezek a gyógyszerek esetleg növelhetik a későbbi pszichoaktív szerhasználat valószínűségét, azonban az utánkövetéses vizsgálatok adatai egyértelműen azt mutatják, hogy a pszichostimulánsal kezelt ADHD diagnózisú személyeknél nem nő, sőt csökken a pszichoaktív szer-használat kockázata a nem kezelt ADHD diagnózisú személyekhez képest (Biederman, 2003; Molina és mtsai, 2013). Az atomoxetin szintén hatékonynak és biztonságosnak bizonyult kezelés ADHD diagnózisú gyermekeknél és felnőtteknél is (Cortese és mtsai, 2018).

Vizsgálatok azt mutatták, hogy a kombinált, tehát nem gyógyszeres és gyógyszeres kezelés együttes alkalmazása hatékonyabb rövid távon, hatéves kor felett, mint a gyógyszeres kezelés

magában, ugyanakkor a gyógyszeres kezelés hatékonyabb, mint a nem-gyógyszeres kezelés önmagában. Az utóbbi években megjelent, hosszútávú prospektív utánekvetéses vizsgálatok eredményei alapján azt látjuk, hogy vannak területek, ahol a pszichostimuláns kezelésnek nem mutatkozott hosszabb távon hatása (pl. iskolai lemorzsolódás). Azonban a bűnelkövetésnek, a gépjárműbalesetek számának, a depresszió és pszichoaktív szerhasználat kockázatának jelentős csökkentését, valamint számos területen a funkcionalitás lényeges javulását találták (Cortese & Coghill, 2018, Posner és mtsai, 2020).

Fontos kiemelni, hogy különösen serdülőkorban ADHD gyógyszeres kezelés adherenciája gyakran alacsony, mert ebben az életkorban amúgy is felmerül a küzdelem az autonómiáért, szülővel, orvossal szemben. Mindez természetesen csökkenti a kezelés hatékonyságát. Erre a klinikusoknak fontos külön figyelmet fordítani.

Átmeneti pszichiátria

Az idegrendszer fejlődési zavarainál – így az ADHD-nál is – definíció szerint felmerül az átmeneti pszichiátria témája, ami a gyermekkorból a felnőttkorba átlépés szakaszát jelenti, jelen esetben az ADHD kezelésére vonatkozóan. Az ADHD diagnózisú fiatalok különösen sérülékenyek az átmeneti időszakban, ezért ezt az ellátás terén is szem előtt kell tartani. Vizsgálatok azt mutatják, hogy az ADHD kezelés esetleges megszakadása az átmeneti időszakban magas és ez különösen rossz irányba befolyásolja az ADHD lefolyását. Ennek számos oka lehet, egyrészt a már említett serdülőkori autonómiaigény a páciens részéről, illetve a „belefáradása” az ADHD kezelésébe. Ha mindehhez még a rendszer sem segíti az átváltást, könnyen elvész a páciens és megszakad a kezelése. Az átmeneti ellátórendszer tervezett áthelyezést jelent a gyermekek ellátására specializálódott egészségügyi rendszerből a felnőtteket ellátó rendszerbe, ami egy jól megtervezett folyamat kell hogy legyen, amely megfelel az ADHD diagnózisú fiatalok orvosi, pszichoszociális és oktatási igényeinek. A serdülőket/fiatal felnőtteket folyamatosan ösztönözni kell arra, hogy jóval a várható átadási idő előtt növeljék önállóságukat és öngondoskodásukat. Az átadásnak az ADHD stabilitásának idején kell történnie. Ideális esetben az átadó és a fogadó egészségügyi csapat együtt találkozik a pácienssel és a családdal, átbeszéli a további kezelési és pszichoszociális kérdéseket is (Sayal és mtsai, 2018.).

ÖSSZEFOGLALÁS

Láthatjuk, hogy nagyon sok mindent tudunk az ADHD-ról. Fontos, hogy ez a tudás a szakemberek széles köréhez eljusson, ezzel elősegítve, hogy korunk tudásának megfelelő segítséget kapjanak az ADHD tünetegyüttese miatt nehézségekkel küzdő gyermekek, serdülők és felnőttek. Továbbá az is lényeges, hogy az ADHD-ról a köztudatban is minél több ismeret legyen. Ez elősegítheti, hogy a társadalomban az ADHD-val kapcsolatban megjelenő megbélyegzés csökkenjen, és akinek ilyen jellegű gondja van, merjen szakemberhez fordulni és a felajánlott kezelést elfogadja, ezáltal funkcionalitása, életminősége javuljon.

Az utóbbi évek kutatásai számos új, izgalmas kérdést is felvetnek, például az etiológia kapcsán felmerül az ADHD heterogenitása, a prospektív vizsgálatok alapján pedig egy későbbi kezdetű alcsoport léte. Mindezek további kutatások szükségességére mutatnak rá, melyek innovatív kezelési lehetőségek felé irányíthatnak, ezáltal a páciensek, a családjuk és környezetük életminőségét tovább javíthatják.

IRODALOMJEGYZÉK

- Agnew-Blais, J. C., Polanczyk, G. V., Danese, A., Wertz, J., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2016). Evaluation of the Persistence, Remission, and Emergence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Young Adulthood. *JAMA psychiatry*, 73(7), 713–720. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0465>
- Arnsten, A. F., & Pliszka, S. R. (2011). Catecholamine influences on prefrontal cortical function: relevance to treatment of attention deficit/hyperactivity disorder and related disorders. *Pharmacology, biochemistry, and behavior*, 99(2), 211–216. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2011.01.020>
- Asherson, P., Agnew-Blais, J. (2019). Annual Research Review: Does late-onset attention-deficit/hyperactivity disorder exist? *Child Psychol Psychiatry*. 60(4), 333–352. <https://doi.org/10.1111/icpp.13020>
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (third ed.)*, III rd. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (III-TRth ed.)*, III-TR ed. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (IVth ed.)*, IVth ed. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fifth ed.)*, 5th ed. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA. [10.1176/appi.books.9780890425596](https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596)
- Agarwal, R., Goldenberg, M., Perry, R., & IsHak, W. W. (2012). The quality of life of adults with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *Innovations in clinical neuroscience*, 9(5-6), 10–21.
- Balazs, J., Miklósi, M., Keresztény, A., Dallos, G., & Gádoros, J. (2014). Attention-deficit hyperactivity disorder and suicidality in a treatment naïve sample of children and adolescents. *Journal of affective disorders*, 152-154, 282–287. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.09.026>
- Balazs, J., & Kereszteny, A. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder and suicide: A systematic review. *World journal of psychiatry*, 7(1), 44–59. <https://doi.org/10.5498/wjp.v7.i1.44>
- Benedict, F. T., Vivier, P. M., & Gjelsvik, A. (2015). Mental health and bullying in the United States among children aged 6 to 17 years. *Journal of interpersonal violence*, 30(5), 782–795. <https://doi.org/10.1177/0886260514536279>
- Biederman J. (2003). Pharmacotherapy for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) decreases the risk for substance abuse: findings from a longitudinal follow-up of youths with and without ADHD. *The Journal of clinical psychiatry*, 64 Suppl 11, 3–8.
- Cortese, S., Ferrin, M., Brandeis, D., Holtmann, M., Aggensteiner, P., Daley, D., et al (2016). Neurofeedback for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Meta-Analysis of Clinical and Neuropsychological Outcomes From Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(6), 444–455. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.03.007>
- Cortese, S., & Coghill, D. (2018). Twenty years of research on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): looking back, looking forward. *Evidence-based mental health*, 21(4), 173–176. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2018-300050>

- Cortese, S., Adamo, N., Del Giovane, C., Mohr-Jensen, C., Hayes, A. J., Carucci, S., et al (2018). Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *The lancet. Psychiatry*, *5*(9), 727–738. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30269-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30269-4)
- Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E. J., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Döpfner, M., Hollis, C., et al (2010). The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, *19*(2), 83–105. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0046-3>
- Dey, M., Paz Castro, R., Haug, S., & Schaub, M. P. (2019). Quality of life of parents of mentally-ill children: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and psychiatric sciences*, *28*(5), 563–577. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000409>
- Faraone S. V. (2005). The scientific foundation for understanding attention-deficit/hyperactivity disorder as a valid psychiatric disorder. *European child & adolescent psychiatry*, *14*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s00787-005-0429-z>
- Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological medicine*, *36*(2), 159–165. <https://doi.org/10.1017/S003329170500471X>
- Faraone, S. V., & Buitelaar, J. (2010). Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*, *19*(4), 353–364. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0054-3>
- Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., et al (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature reviews. Disease primers*, *1*, 15020. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20>
- Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., et al (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, *128*, 789–818. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>
- Garas, P., & Balazs, J. (2020). Long-Term Suicide Risk of Children and Adolescents With Attention Deficit and Hyperactivity Disorder-A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry*, *11*, 557909. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.557909>
- Greenhill, L. L., Swanson, J. M., Hechtman, L., Waxmonsky, J., Arnold, L. E., Molina, B., et al (2020). Trajectories of Growth Associated With Long-Term Stimulant Medication in the Multimodal Treatment Study of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *59*(8), 978–989. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.06.019>
- Gyori, D., Farkas, B. F., Horvath, L. O., Komaromy, D., Meszaros, G., Szentivanyi, D., & Balazs, J. (2021). The Association of Nonsuicidal Self-Injury with Quality of Life and Mental Disorders in Clinical Adolescents-A Network Approach. *International journal of environmental research and public health*, *18*(4), 1840. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041840>
- Harold, G. T., Leve, L. D., Barrett, D., Elam, K., Neiderhiser, J. M., Natsuaki, M. N., et al (2013). Biological and rearing mother influences on child ADHD symptoms: revisiting the developmental interface between nature and nurture. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, *54*(10), 1038–1046. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12100>
- Hua, M. H., Huang, K. L., Hsu, J. W., Bai, Y. M., Su, T. P., Tsai, S. J., et al (2021). Early Pregnancy Risk Among Adolescents With ADHD: A Nationwide Longitudinal Study. *Journal of attention disorders*, *25*(9), 1199–1206. <https://doi.org/10.1177/1087054719900232>
- Jensen, C. M., & Steinhausen, H. C. (2015). Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, *7*(1), 27–38. <https://doi.org/10.1007/s12402-014-0142-1>

- Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A., & Klassen, L. J. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC psychiatry*, *17*(1), 302. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1463-3>
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., et al (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *The American journal of psychiatry*, *163*(4), 716–723. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.716>
- Kennedy, M., Kreppner, J., Knights, N., Kumsta, R., Maughan, B., Golm, D., et al (2016). Early severe institutional deprivation is associated with a persistent variant of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: clinical presentation, developmental continuities and life circumstances in the English and Romanian Adoptees study. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, *57*(10), 1113–1125. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12576>
- Keresztény A, Dallos G, Miklósi M, Róka A, Gádoros J, & Balázs J. (2012). A gyermek- és serdülőkori figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar komorbiditásainak összehasonlítása. *Psychiatria Hungarica*, *27*(3), 165–173.
- Lam L. T. (2005). Attention deficit disorder and hospitalization owing to intra- and interpersonal violence among children and young adolescents. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, *36*(1), 19–24. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2003.12.010>
- 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>
- Lara, C., Fayyad, J., de Graaf, R., Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Angermeyer, M., et al (2009). Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biological psychiatry*, *65*(1), 46–54. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.10.005>
- Lee, M. J., Yang, K. C., Shyu, Y. C., Yuan, S. S., Yang, C. J., Lee, S. Y., et al (2016). Attention-deficit hyperactivity disorder, its treatment with medication and the probability of developing a depressive disorder: A nationwide population-based study in Taiwan. *Journal of affective disorders*, *189*, 110–117. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.015>
- Manor, I., Gutnik, I., Ben-Dor, D. H., Apter, A., Sever, J., Tyano, S., et al (2010). Possible association between attention deficit hyperactivity disorder and attempted suicide in adolescents - a pilot study. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, *25*(3), 146–150. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.06.001>
- Meszaros, G., Horvath, L. O., & Balazs, J. (2017). Self-injury and externalizing pathology: a systematic literature review. *BMC psychiatry*, *17*(1), 160. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1326-y>
- Miklós, M., Futó, J., Komáromy, D., & Balázs, J. (2019). Executive Function and Attention Performance in Children with ADHD: Effects of Medication and Comparison with Typically Developing Children. *International journal of environmental research and public health*, *16*(20), 3822. <https://doi.org/10.3390/ijerph16203822>
- Moffitt, T. E., Houts, R., Asherson, P., Belsky, D. W., Corcoran, D. L., Hammerle, M., et al (2015). Is Adult ADHD a Childhood-Onset Neurodevelopmental Disorder? Evidence From a Four-Decade Longitudinal Cohort Study. *The American journal of psychiatry*, *172*(10), 967–977. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14101266>
- Molina, B. S., Hinshaw, S. P., Eugene Arnold, L., Swanson, J. M., Pelham, W. E., Hechtman, L., et al (2013). Adolescent substance use in the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) (MTA) as a function of childhood ADHD, random assignment to childhood treatments, and subsequent medication. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *52*(3), 250–263. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.12.014>

- Murray, A. L., Zych, I., Ribeaud, D., & Eisner, M. (2021). Developmental relations between ADHD symptoms and bullying perpetration and victimization in adolescence. *Aggressive behavior*, 47(1), 58–68. <https://doi.org/10.1002/ab.21930>
- Musser, E. D., & Raiker, J. S., Jr (2019). Attention-deficit/hyperactivity disorder: An integrated developmental psychopathology and Research Domain Criteria (RDoC) approach. *Comprehensive psychiatry*, 90, 65–72. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.12.016>
- MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. (1999). *Archives of general psychiatry*, 56(12), 1073–1086. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.12.1073>
- Nigg, J. T., Lewis, K., Edinger, T., & Falk, M. (2012). Meta-analysis of attention-deficit/hyperactivity disorder or attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms, restriction diet, and synthetic food color additives. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(1), 86–97.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.10.015>
- Østergaard, S. D., Dalsgaard, S., Faraone, S. V., Munk-Olsen, T., & Laursen, T. M. (2017). Teenage Parenthood and Birth Rates for Individuals With and Without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Nationwide Cohort Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(7), 578–584.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.05.003>
- Peterson B. S. (2015). Editorial: Research Domain Criteria (RDoC): a new psychiatric nosology whose time has not yet come. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 56(7), 719–722. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12439>
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *The American journal of psychiatry*, 164(6), 942–948. <https://doi.org/10.1176/aip.2007.164.6.942>
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 56(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Posner, J., Polanczyk, G. V., & Sonuga-Barke, E. (2020). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet (London, England)*, 395(10222), 450–462. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)33004-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)33004-1)
- Reale, L., Bartoli, B., Cartabia, M., Zanetti, M., Costantino, M. A., Canevini, M. P., et al (2017). Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *European child & adolescent psychiatry*, 26(12), 1443–1457. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1005-z>
- Ros, R., & Graziano, P. A. (2018). Social Functioning in Children With or At Risk for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 47(2), 213–235. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1266644>
- Ruiz-Goikoetxea, M., Cortese, S., Aznarez-Sanado, M., Magallón, S., Alvarez Zallo, N., Luis, E. O., et al (2018). Risk of unintentional injuries in children and adolescents with ADHD and the impact of ADHD medications: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 84, 63–71. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.11.007>
- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The lancet. Psychiatry*, 5(2), 175–186. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30167-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30167-0)
- Salazar, F., Baird, G., Chandler, S., Tseng, E., O'sullivan, T., Howlin, P., et al (2015). Co-occurring Psychiatric Disorders in Preschool and Elementary School-Aged Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(8), 2283–2294. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2361-5>

- Shaw, P., Eckstrand, K., Sharp, W., Blumenthal, J., Lerch, J. P., Greenstein, D., et al (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 104(49), 19649–19654. <https://doi.org/10.1073/pnas.0707741104>
- Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, A., & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 194(3), 204–211. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048827>
- Stevenson, J., Buitelaar, J., Cortese, S., Ferrin, M., Konofal, E., Lecendreux, M., et al (2014). Research review: the role of diet in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder—an appraisal of the evidence on efficacy and recommendations on the design of future studies. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 55(5), 416–427. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12215>
- Velő Sz., Keresztény Á., Szentiványi D., Gádoros J. & Balázs J. (2013). Figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar diagnózisú gyermekek és felnőttek életminősége: az elmúlt öt év vizsgálatának szisztematikus áttekintő tanulmánya. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 15(2), 73–82. URL: <https://mppt.hu/magazin/pdf/xv-efolyam-2-szam/velo.pdf> Utolsó megtekintés: 2022. 08. 08.
- Willcutt E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics: the journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics*, 9(3), 490–499. <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8>
- World Health Organization (2018). International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision). URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Utolsó megtekintés: 2022.08. 08.

ADHD: state of the art review

Abstract

Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most common psychiatric disorders in childhood, and half of the cases persist in adulthood. ADHD is often associated with other psychiatric disorders and causes significant functional impairment in many areas, placing a burden on the individual, family, and community. ADHD has effective treatment. Effective collaboration of special education, psychology, and psychiatry is essential to ensure that as many children, adolescents, and adults as possible receive appropriate help to treat ADHD and associated problems. The purpose of the manuscript is to provide up-to-date, evidence-based information about ADHD.

Keywords: Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD), diagnostic, prevalence, etiology, impact, treatment

Az ADHD-specifikus evidenciaalapú támogatás keretrendszere és alapelemei

PONGRÁCZ KORNÉLIA

pongacz.kornelia@barczi.elte.hu

ABSZTRAKT

Tanulmányomban a komprehzív, ADHD-specifikus támogatás keretrendszerét vázolom fel és alapelemeit tekintem át, támaszkodva a jelenleg elérhető tudományos evidenciákra. A keretrendszer tartalmazza a beavatkozás főbb dimenzióit, valamint olyan módszereket és stratégiákat, amelyek alkalmazásával hatékonyan támogathatjuk gyógypedagógusként az ADHD-val élő személyeket – egyéni szükségleteik mentén – a kitűzött céljaik elérésében.

Kulcsszavak: ADHD, pszichoszociális beavatkozások, pszichoedukáció, individualizált felmérés és tervezés, viselkedésterápia, kognitív viselkedésterápia, kiegészítő eljárások

DOI: [10.52092/gyosze.2022.2-3.2](https://doi.org/10.52092/gyosze.2022.2-3.2)

BEVEZETÉS

A figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (röviden ADHD) egy olyan idegrendszeri fejlődési zavar, melynek alapvető viselkedéses tünetei a DSM-5 szerint a sérült figyelmi kontroll, valamint a hiperaktivitás és impulzivitás dimenziói mentén variálódhatnak (Egészségügyi Szakmai Kollégium, 2020). A zavart komplex multifaktoriális kóroki, neurobiológiai és neuropszichológiai háttérének köszönhetően változatos tüneti kép jellemzi, melyet tovább árnyalhat az érintett személy életkora, intellektuális képességei, családja, egyéb társuló zavarok, állapotok, valamint olyan, időszakos változást előidéző tényezők, mint például a fáradtság, a közvetlen társas környezet interakciói és elvárásai, a feladathelyzetek és tevékenységek szerveződése stb. (Roberts, Milich, & Barkley, 2015).

A KOMPREHENZÍV ADHD-SPECIFIKUS BEAVATKOZÁS SAJÁTÓSÁGAI

Az evidenciaalapú kutatások szerint az ADHD-ban érintett gyermekek és kamaszok körében a legnagyobb hatással azok a beavatkozások bírnak, amelyek során kognitív viselkedésterápiás vagy viselkedésterápiás technikákat kombinálnak gyógyszeres kezeléssel (Sibley, Kuriyan, Evans, Waxmonsky, & Smith, 2014; Arnold, Hodkins, Caci, Kahle, & Young, 2015; Catalá-López és mtsai, 2017).

Felnőttek körében olyan multimodális intervenciók kivitelezése ajánlott, amelyek magukban foglalják a kognitív viselkedésterápiát, a gyógyszeres kezelést, a pszichoedukációt és a coachingot (Kooij és mtsai, 2019).

Az érintett személyek számára intervenciót kizárólag egyénre szabottan, individualizáltan tervezhetünk. E folyamat során javasolt szem előtt tartanunk a korábbiakban már említett sokszínű klinikai képet, a társuló mentális állapotokat, az érintett személy és családja céljait, valamint szükségleteit, továbbá az esetlegesen felmerülő rezilienciát és védőfaktorokat (National Institute for Health and Care Excellence, 2018). Abban az esetben, ha az ADHD-hoz súlyosabb mentális zavar társul, akkor a komorbid állapot specifikus kezelése élvez prioritást (Egészségügyi Szakmai Kollégium, 2020).

Az ADHD-specifikus tervezés és támogatás tehát egy olyan komplex folyamat, mely során az érintett személy és családja számára komprehenzív, azaz átfogó és széleskörű beavatkozást biztosítunk a jelenleg elérhető, bizonyítottan eredményes eljárások, technikák ötvözésével.

A továbbiakban e komprehenzív ADHD-specifikus beavatkozás dimenzióit és módszertani elemeit tekintem át (lásd 1. táblázat), melynek alapjául Evans és munkatársai (2014) által kidolgozott ADHD-specifikus beavatkozások életciklusmodellje szolgált. A teoretikus modellt a szakirodalomban olvasott tudományos vizsgálatok, szisztematikus áttekintések eredményeinek szintézise alapján módosítottam, illetve továbbgondoltam (Evans, Owens, Wymbs, & Ray, 2018; Kooij és mtsai, 2019; Pongrácz, megjelenés alatt).

Dimenziók	Módszertani elemek	Célok
Alapozó stratégiák	Strukturált pszichoedukáció	Pszichés jóllét
	Egyénre szabott felmérés és tervezés	Biztonságos és támogató környezet kialakítása
	Struktúra	Az egyéni szükségleteknek, képességeknek és céloknak megfelelő beavatkozás biztosítása
	Együttműködés a családdal és egyéb szakemberekkel	Viselkedésmenedzsment Pozitív (társas) kapcsolatok kialakítása kortársakkal, családtagokkal, egyéb szakemberekkel, valamint partneri viszony a család és a pedagógusok, szakemberek között
Pszichoszociális beavatkozások	Viselkedéses megközelítésű intervenciók: - viselkedéses szülő- és pedagógustréning - viselkedéses osztálymenedzsment - Tréningjellegű beavatkozások: - szervezési készségek - szociális készségek - egyéb készségek Kognitív viselkedésterápia Coaching	Viselkedésmenedzsment Kognitív, akadémikus, társas, problémamegoldási készségek, önmenedzsment, érzelmszabályozás stb. fejlesztése
Gyógyszeres kezelések	(Gyermek)pszichiátriai kompetencia: pszichostimulánsok és nem stimulánsok alkalmazása	A figyelmi deficit, impulzivitás, hiperaktivitás súlyos, a mindennapi életvitelt jelentősen akadályozó tünetek csökkentése
Kiegészítő beavatkozások, eljárások	Például diéták, meditáció-alapú intervenciók, masszázskelések, zenével történő beavatkozások, Neurofeedback, fizikai aktivitások stb.	Egyéni célok, az ADHD tüneteinek mérséklése

1. táblázat. Az ADHD-specifikus támogatás keretrendszer (saját szerkesztés)

Alapozó stratégiák

A támogatás első dimenzióját alkotó módszertani elemek alkalmazásának elsődleges célja egy olyan, érzelmileg biztonságos, kiszámítható, jól strukturált közeg kialakítása, amely biztosítani tudja az ADHD-s gyermekek fejlődésének optimális támogatását, illetve az érintett személyek mindennapi életvitelének menedzselését.

Strukturált pszichoedukáció

Az ADHD-specifikus támogatás első lépése a strukturált pszichoedukáció. A pszichoedukáció egy olyan szisztematikusan felépített, didaktikus beavatkozás, amely keretében tájékoztatást nyújtunk az érintett személynek és családjának az ADHD sajátosságairól (mint például kóroki háttéréről, az életkorral változó viselkedési képéről, erősségekről és nehézségekről, leggyakoribb társuló zavarokról stb.) és a specifikus beavatkozási lehetőségekről (úgy mint gyógyszeres kezeléssel, pszichoszociális beavatkozásokról, kiegészítő eljárásokról stb.) annak érdekében, hogy támogassuk az egyént és hozzátartozóit az állapottal járó – a mindennapok során jelentkező – nehézségek megértésében, elfogadásában és eredményes kezelésében (Ferrin, Moreno-Granados, Salcedo-Marin, Ruiz-Veguilla, Perez-Ayala, & Taylor, 2014; Egészségügyi Szakmai Kollégium, 2020).

A pszichoedukáció fókuszpontjai az életkor előrehaladtával, illetve felnőttkorban olyan hangsúlyos témák felé tolnak, mint a napi életvitel meghatározó tényezők (például alvási szokások, mozgás, étrend, stressz, társas kapcsolatok, család stb.), a személyes élet strukturálása és kompenzáló stratégiák alkalmazása, valamint a munka világa (Hirvikoski, Lindström, Carlsson, Waaler, Jokinen, & Bölte, 2017).

Egyénre szabott felmérés és tervezés

Individualizált felmérés és tervezés nélkül mit sem ér egy beavatkozás, legyen szó bármilyen erős tudományos bizonyítékokkal is alátámasztott program vagy módszer alkalmazásáról. A folyamat során nem elegendő azonban, ha kizárólag az érintett személy képességeinek, nehézségeinek leltározására és viselkedésének megfigyelésére fókuszálunk, hanem több forrásból származó információ, illetve adat szisztematikus gyűjtése és elemzése alapján tudunk felelősségteljesen döntést hozni és tervezni. Ez azt jelenti, hogy egy körültekintő dokumentumelemzés (például orvosi, szakértői, pedagógiai és egyéb vélemények, vizsgálati eredmények) után az ADHD-s személyen kívül életkor függvényében a szülőkkel, pedagógusokkal, házastárssal, továbbá egyéb szakemberekkel végzett (fél) strukturált interjú keretében informálódunk a szükségletekről, igényekről és célokról.

Az érintett személy erősségeinek és nehézségeinek alaposabb megismerése során informális és formális felmérésekre támaszkodhatunk. A vizsgálódásaink és megfigyeléseink alkalmával a fókusz a végrehajtó funkciók és önszabályozás (munkamemória, önkontroll, mentális rugalmasság), a szocio-emocionális képességek (társas viselkedés és kogníció, érzelemszabályozás, kognitív

szabályozás stb.) és a kihívást jelentő viselkedések feltérképezésén van. A felmérések tervezéséhez és kivitelezéséhez gazdag angol nyelvű szakirodalom kínál szempontokat és útmutatást jegyzőkönyvek, kérdőívek, valamint checklistek segítségével (például Dawson & Guare, 2018; Schultz & Evans, 2015; Borgmeier, Loman, & Strickland-Cohen, 2017).

Struktúra kialakítása

A beavatkozás egyrészt magában foglalja a társas és fizikai környezet szükségleteknek megfelelő átalakítását, azaz például iskoláskorú gyermekek esetében az osztályteremben való ültetést (ülőhely és padtárs kiválasztását, pedagógustól való távolságot), terek felosztását és tevékenységek helyének kijelölését, tanulótárs, illetve kortárs segítő kiválasztását, zajszint szabályozását, vizuális ingerek csökkentését, csoportos munka szervezését stb. Másrészt a tananyag oktatása és a tanulásszervezés során a figyelem fókuszálására és fenntartására irányuló verbális és vizuális támogatásokat, a feladatok, illetve tevékenységek adaptálását (például feladatok kisebb részegységekre osztása, választási lehetőségek biztosítása, kulcsfogalmak kiemelése, vizuális időjelző, napirend/hetirend, feladatlisták használata stb.) is jelenti (Dawson & Guare, 2018).

Együttműködés a családdal és egyéb szakemberekkel

Az ADHD-specifikus támogatás folyamatában az érintett személy családja kulcsszereppel bír. Nem csupán azon okból, hogy támogató családi háttér nélkül az ADHD-val összefüggő nehézségek eredményes és hosszútávú mérséklődése, illetve kompenzálása nem megoldható, hanem arról sem szabad megfeledkeznünk, milyen hatással bírhat ez az állapot a családi rendszer működésére, az egyes családtagok közötti interakciókra és megküzdési stratégiákra.

A család mellett az érintett személy szűkebb és tágabb társas közegét is meg kell említenünk, tehát a gyermeket támogató szakemberekkel (például iskolapszichológus, pszichiáter, pedagógusok, edző stb.), valamint felnőttek esetén a munkáltatóval, kollégákkal való együttműködést is érdemes szükség szerint mérlegelnünk.

Pszichoszociális beavatkozások

Viselkedés megközelítésű intervenciók

A viselkedésmenedzsment teoretikus alapjai a behaviorista tanuláselméletekig, pontosabban az operáns kondicionálásig nyúlnak vissza. Mivel a viselkedés alakulásában a környezeti faktoroknak és a tanulási folyamatoknak döntő szerepe van, ezért a célviselkedés elérése érdekében olyan tanulási helyzeteket hozunk létre, amelyek során a viselkedés előzményeit (körülményeket és kiváltó ingereket) és következményeit módosítjuk abból a célból, hogy az elvárt viselkedés előfordulási gyakorisága növekedjen, miközben a nemkívánatos viselkedés intenzitása, időtartama és gyakorisága csökkenő tendenciát mutasson (Evans, Owens, & Power, 2021).

Viselkedéses szülő- és pedagógustréning

ADHD-s gyermeket nevelő szülők a kutatások szerint jellemzően nagyobb stresszben élnek, kevésbé elégedettek az életükkel és a pszichés jóllétükkel. A családban több konfliktus generálódik a családtagok között, gyakrabban folyamodhatnak a szülők maladaptív megküzdési stratégiák alkalmazásához (Peasgood és mtsai, 2021; Johnston & Chronis-Tuscano, 2015).

A szülőtréning abban segíthet a családnak, hogy a szülők megtanuljanak szisztematikusan alkalmazni olyan technikákat és módszereket, amelyek segítségével eredményesen tudják megelőzni és kezelni a gyermekük ADHD-ből, valamint a társuló zavarokból fakadó viselkedési nehézségeit (Chacko, Allan, Uderman, Cornwell, Anderson, & Chimiklis, 2015).

Az ADHD-s óvodáskorú és kisiskoláskorú kisgyermekek támogatásában a viselkedéses szülőtréning hatékony beavatkozásnak tekinthető a jelenleg elérhető empirikus vizsgálati eredmények alapján (Egészségügyi Szakmai Kollégium, 2020; Evans és mtsai, 2018).

Az egyéni vagy csoportos formában is kivitelezhető tréning általában heti rendszerességgel 8-16 héten keresztül tartott alkalmakból áll. Főbb elemei a pszichoedukáció, a szülők és gyermek közötti pozitív kapcsolat erősítése, a tervalapú problémamegoldás (egy nonspecifikus kognitív viselkedésterápiás eszköz) elsajátítása, a hatékony kommunikáció kiépítése a család és az iskola között, otthoni szabályrendszer és határok kialakítása és fenntartása, valamint olyan viselkedésterápiás technikák elsajátítása, mint például a pozitív megerősítés, a tervezett ignorálás, a time-out, a zsetonrendszer stb. (Chacko, Allan, Uderman, Cornwell, Anderson, & Chimiklis, 2015; Owens, Hustus, Everly, Evans, & Margherio, 2022).

A pedagógustréning általában hasonló elemekből épül fel, mint a szülőtréning, tehát a programok részét képezi a pszichoedukáció, a viselkedés megfigyelése és monitorozása (például az ABC típusú megközelítéssel¹), előzmények és következmények kezelése (például világos szabályok és határok lefektetése, környezet átstrukturálása, jutalmazási rendszer kialakítása, természetes következmények biztosítása), a célviselkedés általánosítása és fenntartása (például szerepjáttékkal, modellálással, több kontextusban az elvárt viselkedés gyakorlásával), a gyermek és felnőttek közötti kapcsolatot támogató kommunikációs készségek elsajátítása (például aktív figyelem, szenzitív reaglás a gyermek kezdeményezéseire, tanuló érdeklődésének követése) (van der Oord & Tripp, 2020).

Viselkedéses osztálymenedzsmen-támogatás iskolai közegben

Az iskolai közegben történő támogatás folyamata során a korábbiakban áttekintett stratégiákat és módszereket ötvözzük, azaz az osztályterem berendezését és tereit átstrukturáljuk, az elvégzendő iskolai feladatokat és az elvárásokat a tanuló szükségleteihez igazítjuk (figyelem, érdeklődés, aktív bevonódás és motiváció fenntartása változatos eszköz- és módszerhasználattal), viselkedésterápiás technikákat használunk az elvárt viselkedések előfordulási gyakoriságának növelése érdekében,

¹ A kihívást jelentő viselkedés strukturált megfigyelésében (és megértésében) nagy segítségünkre lehet az ún. ABC-típusú megközelítés használata. Az ABC mozaikszó az angol Antecedent-Behavior-Consequence, azaz Előzmény-Viselkedés-Következmény szavakból tevődik össze. Magyar nyelven a módszerről részletesen a Helping Hand projekt keretében online megjelent ADHD Kis lépések Nagy változások c. kiadványban olvashatunk bővebben. A kézikönyv elérhetősége a tanulmány írásakor: Helping Hand ProjektPartners (2020). Helping Hand. ADHD. Kis Lépések. Nagy változások – Kézikönyv óvodapedagógusoknak. RAABE Kiadó, Budapest. URL: <https://raabe.hu/download/HU-Output1.pdf>

kölcsönös együttműködést, partneri kapcsolatot építünk ki a családdal, kortárs segítők támogatásával ösztönözzük az iskolai teljesítmény javulását és az elvárt viselkedést, kognitív stratégiák tanításával elősegítjük az önmonitorozás és önkontroll fejlődését stb. (Tamm, 2017; Pfiffner & DuPaul, 2015).

Tréningjellegű beavatkozások

A tréningjellegű intervenciók során új készségeket tanítunk, vagy meglévő viselkedések produkálására ösztönzünk, majd számos alkalommal gyakoroltatjuk azokat a funkciójuknak megfelelő, adekvát helyzetekben, valamint rendszeresen visszajelzünk a teljesítményről mindaddig, amíg rutinszerűen be nem épülnek e készségek az érintett személyek viselkedésszerepjátékába. A tréninget közvetlenül az ADHD-val élő személyek számára biztosítjuk, általában hosszabb időtartamon keresztül (például 2-3 hónapon át heti 1-2 alkalommal történő rendszeres találkozások során) (Evans és mtsai, 2021).

ADHD esetén leggyakrabban a szervezési és a társas készségek tréningjei, valamint a kognitív (például a munkamemória, a figyelem fejlesztésére fókuszáló) tréning programok hatásvizsgálatával találkozhatunk az angol nyelvű szakirodalomban. Mivel jelenleg még minimális tudományos bizonyítékot találhatunk a kognitív folyamatok fejlesztésére fókuszáló programok kapcsán (például Cortese és mtsai, 2015; Ewans, és mtsai, 2021), ezért az alábbiakban csak a szervezési készségek és a szociális készségek tréningjeit tekintjük át röviden.

Szervezési készségek tréningje

A végrehajtó működések deficitjének köszönhetően gyakran előfordul ADHD-val élő tanulóknál, hogy nehézséget jelent számukra határidőre elkészülni a kitűzött feladataikkal, elfelejtik vagy elveszítik a leckéiket, illetve tanszereiket, nem rendszerezik a tanuláshoz szükséges anyagaikat. A felnőttek jellemzően halogatóják a kötelezettségeik teljesítését, problémáik adódhatnak a munkahelyi és mindennapi tevékenységek tervezésével, szervezésével és elvégzésével, a határidők betartásával.

A szervezési készségek fejlesztését megcélzó programok életkortól függően a házi feladatok kezelésére, a tanszerek, valamint a munkavégzéshez szükséges anyagok és eszközök rendszerezésére, továbbá az időmenedzsmentre (például a feladatok fontossági sorrend szerinti ütemezésére, tevékenységlisták összeállítására) fókuszálnak (Bikic, Dalsgaard, Olsen, & Sukhodolsky, 2021; Langberg, Epstein & Graham, 2008).

Szociális készségek tréningje

A társas készségek, kogníció és viselkedés terén tapasztalható nehézségek a teljes életkori spektrumon megfigyelhetőek. Ez megmutatkozhat például abban, hogy egy ADHD-s tanuló kortársai kevésbé kedvelnek (általában gyakori externalizáló viselkedési megnyilvánulásai miatt), a tipikusan fejlődő társakhoz képest kevesebb baráti kapcsolattal rendelkezik, de azok is inkább rövidebb időtartamúak és felületesebbek, a társas helyzeteket és konfliktusokat félreértelmezi (Mikami, 2015).

Az utóbbi bő egy évtizedben a szociális készségek fejlesztése területén új irányvonalak látszódnak körvonalazódní, mivel az ADHD-s gyermekek és kamaszok körében a hagyományos készségtréningek (klinikai környezetben csoportos formában megvalósuló készségtanítás és gyakorlás) nem váltották be a hozzájuk fűzött reményeket (Mikami, 2015).

A beavatkozások közös jellemzője, hogy a hangsúly a mindennapok során előforduló spontán helyzetek adta lehetőségek kiaknázásán van, azaz a készségek adekvát és funkcionális használatán. Ez megvalósulhat egyrészt olyan programok segítségével, amelyek természetes társas kontextusokba ágyazott készségfejlesztést biztosítanak, mint például a viselkedéses megközelítésű Summer Treatment Program (magyarul Nyári beavatkozási program) (Fabiano, Schatz, & Pelham, 2014), másrészt a mindennapi élethelyzetekben megvalósuló társas interakciók során felnőtt (általában szülői) vagy kortárs (ún. kortárs coach, illetve segítő) támogatása mellett (Mikami, Smit, & Khalis, 2017).

Kognitív viselkedésterápia

Az ADHD-s kamaszok és felnőttek számára kidolgozott programok közös jellemzője, hogy az első lépésként biztosított pszichoedukáció után olyan készségek fejlesztésére helyeződik a hangsúly, mint például érzelmszabályozás, önkontroll, szervezés és időgazdálkodás, problémamegoldás, proszociális viselkedés stb. Ezen készségek elsajátítása mellett olyan kognitív stratégiák tanítására törekszünk, amelyek segítségével képessé válik a kliens a problémahelyzetek, események indukálta automatikus gondolatainak, kognitív torzításainak felismerésére, valamint azok érzelmekkel és viselkedéssel való kapcsolatának megértésére és megváltoztatására (Kooij és mtsai, 2019).

Coaching

ADHD esetén a coaching egy olyan komplex szupportív tevékenység, amelynek segítségével a mentor abban támogatja az érintett felnőttet, hogy képes legyen meghatározni saját szükségleteit és elérni céljait, tehát a végrehajtó funkciók deficitjének köszönhetően a mindennapi életvitel során jelentkező nehézségeket (például időgazdálkodás, problémamegoldás, munkavégzés, ügyintézés stb.) eredményesen tudja kezelni. A folyamatban a coach nem tanácsadást végez, hanem irányított kérdésekkel támogatja a klienst abban, hogy a céljai elérése érdekében gondolkodását úgy irányítsa, hogy megtalálja és önállóan alkalmazza a számára legcélravezetőbb stratégiát, ezzel növelve énhatékonyságát és pozitív önértékelését (Swartz, Prevatt, & Proctor, 2005).

Gyógyszeres kezelések

Amennyiben az 5 évesnél idősebb gyermekek, fiatalok és felnőttek esetén az alapozó stratégiák és pszichoszociális támogatások adekvát, individuális szükségletek szerinti alkalmazása ellenére az ADHD tünetei még mindig tartós és jelentős akadályozottságot jelentenek az egyén számára a

mindennapokban, ajánlott a gyógyszeres kezelés megfontolása (National Institute for Health and Care Excellence, 2018). E terápiás folyamat megkezdése és biztosítása már túlmutat a (gyógy)pedagógusi és pszichológusi kompetencián, bár a gyógyszer kiválasztásában és a megfelelő dózis beállításában nagy segítséget jelenthetnek az érintett személy viselkedésének változásával, életkörülményeivel kapcsolatos tapasztalataink és visszajelzéseink.

Kiegészítő beavatkozások, eljárások

Az ún. komplementer és alternatív medicina (röviden KAM) körébe tartozó egészségmegőrzési módszerek és gyakorlatok egyre nagyobb népszerűségnek örvendenek, bár ADHD esetén hatékonyságukkal kapcsolatban nem, vagy csupán gyenge, illetve nem egyértelmű tudományos bizonyítékok állnak rendelkezésünkre a jelenleg elérhető alacsony módszertani minőségű vizsgálatoknak köszönhetően (Catalá-López és mtsai, 2017).

A National Center for Complementary and Integrative Health (röviden NCCIH), azaz az amerikai Komplementer és Integratív Egészség Nemzeti Központja kísérletet tett arra, hogy rendszerezze a jelenleg elérhető eljárásokat. A következő kategóriákba sorolhatjuk az intervenciókat:

- Táplálkozással kapcsolatos beavatkozások (például speciális étrendek, gyógynövények, étrend kiegészítők)
- Pszichológiai intervenciók (például meditáció, pszichoterápia)
- Fizikai/testtel kapcsolatos beavatkozások (például masszázs, kiropraktika)
- Előbbi kategóriák kombinációja: például az elme és test gyakorlatai közé sorolható a jóga, a tai chi és a táncterápia
- Egyéb komplementer beavatkozások: például tradicionális kínai orvoslás, homeopátia, naturopátia (National Center for Complementary and Integrative Health, é. n.).

Egy 2017-ben végzett amerikai reprezentatív felmérés eredményei szerint az ADHD-s gyermekek közel 20 százaléka a vizsgálat évében legalább egy kiegészítő intervencióban részesült. A 18 vizsgált kiegészítő eljárás közül ADHD-s gyermekek esetében az elme és test alapú gyakorlatok, azaz a meditáció, jóga és a mélylégzés bizonyult a leggyakrabban alkalmazott beavatkozásnak, habár érdemes óvatosan kezelnünk ezt az eredményt, mivel például a diéták és a gyógynövények használata is hiányoztak a választható eljárások közül (Wang, Li, Seo, & Gaylord, 2020).

Ahhoz, hogy szakemberként a jelenleg elérhető kiegészítő eljárások gazdag kínálatában el tudjunk igazodni és az érintett személyek és családok számára iránymutatással tudjunk szolgálni, érdemes a magyar és külföldi szakmai (klinikai) irányelveket (például Egészségügyi Szakmai Kollégium, 2020; National Institute for Health and Care Excellence, 2018), valamint olyan szakmai szervezetek rendszeresen frissülő weboldalait követni, mint például a korábbiakban említett NCCIH², amely a leggyakrabban alkalmazott kiegészítő beavatkozások (például Neurofeedback, meditációs terápia, Omega 3 zsírsav stb.) hatékonyságával kapcsolatos empirikus bizonyítékokat összesíti és véleményezi.

² Az oldal elérhetősége a tanulmány írásának időpontjában:
<https://www.nccih.nih.gov/health/providers/digest/adhd-and-complementary-health-approaches>

ÖSSZEZEGÉS

Az ADHD természetével kapcsolatos jelenlegi tudományos ismereteink azt támasztják alá, hogy egy ilyen heterogén klinikai képet mutató populáció esetén nem tudunk univerzálisan egyetlen olyan beavatkozást vagy módszert sem alkalmazni, amely bizonyíthatóan minden ADHD-s személy esetén a magtünetek szignifikáns mérséklődését eredményezné. Az ADHD-specifikus komprehenzív beavatkozás keretrendszere abban nyújthat számunka segítséget, hogy bármely életkorban és kontextusban, az egyéni szükségletek és célok mentén, eredményesen támogathassuk az ADHD-val élő személyeket.

IRODALOMJEGYZÉK

- Arnold, L. E., Hodgkins, P., Caci, H., Kahle, J., & Young, S. (2015). Effect of treatment modality on long-term outcomes in attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *PLoS one*, *10*(2), e0116407. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116407>
- Bikic, A., Dalsgaard, S., Olsen, K. D., & Sukhodolsky, D. G. (2021). Organizational skills training for children with ADHD: study protocol for a randomized, controlled trial. *Trials*, *22*(1), 752. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05499-9>
- Borgmeier, C., Loman, S. L., & Strickland-Cohen, M. K. (2017). ABC Tracker: Increasing Teacher Capacity for Assessing Student Behavior. *Beyond Behavior*, *26*(3), 113–123. <https://doi.org/10.1177/1074295617728513>
- Catalá-López, F., Hutton, B., Núñez-Beltrán, A., Page, M. J., Ridao, M., Macías Saint-Gerons, D., et al (2017). The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised trials. *PLoS one*, *12*(7), e0180355. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180355>
- Chacko, A., Allan, C. C., Uderman, J., Cornwell, M., Anderson, L., & Chimiklis, A. (2015). Training parents of youth with ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (pp. 513–536). The Guilford Press.
- Cortese, S., Ferrin, M., Brandeis, D., Buitelaar, J., Daley, D., Dittmann, R. W. et al. & European ADHD Guidelines Group (EAGG) (2015). Cognitive training for attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *54*(3), 164–174. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.12.010>
- Dawson, P. & Guare, R. (2018). *Executive Skills in Children and Adolescents*. Third Edition, A Practical Guide to Assessment and Intervention. Guilford Press.
- Egészségügyi Szakmai Kollégium (2020). 2020. EüK. 19. szám EMMI szakmai irányelv 1, *Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a hiperkinetikus zavar (figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar) kórismeréséről, kezeléséről és gondozásáról*.
- Evans, S.W., Owens, J., Mautone, J. A., DuPaul, G. J. & Power, T. J. (2014). Toward a Comprehensive Life-Course Model of Care for Youth with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In Weist, M., Lever, N., Bradshaw, C., & Owens, J. (Eds.) *Handbook of School Mental Health. Issues in Clinical Child Psychology*. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7624-5_30
- Evans, S. W., Owens, J. S., Wymbs, B. T. & Ray, A. R. (2018). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents With Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *47*(2), 157–198, <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1390757>

- Evans, S. W., Owens, J. S., & Power, T. J. (2021). Attention-deficit/hyperactivity disorder. In M. J. Prinstein, E. A. Youngstrom, E. J. Mash, & R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of disorders in childhood and adolescence* (pp. 47–101). The Guilford Press.
- Fabiano, G. A., Schatz, N. K., & Pelham, W. E., Jr (2014). Summer treatment programs for youth with ADHD. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 23(4), 757–773. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.05.012>
- Ferrin, M., Moreno-Granados, J. M., Salcedo-Marin, M. D., Ruiz-Veguilla, M., Perez-Ayala, V., & Taylor, E. (2014). Evaluation of a psychoeducation programme for parents of children and adolescents with ADHD: immediate and long-term effects using a blind randomized controlled trial. *European child & adolescent psychiatry*, 23(8), 637–647. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0494-7>
- Hirvikoski, T., Lindström, T., Carlsson, J., Waaler, E., Jokinen, J., & Bölte, S. (2017). Psychoeducational groups for adults with ADHD and their significant others (PEGASUS): A pragmatic multicenter and randomized controlled trial. *European Psychiatry*, 44, 141–152. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.04.005>
- Johnston, C., & Chronis-Tuscano, A. (2015). Families and ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (pp. 191–209). The Guilford Press.
- Kooij, J., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., et al (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 56, 14–34. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001>
- Langberg, J. M., Epstein, J. N., & Graham, A. J. (2008). Organizational-skills interventions in the treatment of ADHD. *Expert review of neurotherapeutics*, 8(10), 1549–1561. <https://doi.org/10.1586/14737175.8.10.1549>
- Mikami, A. Y. (2015). Social skills training for youth with ADHD. In Barkley, R. A. (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (pp. 569–595). The Guilford Press.
- Mikami, A. Y., Smit, S., & Khalis, A. (2017). Social Skills Training and ADHD-What Works?. *Current psychiatry reports*, 19(12), 93. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0850-2>
- National Center for Complementary and Integrative Health (é. n.). *Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name?* Utolsó megtekintés: 2022. 07.01. URL: <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name>
- National Institute for Health and Care Excellence (2018). *Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management, NICE guideline*. Utolsó megtekintés: 2022. 01. 10. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>
- Owens, J. S., Hustus, C. L., Everly, E. L., Evans, S. W., & Margherio, S. M. (2022). 5.20—Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Evidence-Based Assessment and Treatment for Children and Adolescents. In G. J. G. Asmundson (Ed.), *Comprehensive Clinical Psychology (Second Edition)* (Second Edition, p. 395–411). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818697-8.00029-7>
- Peasgood, T., Bhardwaj, A., Brazier, J. E., Biggs, K., Coghill, D., Daley, D. et al. (2021). What Is the Health and Well-Being Burden for Parents Living With a Child With ADHD in the United Kingdom?. *Journal of attention disorders*, 25(14), 1962–1976. <https://doi.org/10.1177/1087054720925899>
- Pfiffner, L. J., & DuPaul, G. J. (2015). Treatment of ADHD in school settings. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (pp. 596–629). The Guilford Press.
- Pongrácz K. (megjelenés alatt). ADHD-specifikus programok, jó gyakorlatok elemzése. In Pichler Zs., Maléth A., Pongrácz K., Klein V. & Höfflerné P. É. (szerk.). *Pszichopedagógia a gyógypedagógia képzési rendszerében*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest.

- 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* (pp. 51–80). The Guilford Press.
- Schultz, B. K., & Evans, S. W. (2015). *A practical guide to implementing school-based interventions for adolescents with ADHD*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2677-0>
- Sibley M. H., Kuriyan A. B., Evans S. W., Waxmonsky J. G., & Smith B. H. (2014). Pharmacological and psychosocial treatments for adolescents with ADHD: an updated systematic review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 34(3), 218–232. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.02.001>
- Swartz, S. L., Prevatt, F. & Proctor, B. E. (2005). A coaching intervention for college students with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology in the Schools*, 42(6), 647–656. <https://doi.org/10.1002/pits.20101>
- Tamm, L. (2017). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*, Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.02096-4>
- Van der Oord, S. & Tripp, G. (2020). How to Improve Behavioral Parent and Teacher Training for Children with ADHD: Integrating Empirical Research on Learning and Motivation into Treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review* 23(4), 577–604. <https://doi.org/10.1007/s10567-020-00327-z>
- Wang, C., Li, K., Seo, D. C., & Gaylord, S. (2020). Use of complementary and alternative medicine in children with ADHD: Results from the 2012 and 2017 National Health Interview Survey. *Complementary therapies in medicine*, 49, 102352. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102352>

The framework and the key elements of the evidence-based support for ADHD

ABSTRACT

In my study, I outline the framework of the comprehensive, ADHD-specific support and review its basic elements, relying on currently available scientific evidence. The framework includes the main dimensions of the intervention, as well as methods and strategies that can be used to effectively support individuals with ADHD as special education teachers to achieve their goals, according to their individual needs.

Keywords: ADHD, psychosocial interventions, psychoeducation, individualized assessment and planning, behavior therapy, cognitive behavioral therapy



Képzések a Magyar Lovasterápia Szövetség Alapítvány szervezésében

A 8/2021. (XI.30.) MK rendelet a lovasterápiát és a fogyatékos és a sérült személynek nyújtott lovas szolgáltatásokat végző személyek képzéséről és vizsgakövetelményeiről szóló rendelet megjelenésével a Magyar Lovasterápia Szövetség Alapítvány idén októberben a következő képzéseket indítja:

- ◆ Lovasterapeuta képzés gyógypedagógiai lovaglás és lovastorna szakágon
- ◆ Lovasterapeuta képzés hippoterápia szakágon
- ◆ Lovasterapeuta képzés pszichológiai lovasterápia szakágon
- ◆ Lovasterápiás segítő képzés



Fotó: Szabó Réka

Az információk a www.lovasterapia.hu oldalon, a „Képzések” menüpont alatt hamarosan elérhetőek lesznek.



A GYAKORLAT MŰHELYÉBŐL

Laborc Általános Iskola

Módszertani javaslatok, gyakorlati tanácsok pedagógusoknak sajátos nevelési igényű gyerekeket integráló általános iskolában, tanítói szemlélettel

KÁNTORNÉ NAGY ÉVA

kantornenagyeva@gmail.com

ABSZTRAKT

Napjainkban egyre több intézmény vált – az alapító okirat módosításával – integráló általános iskolává, azonban az inkluzív neveléshez olyan alapvető módszertani változásokra van szükség, amelyek főként a gyermekekkel együtt dolgozó pedagógusoktól vár szemléletváltást. A sajátos nevelési igényű gyermekek, ahogy a diagnózisban, úgy a hétköznapi életben is, nagymértékben különböznek egymástól és ennek következtében a szükségleteik is mutatnak eltéréseket. Az együttnevelés közben azonban vannak olyan lehetőségek, amelyeket felhasználva a pedagógus képes arra, hogy a tanulók egyéni igényeikhez igazodva megteremtse az optimális, fejlődéshez szükséges feltételeket tanítványai számára.

Jelen tanulmány egyfajta módszertani segédlet azoknak a pedagógusoknak, akik nyitottak egy inkluzív nevelési-oktatási környezet megvalósítására. Segítséget kíván nyújtani azoknak, akik a tipikus fejlődésmentű gyerekek mellett kisebb vagy nagyobb létszámban foglalkoznak sajátos nevelési igényű tanulók oktatásával és nevelésével. Praktikumok, eljárások, módszerek rövid gyűjteménye, melyet a Laborc Általános Iskolában dolgozók használnak a tanítás-tanulás folyamatában, sikeressé téve a gyermekek integrációját.

Az írás elsősorban tanítói szemlélettel tekint az együttnevelésre, bár nélkülözhetetlen a gyógypedagógiai aspektus figyelembevétele. Azok számára íródott, akik osztálytanítóként vesznek részt az intézményes nevelés folyamatában olyan módon, hogy a gyermekek egyéni különbségeit figyelembe véve kívánják pozitív változást elérni mind egyéni, mind pedig szocializációs, közösségi szinten.

Kulcsszavak: módszertan, együttnevelés, tanító, gyógypedagógus

DOI: [10.52092/gyosze.2022.2-3.4](https://doi.org/10.52092/gyosze.2022.2-3.4)

GONDOLATOK AZ INKLUZÍV NEVELÉSRŐL

Pedagógusként mindannyian véleményt formálunk arról, hogy milyen hasonlóságok és különbségek vannak az integráció és az inkluzív nevelés között; az együttnevelés előnyeiről és kockázatairól; arról, hogy milyen pozitív és negatív hatása lehet mind a sajátos nevelési igényű, mind pedig a nem sajátos nevelési igényű gyermekekre az, ha együtt szocializálódnak és tanulnak. A Laborc Általános Iskola egy speciális formáját teremti meg annak a módszertannak, amit a jogszabályi háttér és az ott dolgozó pedagógusok attitűdje felkínált. Az intézményben egyfajta fordított integráció valósul meg, inkluzív neveléshez és oktatáshoz szükséges feltételekkel.

A „sajátos nevelési igény” egy gyűjtőfogalom és nem egy konkrét diagnosztikai kategória, a köznevelési törvény azonban jogi értelemben használja ezt a kifejezést (Mesterházi & Gereben, 2006).

A nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. törvény definíciója szerint: „Sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló: az a különleges bánásmódot igénylő gyermek, tanuló, aki a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján mozgásszervi, érzékszervi (látási, hallási), értelmi vagy beszéd fogyatékos, több fogyatékoság együttes előfordulása esetén halmozottan fogyatékos, autizmus spektrum zavarral vagy egyéb pszichés fejlődési zavarral (súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavarral) küzd.” (4.§. 25 pont)

A törvény ezen kívül megfogalmaz jogokat, előírásokat, kötelező elemeket azzal kapcsolatban, hogy az együttnevelés jogi értelemben megfelelően működjön. A gyakorlatot minden esetben ehhez kell igazítani. A neveléstudület mindezeket szem előtt tartva végzi munkáját, a jogszabályi előírásokat betartva, olyan módon, hogy a szülői elégedettséget maximalizálja, a gyermekek fejlődését elősegítse.

A pedagóguskompetenciák szükségessége

Az Oktatási Hivatal által 2019-ben kiadott, többszörösen módosított útmutató szerint egy pedagógusnak az alábbi kompetenciákkal kell rendelkeznie ahhoz, hogy sikeres szakmai munkát végezhesen:

„1. kompetencia: Szakmai feladatok, szaktudományos, szaktárgyi, tantervi tudás

2. kompetencia: Pedagógiai folyamatok, tevékenységek tervezése és a megvalósításukhoz kapcsolódó önreflexiók

3. kompetencia: A tanulás támogatása

4. kompetencia: A tanuló személyiségének fejlesztése, az egyéni bánásmód érvényesülése, a hátrányos helyzetű, sajátos nevelési igényű vagy beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdő gyermek, tanuló többi gyermekkel, tanulóval együtt történő sikeres neveléséhez, oktatásához szükséges megfelelő módszertani felkészültség

5. kompetencia: A tanulói csoportok, közösségek alakulásának segítése, fejlesztése, esélyteremtés, nyitottság a különböző társadalmi-kulturális sokféleségre, integrációs tevékenység, osztályfőnöki tevékenység

6. kompetencia: Pedagógiai folyamatok és a tanulók személyiségfejlődésének folyamatos értékelése, elemzése

7. kompetencia: A környezeti nevelésben mutatott jártasság, a fenntarthatóság értékrendjének hiteles képviselése és a környezettudatossághoz kapcsolódó attitűdök átadásának módja.

8. kompetencia: Kommunikáció és szakmai együttműködés, problémamegoldás

9. kompetencia: Elkötelezettség és szakmai felelősségvállalás a szakmai fejlődésért

A kompetenciamodellel értelmében az egyes kompetenciák nem egymástól függetlenül és elszigetelten jelennek meg a pedagógus személyiségében és pedagógiai tevékenységében, hanem integráltak, egymást kiegészítve.” (Oktatási Hivatal, 2019, p. 13-14.)

Iskolánkban – bár helyzettől függően különböző prioritással, de – nélkülözhetetlen a pedagógusok részéről ezeknek a kulcskompetenciáknak a megléte ahhoz, hogy az intézmény hitrendszerét, hagyományait egységesen tudjuk képviselni. A mindennapi munka során olyan szemléletváltásra van szükség, amely a pedagógus életpályamoddal szerint alapvető elvárás és a mindennapi életben folyamatosan jelen van.

A Laborc Általános Iskola rövid bemutatása

Az intézményünk jogállása alapítványi fenntartású magániskola. 2007 szeptembere óta működik a Megérted Alapítvány fenntartásában. Alapfokú oktatást végez sajátos nevelési igényű tanulók integrált ellátásával; napközi és tanulószobai ellátást szervez, valamint közéleti tevékenységet biztosít a tanulók számára. A tantestület egy része a korábbi Kincsház Általános Iskola Laborc utcai iskolájának pedagógusa volt. Az intézmény célja olyan általános iskolai oktatás biztosítása, amely lehetővé teszi a tanulási és viselkedési problémákkal küzdő gyermekek integrációját kis létszámú oktatás, egyéni bánásmód és személyre szabott fejlesztések biztosítása mellett. Az iskola Helyi tanterve a Nemzeti Alaptanterv szerint készült tanulóink egyéni sajátosságait figyelembe véve. A tananyag felépítése, a tanórán alkalmazott módszerek, a különböző tanórai és tanórán kívüli tevékenységek, a pedagógusok speciális képzettsége lehetővé teszik, hogy a figyelemzavarral, diszlexiával, diszkalkuliával, ADHD-val diagnosztizált, valamint autizmusban érintett gyermekek is sikeresen elsajátíthassák az általános iskolai kompetenciákat, tananyagot és megtalálják örömeiket a tanulásban, az iskolai életben.

Általában évfolyamonként 2-2 osztály működik, a harmadik évfolyamon jelenleg egy. A kislétszámú osztályokba 10-16 tanuló jár. Minden évfolyamon a tanító munkáját egész nap gyógypedagógiai asszisztens segíti. Az osztályfőnök, a társosztályfőnök, a gyógypedagógiai asszisztens és az osztály gyógypedagógusa minden évfolyamon egy-egy teamet alkot. A családi légkör, a szülőkkel történő aktív együttműködés kiválóan elősegíti a tanulók fejlődését. A gyerekek körülbelül fele sajátos nevelési igényű tanuló. Az intézményben formálisan integrált nevelés-oktatás valósul meg, de ki kell emelni, hogy a sajátos nevelési igényű tanulók rendkívül magas aránya gyakorlatilag fordított integrációt valósít meg. Az iskola egy telephelyen működik.

Sajátos nevelési igényű, esetünkben beszéd fogyatékos, autizmussal élő, valamint tanulási és/vagy magatartászavarral diagnosztizált gyermekek ellátásával foglalkozunk. Az utóbbi években a megismerő funkció fejlődésének zavaraival küzdő, diszlexiás, diszgráfiás, diszkalkuliás, részképesség zavarokkal küzdő és beszéd fogyatékos tanulók aránya folyamatosan csökkent az intézményben. A viselkedési zavar, hiperaktivitás, figyelemzavar, különböző emocionális és pszichés zavar, oppozíciós zavar aránya azonban folyamatosan növekszik. Kiemelendő az autizmusban érintett tanulók számának ugrásszerű emelkedése.

Alapítványi iskola lévén az egyik legfontosabb feladat, hogy a speciális szükségletekre megfelelően reagáljon az intézmény. A korai években elsősorban beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézségekkel küzdő gyerekek integrálása volt a fókuszban. A speciális nevelési igényű tanulók ellátása speciális feladatokat és főként speciális módszertani háttérrel kíván a velük dolgozóktól. A kezdeti időszakban elsősorban egyfajta szabad módszertani próbálgatás jellemezte

az intézményt. A jelenlegi vezetés szakmai támogatást is biztosított, mind időkeretben, mind pedig egyre több kolléga bevonása révén.

A sikeres inkluzív nevelés elengedhetetlen feltétele a szülői támogatottság mind a sajátos nevelési igényű tanulók, mind a neurotípikus gyermekek részéről. A korábbi években az intézményi létszám is jóval kisebb volt, ám az évek alatt a szülői elégedettségnek köszönhetően hatalmas lett a túljelentkezés. Olyannyira, hogy új, nagyobb épületre volt szükségünk. Sajnos sok olyan gyermek jelentkezik hozzánk, akiket a helyhiány miatt kell visszautasítanunk. Az induló első osztályokban folyamatosan túljelentkezés van. Azt tartjuk fontosnak, hogy a hozzánk jelentkező gyermekek szülei előzetesen minél pontosabb képet kaphassanak pedagógiai hitvallásunkról, céljainkról, módszereinkről és napi gyakorlatunkról; illetve nagy hangsúlyt fektetünk a családok és a gyermekek előzetes, részletes egyéni megismerésére. Az osztályok összetételének kialakításakor egy olyan egyensúly megteremtésére törekszünk, ahol – speciális feltételeink biztosítása mellett – megvalósíthatónak tartjuk a sikeres együtt tanulást, az inklúziót.

A Laborc Általános Iskola speciális eszköz- és módszerrendszerrel dolgozik a sajátos nevelési igényű tanulók inkluzív nevelése céljából, amely komplex és egyedi. A továbbiakban ezek közül azokat kívánom bemutatni, amelyek bármely intézményben segítséget nyújthatnak azoknak a pedagógusoknak, akik nyitottak erre.

ALAPELVEK – SZEMLÉLETVÁLTÁS

Nem csak a sajátos nevelési igényű és a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdő tanulóink számára fontos, hogy innovatív szemlélettel közeledjünk a tanulás-tanítás folyamatához. A jelenlegi felgyorsult világban azoknak a gyerekeknek is szükségük van biztonságos, kiszámítható, következetes környezetre, akik tipikus fejlődésmentűek. Közös célunk, hogy megfelelő rutinokat és struktúrát vigyünk a napjaikba, keretet adjunk azoknak. Ehhez szükséges a preventív szemlélet. A pedagógusnak és a diákoknak is minden esetben felkészültnek kell lenni arra, ami egy nap során rájuk vár. Óriási feladat megtervezni egy-egy tanórát, egy napot, egy programot, egy tanulási folyamatot úgy, hogy annak minden veszélyforrására felkészüljünk, minden eshetőséget figyelembe vegyünk. Nagyfokú kreativitást és rugalmasságot vár el a pedagógusoktól az ilyen jellegű munka, mely során elengedhetetlen a kollegákkal való szoros együttműködés. A tanulókkal dolgozó szakembereknek ismerniük kell a gyermekek egyéni igényeit, szükségleteit, képességeit úgy, hogy képesek legyenek a megfelelő fejlesztési folyamatban részt venni és biztosítsák a gyermekek számára az optimális fejlődéshez szükséges feltételeket.

A kiszámíthatóság és az ígéretek ereje

A hitelesség és kiszámíthatóság érdekében törekedni kell arra, hogy ha valamit megígértünk diákjainknak, azt véghez is kell vinni. Egy várt dolog elmaradása bizonytalanságot szül, ami miatt sérül a biztonságérzet. A prevenciós szemléletű hozzáállás elősegítheti, hogy a váratlan kimenetelleket minimalizáljuk (Füzi, 2015).

A bizalomnak óriási szerepe van abban, hogy pedagógus és diák között megfelelő, jól működő kapcsolat alakuljon ki, ennek fenntartása nélkülözhetetlen feltétele a közös munkának, előrehaladásnak. Fontos, hogy olyan ígéreteket tegyünk diákjainknak, amelyeket képesek vagyunk véghez vinni. Bár alakulhat úgy, hogy valamilyen oknál fogva nem tudjuk megtartani azt, ebben az esetben meg kell győződni arról, hogy a gyermekben nem okoz-e maradandó bizalomvesztést, ha időben eltoljuk vagy módosítjuk az ígéret megvalósítását.

Következetesség és keretek

Szem előtt kell tartani, hogy bármilyen, viselkedést módosító stratégia vagy beavatkozás megkezdésekor következetes megvalósításra van szükség. A tanulónknak folyamatosan éreznie kell a támogatottságot és elkötelezettséget irányába ahhoz, hogy hosszútávon változást érzünk el nála. A sikerességhez nélkülözhetetlen, hogy mindenki, akit a gyermekkel való munkába bevontunk, azonos stratégiát és nyelvet használjon válaszként a gyermek viselkedésére. Nagyon fontos, hogy a sajátos nevelési igényű gyermeknek világos határokat és kereteket szabjunk. Tisztában kell lenniük azzal, hogy a cselekedeteik következményekkel járnak. Ezzel nem csak a felelősségvállalás képességét fejlesztjük, hanem mindez a reális énkép kialakításában is fontos szerepet játszik (Fűzi, 2015).

Nem csak a negatív dolgoknak van következményük. A pozitív cselekedetek, magatartásformák is következményekkel járnak. Az együttnevelés nagy előnye, hogy a gyerekek egymást is formálják, segítik. Ha minden esetben ugyanolyan következményekkel számolnak, figyelmeztetni és segíteni fogják egymást az elvárt magatartás megvalósulásában.

Folyamatos önreflexió

Az oktató és nevelő munka során elvárt a folyamatos önreflexió a pedagógus részéről. Ahhoz, hogy munkánk hatékony és sikeres legyen, minden esetben szükséges, hogy átgondoljuk a tevékenységeket, cselekedeteket és az azokra adott válaszreakciót (Takács, 2016).

Az önreflexiót a gyerekeknek is tanítani kell ahhoz, hogy tisztában legyenek azzal, milyen területeken van szükségük még fejlődésre és mik azok a területek, amelyekben ők segíthetnek társaiknak. A reális énkép kialakítása a szülők és a pedagógus feladata is. Fontos megjegyezni azonban, hogy tudatosítani kell bennük: szabad hibázni. Ezt is meg kell tanítani számukra. Sokakban szorongást vagy frusztrációt válthat ki, ha valami nem az általa elgondoltak szerint történik és nem azonnal sikerül. Ilyenkor meg kell állni és megbeszélni, hogy a próbálkozás sokkal fontosabb, mint a végeredmény. Ennek fényében érdemes elkerülni a versenyhelyzeteket, az egymás képességeinek összemérését. A gyermekben azonban tudatosítani kell, hogy van, amiben jobban teljesít, és van, amiben segítséget igényel. Ő is és társai is.

Motiváció

Az egyéni különbségek figyelembevétele prioritást élvez tanulóink motiválásában. A hatékony munka érdekében a pedagógusnak ismernie kell tanítványát, a gyermek kedvenc időtöltését, témáját, játékát, szabadidős tevékenységét. Egy-egy kedvenc játék, tevékenység bevetése a motivációs folyamatban nagyban elősegítheti tanulóink tanuláshoz való hozzáállását, segíti a szocializálódás folyamatában való fejlődését (Békéné, 2012).

A motiváció fenntartása a különböző életkorokban az életkori sajátosságok és az egyéni különbségek miatt más és más eszközöket igényel. Intézményünk célja, hogy a külső motivációs rendszer segítségével később egy olyan belső motivációt alakítson ki, amely nem csak az iskolai életben, hanem a felnőttkorban is megfelelően működik majd. Az interiorizálás hosszú és egyénenként eltérő időben történik, ezért ebben az esetben is figyelembe kell venni a gyermek egyéni sajátosságait és igényeit. Bár lehetséges csoportszinten megvalósítani ezeket, a csoport mellett figyelembe kell venni a gyermek saját belső motivációs bázisát, azt használva kell olyan helyzeteket teremteni, amelyek alkalmassá teszik a feladatai elvégzésére. Erre az iskola a pozitív megerősítésen alapuló zsetonrendszert alkalmazza. Ennek bemutatása a későbbiekben részletesen olvasható.

Pozitív megerősítés és általánosítás

Egy adott helyzetben és környezetben megtanult készségek általánosítása olyan képesség, amely speciális kihívást jelenthet a sajátos nevelési igényű és különösen az ADHD-val élő gyerekek számára. Célunk, hogy az új készségek és megoldási stratégiák változatos körülmények között való alkalmazásában megfelelő odafigyeléssel segítsük tanulóinkat. Nem a büntetés, hanem sokkal inkább a pozitív megerősítés az, ami előrevisz minket ebben a folyamatban. A gyermek azonban nem minden esetben képes a büntetést negatívumként értelmezni. Előfordulhat, hogy örömforrásként alkalmazza, hiszen abban a pillanatban, amikor negatív cselekedete miatt felelősségre vonjuk, csak vele foglalkozunk. Ő kerül a figyelem fókuszába. Ilyen esetekben érdemes ignorálni a rosszat és pozitívan megerősíteni a jót. Szem előtt kell azonban tartani azt is, hogy gyakran a saját tapasztalataiból nem az általunk elvárt mértékben tanul, vagy nem képes általános esetekben alkalmazni a tanultakat, csupán egy konkrét szituációra. Az, hogy ugyanazt a megtanult képességet több hasonló szituációban is képes legyen használni, hosszú folyamat eredménye. A pedagógusoknak nagy türelemmel, toleranciával és empátiával kell rendelkezniük ahhoz, hogy újra és újra végig járják az utat a gyermekkel, egészen addig, amíg egy-egy készség vagy képesség nem automatizálódik, nem válik belsővé. Így van ez a viselkedésmódosítás során is (Virág, 2013).

A hosszú hiányzás, előre nem látható esemény vagy akár egy intézményi vagy osztályprogram esetén történhet egyfajta visszaesés nem csak a tanulmányi munkában, de a motivációban, a közösségi életben és az egyéni munkában is. Ezekben az esetekben vissza kell térni ahhoz a szinthez, ami a gyermeknél már korábban működött és belsővé vált. Újra át kell ismételni a

szabályokat, a megfelelő viselkedést és a helyzetekre adott elvárt reakciókat. Ahhoz, hogy egy magatartásminta automatizálódjon, folyamatosan fenn kell tartani a kereteket, hogy különböző helyzetekben is képes legyen megfelelően reagálni.

Rugalmasság és kreativitás

A pedagógussal szemben elengedhetetlen elvárás, hogy a rugalmasság területén kiemelten magas szinten funkcionáljon. Ez minden nap új kihívás elé állítja, hiszen ugyanaz a gyermek adott szituációban egyik nap így, másik nap pedig éppen az ellenkező módon reagál majd. Fel kell készülni minden eshetőségre, és a megfelelő módon, rugalmasan kell reagálni azokra.

A kreativitás, az egyedi megoldások, a humor fontos vejejárói a pedagógus személyiségének. Személyiségünkkel hatunk tanítványainkra, ezért szinte minden bevethető, amit az adott szituáció megkíván. A hitelesség és magabiztosság az, amitől a tanuló tanulási helyzetbe hozható. A pedagógusnak pontosan tudnia kell, mi a megfelelő a gyermek számára, ehhez tanítványai szeretetnyelvét kell használnia olyan módon, ami az adott esetben célravezető. Ehhez azonban nincs szabály, előírás vagy recept, ami garantálná, hogy elérjük a kitűzött célt.

Empátia

A pedagóguspálya nagyfokú alázatot igényel a pedagógus részéről. A világot a gyermek szemszögéből kell meglátnunk és megismernünk. Ez kulcsfontosságú összetevője a velük végzett szakmai munkának. A gyermek perspektívájából kell kiindulnunk. Bele kell látnunk abba, ők hogyan tekintenek az őket körülvevő környezetükre. Meg kell ismernünk motivációjukat és érdeklődésüket, de fontos tudnunk azt is, mi lehet ijesztő, vagy nyugtalanító számukra. Ha megértjük, elfogadjuk mindezt és kapcsolódunk hozzájuk, akkor tudunk valódi személyiségformáló és pedagógiai, oktató-nevelő munkát végezni. A pedagógus és gyermek közötti kapcsolat tehát meghatározó, amelyhez az empátia a kulcs.

Egyéni szükségletek figyelembevétele – differenciálás

Intézményünkben az egyéni szükségletek meghatározásának legfontosabb része a tanulók tapasztalatai úton történő megismerése, amelyhez hozzá tartozik a szakvélemények elemzése is. A tervezés teammunkában történik. Minden tanulóról egyéni fejlesztési tervet készítünk, ami tartalmazza a képesség- és készségfejlesztés, a tehetséggondozás és az átfogó személyiségfejlesztés féléves konkrét célkitűzéseit, megvalósításának módszereit.

Az osztályban folyó inkluzív nevelés tervezése az osztályfőnöki munkaterv. Legfontosabb része a tanulók és a csoport sajátosságainak elemzése, feltárása. A tervezés ezek alapján történik.

Nem csak a tantárgyi, tárgyi tudás elsajátításához szükséges a differenciálás. Szűkebb értelmezés szerint a differenciálás lényege az egyéni képesség-, fejlettségi szint és a személyiségi tulajdonságok

eltéréseihez igazodó fejlesztő eljárás módok érvényesítése az oktatás folyamatában. Az oktatási folyamat szervezése a tanulók differenciált tevékenykedtetésére épül a feladatrendszerek eltérő fejlesztő hatásának figyelembevételével, igazodva az ismeretsajátítás ütemében a fejleszthetőség és taníthatóság egyéni különbségeihez, felhasználva a differenciált munka tanórai és tanórán kívüli szervezeti lehetőségeit. A differenciált pedagógiai munka célja eljuttatni a tanulókat az egyéni képességek szerint elérhető legoptimálisabb ismeretsajátítási szintre (Lappints, 2002; M. Nádas, 1986).

Egy másik megközelítés szerint azt a pedagógiai funkciót, amely a tanulóval kapcsolatos egyéni és csoportkülönbségek figyelembevételét írja elő a tanítási-tanulási folyamat minden mozzanatában, differenciálásnak nevezzük (Báthory, 2000).

Ennek megfelelően a tanulókkal kapcsolatos minden tevékenység során az egyéni szükségletek figyelembevétele a legfontosabb, legyen szó szabadidős tevékenységről, tanórai munkáról, értékelésről vagy szocializációról.

Szülőkkel való együttműködés

A neurotípus és a sajátos nevelési igényű tanulók esetében is nagyon fontos a szülőkkel való együttműködés. Saját gyermeküket ők ismerik a legjobban. Előfordul, hogy a tanuló egészen más képet mutat az iskolában, mint otthon. Két teljesen eltérő viselkedést tapasztalhat a szülő és az intézmény, a környezettől függően. Az otthoni környezetben hasonló ingerekre más reakciót adhat, mint a kortárs csoportban. Szükségszerű gyakran egyeztetni a szülővel, és indokolt lehet bevonásuk gyermekük iskolai rutinjának tervezésébe. Erre szolgálhat az élményfüzet (erről később bővebben) különböző változata, de otthon is használhatnak értékelési rendszert, folyamatábrákat, napirendi kártyákat. A kapcsolattartás folyamatossága mindkét fél részéről meghatározza a fejlődés mértékét.

Játékosság és társas helyzetek

Tanulóink számára gyakran nehézséget jelenthet a játék. A szabályok megértése, követése és betartása már önmagában kihívás elé állíthatja őket. A társak sokat segíthetnek ezekben a helyzetekben, de vannak egyéni nehézségek. Mí az intézményben eszközként használjuk a játékot mind a tanórán, mind pedig a szabadidő szervezésében. A játék kiváló lehetőség arra, hogy a megtanult képességeket új szituációkban is alkalmazzuk, ismeretlen helyzetekben is képesek legyünk a használatukra. Egyes tanulóink szenzoros működési nehézsége miatt előfordul, hogy bizonyos játékokban nem képesek részt venni. Ilyen esetekben érdemes a határokat meghúzni, következetesen betartatni azokat. Különösen nehéz lehet a fizikai kontaktust igénylő, vagy a hirtelen hanggal járó játékok alkalmazása. Fontos, hogy előre tisztázzuk mi fog történni és adjunk lehetőséget a megfigyelésre.

A játékot tovább nehezíthetik a társas helyzetek, a testbeszéd, a mimika, a gesztusok, amelyek között elbizonytalanodhatnak. A strukturálatlan idő, a szabad játék, a keret nélküli helyzetek bizonytalanságot teremthetnek. Mindezek mellett a tanórákhoz képes a magasabb alapzaj, gyors és

váltakozó ingerek csökkenthetik a biztonságérzetet. Ilyenkor még nehezebb a szabályok betartása. Segítség lehet, ha kedvelt tevékenységeik köré szervezzük meg a szünetet, feladatot, és többféle választási lehetőséget kapnak ebben az időszakban is.

Tanulóink gyakran nem rendelkeznek megfelelő kommunikációs és szociális készségekkel ahhoz, hogy közeledjenek a másik gyermekekhez és játékot kezdeményezzenek velük. Bár szeretnének kapcsolódni, nem sikerül minden esetben a megfelelő mód kiválasztása. A pedagógus feladata, hogy felkínálja a választási lehetőségeket, biztosítsa a feltételeket. Azonban azt is el kell fogadni, ha a tanuló nem a szokásos módon játszik, helyette egyéni elképzeléseihez ragaszkodik, nehezen vagy nem lehet tevékenységébe bekapcsolódni.

Intézményünk az élmény- és kalandpedagógiai elemek tanórai beépítését preferálja. A pedagógus nem csupán a konkrét tananyag leadására törekszik, hanem olyan helyzeteket, feladatokat teremt, játékos formába ágyazva, amely a konkrét tárgyi tudás mellett tapasztalati és szociális tudás elsajátítását is hozza magával. Tanulóink játszva, élményekkel gazdagodva tanulják meg a tananyagot. Ehhez szükséges, hogy kilépjenek a hagyományos tanórai keretből.

KONKRÉT MEGVALÓSÍTÁSI LEHETŐSÉGEK

Az osztályterem berendezése

A Laborc Általános Iskolában nem csupán szakértői bizottság vagy a pedagógiai szakszolgálat által kiadott dokumentummal rendelkező gyermekek tanulnak, hanem olyanok is, akiknek nincs erről írásos szakvéleményük, valamilyen oknál fogva a szülők mégis úgy döntöttek, hozzánk járatják őket. Tanulóink különbözőségei miatt szem előtt kell tartani a mindenki számára megfelelő, biztonságos környezet kialakítását. A túl sok vizuális inger elvonhatja a figyelmüket, izgatottak lesznek, nyugtalanságot, koncentrációzavart válthat ki, míg a kevés inger információhiányt okozhat. Meg kell találni tehát a középutat.

Tapasztalataink szerint érdemes biztosítani a tanulók számára ún. „elbújási lehetőséget”. Egy csendes sarkot, esetleg egy üres szekrényt, egy ingerszegény környezetet, ahol a szenzoros ingerek minimalizálódnak. Ennek megfelelő használatára és szabályaira meg kell tanítanunk őket és társaikat. A szabályok megalkotására a gyerekek a legalkalmasabbak. Tudatosítanunk kell, hogy az elvonulás mindig okkal történhet, ezért meg kell tanítani az ilyen igényük kifejezésének megfelelő módját és rendjét. Meg kell tudniuk mondani, mutatni, mi az, ami zavarja őket, ami feszültséget teremt bennük, rossz érzést vált ki. Ennek számtalan módja lehetséges, akár egy kártya átadása, egy kézjelzés, esetleg egy kulcsszó kimondása. A zajszűrő fülesek használata nagy segítség lehet a zavaró zajok elviselésékor. Előfordulhat, hogy a tanulóink folyamatosan keresi a menekülőutat, elszökik a számára nem komfortos helyzetekből. Ezekben az esetekben a mobil paraván és a szabálykártyák használata segíthet nekünk.

A túlérzékenység nem csak a vizuális ingerekre vonatkozhat. Lehet a világítás vagy a beszűrődő fény is olyan tényező, amely hatással van a gyermekekre. Éppen ezek miatt fontos, hogy a tanterem berendezésére, színére is odafigyeljünk. A semleges színek nem vonják el tanulóink figyelmét. A megszokott bútorok, az állandó helyen lévő saját pad biztonságérzetet nyújt. A szabadidőben praktikus lehet a babzsákok, párnák használata. A zajokra, a szagokra, az ízekre adott érzékszervi

válaszreakciók figyelmeztethetnek bennünket arra, hogy az optimális tanulási környezet kialakításához szükséges a beavatkozásunk.

Strukturált tér és idő

Reggeli kezdőkör

Minden napnak keretet adunk. Egyfajta rituáléval kezdjük meg a közös munkát. A reggeleket kezdőkörökkel indítjuk mind az alsó, mind pedig a felső osztályokban. Ennek célja a tanulóink aktuális pszichés állapotának feltérképezése. Egy rosszul induló reggel olyan nehézségeket okozhat számukra, amelyek miatt a tanulmányi munka megvalósulásának lehetőségei is korlátozódnak. A kezdőkörök alatt a pedagógusok megtudják, hogyan és milyen módon közelítsenek a tanulók felé aznap, milyen gátakat kell feloldani, milyen feszültségek miatt más a viselkedésük.

A kisebb osztályokban szőnyeget ülnek körbe, de ez a testméretek gyarapodásával kicsinek bizonyul, ezért a szőnyeget felváltja a Polifoam párna, illetve a saját padjuk. Mindannyian körben ülünk, ezzel teret adva az egymásra figyelésnek. A pszichés állapot feltérképezése mellett tanulóink megismerik egymást, sőt lehetőség van a kommunikáció fejlesztésére, az egymásra figyelésre is. Az aktuális napindító kérdéseket és módszereket változtatjuk. Leggyakoribb kérdések: Hogy aludtál/ébredtél? Mi történt tegnap? Mit vársz a mai naptól? Hol lennél, ha nem itt? Mivé változnál? Ha egy kíváncsi ember teljesülhetne... Mivel érkezted? Mit választanál a kártyákból? Miért? (régii naptárak, macikártyák, képek felhasználása) Min változtatnál? Ezen alkalmakkor különböző eszközökkel tesszük változóssá számukra a nap elindulását. Kártyákat, kérdéskártyákat, megkezdett mondatokat, képeket, kíváncsi kockát és gyakran vizuális időmérőt, például Time Timert (röviden Timert) alkalmazva indítjuk a napot.

A *kíváncsi kockát* a pedagógus egyénre szabottan készíti el, akár a tananyaghoz kapcsolódóan. Egy egyszerű – akár papírból készült – kockára olyan kérdéseket ír fel, melyre a válaszok kifejtést igényelnek (pl. Mit tudsz a rovarokról? Melyik volt a legkedvesebb álmod? Melyik országba utaznál és miért?). Az eldöntendő kérdéseket ebben az esetben érdemes elkerülni. A gyermek válasza lehetőséget biztosít a tárgyi tudás gyors feltérképezésére, vagy aktuális hangulatának felmérésére.

A *Timer* minden tanulónak segítséget jelent. Azok számára, akik hosszasan képesek mondandójukat kifejteni, a lényegkiemelésben; a tómondatokat preferálóknak a bővebb információátadásban. Olyan időmérő eszköz, amely láthatóvá teszi az idő múlását úgy, hogy a beállított időtartam színes korong formájában is megjelenik, majd ahogy telnek a percek, a korong egyre fogy, fokozatosan eltűnik, így jelezve, mennyi idő maradt még vissza, nem pedig azt, hogy mennyi telt el. A zsetonrendszerrel kombinálva nem csak a sajátos nevelési igényű tanulóink számára adhat keretet, de a neurotipikus gyerekek számára is nagyon fontos a helyes időgazdálkodás megtanulása. A Timer jól látható helyet kap az osztályteremben. Megfelelő alkalmazásával egy-egy tevékenység tervezése és lezárása a konfliktusok minimalizálását eredményezi. Némely osztályban az ajtón lévő képekre csapva köszöntjük egymást. Ezekre a képeken különböző köszönések rajzai láthatóak (pl. szavak, ölelés, kézfogás, integetés, tánc, cipőpacs). Ebből tudjuk meg, hogy milyen hangulatban vannak tanulóink. A pedagógus ehhez igazodva indítja a reggelt és teremti meg a tanuláshoz szükséges feltételeket.

Közös szabályalkotás

A szabályok közös megalkotása minden osztályban már az első tanítási napon megkezdődik. A pedagógusok irányításával olyan szabályokat fogalmaznak meg a gyerekek saját szavaikkal és életkori sajátosságaiknak megfelelően, ami szerintük szükséges ahhoz, hogy a tanulást, az iskolai időt elfogadhatóvá tegyék. Ezt a kisebbeknél a vizuális megerősítés módszeréhez nyúlva képekkel egészítjük ki.

Fontos kritérium, hogy a szabályok megfogalmazásában pozitív üzeneteket alkalmazzunk. A tagadás és tiltás nem célja a szabályok megalkotásának. A közös normák mellett néhány osztályban megjelenik az élménypedagógiából ismert szerződés, az *öt ujjas módszer*. Egy gumikesztyűt lisztel, grízzel töltünk meg. Minden újra ráírjuk a kulcsszavakat, melyeket szabályalkotáskor a gyerekekkel közösen beszélünk át. A hüvelykujj, a „like” jele; azért fontos, hogy jól érezzük magunkat. A mutatóujj a felelősségvállalás tetteinkért; a középső ujj a tiszteletet szimbolizálja. A gyűrűs ujj az elköteleződés, a kisujj pedig azt jelenti, hogy senki nincs egyedül, hiszen csoportban dolgozunk. Szabályszegéskor egyszerűen csak rámutatunk a kesztyűre vagy a megfelelő ujjra, mely a közös szerződésünk szimbóluma.

A szabályokat szerződésként az osztályban jól látható helyen rögzítjük, aláírással „megpecsételjük”. A tanév során folyamatosan bővíthetjük abban az esetben, ha mindenki számára elfogadható új szabályok lépnek életbe.

Pozitív megerősítés biztosítása késleltetett jutalmazási rendszerrel

Ahhoz, hogy a motiváció és a szabályokhoz való alkalmazkodás belsővé váljon, kezdetben elengedhetetlenül szükséges a külső megerősítés. Többféle próbálkozás után (kapcsok, korongok stb.) jutottunk el oda, hogy a leghatékonyabb módszernek a *kavicsok gyűjtése* bizonyult. Tapintásban, méretben, tisztántartásban, pótolhatóságban is legalkalmasabb megoldásként szerepel a palettán. A kavicsokkal történő megerősítés kivezetése egyéni szükséglettől függ. Előfordul, hogy osztályszinten el lehet hagyni, de az sem ritka, hogy egy-egy tanulónk egyénileg gyűjti a felső tagozaton is, sőt az sem ritka, hogy egy-egy pedagógus csak a saját tanóráján alkalmazza azokat.

A kavicsokat az iskolánkba lépéstől kezdve gyűjtik, így már első osztálytól kezdve a manipulációs tevékenységeknek köszönhetően fejlődik a számfogalmuk, erősödik a tízes számrendszerben való műveletvégzés, segítségükkel kialakításra kerül a maradék nélküli és a maradékos osztás fogalma, illetve a becslésben és kerekítésben is nagy szerephez jutnak.

Fontos hangsúlyozni, hogy soha nem versenyeztetjük a gyerekeket. Mindenki önállóan gyűjti kavicsait. Összehasonlítás nélkül kerül értékelésre, beváltásra. Elsődleges cél a reális önértékelés és a belső motiváció kialakítása.

Minden apró, vagy nagyobb pozitív megnyilvánulást, feladatmegoldást egy-egy kavicsal (dekorációs kővel) jutalmazunk. Természetesen a nemkívánatos cselekedetek következményeként el is lehet veszíteni a kavicsokból, de főként az összegyűjtésükre koncentrálunk, ezért szabályszegés esetén első lépésként „figyelőbe” kerülnek a kavicsok, ahonnan gyorsan vissza lehet szerezni azokat. A kavicsokat praktikussági szempontok alapján, az asztalukon gyűjtik, a dobozokat

tépőzárakkal rögzítjük, testnevelés órán és fejlesztéseken magukkal viszik őket, hogy azokon az órákon is folytathassák a gyűjtögetést.

A kavicsot a befektetett munka, a részvétel és az erőfeszítés mértéke alapján lehet megszerezni. Az, aki egy-egy feladatban gyorsabb vagy hibátlanul dolgozik, éppen annyi kavicsot kap, mint az, akinek képességei gyengébbek és kevesebb feladatot végez el. Ezzel a módszerrel a versenyhelyzetek tompulnak, a kudarcűrő képesség sikeresebben fejleszhető. Ez persze megkívánja a pedagógustól mind a minőségi, mind pedig a mennyiségi differenciálás alkalmazását.

Szinte mindegyik tanuló más-más, számára kívánatos dologra válthatja be az általa összegyűjtött kavicsot (gumicukor, matrica, Tv-csatornák képe, zászló, chips, ropi, üveggolyó, de gyakran az abban a pillanatban megkívánt apróság pl. „meseország térképe”). Figyelembe vesszük a diéta és az ételérzékenység vagy -allergia kritériumait is.

Napi két beváltással dolgozunk. Ebéd után és hazamenetel előtt. Mivel ezekben az esetekben időnként szükséges a várakozás, így a kivárás, ill. késleltetés, a figyelem, a kudarcűrő képesség fejlesztése indirekt módon történik. Minden alkalommal törekszünk arra, hogy legalább egy jutalmat minden tanulónk össze tudjon gyűjteni és a következő órán is legyen motivációja a tanulásra. Tíz kavicsért jár egy nagy kavics. A nagy kavics pedig biztos jutalmat jelent.

Dolgozom és kapok, azaz az azonnali jutalmazás

Bizonyos esetekben, például az autizmus spektrumzavar széles skáláján mozgó tanulóinknál szükség lehet az azonnali, közvetlen tárgyi jutalmak alkalmazására. Erre a célra használjuk az ún. „*dolgozom és kapok*” rendszert.

Kezdetben az elvégzett feladatot követően jár a jutalom, később áttérünk a késleltetett jutalmazásra, azaz a kavicsokra. Így idővel képesek lesznek a közös/csoportos feladatvégzésre, részt tudnak venni egy frontálisan vezetett tevékenységben vagy tanórán.

Rítusok és rituálék

Ahogy a gyermek belép az iskolába, egy olyan biztonságos és kiszámítható környezetbe kerül, ami minden napját meghatározza. Nemcsak a tanórák és a szünetek strukturáltak, de olyan beépített rituálékkal segítjük a hétköznapi munkájukat, amelyre a hagyományos iskolai naptól eltérő rendezvények alkalmával is biztosan támaszkodhatnak. A reggeli kezdőkör után megkezdődnek a tanórák. A köztük lévő szünetekben végezhető tevékenységek is szabályokhoz kötöttek. Külön szünet van a tízórai elfogyasztására, a benti és udvari szünetre.

A napirend lehetőséget biztosít a sajátos nevelési igényű gyermekeknek és neurotipikus társaiknak, hogy pontosan tudják, mikor mi vár rájuk. Az iskolában csoportos, osztályszintű vagy egyéni órarendjük lehet, amelyben minden órának megvan a saját kártyája – jellemző képekkel, szavakkal vagy mindkettővel. Az osztály órarendje a tanteremben jól látható helyen található, míg az egyéni órarend mobilis, erre a célra kialakított formában náluk van. Ez a fajta vizuális megerősítés biztonságérzetet ad, kiszámíthatóságot biztosít, a napi rutinban való eligazodást segíti.

A napirendi kártyák hátuljára tépőzárát teszünk. A gyermek az idő múlását nyomon követheti, következtethet arra, mi vár még rá. Ha minden kártya elfogyott, a napnak vége.

Ugyanezen az elven alapul a tanóra menetének vizuális támogatása. A pedagógus piktogramok, feliratok formájában jelzi az órán rájuk váró feladatokat, amelyekkel végeztek, kipipálják, letörlik vagy kihúzzák. Sok szülő visszajelzése alapján a módszer otthon is működik. A heti vagy napi tervezésnél óriási segítséget jelent, ha láthatóvá tesszük számukra a lépéseket, eseményeket. Az online elérhető segédleteket használhatjuk, de a pedagógus maga is rajzolhat, kereshet megfelelő ábrákat erre a célra.

Az évszakváltás, ruházatváltozás igazi kihívás lehet azoknak a gyerekeknek, akik nem érzik a hőmérséklet változását, vagy a megszokott ruhadarabjaikon nehezen változtatnak, illetve nehézséget jelent számukra az öltözködés folyamata. Ebben szintén segítség lehet a tépőzáras folyamatábra, vagy ruhák fényképei. Egy iskolai rendezvény előkészítése, lebonyolítása és értékelése során szintén fel tudjuk használni ezt a módszert.

A születésnapok, névnapok nagyon fontos események a gyermekek életében, különösen az alsó tagozaton. Ennek megünneplése osztályonként eltérő, de minden osztálynak megvan a saját rituáléja, amely szerint megtartják azokat.

Kommunikáció

Fontos számunkra, hogy a gyermek minden kommunikációs helyzetben értse, hogy mi történik vele és körülötte. Emiatt a teljes figyelmét rá kell irányítani a beszélőre. Egy általánosított közlés nem feltétlenül jut el minden tanulónkhoz. Ezért csökkenteni kell ezekben az esetekben a háttérzajt. A gyermeket megszólítva, rövid és egyszerű tőmondatokban fogalmazzuk meg mondanánkunkat. Az autizmussal élő tanulóink számára a szólások, hasonlatok, elvont képi megfogalmazások szó szerinti értelmezése nagyban megnehezíti a megértést, nehézséget és zavart teremtve bennük. Konkrét dolgokat kell megfogalmazni, úgy, hogy annak pozitív üzenete legyen.

Tudatában kell lennünk, hogy vannak gyerekek, akiknél a verbális ingerek feldolgozása lassabban működik. Ilyenkor nem szabad a válaszadást sürgetni vagy siettetni, de érdemes meggyőződnie arról, hogy a tanuló érti, mit szeretnénk.

Rugalmasan és megfelelő módon kell használni a vizuális megerősítést (fényképek, képek, piktogramok, ismert szimbólumok) egy-egy magyarázat, óratervezés esetében.

Élményfüzetek a hétköznapiakra vonatkozóan

Az autizmus spektrumon elhelyezkedő tanulóink többsége olyan szociális-kommunikációs gáttal rendelkezik, amelyek feloldására szükséges az élményfüzetek bevezetése. Az élményfüzetek egyéni szabott formáit alkalmazzuk, amelyek megfelelnek a tanulóink aktuális kommunikációs szintjének. A szülői együttműködést is használva a gyermek visszajelzést kap mind otthon, mind pedig az iskolában arról, ami vele történt aznap. Ennek segítségével képessé válik az események megfogalmazására.

Kezdetben az élményfüzet általában rajzos formában, tanítói segítséggel készül, majd ezt egyre absztraktabb forma váltja fel, míg végül eljutunk az írásbeliséghez. Fontos, hogy az élményfüzetben is a pozitív megerősítésre törekedjünk. Éppen ezért nem egy napi rossz cselekedet lajstrom, hanem egy olyan pozitív élménykatalógus, amely motiváló hatással van tanulóinkra. A zsetonrendszerrel és a szülői támogatással kombinálva tanulóink eljutnak oda, hogy önállóan is képesek legyenek elmesélni napi történéseiket. Ezekben az esetekben előfordul, hogy elhagyjuk az élményfüzet napi vezetését.

Szüneti élményfüzet

A hosszabb iskolai szünet élményeit nem csupán a kommunikációban gyengébb gyermekeknek nehéz szavakba önteni, sorrendben elmondani, a neurotípusú gyerekek is sokszor elbizonytalanodnak benne. Emlékképek elmosódhatnak. Ezekre az esetekre szüneti élményfüzet bevezetését alkalmazzuk. Egy pedagógus által összeállított füzetben gyűtenek olyan dolgokat, amelyek hívóképként szolgálnak a szünet utáni találkozásokkor. A füzetekbe lehet ragasztani, szavakat vagy mondatokat írni, rajzolni, fényképet tenni, bármit, amiről a következő alkalommal eszükbe jut a felidézendő esemény vagy program.

Óraszervezés

Változatos módszerek és munkaformák

A Laborc Általános Iskolában kiemelt fontosságú az együttműködés és a szociális kompetenciák fejlesztése, ezért a tanórákba élmény- és kalandpedagógiai elemeket építünk. A korábban említett módon ezeket is vizuálisan megjelenítjük az óra menete során. Egy-egy tananyag elsajátításánál nagy hangsúlyt kap a saját tapasztalaton alapuló, a társakkal együtt történő megismerés. Ehhez kooperatív technikákat, az egyéni mellett páros és csoportmunkákat alkalmazunk. A gyógypedagógiai asszisztensi segítség elengedhetetlen a tanulók számára. A tapasztalatok szerint a változatos munkaformáknak és módszereknek köszönhetően nem csupán a tantervben előírt ismeretek elsajátítása történik meg, hanem további készségek és képességek is fejlődnek.

Számonkérési lehetőségek

Több tanulóknál a szakértői véleményben javaslatként megjelenik a szóbeli számonkérés és a többletidő, vagy az eszközhasználat alkalmazása. Mindezek mellett használunk olyan technikákat, amelyek segítik a gyermekeket. Egy többoldalas dolgozat azonnali frusztrációt válthat ki a gyermekből, ezért a feladatokat egyszerűen feladatrészekre vágjuk és egyesével adjuk nekik. Így bár ugyanazt a mennyiségű feladatot oldja meg, a részenként kapott feladategység nem elérhetetlen cél számára.

A *közös szóbeli felelet* a felső tagozat egyik legkedveltebb számonkérési lehetősége. Páros munkában kevésbé frusztráló a számonkérés, mint egyénileg. A szereplés, vagy kiállni egy osztály elé gyakran önmagában is nehéz feladat, ezért olyan is előfordul a hétköznapi pedagógiai gyakorlatban, hogy egy-egy tanulónk otthon videófelvételt készít például a versmondásról. Különösen a felső tagozatra jellemző a prezentációk vagy lapbookok készítése.

A *lapbook* egyfajta portfólió, tabló, lapozható, kinyitható anyagokkal, melyek helyet adnak képeknek, rajzoknak, grafikonoknak, írásbeli munkáknak egy adott témában. Többféle, különböző textúrájú anyag felhasználható a készítése során. Alkalmazható egyéni, páros és csoportmunkában is. Elkészíthetik otthon vagy tanórai keretek között. Egy-egy témánál megtanítja a gyermekeknek, hogy azt egészben átlássák. Mivel aktívan részt vesznek az elkészítésében, sokkal jobban és hosszútávon megjegyzik a tanultakat. Megtanítja a gyerekeket az önálló és igényes munkára. Megtanulják, miként használják okosan információkeresésre az internetet. Fejlődik a kreativitásuk, díszíthetik saját illusztrációkkal.

Számonkérésnél éppen úgy, ahogy a hétköznapiakban, a tanulóink egyéni szükségleteit vesszük figyelembe. Differenciált módon, az intézmény pedagógiai programjához igazodva keressük az egyéni utakat és lehetőségeket.

Tanulósobák

Ahogy a délelőtti tanórák, úgy a tanulósobák strukturálása is nagy odafigyelést igényel. Tanulóink délután is a kavicsgyűjtögetés módszerével dolgoznak. A tanulósobák rendjének kialakítása már első osztályban elkezdődik, kiemelt figyelmet kap a feladattudat és az önismeret, az egymásnak segítség és a differenciálás.

A tanulósobákon nyílik lehetőség a különböző tanulási technikák elsajátíttatására, az egyéni tanulási stílus megismerésére, a tehetséggondozásra és a tantárgyi felzárkóztatásra.

Témahetek

Minden évfolyamon az életkori sajátosságokat szem előtt tartva témaheteket szervezünk. Előfordul, hogy egy tanévben több ilyen is megvalósítanak a kollégák. A témahetek alkalmával egy meghatározott témát járnak körül a tanulóink. Minden tantárgy a választott téma megvalósítása érdekében szerveződik. Alsó tagozaton például a *Ki vagyok én?*, a *Mesék birodalma* és *Mátyás király* a legkedveltebb témák, de a gyerekek igényeihez igazodóan szabadon alakíthatják a pedagógusok ezeket a heteket.

Projektek

Alsó tagozaton rövidebb időkeretben, egy-két napos projektek dominálnak. Az osztályt érdeklő témák jellemzik ezeket a tevékenységeket. Felső tagozaton, a hetedik évfolyamon, a pedagógiai

programban előírt módon valósul meg a „három hetet meghaladó projektmunka” és annak bemutatása. A tanulók egy kijelölt mentorpedagógussal dolgoznak fel egy témakört, melynek bemutatása az egész felső tagozat előtt történik. Ilyenkor prezentáció, kiállítás, bemutató, interaktív beszélgetések formájában dolgozzák fel saját témájukat, melyet a felső tagozat értékeli. Tanulóink már ötödik osztálytól készülnek erre, szeretik és várják ezt a fajta megmérettetést. Gyakran előre kiszemelnek maguknak mentorpedagógust, akivel körüljárják majd témájukat.

Erdei iskola

A legkisebbek két napot és egy éjszakát, a nagyobbak két éjszakát és három napot vonulnak el erdei iskolába. A helyszín, a programok, az előkészítés, a tervezés, a szervezés és a lebonyolítás a gyermekek igényeihez igazodva a pedagógusok feladata. Az erdei iskola az intézmény pedagógiai programjának része, ezért intézményen kívül is a szabadidős tevékenység mellé tanulási helyzeteket is teremtünk. Mind a kisebbek, mind pedig a nagyobbak olyan tapasztalatokkal gazdagodnak ezek alkalmával, amelyek nem csak a közösségi, de az egyéni fejlődést is segítik.

Teammunka

A hatékony munka érdekében intézményünkben teammunkában dolgozunk. A teamet az osztályfőnök, a társosztályfőnök, a gyógypedagógiai asszisztens és a gyógypedagógus – aki sok esetben a társosztályfőnök is egyben – alkotja. Tanulóinkat minden szempontból, minden helyzetben ismerjük, fejlesztésükhöz elengedhetetlen a közös munka. Ennek érdekében teamértekezleteket és -megbeszéléseket tartunk, illetve bővítjük a teamet betanító kollegákkal és évfolyamszintű vagy tagozatszintű együttműködésekkel is. Egy adott probléma feltérképezése és annak megoldása sokoldalú támogatást igényel. A fejlesztőpedagógusok, gyógypedagógusok mellett a vezetőség is segíti a teamek munkáját.

Osztályfőnök, társosztályfőnök

Intézményünkben nagyfokú törekvés van arra, hogy az osztályfőnök és a társosztályfőnök mind az alsó, mind pedig a felső tagozaton magas óraszámban tanítsa osztályát, vegyen részt az ebédeltetésben, a napköziben és a tanulószobákban is. Elsődleges célként megfogalmazható, hogy az osztályfőnökhöz és társosztályfőnökhöz való viszony mind a tanulóink, mind pedig a szüleik számára bizalmi helyzeten alapuljon. Az együttműködés nélkülözhetetlen ahhoz, hogy a gyermek komplex fejlődése mellett a személyisége is kibontakozhasson egyéni szükségleteinek figyelembevételével. Az osztályfőnök és a társosztályfőnök közös megegyezésen alapuló feladatmegosztással dolgozik. Ez teamenként eltérő lehet. A társosztályfőnök elsődleges feladata, hogy segítse az osztályfőnököt a munkában. Ehhez elengedhetetlen mindkét fél részéről a megfelelő kommunikáció.

Gyógypedagógus

Minden évfolyamhoz tartozik egy évfolyam-gyógypedagógus. Ő koordinálja a különböző fejlesztéseket, a tanulókkal kapcsolatos szakértői véleményben megfogalmazott fejlesztési területeket, irányokat. A fejlesztési tervek és a fejlesztési értékelések mellett ő állítja össze a tanulók egyéni fejlesztési órarendjét. Érzékenyen reagál azokra az igényekre, kérésekre, amelyek a pedagógiai munka során felmerülnek. Saját fejlesztései mellett rendszeresen konzultál az osztályfőnökökkel, a fejlesztőpedagógusokkal, gyógypedagógusokkal. Nyomon követi a tanulók egyéni haladását és segíti a pedagógiai munkát. Kapcsolatot tart a szülővel és a gyermekkel foglalkozó szakemberekkel. Hídként köti össze a különböző pedagógiai és gyógypedagógiai folyamatokat. Az évfolyam gyógypedagógusa első osztálytól végigkíséri a gyermeket és annak fejlődését, nyolcadik évfolyamon segít az iskolaválasztásban.

Gyógypedagógiai asszisztens

Minden osztálynak saját gyógypedagógiai asszisztense van, aki nem csupán a gyermeket és a pedagógust segíti a mindennapokban, de aktívan részt vesz a pedagógiai munkában, az előkészületekben, a gyermekekkel kapcsolatos – akár higiéniai – teendőkben és a szabadidő szervezésben is. Minden tanórán jelen van, ezért különböző helyzetekben látja a gyermeket, segíti a boldogulásban. Folyamatosan egyeztet a teammel, hatékonyan együttműködik abban, hogy az egyéni szükségletek figyelembevételével a gyermek a legoptimálisabb eredményt érje el és képes legyen a tőle elvárható maximális módon rész venni a tanulás-tanítás folyamatában.

Vizuális támogatás

Korábban már szó volt róla, hogy a folyamatos vizuális támogatás elengedhetetlen intézményünkben. A napirend, a szabálykártyák, a folyamatábrák támogatják a biztonságos, kiszámítható, következetes környezet kialakítását, az önálló feladatvégzést tanulóink számára.

Érzelempártyák

Nem ritka, hogy egy-egy tanulónk nehezen azonosítja érzelmeit, ezért a tantermekben elérhető az érzelemskála, vagy saját készítésű, érzelmek kifejezésére irányuló rajzos ábrák. Hatalmas segítség abban az esetben, ha nehezen indul a reggel, vagy két tanóra között történik olyan szituáció, amit a tanuló nehezen azonosít, és képtelen annak elmondására. Ezek a kártyák mankóként szolgálnak, hogy milyen irányba induljon el a pedagógus ahhoz, hogy visszaterelje a gyermeket a megfelelő, tanuláshoz szükséges pszichés állapothoz.

Az érzelmek azonosítása néha könnyen megy, de gyakran előfordul, hogy tanulóink nehezen fogalmazzák meg, mi zajlik bennük. Nem mindig képesek elmondani, mi okoz számukra

diszkomfortérzetet. Kezdetben arra törekszünk, hogy piktogramok, rajzok segítségével mutassák meg, milyen érzelmi állapotban vannak. Ezek az érzelemskálák lehetnek számos, szmájlis, színekkel vagy szavakkal jelölt skálák is. Minden esetben fontos, hogy választ kapjunk arra, hogy mi az oka, hogy jó vagy rossz hangulatban vannak. Ebből kiindulva tudunk a negatív érzésekkel dolgozni. Célunk, hogy kiderítsük, mire lenne szükségük ahhoz, hogy kilendítsük a negatív hangulattól és egy pozitív érzés felé tereljük őket.

Suliváró füzet

Az iskolakezdés, az új környezet, az új elvárások minden gyermek számára komoly izgalmakkal járnak. Szorongásuk, bizalmatlanságuk feloldása érdekében a leendő elsős gyermekek családjának elektronikus formában – illetve igény szerint papíralapon – „Suliváró füzetet” küldünk, melyben bemutatjuk a legfontosabb dolgokat. A suliváró füzetet a gyermekekkel dolgozó team állítja össze. Fényképekkel, illusztrációkkal szemléltetjük, mi vár majd rájuk. A füzetben a team, az osztályterem és a legfontosabb helyiségek, valamint a tankönyveik is megjelennek. A tapasztalatok azt mutatják, hogy a kis elsősök a füzetnek köszönhetően magabiztosabban érkeznek az első iskolai napjukon az intézménybe, mindez megkönnyíti a kezdeti időszakot.

Hangerő-szabályozás

Előfordul, hogy egy tanóra és egy-egy szabadidős tevékenység másfajta alapzajt enged meg tanulóink számára. Ahhoz, hogy ezzel könnyebben legyenek képesek azonosulni, „hangerőt szabályozó rendszert” vezettünk be. Ezek segítségével a tanulók minden esetben tisztában vannak azzal, hogy milyen hangerővel beszélhetnek egy-egy tevékenység során. A négy különböző fokozat minden helyzetben differenciáltan alkalmazható. A jól látható helyen lévő hangerőszabályozók világitanak (egyszerű, eltérő színű éjjeli fények a falon). A különböző színek más-más jelentéssel bírnak. Ezeknek nevet is adunk. A zöld, a „nindzsa üzemmód” – egyéni munka esetén világít, teljes csendet igényel. A kék, a „susmus – pusmus” – páros munkát jelöl, ebben az esetben csak a kijelölt párral lehet beszélgetni. A sárga, a „kupaktanács” – csoportmunkában használható, megengedi a csoporttal való kommunikációt. A piros, a „csinnadratta” – ennél a jelzésnél kiengedhetik a hangjukat. Stopperrel, timerrel kiegészítve a kiszámíthatóságot és a biztonságérzetet növeli a hiperszenzitív tanulóink számára.

ÖSSZEZÉS

A Laborc Általános Iskolában folyamatos a megújulás igénye. Ahhoz, hogy érzékenyen reagáljunk a hozzánk érkezők elvárásaira, elengedhetetlen a szakmai együttműködés, a pedagógiai elhivatottság és alázat a pedagógiai munka iránt. A más intézményből érkező, a tanulmányaikat nálunk kezdő vagy folytató tanulóinknak egyaránt olyan fejlődési lehetőséget igyekszünk

biztosítani, melynek köszönhetően képesek lesznek kompetenciáikban, képességeikben megerősödve visszacsatlakozni a köznevelés rendszerébe és tehetségüket, tudásukat kibontakoztatni.

Ebben a szemléletben nevelkedve nem csupán a diagnózissal rendelkező tanulóink, de azok a társaik is fejlődnek, akikkel együtt nevelkednek. Egy érzékeny, empatikus, odaforduló személyiségfejlesztés folyamatában vesznek részt, miközben a tantárgyi előírásoknak is megfelelő kerettanterv szerint sajátítják el a tananyagot.

A Laborc Általános Iskola hiánypótló intézmény a kerületben. Mind a szülők, mind pedig a pedagógusok elkötelezettek abban, hogy az intézmény fennmaradjon, a pedagógiánk segítsen a későbbi felnőtt életben való eligazodásban. Nálunk folyamatos nem csak a diákjaink segítése, de egymás munkájába való belekapcsolódás, segítségnyújtás, módszerek próbálgatása is. Így egy tanító gyakran használ gyógypedagógiai módszertant, és az is gyakori, hogy egy-egy tantárgy tanítása gyógypedagógusi jelenlétet kíván. A Laborc Általános Iskolában a pedagógusok közös normarendszere, mégis különböző egyénisége és sajátossága teszi hitelessé a pedagógiai munkát.

Az általam – a teljesség igénye nélkül – leírt módszerek és praktikumok egy olyan komplex és egyedi pedagógiai odafordulás részei, amelyre minden gyermeknek szüksége lenne. Talán elegendő ahhoz, hogy egy felmerülő nehézség esetén megoldási utat mutasson a hozzám hasonló, egyszerű pedagógus számára.

IRODALOMJEGYZÉK

- Báthory Z. (2005). Differenciálás a tanulászervezésben. In Balogh L. & Tóth L. (szerk.). *Fejezetek a pedagógiai pszichológia köréből*, (o.n.) Neumann Kht., Budapest. URL: https://mek.oszk.hu/04600/04669/html/balogh_pedpszich0021/balogh_pedpszich0021.html
- Bekéné Z. K. (2012). A tanulási motiváció kialakulását segítő pedagógus attitűdök. *Új Pedagógiai Szemle*, 62(9-10), 141–144.
- Csépe V. (2008). A különleges oktatást, nevelést és rehabilitációs célú fejlesztést igénylő (SNI) gyermekek ellátásának gyakorlata és a szükséges teendők. In Fazekas K., Köllő J. & Varga J. (szerk.). *Zöld könyv a magyar közoktatás megújításáért*. (pp.139–142). Ecostat, Budapest.
- Fűzi B. (2015). A tanári szerepmódel fejlesztésében rejlő lehetőségek. *Neveléstudomány, oktatás, kutatás, innováció*, 3(4), 39–57.
- Lappints Á. (2002). *Tanuláspedagógia. A tanulás tanításának alapjai*. Comenius Bt., Pécs.
- M. Nádasi M. (1986). *Egységesség és differenciáltság a tanítási órában*. Korszerű nevelés: A Magyar Pedagógiai Társaság sorozata. Tankönyvkiadó, Budapest.
- Mesterházi Zs. & Gereben F. (2006). A (gyógy)pedagógiai munkát segítő alafogalmak. In Zsoldos M. (szerk.). *(Gyógy) pedagógiai diagnosztika és tanácsadás. Kézikönyv a nevelési tanácsadóknak, szakértők és rehabilitációs bizottságokban végzett komplex vizsgálatokhoz*. (pp. 22–32.) OM Fogyatékos Gyermekek, Tanulók Felzárkóztatásáért Közalapítvány, Budapest.
- Takács N. (2016). A pedagógus szakmai önreflexiójának szerepe éhhatékonyágának alakulásában. *Új Pedagógiai Szemle*, 66(5-6), 71–76.
- Oktatási Hivatal (2019). *Útmutató a pedagógusok minősítési rendszerében a Pedagógus I. és Pedagógus II. fokozatba lépéshez. Hatodik módosított változat*. URL: https://www.oktatas.hu/pub_bin/dload/unios_projektek/kiadvanyok/utmutato_a_pedagogusok_minositesi_rendszerében_6.pdf Utolsó megtekintés: 2022. 07. 18.

Vargáné Mező L. (2004). *Sajátos nevelési igényű tanulók együttneveléséről pedagógusoknak, intézményvezetőknek*. URL: <https://ofi.oh.gov.hu/tudastar/sajatos-nevelesi-igenyu/sajatos-nevelesi-igenyu-090617-2> Utolsó megtekintés: 2022. 03. 26.

Virág I. (2013). *Tanulásmódszerek és tanítási-tanulási stratégiák*. Médiainformaticai kiadványok, Eszterházy Károly Főiskola, Eger.

2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről 121. § (29) bekezdés

Methodological suggestions and practical recommendations for teachers in primary schools integrating children with special educational needs, from a teacher's perspective

ABSTRACT

Nowadays, more and more institutions have become integrative primary schools by changing their founding documents, but inclusive education requires fundamental methodological changes, which demand a change of attitude, especially from teachers working with children. Children with special educational needs differ significantly in their diagnosis, in their daily lives, and their needs differ consequently. However, in integration, there are ways in which the teacher can create the optimal conditions for the development of his pupils, adapted to their individual needs.

This study is a kind of methodological guide for teachers who are open to the implementation of an inclusive educational environment. It is intended to help those who, in addition to children with normal developmental pathways, are involved in the education and training of pupils with special educational needs, either in small or large groups. It is a short collection of practices, procedures and methods used by the staff of Laborc Primary School in the process of teaching and learning to achieve successful integration of children.

This paper takes mainly a primary school teacher's perspective on co-education, although it is essential to consider the special educational aspect. It is written for those who, as classroom teachers, are involved in the process of institutional education in a way that considers the individual differences of children and seeks to make a positive difference at the individual, the social and the community level.

Keywords: methodology, integration, teacher, special needs teacher

A Vadaskert Gyermek-és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancián működő ADHD-specifikus támogató programok bemutatása

KIS DÓRA SAROLTA¹ – ROZNIK BÁLINT¹ – KOLLÁR KRISTÓF¹ –
MÁTÉ MÓNICA¹ – BARNA CSILLA¹ – BAJI ILDIKÓ^{1,2}

kis.sarolta@vadaskert.hu

roznik.balint@vadaskert.hu

kollar.kristof@vadaskert.hu

dr.mate.monika@vadaskert.hu

barna.csilla@vadaskert.hu

dr.baji.ildiko@vadaskert.hu

ABSZTRAKT

A figyelemhiányos hiperaktivitás zavar az egyik leggyakoribb gyermekpszichiátriai kórkép, melynek tünetei az érintett gyermekek és családjaik életében számos területen okozhatnak nehézséget. A legtöbb esetben az ADHD kezelésének optimális eszköze a kombinált viselkedésterápia és farmakoterápiás ellátás. Az óvodás (4-6 éves) korosztály számára a viselkedésterápia, kiemelten a szülők pszichoedukációja elsődleges terápiás intervenció a gyógyszeres kezelést megelőzően. Az ellátás ugyanakkor specifikusan a gyermekekre és az adott családra szabva tud a leghatékonyabbá válni. Az ADHD-s gyermekek gyakran olyan viselkedésproblémákkal küzdenek, melyek mások számára is kihívást jelentenek, ezáltal kihatva a gyermekek kortárskapcsolataira és közvetett módon önértékelésükre is. A viselkedésterápiában épp ezért ezen viselkedési eltérések csökkentése és az énkép erősítése, az önértékelés javítása is fontos célt képez.

Cikkünk célja a Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancián működő támogató programok bemutatása, ahol az ADHD-val diagnosztizált, vagy a kórképre utaló tüneteket mutató óvodás- és iskolás korú gyermekek kognitív viselkedésterápiája történik.

Kulcsszavak: figyelemhiányos hiperaktivitás zavar, ADHD, viselkedésterápia, specifikus támogató program, „Fészek” program, „Méhkas” részleg

DOI: [10.52092/gyosze.2022.2-3.5](https://doi.org/10.52092/gyosze.2022.2-3.5)

BEVEZETŐ

A Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancia két terápiás részlegén működik ADHD-specifikus intervenció program az 5-12 éves korosztály számára. A két osztály működésében közös, hogy tematikus, viselkedésterápián alapuló csoportfoglalkozásokon vesznek

részt az érintett gyermekek, szüleik pedig az osztályon dolgozó szakemberek által szervezett pszichoedukációs tréningen sajátítják el a viselkedésterápiás eszköztár alapjait. A két részleg működését tekintve különbség azonban, hogy míg a „Fészek” elnevezésű részleg a kisebb korosztály, 5-8 éves kisgyermek és családjaik részére nyújt segítséget, addig a „Méhkas” részleg szervezett ADHD-specifikus heteken az idősebb, 8-12 éves gyermekek vehetnek részt.

Cikkünk célja, hogy személyes tapasztalatainkon keresztül megismertessük az olvasót a két, viselkedésterápián alapuló program részleteivel, a csoportok során alkalmazott módszertani elemekkel, eszközökkel.

„FÉSZEK” PROGRAM

Az intézményben működő „Fészek” program egy intenzív, kéthetes viselkedésterápián alapuló csoport óvodás- és kisiskoláskorú gyermekek és szüleik részére, mely hatékony, gyakorlatorientált segítséget próbál nyújtani az érintett családok számára.

A „Fészek” program célja a gyermekek figyelmi képességeinek, önértékelésének erősítése, szociális-kommunikációs készségeiknek fejlesztése, továbbá az esetlegesen megjelenő problémás viselkedések csökkentése és a mindennapi nehézségeket célzó megküzdési, tanulási stratégiák gyakorlása, elsajátítása. Mint minden diagnosztikus és terápiás részlegünkön, a „Fészek” program esetében is multidiszciplináris csapatot alkotva dolgozik együtt gyermek- és ifjúságpszichiáter szakorvos, klinikai szakpszichológus, gyógypedagógus és az ápoló, foglalkoztató személyzet. A szakorvos és a klinikai szakpszichológus minden alkalommal együtt vezeti a szülőtréningeket, első alkalommal anamnézist vesznek fel a családokkal, utolsó alkalommal pedig megosztják a szülőkkel a gyermekekkel kapcsolatos tapasztalatokat. Az ápoló, foglalkoztató személyzet tölti a legtöbb időt a gyerekekkel a program során, a viselkedésterápia eszközeivel, módszereivel segítik őket a napi rutin betartásában, önellátásukban, vezetik a csoportfoglalkozásokat. Az esetlegesen felmerülő diagnosztikus kérdések tisztázása céljából a csoportban történő viselkedés megfigyelése mellett a szakorvos, a klinikai szakpszichológus és a gyógypedagógus különböző kétszemélyes helyzetben történő vizsgálatokat, felméréseket végez a gyermekekkel. Az osztályon dolgozó gyógypedagógus feladatkörébe tartozik a gyermek részképességeinek felmérése vizsgálati eljárások alkalmazásával. A program során a team tagjai többször is tartanak megbeszélést, ahol a vizsgálati eredményeket, a viselkedésmegfigyelés tapasztalatait, a más intézménytől, szakembertől, pedagógustól kapott véleményeket elemzik, hogy minél részletesebb képet kapjanak a gyermekről az esetleges diagnózis felállításához.

A programban egyidejűleg hat, hasonló korú, ADHD-val diagnosztizált, vagy a zavarra utaló tüneteket mutató gyermek vesz részt. Az óvodás és 1-2. osztályos gyerekek számára szervezett csoportok kétheti váltásokban követik egymást. A családok programba kerülését megelőzi egy ambuláns első vizsgálat, vagy, amennyiben a feltérképezett tünetek mögött más kórkép megjelenése is feltételezhető, egy diagnosztikai kivizsgálási folyamat. A programba kerülésnek nincsenek szigorú kritériumai, a már korábban felállított diagnózis, vagy az ADHD-ra utaló tünetek meglétét követően az ambuláns vizsgálatot vezető kezelőorvos ajánlja a programot, amennyiben úgy ítéli meg, hogy a viselkedésterápia elsajátítása hatékony segítség lehetne a családnak, ők maguk nyitottak a programra, és a gyermek csoportban való részvételre alkalmas. A várólistára felkerülést követően

amikor aktuálissá válik, a foglalkoztató személyzet értesíti a családokat, egyeztetni az időpontokat és szervezi a 6-6 főből álló csoportokat. A kis létszámú csoportok lehetőségét nyújtanak a gyermekek személyiségének, egyéni szükségleteinek megismerésére, továbbá a személyes odafigyelést biztosító légkör kialakítására.

Viselkedésterápiás módszertan a gyakorlatban

A programon résztvevő gyermekek első nap megismerkednek egymással, a csoportban résztvevő felnőttekkel és a rendszerrel, amiben a mindennapjaikat tölteni fogják. A viselkedésterápián alapuló programot a gyermekeknek egy közös társasjátékként prezentáljuk, ahol a foglalkozásokon való részvétellel, a szabályok betartásával jutalmakat gyűjthetnek, melyek aztán napról-napra közelebb juttatják őket a célhoz. A csoportszoba falán, jól látható helyen egy nagy fa-rajz kap helyet, tetején madárfészkekkel, ahova 9 faág vezet fel. Minden gyermek az első találkozáskor választ magának egy kismadarat, akiért felelős lesz a program során, és akinek jutalmak gyanánt úgynevezett „aranykukacokat” gyűjtenek. A 10 nap célja, hogy napról-napra egyre közelebb kerüljenek, majd az utolsó napon berepessék őket a fa tetején lévő fészekbe.

A gyermekek a program során meghatározott napirend szerint töltik a mindennapjaikat reggeltől délutánig. A napi tevékenységek során felváltva követik egymást a közös irányított csoportfoglalkozások és a kötetlenebb játékidők. A csoportos munkák mindennap más jellegűek, változatosak, a feladatlapos feladatvégzéstől kezdve, a közös mozgásos vagy társasjátékokon keresztül egészen az állatasszisztált foglalkozásokig. Habár a tevékenységek különbözőek, maga a napirend, a foglalkozások sorrendje mindennap ugyanaz, ezzel is segítve a tájékozódást, szervezettséget, kiszámíthatóságot. A programban fontos szerepe van a vizuális támogatásnak, amely láthatóvá teszi az információkat. A napirend sorrendjét képekben is fel tüntetjük a falon a gyermekek számára, így segítve láthatóvá, strukturálttá tenni a számukra jellegzetesen nehezebben követhető időbeni rendszert (Thomas & Karuppali, 2022).

A csoportszoba a térstruktúra elvét követve került kialakításra. A különböző tevékenységek a terem más-más pontján zajlanak, így elkülönül egymástól az étkezés, a szabadjáték, a közös foglalkozások helyszíne és a kizárólag felnőttek számára kialakított terület. A gyerekek a napirendet követve megtanulják, hogy adott tevékenységet melyik arra kialakított helyen tudják végezni, így segítve az ADHD-ből fakadó tervezési, szervezési nehézségeket. A szekrényeken, ajtókon elhelyezett piktogramok (behajtani tilos tábla, stop tábla) jelzik a gyerekek számára, hogy mi a kizárólag felnőtteknek fenntartott terület.

A gyermekek minden csoportkezdés alkalmával kapnak egy saját, úgynevezett „Fészek”-füzetet, ahova gyűjthetik a már említett aranykukacokat a madárkaiknak. A viselkedésterápiás füzet 10 különálló oldalból áll – mivel 10 napot töltenek a gyerekek a csoportban –, minden lapon feltüntetett képes és írott változatú napirenddel. Minden tevékenység elvégzéséért és az ahhoz tartozó szabályok betartásáért 2-2 darab, füzetbe rajzolt aranykukac gyűjthető, egy nap összesen 12 a megszerezhető kukacok száma. A különböző tevékenységek előtt minden egyes alkalommal a felnőttek átbeszélnek a gyerekekkel az épp soron következő napirendi pontot, a tevékenységhez tartozó 3 alapszabályt, majd annak végeztével a füzetben külön-külön, de a gyerekekkel közösen megbeszélve értékelik az adott tevékenység alatt nyújtott teljesítményüket, viselkedésüket.

A csoportban tanult, gyakran átismételt, vagy játékos formában gyakorolt szabályok tevékenységfüggők, más-más szabály tartozik az irányított foglalkozáshoz, a szabadjátékhoz, közös étkezéshez, vagy épp az udvari játékhoz. A szabályok rövidek, lényegretörőek és minden esetben pozitívan megfogalmazott üzenetek. Ugyanúgy, ahogy a napirend, a tevékenységhez tartozó szabályok is állandók, mivel a viselkedésterápiában fontos szempont a következetes és kiszámítható rendszerben való együttműködés (Laver-Bradbury és mtsai, 2021). A gyerekek a 3 fő alapszabállyal, melyekre az irányított foglalkozás alatt kell figyelniük („Ülök a helyemen!”, „Jelentkezem, ha szólni szeretnék!”, „Ha más beszél, csendben maradok!”), az óvodai és iskolai foglalkozásokon, tanórákon leginkább elvárt szabályokat gyakorolják.

Az értékeléseknél a gyerekek két aranykucacot gyűjthetnek: egyet, ha saját képességeikhez mérten részt tudtak venni az adott tevékenységben, további egy kucacot pedig akkor, ha a tevékenységhez tartozó szabályokat megpróbálták betartani. Fontos szempont, hogy az értékelés során nem a tökéletes viselkedést, hanem az igyekezetet értékeli, figyelembe véve a gyermekek egyéni képességeit, erősségeit és esetleges nehézségeit egyaránt. A nap végén összeszámolják az aznap összegyűjtött aranykucacokat, és amennyiben sikerült elérniük a megszerezhető kucacok 80%-át, akkor az aznapot sikeresen teljesítették, és a jutalommatrica beragasztása után a gyerekek feljebb reptethetik a madarukat egy ággal. Amennyiben valakinek nem sikerül egy napot teljesítenie, természetesen kap pótlási lehetőséget. Másnap, ha megszerzi az összes kucacot, akkor kettőt repülhet a madárkája, így behozva az esetleges lemaradást. A viselkedésterápiás programban nagy hangsúlyt kap a következetesség, a kiszámíthatóság, fontos a gyerekek felé folyamatosan kommunikálni az elvárásokat, figyelemmel kísérni a tevékenység alatti viselkedésüket, visszajelezni nekik a pozitívumokat és felhívni figyelmüket az esetlegesen megjelenő problémás viselkedésre. A gyerekek megtanulják, hogy hibázni ér, a következetes értékelés során a jutalom (aranykucac) elmaradásával nem a személyüket, hanem a teljesítményüket értékeli, így ösztönözve, motiválva őket az erőfeszítésre, újbóli próbálkozásra.

A problémás viselkedések kezelésére az alkalmazott technikák közül leggyakrabban a differenciált megerősítést és a kiemelést használják. Abban az esetben, ha a problémás viselkedés nem jár veszélyeztető magatartással, először a felnőttek megpróbálják a nem kívánatos viselkedési formákat figyelmen kívül hagyni, miközben nagyon is koncentrálnak arra, hogy amennyiben a viselkedés abbamarad, azt azonnali pozitív megerősítésekkel visszajelzik a gyermek felé. Ezzel alternatív lehetőségeket kínálnak arra, hogy a gyerekek adekvát módon is megtanulják jelezni nemtetszésüket, frusztrációjukat, igényüket. A többszöri figyelmeztetést, alternatív megoldási stratégiákat mellőző, továbbra is fennmaradó problémás viselkedés következménye a kiemelés. A gyermeket ilyenkor kiemelik a csoportból, és egy úgynevezett „gondolkodószekekre” kell átúlnie. 5 perc csendes gondolkozást követően a felnőttel együtt átbeszéljük a nehézségeket, az alternatív lehetőségeket, majd ezt követően újra csatlakozhat a társaihoz. Amennyiben a problémás viselkedés újra megjelenik, a gondolkodóidő újra kezdetét veszti. Tapasztalatok szerint a gyerekek hamar rájönnek arra, hogy így értékes időt veszítenek a közös foglalkozásokból, játékokból, nem beszélve arról, hogy az aranykucacok megszerzése is veszélybe kerül. A kiemelés célja, hogy a gyermek ingerszegényebb környezetben higgadtan tudja végiggondolni, megfigyelni a benne zajló folyamatokat, és így jobban tudatosuljon viselkedése és annak következményei. Különösen fontos, hogy ez sosem történhet megszégyenítő jelleggel, a cél a megküzdési stratégiák finomítása.

A program zárásaként a gyerekek a madarak fészekbe reptetését közösen ünneplik az utolsó napon. Az apró tárgyi, kézzel fogható jutalmak öröme mellett közös élménnyé is válik teljesítményük, sikerük. Ez a program – a teljesség igénye nélkül – lehet például egy közös popcornozással/pizzázással egybekötött filmnézés, egy közös fagyaltozás, vagy egy játszótérezés is. A tapasztalatok szerint a tárgyi jutalom és a közös élmény mellett önmagában a két hét alatt elért teljesítményüket, erőfeszítéseiket is sikerélményként élik meg a gyerekek, hiszen megtapasztalják, hogy nehézségeik ellenére mennyi mindent képesek elérni.

Szülőtréning

A kéthetes terápia során a gyermekeknek szervezett egész napos program mellett a csoportban résztvevők szüleivel is aktív munka folyik a 4 alkalomból álló szülőtréning során. Tapasztalataink szerint a program akkor tud a későbbiekben sikeres, hatékony segítséget jelenteni a mindennapokban, ha kellő figyelmet fordítunk arra, hogy a szülők elsajátítsák a viselkedésterápiás módszertant, és azokat a saját és gyermekük szükségleteire szabva képesek legyenek átalakítani. A szülőtréning-sorozat első alkalmán anamnézis (kórelőzmény) felvétel történik, ahol a szülőkkel történő beszélgetés során átfogó képet kapnak az osztályon dolgozó szakemberek a gyermekek fejlődéséről, intézményi ellátásáról, valamint a gyerekek és családjaik életét érintő nehézségekről. A további alkalmak során a szülők részletes elméleti tudást kapnak az ADHD természetéről, kezelési lehetőségekről, illetve gyakorlatorientált ismereteken, mindennapi példákon keresztül ismerkednek meg a viselkedésterápia módszertanával. A program intenzív két hete közötti hétvégén a szülők „házi feladatként” lehetőséget kapnak, hogy az otthoni mindennapokban alkalmazzák a módszertan elemeit, melyhez személyre szóló segítséget kapnak. A csoportot záró, utolsó szülőtréningben a programban részt vevő szakemberek egyéni konzultációk során osztják meg a gyermekekkel kapcsolatos tapasztalataikat a szülőkkel.

A „Fészek” program mellett működik még egy, szintén viselkedésterápián alapuló támogató hét is intézményünk „Méhkas” részlegén. A két csoport működésében, szemléletében, az alkalmazott eszköztár tekintetében nagyon hasonló, de míg a korábban bemutatott kéthetes „Fészek” programot kifejezetten óvodás és 1-2. osztályos gyermek számára szervezzük, és nagyobb hangsúlyt fektetünk a játékosabb elemek használatára, addig a „Méhkas” részleg ADHD-specifikus 5 napos támogató hetein 8-12 éves gyermekek vesznek részt.

A „MÉHKAS” RÉSZLEGEN MŰKÖDŐ ADHD-SPECIFIKUS TÁMOGATÓ HÉT

A „Méhkas” terápiás részlegén 8-18 éves kor közötti fiatalokat fogadunk alapvetően kognitív viselkedésterápiás szemléletű, tematikus terápiás hetekre, melyek egy-egy pszichiátriai tünetcsoport köré szerveződnek. A terápiás hetek felépítése, a napok struktúrája, a csoportfoglalkozások menete mindig az adott kórképre célzott, speciális szakmai program szerint valósul meg. Az osztályra érkező gyermekek életkoruk és nehézségeik szerint – a lehetőségekhez mérten – homogén csoportot alkotnak, a résztvevők hasonló nehézségekkel küzdenek.

Osztályunkon összeszokott csapat dolgozik, multidiszciplináris teamet alkot együtt gyermek- és ifjúságpszichiáter szakorvos, rezidens, pszichológus, gyógypedagógus, ápoló, foglalkoztató személyzet. A csoportfoglalkozásokat ugyanaz a pszichológus és foglalkoztató páros vezeti a hét minden napján, ezzel is segítve a gyermekek számára a kiszámíthatóságot, bejósolhatóságot. A foglalkozásokon a team többi tagja is bármikor részt vehet, hogy különböző feladathelyzetekben, tevékenységekben is megfigyelhessék a gyermekek viselkedését, teljesítményét. A program szülőtréningjeit az osztályvezető főorvos vezeti a csoportvezetők segítségével.

A „Méhkas” egyetlen tematikus hete, mely nem kognitív, hanem kifejezetten viselkedésterápiás szemléletű, az ADHD-specifikus hét. A csoportra 12 éves, vagy annál fiatalabb, már kivizsgált, ADHD diagnózissal rendelkező gyermekeket tudunk fogadni. Tapasztalataink fényében ez a két tényező az, ami eredményesség szempontjából kulcsfontosságú. Korábban hosszú éveken keresztül szerveztünk szünni nem akaró lelkesedéssel 12 év feletti „nagy ADHD-s” gyermekek számára kognitív/viselkedésterápiás szemléletű heteket is, de nem váltották be a hozzájuk fűzött reményeket. Azt tapasztaltuk, hogy a motiváció hiánya a viselkedésterápiás elemek hatékonyságát korlátozza a kamaszok esetében. A „kis ADHD-s” gyermekeknél azonban az azonnali, közvetlen megerősítésen alapuló viselkedésterápiával jelentős eredményeket lehet elérni (Fabiano és mtsai, 2009). A „Méhkas” részleg kapuja így minden 12 év alatti ADHD-s gyermek előtt nyitva áll, a részvétel lényegében egyetlen feltétele a diagnózis megléte mellett, hogy a gyermeket intézményünkben ambulánsan látó kezelőorvos a terápiás hétre való nyitottságot, fogékonyságot, a motiváció meglétét lássa.

A terápiás cél

A csoportba érkező ADHD-s gyermekek többségének tüneteiből fakadóan jellemzően nehézségük van a figyelemkoncentrációval. Ennek következtében mind a családi és kortárskapcsolataikban, mind az iskolai helyzetekben megjelenhetnek problémák, amelyhez kapcsolódhatnak az úgynevezett komorbiditásokból (együttjáró mentális betegségek) származó nehézségek is (EMMI, 2020). Ezeket a súlyos, a saját és a családjuk életminőségét is jelentősen rontó problémákat (Velő és mtsai, 2013), az ADHD okozta tüneteket nehezen lehet egy hét alatt orvosolni, azonban a nálunk töltött terápiás héten való részvétel ideális esetben az életminőséget javító folyamat kezdete lehet. A „Méhkas” részlegen megkezdett munka akkor a leghatékonyabb, ha az a szülők vezetésével otthon folytatódik és fokozatosan a mindennapi életük részévé válik. Ennek megfelelően a hét kezdetén és záráskor tartott szülőtréning legalább olyan fontos, ha nem fontosabb eleme a hétnek, mint a gyermekek viselkedésterápiás foglalkozásai.

A rendelkezésünkre álló egy hétben az a legfontosabb célunk, hogy a gyermekek viselkedésére, motivációjára, saját nehézségeikhez való tudatos hozzáállására kísérreljünk meg hatni, melyre egy ötnapos játékos vetélkedőnek álcázott viselkedésterápia keretében kerül sor. A gyermekektől semmi mást nem várunk el ahhoz, hogy a hetet sikerrel zárják, minthogy néhány nagyon egyszerű szabályt tartsanak be előre megállapodott jutalmazás ellenében.

A terápia módszer

A kívánatos viselkedés jutalmazásával és a nemkívánatos viselkedés esetén alkalmazott vágyott jutalom elmaradásával operálunk a hét folyamán. Jutalmazzuk a szabálykövetést, serkentve a gyermekekben a szabályok betartása iránti vágyat. A gyermekeket nyitottá, fogékonyá tesszük ezekre a mechanizmusokra, felkeltjük érdeklődésüket az együttműködésre, hiszen azzal az élménnyel lesznek gazdagabbak, hogy a befektetett energiájukat, munkájukat siker koronázza. A sikerélmény megtapasztalásának következtében hatással vagyunk a gyermekek önértékelésére is, s a jövőben ez az, amire saját maguk és a környezetük is építkezni tud. A folyamat során a gyermekek saját maguk viselkedését is értékeli, így elsajátítva az önmonitorozás képességét.

Az ADHD-hét viselkedésterápiás programja

A csoportba érkező gyermekek öt napot töltenek a „Méhkas” részlegen. A program naponta fél 9-től 16 óráig tart. Mindennap előre megtervezett foglalkozások váltják egymást, melyek időtartama egyenként körülbelül 45 perc. A 15 perces szünetekben és a hosszabb ebédidőben van lehetőségük a gyerekeknek pihenni, lazítani ebben az ADHD-s mércével nézve nehezen végigdolgozható, feszített tempójú, sűrű programban. Az ADHD-héten kiemelt fontosságú, hogy ezekhez a keretekhez minden, a csoportban résztvevő gyermek és szakember szigorúan tartsa magát a kiszámíthatóság érdekében.

A gyermekekkel a hétfői bemutatkozást követően ismertetjük a program struktúráját, ezzel egyidejűleg a csoportos foglalkozásokon való részvétel szabályait, melyeken a gyermekeknek a hét során minden alkalommal kötelező részt venni. A hét során tulajdonképpen nem kérjük másra a gyerekeket, csak hogy a 3 alapszabályt („A foglalkozás alatt ülök a helyemen, ha csak egy felnőtt, vagy a feladat nem kívánja másképp!”, „Ha mondani szeretnék valamit, jelentkezem és megvárom, míg egy felnőtt felszólít!”, „Egyszerre egy személy beszél!”) betartva, vegyenek részt a kötelező foglalkozásokon. Természetesen biztosítjuk a gyerekeket, hogy egyfelől hibázni ér, hiszen pontosan tisztában van mindenki vele, hogy az ADHD-s gyermekek egyik legfőbb nehézsége a csoporthelyzetben e három szabály betartása, másfelől, hogy minden erőnkkel mi is azon leszünk, hogy céljuk elérésében segítségükre legyünk. A szabályokat minden foglalkozás elején átbeszéljük, az azokat szimbolizáló piktogramokat jól látható helyen elhelyezzük az asztalra, hogy ha a foglalkozás során bármelyik gyermek fárad, vagy nehezebbre esik a szabályok követése, könnyedén visszairányíthatjuk figyelmét, rámutatással a szabálytartás fontosságára.

A program indulásakor kerül sor az értékelés, a többszintű jutalmazási rendszer ismertetésére, mely a következetes szabálybetartás, szabálykövetés megsegítésének legfontosabb eszköze. A három alapszabály szerint a csoportfoglalkozásokon a gyermekek minden viselkedési megnyilvánulását, tevékenységét, teljesítményét értékeljük, minden egyes csoport végeztével a nap végén és a hét zárásakor is. Az értékeléshez első alkalommal kapnak a gyerekek egy saját értékelő füzetet, melyben jól átlátható módon, következetesen vezetjük a csoportokon való részvételt és a szabályok betartását. Az értékelés mindig közös átbeszélésen alapszik, az ADHD-s gyermekek nagy és érzékeny igazságérzete mellett ez nem is működhetne másképp. Sikeres nap végeztével a gyerekek léphetnek egyet a lovagvár felé vezető úton, mely egy, a csoportszoba falán elhelyezett

nagy eredményvezető mesetábla. A csoportban a gyerekek pontokat szereznek (1 pont jár a részvételért, 1 pont a szabályok betartásáért). Sikeres napnak tekinthető, ha a nap végén birtokukban van a megszerezhető pontok 80%-a.

Közös cél, hogy pénteken mindenki bejusson az első nap készített karakterével a lovagvárba. Tapasztalataink szerint a hozzánk érkező gyermekek ADHD-s tüneteiből fakadóan sok kudarcot éltek át, a teljesítményhelyzetektől való félelemmel küzdenek. A viselkedésterápiás megsegítésen túl, vagy annak részeként célunk, hogy a hét során sikerélményekkel tudjuk a hozzánk érkező gyermekeket útjukra bocsátani. Elmondhatjuk, hogy – ha olykor nagy küzdelmek árán is, de – nem volt még rá példa, hogy valaki ne sikeresen zárta volna a hetet. Tapasztalatunk, hogy értő, elfogadó és türelmes közegben az ADHD-s fiatalok motiválhatóak, hálás feladat a velük folytatott közös munka.

A tematikus hét foglalkozásai

Az ADHD-héten tartott foglalkozások tematikájuk, tartalmuk tekintetében önmagukban véve nem terápiás jellegű csoportok, nem is feltétlenül ADHD-specifikusak. Terápiás funkciójukat, hatásukat az egész hét szakmai, viselkedésterápiás keretrendszerében nyerik el. Tekintettel arra, hogy az ADHD-s gyermekek figyelmük könnyen lankad, a csoportfoglalkozások is több blokkból állnak, gyakran közbeiktatva játékokat, mozgásos gyakorlatokat. A nap folyamán többször is mozgásos, tornatermi, vagy udvari foglalkozás szerepel a programban. Elsődleges célunk, hogy a gyermekek élvezzék a nálunk töltött időt, ezért nagy hangsúlyt kap a közös élményekben való részvétel.

A program első csoportja során játékos formában ismerkednek meg a gyerekek az osztályon dolgozó kollégákkal, majd ezt követően hosszabb időt szentelünk a közös célok megfogalmazására. Az alkalom lehetőséget ad arra, hogy feltérképezzük, a gyerekek mennyire motiváltak érkeznek a csoportra, milyen mértékű rálátásuk van az ADHD-ből fakadó nehézségeikre. Körbejárjuk közösen az ADHD-ra jellemző tüneteket, a jellemző nehézségeket, hogy milyen elvárással, félelemmel érkeztek a csoportba.

A második foglalkozás alkalmával – már szűkebb körben – ismertetjük a gyerekekkel az osztályos és csoportra vonatkozó szabályokat, a program menetét, a napirendet és a legfontosabbat, a hét célját, vagyis a lovagvárba való bejutást.

A pénteki búcsúcsoporttól eltekintve a foglalkozások jellegüket tekintve igen változatosak. Első nap a hangsúly az ismerkedésen marad, a mozgásos és asztalnál végzett csoportok is erre fókuszálnak, illetve igyekszünk a gyermekeket csapatépítő játékok segítségével egymáshoz közelebb hozni. A hét többi napján a gyermekek részt vesznek kifejezetten figyelmi nehézségeket célzó fejlesztőfoglalkozásokon, alkotó és kézműves foglalkozásokon, játékos csoportokon, kutyasszisztált foglalkozáson, csapatversenyeken, szabadulószerobás programon.

Minden csoportot a szabályok átbeszélésével kezdjük, majd értékeléssel zárjuk. Minden gyermek visszajelzést kap az adott csoporton nyújtott teljesítményéről. Közösen átbeszéljük erősségeiket, nehézségeiket, megvitatjuk, milyen segítségre van szükség a sikeres részvételhez. Az egyik fontos alapelv az értékelés során a következetesség és a rugalmasság. Minden csoport összetétele és minden gyermek más. Természetes, hogy sok ADHD-s gyermeknek nehézsége adódik a szabályok betartásával, előfordulhatnak agresszív megnyilvánulások is, a cél, hogy

megnyerjük a gyerekeket a közös munkára, a sok dicséret és többszintű jutalmazás következtében javítva önértékelésüket és motiváltságukat. Ez elindít egy változást ahhoz, hogy örömmel gyakorolják a gyermekek azokat az adaptív viselkedésformákat, melyek hatékonyá és sikeressé teszik őket mind családjukban, mind az iskolában és nem utolsósorban a kortárs közösségben.

Szülőtréning

A gyermekek csoportjai mellett kiemelkedő fontosságúnak tartjuk a szülőknek tartott pszichoedukációt, szülőtréninget. Ugyanúgy, ahogy a gyermekek számára is kötelező a megjelenés a csoportos foglalkozásokon, a szülőktől is elvárjuk a szülőtréningben való részvételt. A szülőknek a program után is van konzultációs lehetőségük. A pszichoedukáció része, hogy átfogó képet kapjanak az ADHD természetéről, megoszthatják nehézségeiket, amikben változtatni szeretnének. Lehetőség van a tréning során rövid ventillációra, ami megkönnyebbülést adhat a szülőknek, továbbá megtapasztalhatják, hogy nincsenek egyedül a problémáikkal. A gyermekek foglalkozásainak ismertetése (szabályok, napirend, többszintes jutalmazási rendszer) után a szülők „házi feladatot” kapnak. Mindenkinek össze kell állítania egy problémalistát, otthoni szabályokat, jutalmazási rendszert.

A szülőtréningeken visszajelzést adunk a gyermekekkel kapcsolatos tapasztalatokról, arról, hogyan tudták elsajátítani a szabályokat, hogyan értették meg az önmonitorozás, értékelés lényegét, melyek lehetnek azok az erőforrások, amelyekre a szülők támaszkodhatnak. Minden családdal átbeszéljük a „házi feladatot”, tökéletesítjük a kitalált szabály-, illetve jutalmazási rendszert, továbbá ez az alkalom kiváló lehetőség a félreértések, kételyek tisztázására, rá tudunk mutatni azokra az apró részletekre, amelyek elengedhetetlenek ahhoz, hogy a módszer megfelelően működjön.

ÖSSZEZGÉS

Az intézményben működő ADHD-specifikus támogató csoportok, a bemutatott programok felépítésükben, működésükben is hasonlóságot mutatnak, továbbá azonos a programok kialakítása mögött meghúzódó viselkedésterápiás szemlélet, az elfogadáson, megértésen, türelmen alapuló attitűd, mely az osztályokon zajló munka minden területét, pillanatát áthatja. Tapasztalataink szerint a pozitív élmények, melyeket a hasonló nehézségekkel küzdő gyermekek sorstársaik körében átélnek, erőt adhatnak számukra a terápiás heteinken megkezdett munka folytatására. A csoportban eltöltött közös idő, az együtt elért eredmények, pozitív irányú változások minden esetben lendületet adnak a szakemberek számára is, hogy újult erővel kezdjék meg a következő csoportok megszervezését, még inkább színesítve, gazdagítva a gyermekek programban eltöltött idejét.

IRODALOMJEGYZÉK

- EMMI (2020). Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a hiperkinetikus zavar (figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar) kórismezéséről, kezeléséről és gondozásáról. *Egészségügyi Közlemény*, 70(19), 2794-2835. URL: <https://kollegium.aeek.hu/Download/Download/3513> Utolsó megtekintés: 2022. 08. 08.
- Fabiano, G. A., Pelham, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A., & O'Connor, B. C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 129–140. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.11.001>
- Laver-Bradbury, C., Thompson, M., Weeks, A., Daley, D. & Sonuga-Barke, E. J. S. (2021). *ADHD – Lehet könnyebb – Hatlépéses nevelési program ADHD-val küzdő gyermekek szülei számára*. Oriold és Társai Kft., Budapest.
- Thomas, N. & Karuppali, S. (2022). The efficacy of visual activity schedule intervention in reducing problem behaviors in children with attention-deficit/hyperactivity disorder between the age of 5 and 12 years: A systemic review. *Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(1), 2–15. <https://doi.org/10.5765/jkacap.210021>
- Velő Sz., Keresztény Á., Szentiványi D. & Balázs J. (2013). Figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar diagnózisú gyermekek és felnőttek életminősége: az elmúlt öt év vizsgálatának szisztematikus áttekintő tanulmánya. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 15(2), 73–82.

Presentation of the ADHD-specific support programs operating at the Vadaskert Child and Youth Psychiatric Hospital and Outpatient Clinic

ABSTRACT

ADHD is one of the most common neurodevelopmental psychiatric disorders of childhood. Symptoms can cause impairment of various severity, affecting several aspects of quality of life considering the child and the whole family. In most cases, ADHD is best treated with a combination of behavior therapy and pharmacotherapy.

For preschool-aged children (4-6 years of age) with ADHD, behavior therapy, particularly training for parents, is recommended as first line treatment before starting medication. What works best can depend on the child and family. Children with ADHD often show behaviors that can be very disruptive to others, affecting their peer relations and self-image. Behavior therapy is a treatment option that can help reduce these behaviors while supporting the self-perception.

The aim of our publication is to introduce the “Fészek” and the “Méhkas” ADHD-specific programs, available at Vadaskert Child and Adolescent Hospital and Outpatient Clinic.

Keywords: attention-deficit/hyperactivity disorder, ADHD, behavioral therapy, specific support program, „Fészek” program; „Méhkas” department

FIGYELŐ

ADHD a társas kapcsolatokban

SURÁNYI CSENGE

ADHD-s tapasztalati szakértő

suranyicsenge@gmail.com

DOI: [10.52092/gyosze.2022.2-3.6](https://doi.org/10.52092/gyosze.2022.2-3.6)

Bár nem vitatott, hogy az ADHD meglete kibatással van az érintett személy társas kapcsolataira, előre leszögezem, hogy ebben a cikkben csak a saját tapasztalataimat és szociális fejlődésemet mutatom be, és a nehézségek, az átlagostól eltérő működési mintázatok nem szükségszerűen terjeszthetők ki minden, a zavarral élő személyre.

A zavart felnőttkorban diagnosztizáltak nálam, addig is és azóta is hosszú utat tettem meg az ADHD és ezáltal önmagam megismerésében. Már egészen óvodás koromtól kezdve nyilvánvaló volt, hogy a szociális készségeim fejlődése a neurotipikus úttól eltérő. Ritkán kerestem a kortársaimmal a kapcsolatot, amikor igen, akkor is többnyire sikertelenül.

Ezt részben annak tudom be, hogy más volt az általános fejlődésem, nem játszottam 'mintha' játékokat, nem babáztam, az önálló játéktevékenység nem volt jellemző rám, illetve az érdeklődési köröm is nagyon eltérő volt a többi gyermekétől. Hamar, körülbelül 4 éves korom környékén, kérésemre édesanyám megtanított olvasni és írni.

Egy másik ok az volt, hogy egyszerűen nem értettem a többi gyereket, a gondolatmeneteiket, a tetteik és reakcióik mögött rejlő mérteket, más szóval, nem tudtam *mentalizálni*, nem tudtam őket úgy megszólítani, hogy értő hallgatóságra találjak. Mondhatni eltévedt turista voltam, aki nem ismerte és értette a helyi nyelvet, kultúrát és szokásrendszert. Harmadjára pedig a látványos ADHD-s tüneteim miatt – érzelmi impulzivitás és érzékenység, fokozott beszéd, a társakétól eltérő gondolatmenet, mások szavába vágás, az autoriter személyekkel való megfelelő kommunikációra való képtelenség, mozgékonyság, állandó igény a foglalkoztatottságra – a gyerekek szemében furcsának tűntem, ezért ők sem kerestek velem kapcsolatot, a közeledéseim elől pedig elzárkóztak.

A kapcsolatteremtési nehézségeket az általános iskolába is vittem magammal, ott ehhez még hozzáadódott a sok új szabály, melyeket – mondanom sem kell – nem tudtam megfelelően betartani. Nehezemre esett egyhelyben ülni, pláne csöndben. Az osztály összes gyerekét kijelölték már nekem padtársnak, mire eljutottak oda a pedagógusok, hogy véglegesen külön ültettek, mert még a legnyugodtabb gyereket is ki tudtam hozni a sodrából azzal, hogy állandóan csevegtem és nem hagytam senkit tanulni. Itt már kiderült az is, hogy nem csak a kortársakkal, hanem az autoriter személyekkel való megfelelő interakció sem jött természetesen. Ezeket hamar meglátta a többi osztálytársam is. Kiközösített lettem és ez iskola szerre sem volt másképp. Én voltam az amerikai filmek klasszikus páriája, akit lehet csúfolni, verbálisan és fizikailag is bántani. Teljesen értetlenül álltam a dolog előtt, sokat sírtam miatta édesanyámnak, beszélgettünk róla, próbált tanácsokat adni, más gyerekes családokkal gyakoribb programokat szervezni, beszélni az osztályfőnökeimmel, akik

szintén próbáltak lépéseket tenni, nagyobb figyelemmel bevonni közös tevékenységekbe, érzékenyíteni az osztályt, de „reménytelen eset” voltam. Alsó tagozat vége felé már én is idegenként láttam magam a világban, úrlénynek éreztem magam.

A gimnáziumba beiratkozás előtti nyáron azzal bíztattak, hogy az új kezdet hatására más lesz a kimenetel, de a középiskolai tapasztalatok sem különböztek sokban az általános iskolaiaktól. Itt a változás inkább bennem történt. Aktívan próbáltam leválasztani magamról a csalódottságot és fájdalmat, és tudatosan elzárkóztam a külvilágtól, és a belső világomba menekültem.

Három fő megküzdési mechanizmust alakítottam ki. *Az első* a felnőttekkel való kapcsolatkeresés volt. Ezt már óvodás koromban elkezdtem és a mai napig is jellemző, hogy nálam jóval idősebb személyekkel könnyebben alakítok ki ismeretséget. *Másodiknak* az a szokásom alakult ki, hogy ha új tanuló érkezett az osztályba, akkor mindig az első voltam, aki kereste vele a kapcsolódást, megismertette vele az új terepet. Itt megjegyzem, hogy ezek a kísérleteim sem jártak sikerrel, az újak hamar beilleszkedtek az osztály rendjébe és utána már elzárkóztak tőlem. Mondhatni, hogy velem mutatkozni társadalmi öngyilkosságnak minősült. *A harmadik* és talán a legszignifikánsabb menekülési utam pedig az olvasás volt. Éjt nappallá téve olvastam, szabadidőmben, tanulási időben, este lefekvésnél, alvás helyett, az iskolában a szünetekben és még órákon is a pad alatt. Még egy furcsa szokás, amit ferde szemmel néztek a társaim, de legalább ideiglenesen kimenekített a szociális helyzetekből.

A gimnázium utolsó évében elkezdtem az interneten kapcsolatot kialakítani emberekkel. Ez nagyon sok szempontból könnyebb volt, mint a való életben, egyrészt, mert az interneten annyit mutat az ember magából, amennyit akar. Mielőtt aktívan kerestem volna az ismeretségeket, egymásfél évig tanulmányoztam annak a mikrokörnyezetnek a szokásrendszerét, amit kiválasztottam magamnak, így könnyebben tudtam azokat a személyiségeket mutatni és imitálni, amik odailltek, és az írásbeli szokásokat is elsajátítottam.

Ez a felület egyébként egy nemzetközi mikroblog volt, ahol jelentős magyar felhasználói kör volt jelen. Elkezdtem járni a személyes találkozókra, és az online térben tanultakat elkezdtem módosítva átépíteni a személyes interakciókba, így kezdtem el ténylegesen szocializálódni és emberi kapcsolatokat kialakítani.

Ez egy működő módszernek bizonyult, úgyhogy az élet minden területén elkezdtem alkalmazni a *megfigyel-kielemez-megtanul-használ* technikát, így váltam társasági kaméleonná, aki bizonyos idő után már azt sem tudta, melyik a valós személyisége. Ezzel a módszerrel nyilvánvalóan nagyon sok a probléma, de az emberi kapcsolataim szempontjából leginkább az, hogy csak kapcsolatok kialakítására volt alkalmas, a fenntartásukra és megtartásukra már nem. Hamar és könnyen bele lehet zavarodni abba, hogy nem tudja az ember, kicsoda is valójában, és hogy kivel, mikor, hol hogyan kell viselkedni, ha az nem teljesen önzonos. Fárasztó is. Ez és az impulzivitásom azt eredményezték, hogy „könnyen jött és viharosan távozott” barátságokat és ismeretségeket alakítottam ki. Rendszeresek voltak a félreértések, a viták és a drámai jelenetek az életemben, melyeknek a végén mindig ugyanaz várt, egyedül maradtam.

Van az ADHD-nak egy olyan lehetséges velejárója, amit Rejection Sensitive Dysphorianak nevez az angol szakirodalom. A magyar nyelvű szakirodalomban ezt többféleképpen is nevezik, például társas elutasításra való érzékenység és elutasításérzékenység. Ez lényegében azt takarja, hogy a RSD-vel élő személy elutasítottság érzésére rendkívül heves negatív érzelmekkel reagál, például rendkívül erős fájdalom, dühroham, pánikroham, öngyilkossági gondolatok, diszfória és

hangulatzavarok. Ez nem egy alaposan kutatott terület még, ezért csak feltételezések vannak az okáról, ami biztos, hogy a társas kapcsolatok terén erős hátráltató tényező lehet. Az én esetemben a RSD-t a legkisebb hétköznapi történések is triggerelték, mint például az, ha valaki nem válaszolt azonnal az üzeneteimre, vagy akár az, hogy egy ismerősömnek rossz hangulata volt, ezért nem a legvidámabb és legkedvesebb hangnemben beszéltem velem. Ilyenkor gyakran sírógörcsöt kaptam, hiperventilláltam, pánikrohamszerű tüneteim voltak, nem tudtam aludni, úgy éreztem, akkora a fájdalom, hogy szétszakít belülről és nem tudtam lecsapolni, ezért fizikai fájdalmat okoztam magamnak, vagy szétszakítottam és törtem tárgyakat. Bár már nem reagálok ilyen hevesen elutasítottság érzésére, de a mai napig hiperszenzitív vagyok a körülöttem lévő személyek hangulatváltozásaira, önszántamon kívül állandóan monitorozom mások beszéd- vagy írásstílusát és testbeszédét, és ha változást érzékelek, reflexszerűen készenléti állapotba kerülök, bizonytalanná válok és óvatosabban viszonyulok az adott személyhez, illetve sokáig aktívan megerősítést keresek.

Sok év ismerkedés önmagammal és a zavarral kellett ahhoz, hogy minőségi és tartós kapcsolatokat tudjak kialakítani. Aktívan jártam és járok a mai napig is pszichoterápiába, rengeteg ADHD témájú szakirodalmat olvasok és tagja vagyok ADHD-s önszorgító közösségnek. Nem hagyhatom ki a felsorolásból a felnőtt létnek azt az áldásos velejáróját, hogy magunk alakítjuk ki a környezetünket, és nem csak belekerülünk egy olyan csoportba, melyet egy társadalmi tényező mentén alakítanak ki külső személyek, szabályok és szokások.

Manapság sokkal „egészségesebben” kezelem az emberi kapcsolatokat, kívül és belül is. Megtanultam önazonosan viselkedni és a személyiséget tiszteletben és előtérben tartva alkalmazkodni eltérő társas helyzetekhez. Megismertem a határaitam, meghúzom és tartom azokat, amikor szükséges. Szoros barátságot ápolok olyan emberekkel, akik a furcsaságaim tudatában fogadnak el és szeretnek, illetve boldog élettársi viszonyban élek. Természetesen nem minden csillog a tündérportól, ez rengeteg munkába és energiába kerül a mai napig, nem jön természetesen, de egy fenntartható állapotot ki tudtam alakítani, ami sokkal több, mint amit valaha remélni mertem. Minden nap új kihívásokat és helyzeteket hoz, melyekkel meg kell küzdeni, ez sokszor letöri a kedvem, kilátástalannak érzem a helyzetem, hisz ennek soha nem lesz vége. De az élet megy tovább, úgyhogy én is. Összességében azért mégis elégedett vagyok és nem tudnám elképzelni az életem az ADHD nélkül.

KÖNYVISMERTETÉSEK, ÚJDONSÁGOK

Könyvajánló

ADHD FOUNDATION – DEKKO COMICS (MAGYAR VÁLTOZAT):
DR. MADARASSY-SZŰCS ANNA – DR. TÁRNOK ZSANETT –
TÁSKAI GERGELY)

Az esernyőcsapat kalandjai

Geobook Hungary Kiadó, Budapest, 2021.

DOI: [10.52092/gyosze.2022.2-3.7](https://doi.org/10.52092/gyosze.2022.2-3.7)

„Szíves, tarka a világ, engedd könnyen hatni rád! Fogadd el és élvezd ki, így már könnyebb létezni! Csodálkozz rá mindenre, ha csupán egy szín lenne, nem virulna jó kedved nem nőne a vágy benned!” (Aranyosi, 2021)

Aranyosi Ervin sorai mottója lehetne annak az angol, az ADHD Foundation és Dekko Comics gondozásában készített, a Vadaskert szakmai gondviselésében magyar nyelven is interpretált képregénynek, amelyről bemutatóm szól.

A kiadvány öt iskolás gyermekszereplő élethelyzetén keresztül hozza közel az olvasóhoz a neurodiverzitás jelenségét, s annak a mindennapokra gyakorolt hatásait. Olyan hétköznapi jeleneteken keresztül tárja fel a téma részleteit, amelyek segítik a fiatalokat a belehelyezkedésben: azaz ösztönöz önmaguk, vagy éppen társuk fel- vagy megismerésére és megértésére, így nyújtva megoldást a kortárs környezetben megjelenő egyes helyzetekkel való azonosulásra, vagy azok kezelésére.

Az egymástól külső karakterjegyeik alapján is jól elkülöníthető szereplők egyenként az ADHD, a tanulási zavarok, a diszpraxia, az autizmus, illetve a Tourette-szindróma mentén megalkotott figurák, akiket az egyes szimptomákkal összefüggésben ábrázolnak a történetek során. Ehhez kapcsolódva – több más mellett az egyik – kiemelten fontos tudásformáló implikaturája a műnek, hogy a gyermekolvasók a képregényben – korosztályuknak megfelelő kontextusba ágyazva, talán életükben először – találkoznak az előbbiekben felsorolt kifejezésekkel. Megismerhetik azok magyarázatát, így segítve a számukra sokszor zavarba ejtő, kényelmetlen, sok esetben szélsőséges érzelmeket és indulatokat kiváltó szituációk kódolását, amelyek számos esetben csupán az ismeretek hiányából fakadóan nem oldhatók meg.



A történetek jelentős része foglalkozik az idegrendszeri eltérések azon megnyilvánulásaival, amelyek a nem inkluzív iskolai környezetben teljesítményzavart, tanulási kudarcokat okoznak. Továbbá jelentős részt szentel a képregény a kortársak bántalmazó, kirekesztő viselkedésének, illetve a pedagógusok hibás attitűdjének (azok explicit megjelenésének) szemléletes bemutatására is. Mind a konfliktushelyzetek, mind pedig a tanulási nehézségek konkrét és adekvát kezelésére megoldást nyújtanak a szereplők tevékenységeik, reakcióik által. Ennek kapcsán megjelennek a képregényben a sorstárs- és kortárssegítés bizonyos elemei, az önérdekérvényesítés, továbbá a szükségletek megfelelő megfogalmazását érintő módszeres, illetve a személyre szabott tanulásmódszertani technikák kérdéskörei is.

A szereplők másságát, egyediségét nem a fogyatékoság nézőpontjából közelíti a szerző (ezzel is gyengítve a deficitszemlélet jelenségét). A szereplők idegrendszeri sajátosságuk révén megjelenő képességeit, szokásait, valamint egyedi viselkedésmintázatát szupererőként aposztrofálja. Ez utóbbi koncepcióval is formálva és erősítve azt a – gyógypedagógiai – szemléletet, mely szerint a nehézségek megoldásához az erősségekre való támaszkodáson keresztül vezet az út. Jelenti ez egyúttal azt is, hogy az egyediség egyéniségként, a másság pedig különlegességként is artikulálható.

Ami a külsínt illeti, kellően szükségletorientált, azaz letisztult – kellő mértékben ingerdús – vizuális és grafikus megjelenésével, érthető, egyszerű, továbbá a korosztályra szabott fogalmazásmódjával az érintett csoportok igényeihez maximálisan igazodik. (Megjegyzés: a gyermekek számára – az önkifejezésre és kreativitás fejlődésére jótékony hatással bíró – saját képregény készítésére is ösztönző hatással lehet.)

ÖSSZEFOGLALÁS

Alaposan átgondolt, mai (gyermek)nyelven, mai formában, mai fontos jelenségre reagáló tudás- és szemléletformáló kiadvány, melynek horgonypontjában a neurodiverzitás, mint a sokszínűség zászlajába csomagolt, abszolút pozitív fogalom áll. Ildomos volna a zárszóban behatárolni azok körét, akiknek ezt a kiadványt ajánlom, de ez nem könnyű feladat, mivel számos aspektusból többféle olvasóval is szerencsés volna megismertetni. A személy szerint érintett gyermekek és azok kortársai, a valamely „partról” érintett szülők, s gondviselők, a gyermekekkel foglalkozó segítő szakemberek és tanáraik a legszűkebb köre azoknak, akik a képregényben rejlő tartalmat a mindennapokban „apró pénzre tudnák váltani”. Gondolom emellett azt is, hogy ennél tágabb körben is ajánlott, s hasznos lenne ezt a művet megosztani, mivel egyértelmű céljaként detektálható, hogy az érintett csoportokkal kapcsolatban a társadalmi felfogást is formálja, alakítsa.

FELHASZNÁLT FORRÁSOK

- Aranyosi E. (2021). *Szemed tükrében*. Szerzői kiadás, Budapest.
- Madarassy-Szűcs A., Tárnok Zs. & Táskai G. (2021). *Az esernyőcsapat kalandjai*. Geobook Hungary Kiadó. Budapest

Kapitány Ervin Pál

Tartalom/Table of Contents

SZERKESZTŐI ELŐSZÓ

Pongrácz Kornélia: Tematikus szerkesztői bevezetés 101

TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYEK

Balázs Judit: ADHD: state of the art áttekintés 103

Pongrácz Kornélia: Az ADHD-specifikus evidencialalapú támogatás keretrendszere és alapelemei 117

A GYAKORLAT MŰHELYÉBŐL

Kántorné Nagy Éva: Módszertani javaslatok, gyakorlati tanácsok pedagógusoknak, sajátos nevelési igényű gyerekeket integráló általános iskolában, tanítói szemlélettel 129

Kis Dóra Sarolta – Roznik Bálint – Kollár Kristóf – Máté Mónika – Baji Ildikó – Balla Csilla:
A Vadaskert Gyermek-és Ifjúságpszichiátriai Kórház és Szakambulancián működő
ADHD-specifikus támogató programok bemutatása 149

FGYELŐ

Surányi Csenge: ADHD a társas kapcsolatokban 159

KÖNYVISMERTETÉSEK, ÚJDONSÁGOK

Kapitány Ervin: Az esernyőcsapat kalandjai 163

ORIGINAL PUBLICATIONS

Kornélia Pongrácz: Thematic editor's forewords 101

ORIGINAL PUBLICATIONS

Judit Balázs: ADHD: state of the art review 103

Kornélia Pongrácz: The framework and the key elements of the evidence-based support for ADHD 117

FROM WORKSHOPS OF PRACTICE

Éva Kántorné Nagy: Methodological suggestions and practical recommendations for teachers in primary schools integrating children with special educational needs, from a teacher's perspective 129

Dóra Sarolta Kis –Bálint Roznik –Kristóf Kollár – Mónika Máté – Ildikó Baji –Csilla Balla:
Presentation of the ADHD-specific support programs operating at the Vadaskert Child
and Youth Psychiatric Hospital and Outpatient Clinic 149

OBSERVER

Csenge Surányi: ADHD in social relationships 159

BOOKS AND NOVELTY

Ervin Kapitány: The Adventures of the Umbrella Squad 163



www.gyogyped szemle.hu