

**Módszertani
segédanyag
ADHD-val küzdő
gyermekek iskolai
megsegítéséhez**



Dr. Cseri Csilla
Mohácsi Magdolna

Módszertani segédanyag ADHD-val küzdő gyermekek iskolai megsegítéséhez

Készítette:

Dr. Cseri Csilla *gyermek- és ifjúságpszichiáter szakorvos*

Mohácsi Magdolna *pszichológus*



Csongrád Megyei Pedagógiai Szakszolgálat

Szeged

2018

ISBN 978-615-81142-2-6

Kiadó: Csongrád Megyei Pedagógiai Szakszolgálat
6725 Szeged, Bécsi krt. 38.
A kiadásért Bacsa Judit főigazgató felel.

Borítót tervezte: Papfalvi Zsuzsa
Szerkesztette: Bánfi Ádám és Papfalvi Zsuzsa

Tartalomjegyzék

1. Bevezető	5
2. ADHD- Aktivitás- és figyelemzavar	5
2.1. ADHD definíciója, diagnosztikus kritériumok	5
2.2. Figyelmetlenség vezető tünetei a DSM-5 szerint.....	6
2.3. A túlzott aktivitás és az impulzivitás vezető tünetei a DSM-5 szerint	6
2.4. Problémás viselkedés felismerése az óvodában, iskolában – figyelmeztető jelek	7
2.5. Szakemberhez kerülés útja – diagnózis felállításának folyamata	9
2.6. Pedagógiai szakszolgálat keretében elérhető jogosultságok, ellátások - szakértői bizottság	10
2.7. Terápiás lehetőségek	13
2.8. Óvodai csoportban és osztálytermi keretek között megvalósítható módszertani javaslatok	17
2.9. Összegzés	18
3. SZAKSZAVAK SZÓTÁRA	19
4. BIBLIOGRÁFIA	20
5. AJÁNLOTT KIADVÁNYOK	20

1. Bevezető

A Csongrád Megyei Pedagógiai Szakszolgálat az EFOP-3.1.6-16-2017-00020 pályázat keretében olyan kiadványok összeállítására vállalkozott, melyek segítik a szakembereket a különleges bánásmódot igénylő gyermekek ellátásában, a pedagógiai szakszolgálati feladatok értelmezésében, és hozzájárulnak ahhoz, hogy a pedagógusok és a szülők könnyebben eligazodjanak a szolgáltatások rendszerében.

A különböző témákhoz kapcsolódó feladatgyűjtemények olyan tevékenységeket tartalmaznak, melyek játékos formában, mind otthoni, mint osztálytermi környezetben erősítik a terápiás/fejlesztő munka jótékony hatásait.

Jelen kiadványunk célja, hogy a pedagógusok részére egy mindennapi gyakorlatban is használható útmutatóhoz, kézikönyvhöz juttassuk az óvodák, iskolák pedagógusait az ADHD-val küzdő gyermekekkel kapcsolatban. Szeretnénk segíteni az ADHD korai felismerését. A pedagógusok, szülők ADHD-val kapcsolatos ismereteinek bővítése a célunk, kezdve a korai figyelmeztető jelektől a diagnózis felállításán át a terápiás lehetőségekig. Kiadványunk információt nyújt arról, hogy a pedagógiai szakszolgálat keretei között milyen terápiás lehetőségek vannak az ADHD-val diagnosztizált gyermekek számára. Összességében módszertani segédanyagunk célja az ADHD-s gyermekek óvodai csoportban, illetve osztálytermi keretek között történő sikeres integrálásának elősegítése.

Az ADHD-val küzdő gyermekek óvodai/iskolai életében tett intézkedések hosszú következménye abban rejlik, hogy megkönnyíti a későbbiekben társadalmi integrációjukat, karrierépítésüket, valamint hatással van szociális kapcsolataik formálására is.

2. ADHD- Aktivitás- és figyelemzavar

2.1. ADHD definíciója, diagnosztikus kritériumok

Az ADHD (amely az angol Attention Deficit and Hyperactivity Disorder elnevezésből ered) egy igen gyakran előforduló kórkép, amely figyelemhiányos/hiperaktivitás zavart vagy más néven hiperkinetikus zavart jelent. Központi tünetei közé tartozik a hiperaktivitás, a figyelmetlenség és az impulzivitás.

A betegség kialakulásában legnagyobb szereppel genetikai tényezők bírnak, de létrejöttére és fennmaradására környezeti tényezők is befolyással vannak.

A Betegségek Nemzetközi Osztályozásának 10. kiadása (BNO-10) szerint a figyelmetlenség tüneteiből legalább 6, a hiperaktivitás tünetéből legalább 3, az impulzivitás tünetéből legalább 1 tünetnek kell fennállnia, valamint a tüneteknek legkésőbb 7 éves korig jelentkezniük kell (*A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása*, 1995).

A Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve 5. Kiadása (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition, DSM-5.) szerint figyelemhiány szempontjából legalább 5, hiperaktivitás/impulzivitás terén legalább 6 tünet jelenléte szükséges, és a tüneteknek fontos legkésőbb 12 éves korig megmutatkoznuk. A DSM-5 szerint az is elegendő, ha csak a figyelemhiányos vagy csak a hiperaktivitás/impulzivitás tekintetében állnak fenn bizonyos tünetek.

A diagnózis felállításához a megfelelő számú és minőségű tüneteknek legalább 6 hónapig fenn kell állniuk. Fontos, hogy a tünetek legalább két területen pl. iskola és otthon, funkciókárosodást idézzenek elő. (*American Psychiatric Association*, 2013).

2.2. Figyelmetlenség vezető tünetei a DSM-5 szerint

- Gyakran nem figyel kellőképpen a részletekre vagy gondatlan hibákat vét az iskolai munka, munka vagy más tevékenységek során (pl. elnéz vagy nem vesz észre részleteket, pontatlanság a munka során).
 - Gyakran nehézséget jelent a figyelem megtartása feladatok vagy játék során (pl. nehézséget jelent a figyelem fenntartása előadásokon, beszélgetés, vagy hosszú szöveg olvasása közben).
 - Gyakran úgy tűnik másoknak, hogy nem figyel, amikor egyenesen hozzá beszélnek (pl. úgy tűnik, máshol jár az esze, akkor is, ha nincs semmilyen nyilvánvaló figyelemelterelő dolog).
 - Gyakran nem csinálja végig az instrukciókat, és nem fejezi be az iskolai feladatokat, házi munkát, vagy munkahelyi kötelességeit (pl. elkezd a feladatokat, de hamar hanyatlik, és könnyen elterelődik a figyelme).
 - Gyakran nehézséget okoz számára, hogy megszervezze a feladatokat vagy tevékenységeket (pl. nehézséget okoz az egymást követő feladatok kezelése, valamint a dolgai rendben tartása; rendetlen, szervezetlen munka; rossz az időkezelése; nem tartja be a határidőket).
 - Kerüli, nem szereti vagy vonakodik részt venni tartós mentális erőfeszítést igénylő feladatokban (pl. iskolai vagy házi feladatok; idősebb serdülők vagy felnőttek esetében beszámolók elkészítése, nyomtatványok kitöltése, hosszú szövegek elolvasása).
 - Gyakran elveszíti a feladatokhoz vagy tevékenységekhez szükséges dolgokat (pl. taneszközök, ceruzák, könyvek, eszközök, pénztárca, kulcsok, papírok, szemüveg, mobiltelefon).
 - Gyakran könnyen elterelik a figyelmét külső ingerek (idősebb serdülők vagy felnőttek esetén akár a témához nem kapcsolódó gondolatok).
 - Gyakran feledékeny a napi tevékenységeiben (pl. házimunka, megbízások teljesítése; idősebb serdülők és felnőttek esetében telefonok visszahívása, számlák kifizetése, megbeszélt időpontok betartása).
- (*American Psychiatric Association*, 2013)

2.3. A túlzott aktivitás és az impulzivitás vezető tünetei a DSM-5 szerint

- *Hiperaktivitás:*
 - Gyakran keze-lába fel-alá jár, vagy ütöget a kezével/dobol a lábával, vagy fészkelődik a helyén.
 - Gyakran elhagyja a helyét olyan helyzetekben, amikor egy helyben kellene ülnie (pl. felkel a helyéről az osztályban, az irodában vagy más munkahelyen, vagy más olyan helyzetben, ahol ülve kellene maradnia).
 - Gyakran szaladgál vagy mindenre felmászik olyan helyzetekben, ahol ez nem megfelelő. (Megjegyzés: serdülőknél és felnőtteknél ez korlátozódhat arra, hogy nyugtalanul érzi magát).
 - Gyakran képtelen csöndben játszani vagy csöndben lenni a szabadidős tevékenységek közben.

- Gyakran „mehetnékje van”, vagy olyan, „mint akit felhúztak” (pl. képtelen, vagy nehézséget okoz számára nyugton ülni hosszabb ideig, pl. étteremben, megbeszéléseken; mások úgy láthatják, mint aki nyugtalan, vagy akivel nehéz lépést tartani).
- Gyakran túl sokat beszél. (*American Psychiatric Association, 2013*)
- o *Impulzivitás:*
- o Gyakran kimondja a választ, mielőtt a kérdés befejeződött volna (pl. befejezi mások mondatát, nem várja ki a sorát a beszélgetésekben).
- o Nehezeére esik várakozni (pl. amikor sorban áll).
- o Gyakran félbeszakít másokat vagy tolakodóan viselkedik (pl. félbeszakítja mások beszélgetését, játékát, vagy tevékenységét; használja mások dolgait anélkül, hogy engedélyt kérne vagy kapna rá; serdülők vagy felnőttek esetében betolakszik abba, amit mások csinálnak, vagy átveszi az irányítást mások tevékenysége felett). (*American Psychiatric Association, 2013*)

2.4. Problémás viselkedés felismerése az óvodában, iskolában – figyelmeztető jelek

A hiperaktivitás tünetei bizonyos mértékig, egy adott életkorban minden gyermeknél előfordulnak. Számos patológiásnak tartott tünet bizonyos életkorban normálisnak tűnhet. A három területen (hiperaktivitás, impulzivitás, figyelemzavar) megjelenő ADHD-hoz társuló viselkedésszindrómák szokványos gyermeki sajátosságok szélsőséges megnyilvánulásai. De mikortól tekintjük kórosnak? Onnantól beszélünk gyermekpszichiátriai szempontból problémás viselkedésről, amikor az adott helyzetben, illetve életszakaszban túlzott mértékben, vagy nem odaillő módon fordul elő. Mennyire korlátozza a gyermek teljesítményét, jól-létét, milyen akadályt jelent a társas kapcsolataiban, iskolai helyzetében, a családon belüli érzelmi viszonyok terén.

Első jelek:

Az első figyelmeztető jelek már sokszor a gyermek korai fejlődése során megfigyelhetők. Az ADHD-s gyermekek egy része „nehéz csecsemő” volt, sírós, nyugtalan, ingerlékeny. Sokszor számolnak be arról a szülők, hogy gyermekük a mozgásfejlődés során mindent gyorsan csinált, ahogy elkezdett járni, már látták rajta hogy túlságosan is nagy a mozgásigénye. Bútorokra felmászott, nem volt veszélyérzete. A szülők gyakran úgy élik meg, hogy gyermekük „mindig is ilyen volt”.

Sokszor a közösségbe kerüléskor válnak markánssá a viselkedésszindrómák. A tünetek első észlelésében a szülőkön kívül fontos szerepe van a pedagógusoknak, iskola- és óvodapszichológusoknak, gyermekorvosnak, védőnőnek, családgondozónak. Különösen nehéz lehet annak elkülönítése, hogy egy „rossz neveletlen” vagy esetlegesen egy ADHD-s gyerekről van szó. Az ADHD az egyik leggyakrabban félreértelmezett mentális egészségi rendellenesség. A szülők és pedagógusok nagyrésze csak későn vagy egyáltalán nem ismeri fel a betegséget (*Vetró 2008*).

Óvodáskor:

Bölcsődés korban, illetve az óvodás években a hiperaktivitás és impulzivitás tünetei, illetve ehhez társuló magatartásproblémák vannak előtérben. Sokszor hallani olyat, hogy „hiperaktív”, „nem lehet egyedül hagyni”, „mindenhová felmászik”, „mintha motort szereltek volna bele.

A gyermekközösségben nehezen jönnek ki társaikkal, gyakoriak a fizikai vagy verbális agresszív megnyilvánulások, indulatkitörések, nem tudnak együttműködni a közösségi játékokban. Képtelenek késztetéseiket késleltetni, mindenbe beleszólnak, közbe kiabálnak. Hirtelen megnyilvánulásaik vannak. Szófogadatlan, kezelhetetlen gyerekek minősítik őket. A társaikkal történt konfliktusok miatt népszerűtlenné válnak társaik között, kevesebb barátjuk van, könnyen peremhelyzetbe kerülnek. A pedagógusok részéről állandó odafigyelést, folyamatos felügyeletet igényelnek, ami hosszútávon megterhelő a pedagógusok számára, eszköztáruk kimerül. Nagycsoportos óvodáskorban feltűnik, hogy a gyermekek képtelenek az iskolára előkészítő foglalkozásokban részt venni, a strukturáltabb helyzeteket nem viselik el, figyelmük elkalandozik, teljesítményhelyzetekből kivonják magukat. Az iskolaérettségi vizsgálatoknál általában nyugtalanul viselkednek, felmerül, hogy még nem eléggé érettek, bár értelmi fejlettségük alkalmassá tenné őket a beiskolázásra (Balázs, Miklósi 2015).

Iskoláskor:

A motoros nyugtalanság az életkor előrehaladtával változik, míg óvodás korban a túlmozgékonyosság, impulzivitás jellemző, kora iskolás korban: „nem tud megülni a helyén”, figyelme csapong. Általánosságban elmondható, hogy míg ezek a gyerekek kétszemélyes helyzetben többnyire jobban tudnak figyelni, könnyebben motiválhatóak, csoportos helyzetben, osztálytermi keretek között sokszor szinte kezelhetetlenné válnak.

Képtelenek végig ülni az órákat, strukturált feladathelyzetben hiperaktivitásuk fokozódik, zavarják a tanítást, figyelmetlenek, teljesítményük elmarad képességeik mögött. „Semmi sem érdekli”, „sem mire sem figyel oda”, „lusta”. Házi feladataikat nem csinálják meg, felszerelésük hiányos. a fenti problémás viselkedésükkel a szülőket, tanárokat bosszantják. Fontos, hogy ugyanakkor képesek hosszasan koncentrálni, ha kedvelik az adott tevékenységet. A pedagógusok sokszor azt veszik észre, hogy az alapjába véve jó képességű gyermek képességei alatt teljesít. Hullámló az iskolai teljesítménye (Vetró 2008).

Ezek a nehézségek végig kísérik iskoláskorukat, a szófogadatlanság, az önkontrol hiánya, a szervezetlenség mindvégig megmarad, társaikkal nehezen jönnek ki és az otthoni viselkedési problémák is súlyosbodnak. Gyakran társul sajátos tanulási nehézséggel, mely az iskolában sorozatos kudarchoz vezethet.

Az iskolai, társkapcsolati és családon belüli kudarcok negatív hatással vannak rájuk, melyet bohóckodással, nagyozolással, később vakmerőséggel próbálnak kompenzálni, de ezzel társkapcsolataik, iskolai teljesítményük és a felnőttekhez való viszonyuk tovább romlik. Serdülőkorra a hiperaktivitás tünete ugyan csökkenhet, de a szétszórtság, a figyelem összpontosításának hiánya megmarad. Másodlagosan

önértékelési problémák, akár hangulatzavar is kialakulhat. Negatív énképük következtében könnyen sodródhatnak deviáns társaságba, ahol legalább úgy érzik, hogy befogadják őket (Balázs, Miklósi 2015).

2.5. Szakemberhez kerülés útja – diagnózis felállításának folyamata

Hová fordulhat a szülő/pedagógus? – Gyermekek- és ifjúságpszichiátriai ambuláns ellátás

A diagnózis felállítása történhet járóbeteg rendelés keretei között, vagy osztályos kivizsgálás során.

Amennyiben a szülő/pedagógus a gyermek viselkedésében a fenti problémákat, tüneteket észleli, javasolt a lakóhely szerint illetékes Gyermekek- és Ifjúságpszichiátria Ambulancia felkeresése (ld. melléklet – Elérhetőségek listája). Járóbeteg rendelés keretein belül a gyermekpszichiáter szakorvos vizsgálata során anamnézis és szülőkérdőívek felvétele történik, fizikális vizsgálat zajlik. Az orvosi vizsgálatot, a klinikai szakpszichológus/pszichológus és gyógypedagógus vizsgálata egészítheti ki, hiszen a mentális képességek feltérképezése, valamint a részképesség-és tanulási zavarok kizárása is elengedhetetlen a diagnosztikus szakaszban. A pszichológiai vizsgálat fentiek mellett lehetővé teszi a társuló pszichés zavarok feltárását is. Fontos, hogy lehetőség szerint a szülő az Ambulanciára egy gyermekről elkészített pedagógiai jellemzés birtokában érkezzen. A szakember a leírás által megismerheti a gyermek közösségben mutatott viselkedését, kortársakhoz fűződő viszonyát, fennálló tanulási problémáit. A diagnózisalkotást laboratóriumi és képalkotó eljárásokkal történő vizsgálatok egészíthetik ki.

A diagnózis felállítása során a nemzetközi diagnosztikai kritériumrendszerek (DSM-V, BNO-10) figyelembevétele javasolt. A diagnózis felállítása több szakember együttes véleménye alapján történik. A gyermekpszichiáter szakorvos feladata összegezni a szülőtől felvett anamnesztikus adatokat, korai életeseményeket, szomatikus betegségeket, a pedagógiai jellemzést, esetlegesen a gyermekorvos, védőnő, családsegítő jelzéseit. A fentieket a gyermek szakorvosi vizsgálata egészíti ki, ami kisebb életkorban viselkedés- és játékmegfigyelésből áll, iskoláskorban a gyermek pszichodiagnosztikus explorációjából áll (Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a hiperkinetikus zavar (figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar) kórismézéséről, kezeléséről és gondozásáról gyermek, serdülő és felnőttkorban 2017).

Gyermekekpszichiátriai osztályos kivizsgálás

Bizonyos esetekben szükséges lehet a gyermekpszichiátriai osztályos kivizsgálás. A gyermeket először észlelő gyermekpszichiáter szakorvos - a tünetek súlyosságának és a probléma összetettségének függvényében - mérlegeli az osztályos kivizsgálás szükségességét.

A felvétel napján gyermekpszichiáter szakorvos felveszi a részletes anamnézist a szülővel, korábbi dokumentációkat áttekintik, valamint a szülő tájékoztatást kap a kivizsgálás menetéről. Az első találkozás során már lehetősége van a szakembereknek megfigyelni a szülő-gyermek kapcsolatot, a kötődés milyenségét, valamint a gyermek viselkedését. Megtörténik a gyermek fizikális vizsgálata is. A kivizsgálás ideje egy-két hét. Ezalatt a gyermek korosztályának megfelelő csoportba kerül, ahol napközben játékos, csoportos foglalkozások során történik a gyermek viselkedésének,

interakcióinak megfigyelése, csoporthelyzetben, kötetlen, illetve feladathelyzetben egyaránt.

Vizsgálatok:

- Rutin rajzok, tesztek
- Pszichológiai vizsgálat
- Gyógypedagógiai vizsgálat
- Mozgásvizsgálat
- Kérdőívek (ISCA-D, ADHD tünetbecslő skálák, Conners, Gyermek M.I.N.I.)
- Szülői, tanári kérdőívek (CBCL – Child Behavior Checklist)
- Labor
- Kardiológiai vizsgálat

Az eredmények összegzése team munkában történik. A szakorvos feladata összegezni a fenti vizsgálatok eredményét. A diagnózis felállítása a tünetek felmérésével és a diagnosztikus kritériumrendszerek (DSM-V, BNO-10) figyelembevételével történik.

A szakemberek feladata a differenciál diagnosztikus kérdések megvitatása is, hiszen számos gyermekkorban előforduló probléma okozhat ADHD-hoz hasonló tüneteket, valamint gondolni kell komorbid zavarokra is (*Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a hiperkinetikus zavar (figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar) kórismézéséről, kezeléséről és gondozásáról gyermek, serdülő és felnőttkorban 2017*).

Amennyiben teljesülnek a diagnosztikus kritériumok, ADHD-s a gyermek, a szülőt tájékoztatják az eredményekről és a terápiás lehetőségekről. Amennyiben gyógyszerre is szükség van, a szülő beleegyezésével a gyógyszerbeállítás is megtörténik a klinikai benntartózkodás ideje alatt.

2.6. Pedagógiai szakszolgálat keretében elérhető jogosultságok, ellátások - szakértői bizottság

Tekintettel arra, hogy az ADHD jelentős funkciókárosodást okoz a gyermek számára otthon, valamint a közösségben egyaránt, esetükben szükséges a szakértői bizottsági vizsgálat kezdeményezése annak érdekében, hogy az óvodában, iskolában megkapják azt a különleges bánásmódot, amire jogosultak.

A köznevelési törvény fogalmazza meg, hogy a sajátos nevelési igényű gyermekeknek, tanulóknak joga, hogy különleges bánásmód keretében állapotuknak megfelelő pedagógiai, gyógypedagógiai, ellátásban részesüljenek attól kezdődően, hogy igényjogosultságukat megállapították.

Szakértői bizottsági vélemény szükséges ahhoz, hogy a gyermek, tanuló igényt tartson a különleges szolgáltatásokra.

A köznevelési tv. 4§ 25. pontja által meghatározott SNI fogalma:

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.

Az SNI-n belül az ADHD-s gyermekek az egyéb pszichés fejlődési zavar (súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavar) kategóriába tartoznak.

A szakértői bizottsági vizsgálat kezdeményezése:

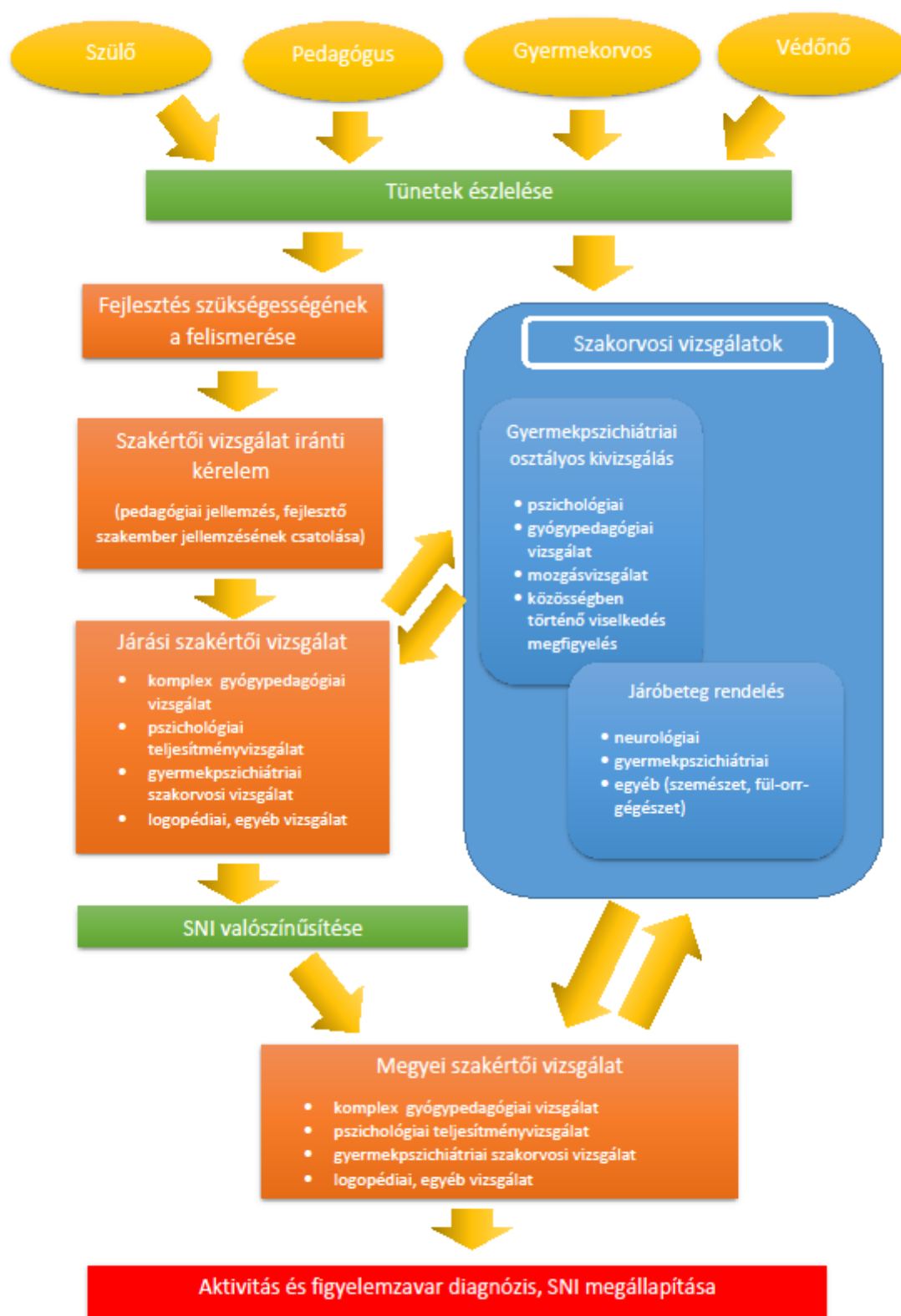
Szülő kérelmezheti a gyermek szakértői bizottsági vizsgálatát, vagy a gyermek óvodája, iskolája, a felmerülő problémák miatt, de ebben az esetben is a szülő beleegyezése szükséges hozzá. Ha a gyermek óvodai nevelésben, iskolai nevelésben, oktatásban részesül, az óvoda, és az iskola köteles közreműködni a vizsgálat iránti kérelem elkészítésében. A szakértői bizottsági vélemény iránti kérelem letölthető a Csongrád Megyei Pedagógiai Szakszolgálat honlapjáról (csmps.hu). A pedagógus által kitöltött és szülő által is aláírt kérelmet az óvoda, az iskola megküldi a területileg illetékes szakértői bizottságnak. Ezt követően a szülők kapnak egy időpontot, amikor gyermekükkel meg kell jelenniük a szakértői bizottság vizsgálatán.

A szakértői bizottsági vizsgálatok két szinten történnek, először járási szinten, majd amennyiben a járási bizottság véleménye alapján a gyermeknél a sajátos nevelési igény (SNI) valószínűsíthető, akkor a megyei szakértői bizottság állapítja meg a gyermekre vonatkozó javaslatokat. A szakértői bizottság a gyermek, a tanuló korábbi orvosi leletei (többek között a gyermekpszichiátriai klinikai kivizsgálás eredményei), komplex pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai, szakorvosi, esetleg logopédiai vizsgálat alapján szakértői véleményt készít.

A szakértői bizottság a vizsgálatok eredményei alapján javaslatot tesz a BTMN-es/SNI-s gyermekek/tanulók ellátására, az ellátás módjára, formájára és helyére, a szükséges szakemberre és annak feladataira; továbbá a gyermek, a tanuló nevelésével, oktatásával kapcsolatos követelményekre, fejlesztési feladatokra, a fejlesztési feladatok ellátásának javasolt időkeretére.

Az ADHD-s gyermekek/tanulók esetében sajátos nevelési igény áll fenn.

Esetükben kiemelten fontos az egyéni bánásmód, egyéni differenciálás. Tanórákon lassabban haladnak, sokszor lemaradnak, ezért segítség nekik hogy dolgozatoknál több időt, vagy kevesebb feladatot kapjanak. Összességében abban segít a szakértői vélemény, hogy az oktatási rendszerben a pedagógusok vegyék figyelembe a gyermek problémáit, tudjanak az ADHD-ről, és szakmai szempontból megfelelően segítsék és támogassák a gyermek oktatási-nevelési rendszerben való boldogulását. A szakértői vélemény segít a szülőknek és a pedagógusoknak, hogy helyén tudják kezelni a helyzetet. Az adott problémás tanuló ezáltal esélyt kap arra, hogy kikerüljön a „rossz gyerek”, „lusta”, „nevetlen” megbélyegzések alól.



2.7. Terápiás lehetőségek

A gyermek- és serdülőkori mentális zavarok kezelésében a pszichoszociális interakciók szerepe kiemelten fontos. A kimenetel több tényező függvénye, sokszor több szakterület együttműködésével megvalósuló terápiás beavatkozásra van szükség.

Az ADHD kezelésében rendelkezésre állnak gyógyszeres, illetve nem-gyógyszeres terápiák, illetve ezek kombinációja.

Mind a nemzetközi, mind a hazai protokoll a kezelés első lépéseként a nem-gyógyszeres terápiákat ajánlja (*Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a hiperkinetikus zavar (figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar) kórismézéséről, kezeléséről és gondozásáról gyermek, serdülő és felnőttkorban 2017*).

Az ADHD terápiája komplex folyamat, melynek részei:

- pszichoedukáció
- kognitív viselkedésterápia
- szülőcsoport
- pedagógusképzés
- gyógyszeres kezelés

Területileg illetékes pedagógiai szakszolgálatnál

Az ADHD diagnosztizálását követően számos terápiás lehetőség áll a szülők és a gyermekek rendelkezésére. Fontos a gyermekek számára egyénre szabottan kiválasztani a legmegfelelőbbeket, javulás ugyanis többféle terápia párhuzamos alkalmazásával érhető el.

A helyi pedagógiai szakszolgálatoknál, nevelési tanácsadás keretében, előzetes időpont egyeztetést követően alkalom nyílik a gyermek egyéni pszichoterápiás ellátásának megkezdésére, amely egy szülővel folytatott első interjúval indul. Az első interjú során kerül sor a probléma tisztázására, valamint az anamnézis felvételére, amely a gyermek fejlődéstörténetének áttekintését takarja. Ezt követően a gyermek egyéni pszichológiai megsegítése során fókuszba kerülhet a jutalomorientált viselkedésterápiák alkalmazása mellett a figyelemfejlesztés. Ezen kívül elengedhetetlen a szülővel és pedagógussal történő rendszeres pszichológiai konzultációk megvalósítása, amely történhet tréning keretében is, egyéni és csoportos formában. A tréning eszközöket ad a szülő és a pedagógus kezébe, pl. kommunikációs-és viselkedéstechnikák elsajátítása által. Mindez nagyban befolyásolja a gyermek önkontrollját, énképét, valamint pozitívan hat a szülő-gyermek és a pedagógus-gyermek kapcsolatra is.

Az ADHD-val küzdő gyermek terápiájának fontos része továbbá a pszichoedukáció, amely során megbeszélésre kerülnek a betegséget érintő információk a szülővel és a gyermekkel egyaránt. Az ismeretek birtokában lehetővé válhat a betegség és azzal kapcsolatban jelentkező problémák elfogadása. A gyermek iskolai életében fellépő akut problémák esetén az iskolapszichológus segítsége kérhető.

A pedagógiai szakszolgálatok gyakran csoportos formában tematika szerint is szerveznek terápiát az ADHD-val diagnosztizált gyermekek számára. Ezen kívül

osztályközösség szintjén resztoratív technikák segítségével segítik elő a közösségen belüli kapcsolati háló épülését, valamint rendezését.

Mozgásfejlesztés is elengedhetetlen az ADHD-val küzdő gyermekek számára, az egyik leghatékonyabb a tervezett szenzomotoros tréning (TSMT).

Viselkedésterápia

A *nem-gyógyszeres terápiák* közül ADHD esetén kiemelnénk a viselkedésterápiás technikák szerepét, mert átfogóan alkalmazhatóak – megfelelő szakmai háttér mellett – a gyermek otthoni és iskolai környezetében.

A kognitív viselkedésterápia elemeit, mint a jutalmazás, büntetés, évezredek óta alkalmazzák a nevelésben, tanításban. Lényege a kíváncsatos viselkedésmódok kialakítása, megerősítése, valamint a nem kíváncsatos viselkedések visszaszorítása, korrekciója, illetve új viselkedésmódok kialakítása. A viselkedésterápiás megközelítés alapján a problémás viselkedés hátterében valamilyen maladaptív viselkedéstanulás áll. Cél, hogy ne a „rossz” viselkedésére kapjon figyelmet (negatív figyelmet) a gyermek, hanem a ritkábban előforduló, de „jó” viselkedésére kapjon megerősítést (Mórotz, Perczel 2006).

Az ADHD-s gyermekek figyelmi problémáik, impulzivitásuk miatt fokozottan igénylik a struktúrát és a jutalmazást. Kiemelten fontos számukra:

- az átláthatóan strukturált napirend kialakítása
- egyértelmű szabályok felállítása és azok következetes betartatása
- nagy jelentősége van a szülők és a pedagógusok közötti mindennapos, kétirányú kommunikációnak és információ cserének
- az iskolai viselkedésnek otthon is meg legyen a következménye, ami csak akkor tud megvalósulni, ha ezekről tud a szülő
- egységes otthoni és iskolai elvárás rendszer
- külön erre a célja létrehozott üzenőfüzet, vagy heti táblázat, melyen nem csak a rossz viselkedések, hanem a jutalmazható, pozitív viselkedés megnyilvánulások is szerepeljenek

Az *azonnali és rövid távú jutalmak* használatával megerősítjük a kívánt és elvárható viselkedést, a nem elfogadható viselkedésre fókuszálás helyett. A napirendet érdemes *vizuális eszközökkel* (képekkel, ábrákkal) összeállítani, és a szabályokat röviden, egyszerűen megfogalmazni. Mindez erőfeszítést, energia befektetést igényel mind a szülők, mind a pedagógusok részéről. A fentiek *következetes és hosszútávú* alkalmazásával jelentős viselkedésjavulás érhető el (Mórotz, Perczel 2006).

Jutalom orientált viselkedésterápia menete:

- a problémás viselkedés részletes feltérképezése (szülővel, pedagógussal beszélgetés, gyerek megfigyelése, iskolai pedagógiai jellemzés alapján)
- milyen helyzet/szituáció váltja ki a problémás viselkedést,
- problémás viselkedések repertoárja/listája,
- mik a megerősítő, fenntartó tényezők (pl kihívja mások részéről a figyelmet, ami jutalomértékű számára),
- mik a pozitív – negatív következményei a problémás viselkedésnek

- jutalomlista írása szülővel, gyerekekkel (kicsi jutalmak, illetve ahogy haladunk előre, több pontra beváltható nagy jutalmak)
- lehetőség szerint ne anyagi jutalom, hanem pl.: közös családi program, meseolvasás, kirándulás, társasjáték, kártyázás...
- terápiás terv: a heti feladatok megbeszélése, szerződésalkötés szülővel, pedagógussal, gyerekekkel írásban
- a heti feladatoknál fontos a reális, megvalósítható célok kitűzése
- a teljesítendő feladat kis részekre bontása, pl nem azt várjuk el, hogy „jól viselkedjen”, hanem a jó viselkedést lebontjuk, részletezzük: pl. ülök a helyemen, ha mondani akarok valamit jelentkezem, nem kiabálok közbe, ezeket külön-külön jutalmazzuk
- a feladatok időbeli struktúrázása (pl nem azt kérjük, ha egész nap jól viselkedik, kap egy ☺-et, hanem pl tanórákra lebontjuk, és tanórák végén jutalmazzuk
- a feladatok teljesítésekor lehetőleg azonnali visszajelzés, megerősítés, naponta többször is egyeztetve az elért eredményeket, pontokat együtt beírni, eredmények napi értékelése
- eredmények heti értékelése együtt a szülővel, gyerekekkel, visszajelzés, jutalmak beváltása folyamatosan
- következő heti feladatok megbeszélése, újabb szerződésalkötés, jutalmak, feladatok időnkénti változtatása (a motiváció fenntartása miatt)
- arányban legyen a jutalom nagysága a tett erőfeszítéssel
- fontos a feladatok és jutalmak gyermek igényeihez, és aktuális állapotához való igazítása – rugalmas hozzáállás

Viselkedésterápiás program – minta

Kedves Marci!

Szeretnénk, ha együtt tudnánk dolgozni az órákon, és gyűjtenéd a jutalmakat. Minden teljesített feladatért óra végén 😊-et kapsz.

Ha összegyűlik 10 😊, választhatsz egy matricát.

Két matrica beváltható egy nagyobb meglepetés jutalomra!

Hétfő	1. óra	2. óra	3. óra	4. óra
Csendben ülök és figyelek.				
Nem kiabálok közbe.				
Ha valamit mondani szeretnék, jelentkezem.				

Sok sikert!

Marci

pedagógus

szülő

ADHD gyógyszeres kezelési lehetőségei

Amennyiben a nem- gyógyszeres pszichoterápiás/pszichoszociális beavatkozások ellenére nem történik javulás, vagy az ADHD súlyos funkciókárosodással jár, gyógyszeres kezelés merül fel, a korábban említett nem-gyógyszeres kezelésekkel kombinálva. Ennek elbírása *gyermekpszichiáter szakorvos* feladata. A kezelést minden esetben az ADHD diagnózisú gyermek korának, élethelyzetének és igényeinek megfelelően kell megválasztani. Az előnyök/hátrányok mérlegelésével.

Megfelelő indikáció esetén a *jól beállított és rendszeresen kontrollált gyógyszeres kezelés*, kombinálva a fenti nem-gyógyszeres terápiákkal, jelentősen elősegítheti a gyermek közösségben és otthon való funkcionálását, esélyt adhat a beilleszkedésre, tanulmányi eredmények javulására.

Hazánkban kétféle hatóanyag tartalmú gyógyszer érhető el ADHD kezelésében. A metilfenidát (Ritalin), valamint az atomoxetin (Strattera). Mindkét gyógyszer 6 éves kor felett alkalmazható (Balázs, Miklósi 2015).

Ritalin

Pszichostimulánsok gyógyszeres csoportjába tartozik, hatóanyaga a methylphenidat. A tévhitekkel ellentétben egyik ADHD kezelésére használt gyógyszer sem okoz függőséget és legtöbbször semmilyen zavaró mellékhatás nem jelentkezik. Az esetlegesen előforduló mellékhatások ritkák, és többnyire enyhék. Olyan területek agyi aktivitását serkenti, amik az „agyfűkék” működéséért felelősek – erősödnek az agyfűkék, az alulműködő prefrontális lebenyre gyakorolt stimuláció révén.

Klinikai hatás:

- szignifikánsan csökkenti a túlmozgékonyt
- hatékonyan bizonyult figyelemzavar esetében
- csökken az impulzivitás, agresszió (ami eleve ADHD-hoz társult)
- javul a produktivitás, iskolai előmenetel

A gyakorlatban a Ritalin csak iskolai napokon kell szedni. Hatása rövid idejű 3-4 óra hosszat tart, a bevétele követően kb 30 perccel jelentkezik. Többnyire reggel, vagy reggel és délben kell szedni (amíg iskolában van, addig tartson a hatás). Van elhúzó hatású Ritalin (6-8 óra), amit csak reggel kell bevenni: Ritalin LA (Vetró 2008).

Strattera

Hatóanyag az atomoxetin, más gyógyszeres csoportba tartozik, mint a Ritalin, szelektív NA visszavétel gátló (SNRI) a szinapszisokban. Hatása elhúzó, hosszan tartó, naponta egy alkalommal, reggel kell bevenni. Hatékonyan bizonyult 6 év feletti ADHD-s gyermekek és serdülők kezelésében. Csökkennek a figyelemzavar, impulzivitás, hiperaktivitás tünetei, emellett a komorbid kórképek tünetei is javulhatnak (oppozíció, tic, depresszió, szorongás). Kedvező mellékhatásprofilal rendelkezik (Balázs, Miklósi 2015).

2.8. Óvodai csoportban és osztálytermi keretek között megvalósítható módszertani javaslatok

- A tevékenység-központú pedagógiai környezet, kooperatív technikák alkalmazása.

- Lehetőség szerint az ADHD-val küzdő gyermeknek kisebb létszámú osztályban történő elhelyezése javasolt.
- Lehetőség szerint a gyermeket ültessük az első padba, a tanári asztalhoz közel, a zajforrásoktól távol, látóterében csak a szükséges anyagok legyenek.
- Javasolt ezeknek a gyermekeknek a napi pontos időbeosztás kialakítása és ennek a betartása, változás esetén pedig a gyermeket erre előre figyelmeztessük.
- Fontos az egyértelmű és rövid szabályok gyakori ismertetése, következetes betartatása, konkrét következményekkel való összekapcsolása. A szabályok ismertetése után javasolt, hogy a gyermek a saját szavaival ismételje meg a szabályokat. Segítségül szolgálhat, ha a szabályokat vizuálisan is megjelenítjük. Tevékenységváltáskor ajánlatos a szabályokat újra ismételni.
- Sikerélmények biztosítása, azonnali megerősítés.
- A tananyag több szempontú szemléltetése, megközelítése, a tanórán a feladatok változatosságának és újszerűségének biztosítása.
- A hosszabb feladatokat bontsuk apróbb lépésekre, a lépések között engedjük, hogy szünetet tartson (pl. pár percig csukja be a szemét és hajtsa a fejét az asztalra vagy csendben álljon fel a helyén és mozgassa meg kezét és lábát, törölje le a táblát, öntözze meg a növényeket, hegyezze meg a ceruzáját).
- Javasolt ugyanakkor a feladatok nehézségi fokát a gyermek egyéni szintjéhez igazítani, ugyanis ha a feladat meghaladja az egyéni szintjüket, akkor hajlamosak a feladatokat feladni, frusztrálttá válni és ellenkezőleg: a számukra túl egyszerű feladatok esetén könnyen figyelmetlenné válnak, unatkoznak.
- Javasolt, hogy az ADHD-s gyermeknek munkája során saját üteméhez igazodóan adjunk időhatárokat.
- Önálló feladat megoldását akkor kérjük, ha a pedagógusnak lehetősége van a passzív odafigyelésre.
- Az ADHD-s gyermekek oktatását elősegíti a lehetőség szerint azonos nemű, jobban tanuló és jobb magaviseletű kortárs mentor bevonása.

2.9. Összegzés

Jelen kiadványt az aktivitás-és figyelemzavarral küzdő gyermekek iskolai életének megkönnyítése céljából állítottuk össze pedagógusai számára. A betegség definíciója, a problémás viselkedés felismerésének ismérvei mellett, bemutattuk a segítségkérés módjait, a diagnózis megalkotásának menetét. Rávilágítottunk a felmerülő terápiás ellátás lehetőségeire. Érdemes szem előtt tartani, hogy az aktivitás-és figyelemzavarral küzdő gyermekek a tüneti kép alapján különböző jellemzőkkel bírnak, ezért fontos egyénre szabott foglalkoztatásuk megvalósítása. Bízunk abban, hogy az összeállításban szereplő információk a jövőben segítségükre lesznek az ADHD-val küzdő gyermekek iskolai megsegítésében.

Elérhetőségek listája

SZTE Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Szakrendelés: Szeged Temesvári krt. 35.
62/342-045

SZTE Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály: Szeged Boldogasszony sgt. 15.
62/549-620

Csongrád Megyei Egészségügyi Ellátó Központ - Hódmezővásárhely – Makó Makói
Tagintézménye, Gyermek- és Ifjúság pszichiátriai Szakrendelés Makó 62/511-169

A területileg illetékes pedagógiai szakszolgálatok elérhetősége honlapunkon
megtalálható

3. SZAKSZAVAK SZÓTÁRA

anamnézis: Az anamnézis felvétele során az orvos célja a beteg kórtörténetének, valamint jelen panaszainak megismerése és rögzítése.

differenciál diagnózis: Egy olyan módszer, amely a beteg tünetei és a vizsgálati eredmények alapján a legvalószínűbbnek tartott diagnózis felállítását jelenti, az adott kórkép más betegségtől való elkülönítést segíti elő.

első interjú: Két ember (pszichológus, pszichiáter és a kliens) közötti interakció. A klinikai pszichológiai interjú során az első interjú célja az információgyűjtés, állapotfelmérés, érzések, attitűdök, hiedelmek megismerése.

hiperkinetikus: Túlmozgékonytságot jelent. A hiperkinetikus zavar tünetei közé tartozik a figyelmetlenség, a túlzott aktivitás és az impulzivitás.

impulzivitás: Az ADHD egyik tünete, első benyomásra, a tettek végiggondolása nélküli cselekvést jelent. (Lsd. impulzivitás tünetei)

indikáció: Javallatot, ajánlást jelent. Indok egy vizsgálat, gyógyszer alkalmazására. Ellentéte a kontraindikáció.

kognitív: Gondolkodáson alapuló.

komorbid: Alapbetegség mellé társuló egyéb betegségek megléte.

oppozíció: Szembenállást, ellenállást jelent. A gyermekpszichiátriában a magatartászavarok közé sorolt oppozíciós zavar, dacos, szembenálló, indulatos viselkedést jelent, amelynek mértéke a gyermek korosztályi jellemzőin túlmutat.

prefrontális lebeny: Agyféltekék lebenyei közül a homloklebeny része, mely többi agyterület összehangolt (integrált) működését irányító szerepe van.

pszichodiagnosztikus exploráció: A pszichológiai/pszichiátriai vizsgálatok része. A vizsgált beteggel, családdal történt feltáró beszélgetés, melynek célja a beteg lelki állapotának az alapos felmérése.

pszichoedukáció: A beteg és a hozzátartozók szakember általi tájékoztatása a betegség jellemzőiről, a kezelési lehetőségeiről. Létezik egyéni, csoportos és családi

ülés formájában egyaránt. Kiegészítő kezelési formának tekinthető, amely szorongáscsökkentő hatással bír.

pszichostimuláns: Pszichoaktív szerek (drogok, kábítószer) egyik alcsoportja. Éberséget, a figyelmet és a motilitást serkentő, ugyanakkor a képzettársításokat, a döntéseket és a végrehajtó funkciókat élénkítő hatással rendelkeznek.

restoratív technika: A helyreállító vagy jóvátételi megközelítés gyakorlata. Alapja az, hogy a szabályszegés a közösség és az elkövető közötti konfliktust jelöli. A konfliktust okozó személy felelősséget vállal a tetteért, jóvátétellel él a sértettek és a közösség felé is.

szenzomotoros: Mozgató és érzékelő szervek összehangolásával kapcsolatos.

szinapszisok: Idegsejtek kapcsolódási, találkozási pontjai.

stimuláció: Ingerlés, fokozás.

verbális: Szóbeli.

4. BIBLIOGRÁFIA

Balázs Judit, Miklósi Mónika: A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve, Semmelweis Kiadó

Vetró Ágnes: Gyermek- és ifjúságpszichiátria, Medicina

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a hiperkinetikus zavar (figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar) kórismézéséről, kezeléséről és gondozásáról gyermek, serdülő és felnőttkorban

Móroczy Kenéz, Perczel Forintos Dóra: Kognitív viselkedésterápia

Dr. Gácsér Magdolna (2006) Gyermekpszichiátria

A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása. Tizedik revízió. 1. kötet. Népjóléti Minisztérium, Budapest, 1995.

American Psychiatric Association (1994). A Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Negyedik kiadás. American Psychiatric Publishing, Washington, DC.

American Psychiatric Association (2013). A Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Ötödik kiadás. American Psychiatric Publishing, Washington, DC.

5. AJÁNLOTT KIADVÁNYOK

Edward M. Hallowell, John J. Ratey: Szétszórtság, A gyermek- és felnőttkori figyelemhiányos zavar felismerése és leküzdése, Ursus Libris

Dr. László Zsuzsa: Az örökmozgó gyerek (pdf-ben letölthető a fimota.hu honlapról)

Eliane Whitehouse - Warwick Pudney: Mint egy vulkán forrok, és... mindjárt felrobbanok: Gyerekek indulat kezelési problémáinak megoldása, Geobook

P. O. Quinn-J.M.Stern: Lassíts egy kicsit, Feladatgyűjtemény ADHD-s gyermekek számára, Geobook

Szűcs Marianna: Esély vagy sorscsapás? A hiperaktív figyelemzavarral küzdő gyermekek helyzete Magyarországon, Nemzeti Tankönyvkiadó

Honlapok:

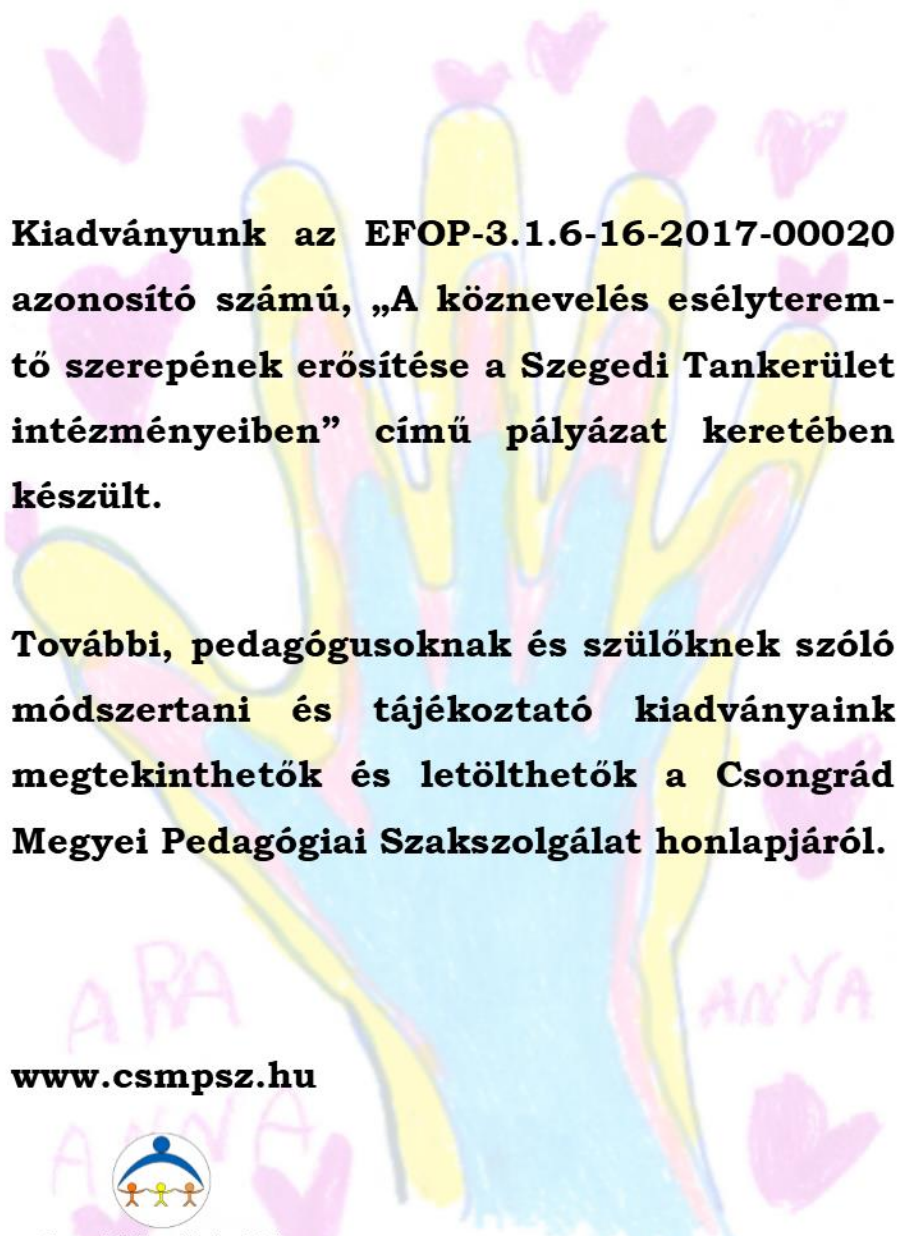
www.ADHDoki.com

www.adhd-magyarorszag.com

www.figyelemlkontroll.hu

www.fimota.hu

www.adhdkozpont.hu



**Kiadványunk az EFOP-3.1.6-16-2017-00020
azonosító számú, „A köznevelés esélyterem-
tő szerepének erősítése a Szegedi Tankerület
intézményeiben” című pályázat keretében
készült.**

**További, pedagógusoknak és szülőknek szóló
módszertani és tájékoztató kiadványaink
megtekinthetők és letölthetők a Csongrád
Megyei Pedagógiai Szakszolgálat honlapjáról.**

www.csmpsz.hu



Csongrád Megyei Pedagógiai
Szakszolgálat

SZÉCHENYI 



Európai Unió
Európai Strukturális
és Beruházási Alapok



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

EFOP-3.1.6-16-2017-00020