Slachta Margit
Nemzeti Szociálpolitikai Intézet

AZ AKTIVITÁS– ÉS A FIGYELEM ZAVARAI, MAGATARTÁSZAVAROK, HIPERAKTÍV FIGYELEMZAVAR (ADHD)

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 és
VEKOP-7.5.1-16-2016-00001
kiemelt projektek
Cím: 1071 Budapest, Peterdy u. 15.
E-mail: efop382@szgyf.gov.hu
E-mail: vekop751@szgyf.gov.hu

SZÉCHENYI 2020
MAGYARORSZÁG KORMÁNYA
Európai Unió
Európai Szociális Alap
BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Az aktivitás– és a figyelem zavarai, magatartászavarok, hiperaktív figyelemzavar (ADHD)

HALLGATÓI TANANYAG

Szerzők

Dr. Mátyás-Péter Anna

Dr. Szántóné Sorompó Anett

Szegleti Gabriella

Szakmai lektor

Dr Hirsch Anikó

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 és a VEKOP-7.5.1-16-2016-00001 azonosítószámú, Szociális humán erőforrás fejlesztése című kiemelt projekt

Az EFOP-3.8.2-16-2016-00001 és a VEKOP-7.5.1-16-2016-00001 azonosítószámú, Szociális humán erőforrás fejlesztése című kiemelt projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

A kiadvány a Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 és a VEKOP-7.5.1-16-2016-00001

azonosítószámú,

Szociális humán erőforrás fejlesztése című kiemelt projekt

keretében készült

Kiadja Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet

1142 Budapest, Ungvár utca 64-66.

Telefon: +36 1 450 32 30, +36 1 450 32 35

www.nszi.hu

Felelős kiadó Dr. Tóth Tibor főigazgató

Budapest, 2021

Tartalom

Előszó **6**

1. A személyiség alakulása **7**

1.1. A személyiségfejlődés feltételrendszere, az eltérő fejlődésmenet okai, formái 7

1.2. A szocializáció folyamata, feladata a személyiségformálásban 12

1.2.1. A szociális tanulás 14

1.2.2. Szocializációs színterek 16

2. Figyelem, hiperaktivitás, magatartászavar **19**

2.1. A kognitív funkciók 19

2.1.1. A figyelem tulajdonságai 22

2.1.2. A figyelem típusai a tudatos ráirányultság és az erőfeszítés alapján 23

2.2. A hiperaktivitás 28

3. A hiperaktivitástól a viselkedés- és magatartászavarig **40**

3.1. Diszruptív, impulzuskontroll- és viselkedészavarok 41

3.2. A viselkedés leírása és analízise 44

4. A hiperaktív figyelem zavar (ADHD: Attention Deficit Hiperactivity Dysorder) **45**

4.1. Kognitív funkciók a háttérben 45

4.2. Klinikai kép 48

4.3. Terápia 50

4.3.1. Szülők pszichoedukációja 50

4.3.2. Gyógyszeres kezelés 50

4.3.3. Pszichoterápia 52

4.3.4. Differenciált pedagógia 53

5. Hiperaktivitás, figyelemzavar, magatartászavar és ADHD: differenciál diagnosztika **54**

6. A gyermekvédelmi intézkedések hatása az ADHD-s gyermekekre **58**

6.1. ADHD-s gyermek és a krízis 59

6.2. Krízisintervenció 60

7. Súlyos pszichiátriai állapot megítélésének nehézségei **63**

8. A dührohamot kiváltó okok és lehetséges kezelési módok **67**

8.1. A dühroham figyelmeztető jelei és szakaszai 68

9. Széles körben alkalmazható kommunikációs eszközök, módszerek, stratégiák **69**

9.1. Agitált, beszűkült tudatállapotú gyermek esetében és a mindennapokban is alkalmazható kommunikációs módszerek 70

9.2. A mediátor jelentősége a konfliktusok megoldásában 73

10. Leggyakrabban alkalmazott módszerek, terápiák ADHD-s gyermekek ellátásában 75
10.1. Kognitív- és viselkedésterápiák 75
10.2. Viselkedésterápia a gyakorlatban 81
11. Mozgásfejlesztések, terápiák 84
ADHD- s gyermekeket fejlesztő mozgásterápiák 84
11.1. ADHD-s gyermekek fejlesztéseként leggyakrabban alkalmazott szenzomotoros terápiák ismertetése 85
11.2. Kiegészítő terápia 86
11.3. Hétköznapi módszerek 86
A gyakorlati tapasztalatok alapján az alábbi hétköznapi tevékenységek, módszerek bizonyulnak hasznosnak: 86
12. A szakember változási lehetőségei 88
12.1. A team munka szerepe a kiégés megelőzésében 88
12.2. A Szupervízió 90
12.3. A coach a coaching 91
Felhasznált irodalom 92
Ajánlott irodalom 94

Előszó

Köszöntjük a 34 órás *Aktivitás- és figyelem zavarai, magatartászavarok hiperaktív figyelemzavar* (továbbiakban: ADHD) c. szakmai blended-learning típusú képzés hallgatójaként!

Ez a modern és új képzési forma magában foglalja egyrészről az e-learning módszertannal támogatott tanulást, másrészről pedig a jelenlétet igénylő személyes, konzultatív formát. Ezért nevezzük magyarul a blended-learning képzést, vegyes típusú képzésnek is.

- Az e-learning módszertannal támogatott részt a megadott elektronikus felületen éri el. A tananyag feldolgozásra és elsajátítására az Ön által meghatározott időbeosztásában és ritmusában kerülhet sor a megadott határidőig.
- A jelenlétet igénylő tananyagrészeket csoportos formában tudja elsajátítani a megadott napokon.
- Amennyiben a képzés vizsgával zárul, úgy azt, az elektronikus felületen tudja teljesíteni a megadott határidőig. A határidő lejártát követően a teszt megírására nincs lehetőség.

Mit ad Önnek az ADHD továbbképzés, milyen kompetenciákkal bővül szakmai tudása?

A továbbképzés célja a gyermekvédelmi szakemberek nevelési kompetenciájának megerősítése a magatartászavarok formáinak felismerése és a differenciált kezelésének bemutatása.

A továbbképzés elvégzésével olyan ismeretek, módszerek és eszközök birtokába jut, amelyek megnövelik és hatékonyabbá teszik a speciális nevelési kompetenciákra irányuló ismereteit, valamint a csoportos és az egyéni szinten alkalmazható személyiségfejlesztő módszereket. A továbbképzés a nevelésben résztvevő gyermeket és felnőttet egyaránt szolgálja, segíti a kiégés elkerülését.

Hogyan épül fel az ADHD továbbképzés?

Tananyagegység	Óraszám	Forma
1. Szakmai e-learning	4 óra	e-learning
2. Első képzési nap	10 óra (5 óra elmélet 5 óra gyakorlat)	jelenléti
3. Második képzési nap	10 óra (5 óra elmélet 5 óra gyakorlat)	jelenléti
4. Harmadik képzési nap	10 óra (5 óra elmélet 5 óra gyakorlat)	jelenléti

1. A személyiség alakulása

Összefoglalás: A személyiség fejlődését meghatározó feltételek ismerete nélkülözhetetlen a gyermekek viselkedésének megértéséhez, és hatékony kezeléséhez. A genetika, a környezi hatások, az idegrendszer fejlődését befolyásoló folyamatok együttesen játszanak szerepet a gyermekek személyiségének és viselkedésének hátterében. A nem vérszerinti családjukban nevelkedő gyermekeknél, ha hiányzik a család, mint az elsődleges szocializáció színtere, akkor a másodlagos szocializáció (intézmény, iskola stb.) feladata ezt a funkciót elvégezni, mintát adni, modellül szolgálni.

Cél: A személyiségfejlődés hátterében álló folyamatok, hatótényezők megismerése.

Kulcsszavak: személyiség, fejlődési modellek, érés, tanulás, kognitív idegtudomány, kötődés, szocializáció, szociális tanulás, családi szocializáció, kortárshatás.

Tanulást segítő kérdéssek: Milyen eltéréseket mutatnak a személyiség fejlődésének egyes elméteti? Melyek az elsődleges és másodlagos szocializáció jellemzői?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom

- Danis I, Kalmar M. (2011): A fejlődés természete és modelljei. In: Balázs I. (szerk.) A génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. Budapest, 76-121.

1.1. A személyiségfejlődés feltételrendszere, az eltérő fejlődésmenet okai, formái

Személyiség, személyiségfejlődés

A személyiség – összetettsége kapcsán – nehezen megragadható fogalom.

Definíciók:

„A viselkedésnek, a gondolkodásnak és az érzelmeknek az a jellegzetes mintázata, amely meghatározza, hogy a személy hogyan alkalmazkodik környezetéhez” (Atkinson, 1997).

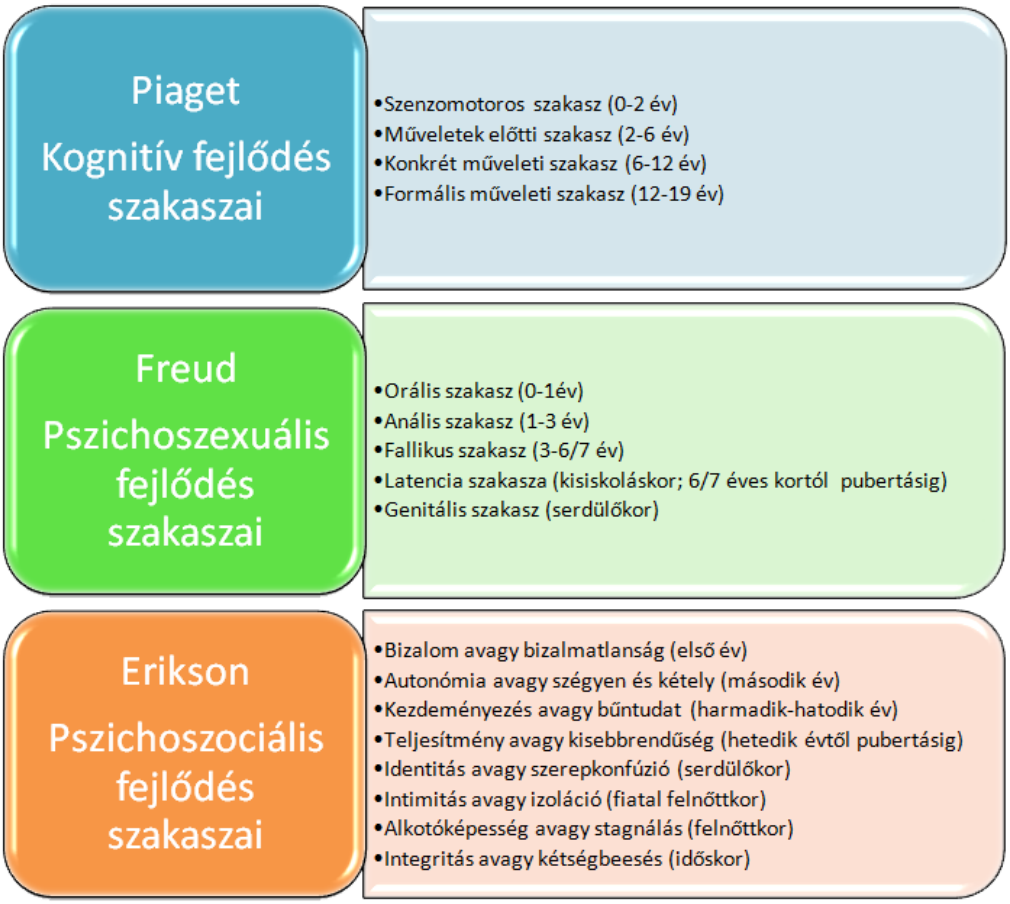
„A személyiség átfogóbb, teljesebb fogalom (*egyén, egyéniség/individuum, jellem/karakter, vérmérséklet/temperamentum*). A személyiségbe beletartoznak az egyedi, az individuális és a karakter-, valamint a temperamentumvonások is. A személyiségbe beleértjük azokat a sajátosságokat (adottságokat), amelyeket egy ember örököl, és azokat a sajátosságokat is, amelyek az egyén fejlődése során (a tanulás, nevelés, önnevelés hatására) alakulnak ki. Ezek a sajátosságok a személyiségben egyedi módon szerveződnek egységbe (integrálódnak), egyénien kombinálódnak (mintázatot alkotnak)” (Keményné, 2006).

A személyiség fejlődésével több nagy elméletalkotó foglalkozott, közülük a három legismertebb Freud, Piaget és Erikson elméletei (lsd. 1. ábra), de természetesen a fejlődésben szerepet játszó más nagy modelleket is sorra vesszük.

Fejlődési modellek

A fejlődés különböző aspektusainak kutatásából több jelentős elmélet született, amelyek részben kiegészítik egymást, részben a más szemléletű megközelítés miatt egymásnak ellentmondanak. Az orvosnak, pedagógusoknak és a szülőknek azért érdemes a fejlődésről és a tanulásról alkotott nézetek történeti alakulásáról informálódni, mert a korábbi nézetek megismerése által könnyebben értelmezhető számos mai vélekedés és gyakorlat. Ezzel együtt azt is felismerhetjük, hogy néhány nevelési módszerünk már idejét múlt, vagy rájöhetünk arra, hogy léteznek sokkal modernebb, hatékonyabbnak

tűnő elgondolások és gyakorlatok is. A főbb fejlődés- és tanuláselméleteket, valamint ezeknek a mindennapi gyakorlatra kifejtett hatását foglaljuk össze.



1. ábra: A személyiség fejlődésének elméletei (ábra: Cole és Cole, 2001 alapján)

A fejlődés, mint érés

Az *érés-elmélet* alapja: ahogy a gyermek nő és erősödik, éppúgy okosodik. Az elmélet első tudományos képviselője *Darwin*, aki saját fia megfigyelése közben alkotta meg a fejlődésre vonatkozó elméletét. Az éréselmélet szerint, ahogy az idegrendszer differenciálódik, úgy formálódik a gyermek magatartása. A gyermek a saját biológiai menetrendje szerint fejlődik, és a szülőknek az a dolguk, hogy ehhez biztosítsák a megfelelő törődést, mint ahogy a jó kertész gondozza a növényeit. (Cole, Cole, 2001)

A biológiai érés koncepciója meggyőz minket arról, hogy a fejlődésnek van egy „természetes", a humán természetből adódó komponense.

A fejlődés, mint tanulás

Az éréselmélettel szemben a *tanuláselmélet* szerint a kellően kontrollált környezetben megfelelő lesz a fejlődés. Szerintük az egyént az élete folyamán a környezete formálja, többnyire jutalmazás, büntetés formájában. Főbb képviselői a 17. században *Locke*, majd a 20. században az amerikai *Watson*. A tanuláselmélet a taníthatóság szempontjából nagyfokú optimizmust tükröz, de egyben azt a rejtett

üzenetet is hordozza, hogy ha nem megfelelő a gyermek fejlődése, akkor ezért a környezete a felelős. (Cole, Cole, 2001)

A modern tanuláselméletek világosan kimutatják, hogy a gyermek számára biztosítanunk kell azt a tárgyi környezetet, amely alkalmas az explorációra, és engednünk kell, hogy a gyerekek önállóan kipróbáljanak egy sor tevékenységet és aktivitást, amely segíti a tanulásukat. Igazolódott, hogy a büntetés nem megfelelő módja a gyerekek tanításának, de a jutalmaknak, dicséretnek, bátorításnak fontos szerepe lehet, ha megfelelően alkalmazzuk őket.

A fejlődés, mint mások megfigyelése

A *szociális tanuláselmélet* szerint (kidolgozója *Bandura*, amerikai pszichológus) a gyerekek tanulásának fontos formája mások viselkedésének, érzelmeinek, attitűdjeinek megfigyelése. A szociális tanuláselmélet azt igazolta, hogy a tanulás végbemehet külső megerősítések nélkül is, a gyermek aktív figyelme a döntő a tanulás közben. Megfigyelték, hogy a gyerekek nem utánoznak bárkit, hanem csak a számukra fontos, pozitív modelleket. (Smith, Mackie, 2001)

A szociális tanuláselmélet arra hívja fel a figyelmünket, hogy a gyerekek mennyire sokat tanulnak abból, hogy megfigyelik a környezetüket. Éppen ezért állandóan tudatában kell lennünk, hogy a viselkedésünk, gondolkodásunk, kapcsolataink stb. minták a gyerekek számára.

A fejlődés, mint konfliktusmegoldás (1. ábra)

Legfontosabb képviselője *Sigmund Freud*. Szerinte a gyermek viselkedését egyik oldalról a gyermek örömkereső magatartása, míg a másik oldalról ennek a korlátozása, és az ebből eredő konfliktusok határozzák meg. Szerinte az élet első hat évében lezajló konfliktusok egészséges vagy kóros megoldásai életre szólóan meghatározzák a gyermek fejlődését.

A szintén analitikus szemléletű *Erikson* 8 stádiumra osztja a fejlődést. Szerinte a fejlődés a csecsemőkortól az öregkorig tartó, egész életen átívelő folyamat. Minden stádiumot egy fejlődési konfliktus jellemez, melynek megoldása lehetővé teszi a további egészséges személyiségfejlődést. (Cole, Cole, 2001)

Az analitikus szemlélet hívja fel a figyelmet az emberi motiváció és szándék fontosságára a gyermeki fejlődés folyamatában.

A fejlődés, mint kognitív változás (1. ábra)

Piaget saját gyermekeinek megfigyelésével és sok-sok fejlődéslélektani kísérlet alapján dolgozta ki elméletét, mely szerint a *gondolkodás* a fejlődés előidézője. Az elmélet középpontjában a gyermek világképe áll, *Piaget* szavával a *séma*, amit a gyermek állandó gondolkodással konstruktívan épít. Amikor találkozik egy új jelenséggel, akkor beilleszti az eddigi tudásába (asszimiláció), vagy átformálja az eddigi világképét úgy, hogy most már az új jelenség is megmagyarázhatóvá váljon (akkomodáció). (Atkinson, 1997)

Ez a folyamatos adaptáció egész életünkön át tart.

A másik nagy képviselője a modellnek, az orosz pszichológus, *Lev Vigotszkij*, aki *Piaget* elméletét átdolgozva lényegesen nagyobb szerepet tulajdonít a gyermek és szociális környezete közötti kapcsolatnak.

Fejlődés a kapcsolatokon keresztül

Az elmúlt időszakban egyre több bizonyíték van arra vonatkozóan, hogy a gyerekek tanulásában és fejlődésében mennyire meghatározó az emberi kapcsolatok minősége.

A modern *kötődéselmélet* képviselői (pl. *Daniel N. Stern*) a gyerekek tanulásában a *szociális kapcsolatokat* látják meghatározónak. Azt állítják, hogy a gyermek kapcsolatainak minősége alapvető a korai életévek fejlődésében. A fejlődés olyan fontos aspektusai, mint a pozitív énkép, a másokba vetett bizalom, valamint a saját gondolatokra és érzésekre való önreflexió kialakulása egyértelműen a pozitív kapcsolatoktól és pozitív élményektől függ. (Carver, Scheier, 2001)
A személyközi aspektusok fontosságát hangsúlyozó modellek arra hívják fel a figyelmet, hogy a gyerekekkel való pozitív, hiteles, közvetlen kapcsolatunknak olyan ereje van, amely a gyerekek fejlődését minden területen elősegíti.

Fejlődés a gyermeket körülvevő rendszerek függvényében
A modern fejlődéselméletek szerint a gyermek fejlődésében a folyamatosan változó, sokszereplős interakciók a meghatározóak. A gyermek elsődleges szocializációs környezete a *család*, ahol a folyamatos társas interakciók révén minden szereplő hat a többiekre, együtt alakulnak a családi szokások, szabályok, kommunikációs minták, szerepek, megküzdési módok, családi elrendeződések stb. Ebből a sokszereplős, dinamikus folyamatból adódik nemcsak a gyermek, hanem a szülő és a család fejlődése is. A *rendszerszemlélet* kiterjesztésével az ökológiai perspektívát képviselő *Bronfenbrenner* azt állítja, hogy a gyermek és családja is egy tágabb rendszer része. A gyerek életében fontos intézmények (óvoda, iskola, orvosi rendelő stb.), a helyi közösség, valamint a társadalom és a kultúra sajátosságai is interakcióba lépnek egymással, és ez a bonyolult hálózat befolyásolja a gyerek fejlődést. (Danis, Kalmár, 2011)

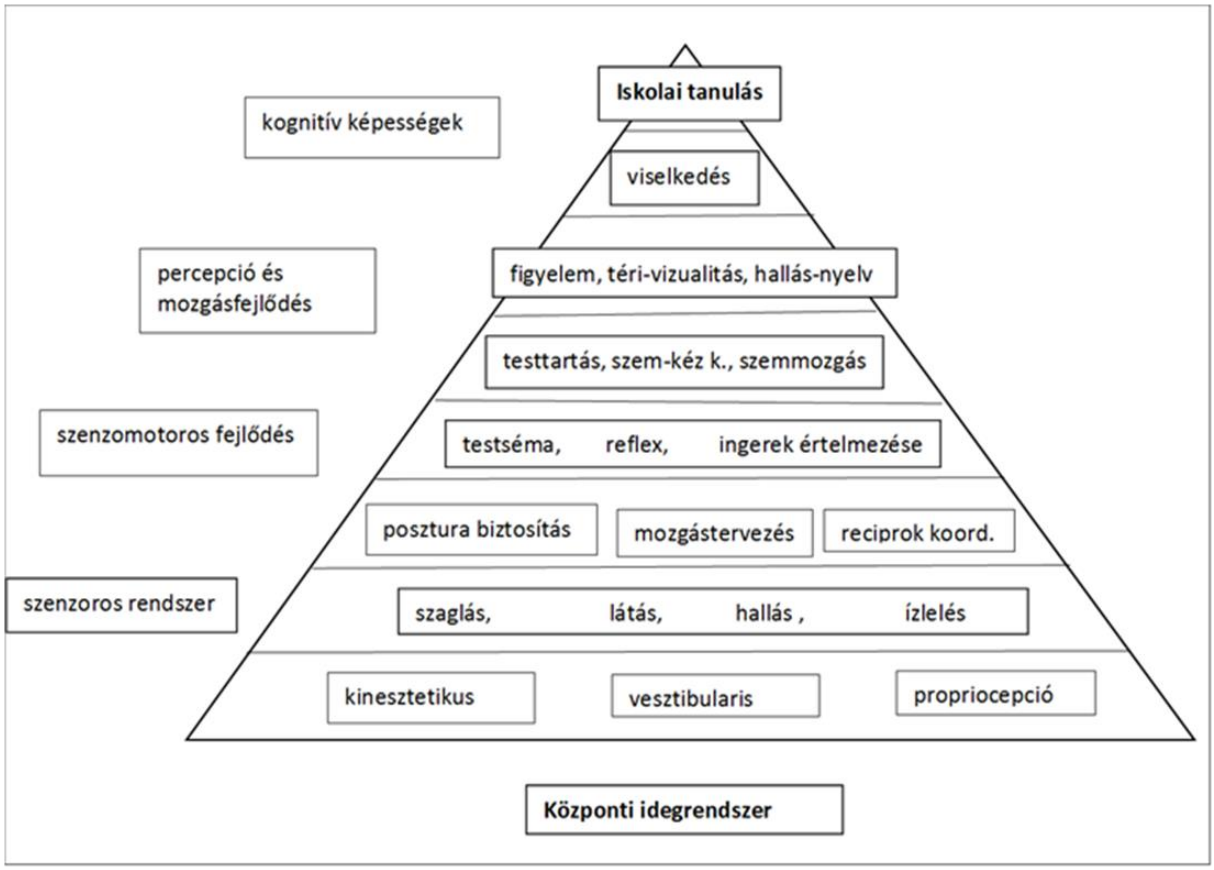
A rendszerszemléleti modellek arra hívják fel a figyelmet, hogy a gyermek biológiai adottságai (temperamentuma, kognitív képességei), a már megszerzett készségei, a személyiségjellemzői, valamint a szülő (illetve tágabban értelmezve a folyamatot: a környezet, a társadalom és a kultúra) jellemzői folyamatosan és kölcsönösen hatnak egymásra.

A fejlődés a kognitív idegtudomány szerint
Minden változás a tudásban és a viselkedésben egyúttal az idegrendszer változását, fejlődését is jelenti. Az agy alapvető struktúrája egy hosszantartó folyamat során épül fel, amely a magzati életben kezdődik el és még a felnőttkorban is folytatódik. Az utóbbi évtizedek tudományos kutatásainak eredményeként igazolódott, hogy mindannyian egy alapvetően humán környezetre „huzalozott és programozott” aggyal születünk, és már születésünk pillanatában rendelkezünk néhány, az emberi és tárgyi világról szóló alapvető információval. Ezen az alaptudáson kívül velünk születik egy nagyon hatékony tanulási képesség és a tanulásra való alapvető igény. A tanulási folyamatban a gyermek a saját megfigyeléseire, tapasztalataira és a körülötte lévő emberek segítségére támaszkodik. A felnőttek pedig – szintén „programozott módon” – önkéntelenül segítenek.

Az utóbbi évek kutatásai alapján az ismereteink jelentősen bővültek az *agy szerkezetének fejlődésével* kapcsolatban. Az újszülött agyában majdnem az összes neuron jelen van, amit valaha is használni fog, de az agya még jóval kisebb súlyú, mint egy felnőtté. A növekedés nagy részéért a sejtek közötti nyúlványok bonyolult hálózatának kialakulása felelős. Születéskor egy neuronnak átlagban 2500 szinapszisa/kapcsolata van, ez növekszik a 3. év végére kb. 15 000-re. Igazolódott, hogy a szinaptikus hálózat kiépülése tapasztalat-függő. Egy inger hatására az egymáshoz hasonló funkciójú sejtek jelzéseket adnak, és azok felé kezdenek nyúlványokat növeszteni, amelyek saját jeleiket velük egyidőben sugározzák („*Fire Together-Wire Together” elmélet*) (Kolb et al., 2017).
A neuronok így kiépülő hálózata tehát nem véletlenszerű és nem is előre beprogramozott, hanem tapasztalattól formálódik. A kialakult szinapszisok közül csak azok maradnak meg tartósan, melyeket rendszeresen használunk, a többit a szinaptikus „visszametszés” révén elveszítjük. Ezért fontos a korai fejlesztés. A felnőtt agya így sokkal specializáltabbá válik, és megnőtt hatásfokkal dolgozik (Stiles, Jernigan, 2010).

Bár az idegrendszer fejlődése folyamatos és soha nem zárul le az életút során, ahogy a fejlődő agy egyre komplexebb funkciókra specializálódik, úgy egyre kevésbé van lehetőség át- vagy újrarendezni ezeket a struktúrákat. Az *agyi plaszticitás* azt jelenti, hogy az agy struktúrája – és ezáltal a funkciók, képességek, készségek – mennyire változtatható, rugalmas, vagyis az agy mennyire alkalmazkodóképes (Kolb et al, 2017).
Az agy plaszticitása kora-gyermekkorban (az első 5–6 évben) a legnagyobb. A specializáltabb agy egyre nehezebben képes a nagyon új vagy nem várt kihívásokhoz alkalmazkodni.
Az agyunk felépítése az életünk során mindvégig változik, és az eltérő tapasztalatainknak megfelelően mindnyájunk agya egyedi szerkezetűvé válik. A felépülés jellege hierarchikus, vagyis az alapképességekért felelős agyi kapcsolatok korábban alakulnak ki, mint a komplexebb képességekért felelős területek. Így, ha az alapképességekért felelős agyi központok kiépülése nem megfelelő, akkor problémák fognak jelentkezni a komplexebb képességek elsajátításánál. (2. ábra) Ez az egyén számára azt jelenti, hogy a későbbiekben sokkal nagyobb fiziológiai energiát kell mozgósítani a szervezetnek a kompenzációhoz, mintha az alapok komplexebb szinten állnának. A társadalom számára pedig azt jelenti, hogy későbbi életkorokban több (gyógypedagógiai, pszichológiai stb.) intervencióra van szükség, ha a korai fejlesztés lehetőségeit nem használjuk ki. Ezek pedig lényegesen költségesebbek, mint a támogató kapcsolatok és a megfelelő tanulási tapasztalatok biztosítása a koragyermekkorban (Lakatos, 2000).

A kognitív idegtudományi modell felhívja a figyelmünket a korai fejlesztés fontosságára, és arra a folyamatra, ahogy a külső tapasztalatok mentén az idegrendszerünk formálódik, érik.



2. ábra: A központi idegrendszer felépítése

1.2. A szocializáció folyamata, feladata a személyiségformálásban

A szocializáció fogalma

A szocializációnak számos meghatározása van. Szélesebb értelmezésben azt a folyamatot jelenti, ahogy az egyén egy társadalom, egy kultúra tagjává válik. A szocializáció folyamatában az egyén elsajátítja a viselkedés szabályait, azokat az értékeket, képességeket és ismereteket, amelyek lehetővé teszik, hogy a társadalom tagjaként működjenek (Carver, Scheier, 2001). Szűkebb értelemben azt a folyamatot jelöli, amelyben egy speciális normarendszer, értékek, beállítódások elsajátításával egy adott csoport normarendszeréhez tud igazodni, így a csoport tagjává tud válni (Smith Mackie, 2001)

Szocializációs elméletek

A szocializáció folyamatok sorozata, különböző fejlődési szakaszai vannak. A családban kezdődik, majd később intézmények, kortársak is részévé válnak. A szocializációs nézőpontok különböző pszichológiai megközelítésben vizsgálják a szocializációs folyamatokat és hatásokat.

Freud és a pszichoanalitikus elmélet: A kora gyermekkori fejlődést a veleszületett ösztönök szabad kifejezése jellemzi. A gyermek viselkedése ilyen értelemben impulzív, ezért a szülők kontrollálják a gyermek viselkedését. A szülők megpróbálják megfelelő csatornába terelni a gyermek késztetéseit és energiáit, de a szülői tiltások óhatatlanul ellenállást és haragot váltanak ki a gyermekből, ezért a szülők figyelmének a fókuszába a gyermek indulatai kerülnek. A szocializáció célja, hogy a külső szülői kontroll belsővé váljon, kialakuljon az önkontroll képessége. A pszichoanalitikus elméletben az internalizáció, vagyis a belsővé tétel fontos fogalom, mert ezáltal épülnek be a szabályok, értékek, alakul ki a lelkiismeret. A freudi elméletben a szuperego (felettes én) a beépült kontrolláló szülő, míg az ego (én) az az énrész, amely az önkontrollt gyakorolja, és próbálja elkerülni a fenyegető helyzeteket. Az internalizáció mellett az identifikáció, vagyis az azonosulás a másik fontos fogalma a megközelítésnek. A gyermek konfliktusa a környezetének az elvárásaival szemben az azonos nemű szülővel való azonosulással oldódik fel (Cole, Cole, 2001).

Erikson pszichoszociális elmélete: Az elmélet kiindulási alapja a freudi elmélet, de a fókuszában a normális fejlődés áll (szemben Freud neurotikus zavarok eredetét hangsúlyozó nézőpontjával). Az elmélet központi fogalma a fejlődés játéktere, amely az adottságok, emberi lehetőségek kibontakozását lehetővé tevő kölcsönhatások hatósugarának növekedését takarja, a személyiség egymással kölcsönhatásban lévő szakaszok során át fejlődik. A fejlődés szakaszait szükségletek és késztetések egy-egy újabb mintázata és a társas interakciók egyre tágabb köre jellemzi. A fejlődési szakaszok beköszöntével jelentkezik egy-egy krízis (eriksoni értelmezésben fordulópont), az adott szakaszban jelentkező dilemma (konfliktus) a társas interakciókban bontakozik ki. Az adott szakaszra jellemző konfliktus kedvező megoldása pszichoszociális erőt ad, míg a kedvezőtlen pszichopatológiai kimenetet eredményezhet. A fejlődés akkor mondható normálisnak, ha a pozitív kimenetelek, megoldások többségben vannak a negatívval szemben (Cole, Cole, 2001).

Evolúciós megközelítés: A kötődéssel foglalkozó kutatások (pl.: Harlow vagy Bowlby) azt mondják, hogy az anya-gyerek kötődésnek, vagyis a legkorábbi szocializációs hatásnak, biológiai alapjai vannak. Az anyai hormonműködés kelti életre a gondozói viselkedést, ezen alapul a kötődési viselkedések megjelenése. Mind a gyermekben, mind az anyában olyan *prediszpozíciók (hajlam)* működnek, amelyek lehetővé teszik a gyors szelektív tanulást, például a hangok és arckifejezések felismerését (Galambos, 2008). A kötődés egy jól fejlett szabályzórendszer az anya és a gyerek között, amely egyensúlyt teremt a gyerek biztonságigénye és a tanulási vágya, *explorációs (megfigyelő)* késztetése között. A

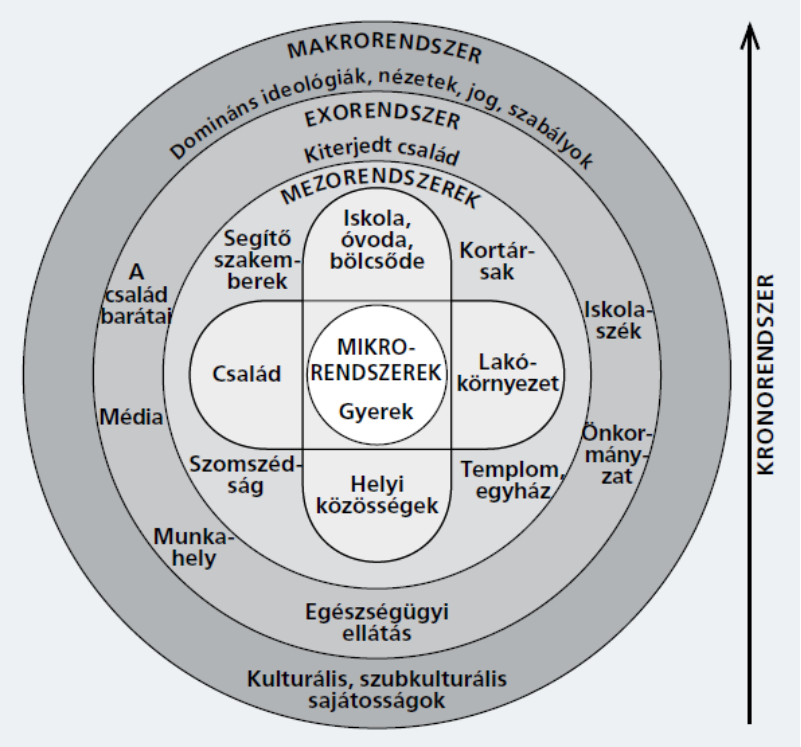
szabályzórendszer kialakulása társas interakciót igényel, ami lehetővé teszi az egészséges érzelmi fejlődést (Cole, Cole, 2001).

Viselkedésgenetikai megközelítés: Az eddig bemutatott szocializációs elméletek leginkább egyirányú folyamatként írják le a szocializációt: a szülői hatásra a gyermek reagál, és így fejlődik. A viselkedésgenetikai megközelítés szerint a gyermek genetikai adottságai hatással vannak a szülő-gyerek kapcsolatra, mert a környezeti hatások befolyásolják az agy fejlődését, különösen a neuroendokrin rendszerét, amely viszont a viselkedésre van nagy hatással. A gyerek viselkedése, képességei, temperamentuma nagyban meghatározzák azt, hogy milyen viselkedést mutat felé a szülő. Az adott szülői viselkedés eltérő hatással lehet például a különböző temperamentumú gyerekre, illetve a különböző temperamentumú gyerekek más viselkedést válthatnak ki a szülőből (Danis, Kalmár, 2011). Egy nehéz temperamentumú, sírós baba édesanyja fizikálisan és érzelmileg is jobban kimerülhet, elbizonytalanodhat az anyai szerepében, és ez visszahatva a gyermekre megnehezíti a szülő-gyerek kapcsolatot (Danis, Kalmár, 2011).

Bronfenbrenner ökológiai/környezeti modellje: A modell szerint a fejlődés, különösképpen a korai időszakban, az aktív egyén és a közvetlen környezetének komplex, kölcsönös interakcióinak folyamataiban megy végbe. A közvetlen környezettel való interakcióknak rendszeresnek kell lenniük ahhoz, hogy hatékonyakká váljanak. Ezeket a tartós, közvetlen környezettel folytatott interakciós formákat proximális folyamatoknak nevezte Bronfenbrenner. A *proximális folyamatok* leginkább a szülő-gyerek, gyerek-gyerek kapcsolatban találhatók meg. A proximális folyamatok ereje, iránya, tartalma és formája szisztematikusan változik az egyén fejlődésének és a környezetének a jellemzői mentén. A proximális folyamatok csökkenthetik vagy kivédhetik a kedvezőtlen környezeti hatásokat a gyermek fejlődésére (pl.: a társadalmi helyzetből fakadó különbségeket csökkentheti az anya-gyerek interakció magas szintje (Bronfenbrenner, 1994). Az ökológiai rendszerek modellje összegzi azokat a külső társas – társadalmi hatásokat, amelyek hatást gyakorolnak az egyén szocializációjára. A társadalmi hatásoknak különböző szintjei vannak (Danis, Kalmár, 2011):

- *Mikrorendszer*: Egyén életét közvetlenül befolyásoló tapasztalatok, a közvetlen kapcsolatok színterei, amelyek elősegítik az egyén bevonódását az interakcióiba. Ez a mindennapi rutinok, közösségi kapcsolatok színtere, pl.: család, óvoda, kortárscsoport.
- *Mezorendszer*: A mikrorendszer rendszere, vagyis a mikrorendszer kapcsolati hálója, az egyén színtereinek a kapcsolata, pl.: iskola-család viszonya. Azoknak a gyerekeknek, akiknek a fejlődésébe bevonódott az iskola és a szülő is, jobbak voltak a jegyeik, kezdeményezőbbek és függetlenebbek voltak a középiskolába lépéskor (Bronfenbrenner, 1994).
- *Exorendszer*: Olyan színterek közötti kapcsolatok tartoznak ide, amelyek közül legalább egyben nincs benne az egyén, pl.: az otthon és a munkahely közötti kapcsolat a gyermek esetében. Az intézmények és hatóerők tartoznak ide, amelyek a mindennapi életet és a fejlődést indirekt módon befolyásolják, pl.: az óvoda és önkormányzat közötti kapcsolat csak közvetve befolyásolja a gyerek életét. Ide soroljuk még a tömegkommunikációt, amely szintén közvetve, a szülők, a család felé sugallt (gyakran téves, irreális) elvárásokon keresztül hat.

– *Makrorendszer*: Az adott kultúra mikro-, mezo- és exorendszerének jellemzőit fogja össze. A kultúra uralkodó nézeteinek, ismereteinek, értékeinek, szokásainak az összessége, pl.: hogyan ünnepli a karácsonyt egy angol, illetve egy magyar óvodás.



3. ábra Bronfenbrenner ökológiai modellje (Danis, Kalmár, 2011)

1.2.1. A szociális tanulás

Minden olyan tanulást, amely révén bekövetkező viselkedésváltozás társas kölcsönhatások, szociális interakciók következtében alakul ki, szociális tanulásnak nevezünk. A szociális tanulás a szocializáció folyamatában értelmezhető. Az a folyamat, amely által az egyének olyan tudásra, képességekre és állapotokra tesznek szert, amely alkalmassá teszi őket arra, hogy különböző csoportoknak és a társadalomnak többé-kevésbé hasznos tagjaivá váljanak. A szocializációt tehát felfoghatjuk úgy is, mint a személyiség fejlődésének társadalmi vetületét (Smith, Mackie, 2001).

A szociális tanulás formái

1. *Utánzás*: a szociális tanulás legelemibb formája. Számtalan viselkedésformát utánzással sajátítunk el. Például anyanyelvünk elsajátítása is utánzáson alapszik. A fejlődés során a leghamarabb az utánzás jelenik meg. Az utánzás kezdetleges formája a cirkuláris reakció, amikor a csecsemő egy másik személy közvetítésével utánozza saját magát, vagyis csak azt tudja utánozni, amit ő maga már képes végrehajtani. Megkülönböztetünk szándékos és önkéntelen utánzást, valamint késleltetett utánzást. Az utánzásban nagyon fontos szerepet játszik a jutalom és a büntetés. A gyermekek számára az utánzás révén kialakuló beleélés szinte egyedüli eszköze mások megértésének.

2. *Modellkövetés*: az utánzásnál magasabb szintű tanulási folyamat, itt már az utánzott cselekvés mellett az is fontossá válik, ki az, akit utánzunk. A tanulás tehát modellválasztás alapján megy végbe. A modellválasztás történhet egyszerű szimpátia alapján, szerepirigység, a szociális

hatalom jelentette presztízs alapján is. Kísérletekkel igazolták, hogy az agresszív viselkedésformák átvételében is szerepet játszhatnak az agresszív modellek, ha ezek viselkedését pozitív megerősítés követi.

3. *Azonosulás* (identifikáció): a pszichoanalízis egyik központi fogalma, Freud nevéhez kötődik. Az azonosulás során a szándékosan vagy spontán választott modelltől átvett viselkedési minták a személyiségbe beépülve annak részévé válnak. Az azonosulás során a hangsúly nem az átvett viselkedésen van, hanem a választott modellel való kapcsolat fenntartásán.

4. *Belsővé tétel* (interiorizáció): a szociális tanulás legmagasabb szintje. Az interiorizáció folyamatában már a modell nem játszik fontos szerepet. A viselkedésformák vagy értékek átvétele, azért történik, mert az egybevág az egyén saját értékrendszerével és így annak átvétele magában is jutalomértékű. Az átvett viselkedésforma, érték, vélemény stb. függetlenedik a forrástól, és szervesen beépül a személyiségbe, azaz belsővé válik.

A szociális tanulás formái nem különíthetőek el élesen egymástól. Egymásra épülve, együttesen alakítják és formálják személyiségünket.

A modell

A modell **viselkedésmintát** jelent. Modellé olyan személyek válhatnak, akik személyiségtulajdonságai magasabb szinten szervezettek, mint a modellkövetőé, tehát általában idősebbek, tapasztaltabbak és önállóbbak. Azonban nem hanyagolható el a kölcsönös utánzás jelentősége sem. A modellek lehetnek szimbolikusak is: elképzelt alakok, általában regényhősök vagy akár a fantázia szülöttei. Az audiovizuális tömegkommunikációs eszközök a képi megjelenítés révén nagyon hatásosan mutatják be a társadalmi magatartásformákat (Komlósi, 2000).

Utánzás

A modellkövető az utánzás révén beépíti magába a modell viselkedésformáit és személyiségtulajdonságait, mégsem válik pontosan olyanná, mint a másik. Az egyén ugyanis életútján nem egyetlen viselkedésmintát követ. Az első modellek a szülők, kiknek viselkedését a gyerek fenntartás nélkül követi. A serdülőkor kezdetétől azonban kritikusan válogat a követendő tulajdonságok között, s önmaga számára is meg tudja fogalmazni, hogy a másik milyen tulajdonságait tartja önmaga számára megvalósítandónak. Ezek a kompetencia-modellek tehát már nem teljes személyiségükkel szerepelnek mintaként, hanem egy-egy meghatározott tulajdonságukkal illetékesek. A modellek nem állandóak. Miután egy-egy minta betöltötte funkcióját az egyén fejlődésében, a modellkövető leválasztja magát róla, s fokozatosan eljut identitásának kibontakoztatásához. A modellkövetőt erős érzelmi szálak kötik a modellhez. Ennek révén valósul meg az azonosulás két formája: az **identifikáció** és az **empátia** (Komlósi, 2000).

Identifikáció

Az identifikációban az egyik személyiség nagyon képlékeny, éretlen, a másik érett. Ez a kapcsolat a felnőtt és gyermek viszonyában bontakozik ki elsősorban, nem is tudatosítható; valamiféle "pszichés köldökzsinór" a személyiségfejlődés során. (Carver, Scheier, 2001)

Empátia

Az empátia azt a képességet és pszichológiai folyamatot jelenti, hogy az egyik ember beleéli magát a másik ember érzés- és gondolatvilágába, s megpróbálja megfogalmazni és átvenni annak érzelmi

állapotát, késztetéseit, céljait, attitűdjeit. Jelentőssé válik az érzelem mellett a tudatosság eleme. Az empátia azonosulás, ezért serdülőkortól jellemző.

Szociális szerepek

A szociális tanulás során szociális szerepeket sajátítunk el.

Státus
Státusok azok a pozíciók, amelyeket a társadalom tagjainak biztosít.

Norma
A norma szociálpszichológiai fogalma magában foglal mindenféle viselkedésszabályt: a törvény írott tilalmaitól és követelményeitől kezdve az erkölcs, az illem vagy szokás előírásain át a közvetlen személyes környezet kívánalmaival bezárólag. A társadalmi nagycsoport egészére érvényes normák differenciáltan, esetleg sajátos színezettel jelennek meg a társadalom kisebb egységeiben, érvényességük különböző mértékű az életkori szerepekben. Más és kevesebb norma szabályozza a kisgyermek és öreg viselkedését, mint a felnőttét. A normák egy része nyílt: egyértelműen megfogalmazott, más részük rejtett. Nyílt norma például az udvariasság követelménye, de az kevéssé van rögzítve, hogyan kell udvariasan viselkedni különböző helyzetekben. A nyílt normák intellektuálisan könnyen felfoghatók, esetleg érzelmi elfogadásuk nehéz. A rejtett normák tekintetében a kellemes vagy kellemetlen tapasztalatok igazítanak el. A társadalom ugyanis a normák megvalósulását jutalmazó és büntető szankciókkal biztosítja.

A szerep státusoknak megfelelő, normák által szabályozott viselkedés. A szereptanulás során a modellkövető elsajátítja azokat a viselkedés módokat, amelyek egy-egy szerep megvalósításához szükségesek. Ezeket a viselkedésmódokat szerepkészségeknek és szereptechnikáknak nevezzük. A folyamat során belsővé válnak azok a normák is, amelyek a viselkedést szabályozzák. Ennek révén a szerep én-azonos magatartássá válik, s nem a köznapi értelmű tettetést, megjátszást jelenti. A szocializáció minden szakaszában a környezeti hatások belsővé válása valósul meg, kialakítva és formálva a személyiség erkölcsi arculatát, autonómiáját.

1.2.2. Szocializációs színterek

Megkülönböztetünk elsődleges és másodlagos szocializációs színtereket a gyermek fejlődésében betöltött szerepük alapján.

Az elsődleges szocializáció jellemzői (Galambos, 2008)

- Az élet első, legmeghatározóbb éveinek színtere.
- Beleszületünk.
- Azoknak a személyeknek a közreműködésével zajlik a szocializáció, akikhez a gyermek kötődik, vagyis a család. – szignifikáns mások
- A *szignifikáns mások* segítségével szerez a gyermek tapasztalatokat, sajátítja el a nyelvet, normákat stb., értelmezi a világot.
- A korai években tanultak később *internalizálódnak*, ez az alapja az egyén önazonosságának, identitásának.
- A szocializációs folyamatban lényeges szerepe van az érzelmi köteléknek, a szignifikáns másokkal való kapcsolatot nem lehet helyettesíteni mással.
- A tanulásban, az ismeretek, értékek, normák elsajátításában nagy szerepet játszik a szignifikáns másikkal való azonosulás

Másodlagos szocializáció jellemzői (Galambos, 2008)

- Minden későbbi, a családon túli szocializációs tapasztalatot magába foglalja.
- A szocializációs hatások közvetítői azok a személyek, akikkel az egyén kapcsolatba lép és hatással vannak rá, új viszonyulásokkal ismertetik meg.
- Ezek a szereplők elsősorban pozíciójuk, szerepük révén kerülnek kapcsolatba az egyénnel, pl.: óvópedagógus, edző.
- Az egyén egyes színterekben szerzett tapasztalatait generalizálja, kiterjeszti, személyektől függetleníti.
- A színtereit megválaszthatjuk.

Gyerekkori szocializáció

A mikrorendszer a legfőbb színtere a szocializációnak, döntő hatással van a gyermek fejlődésére. A gyermek közvetlen környezete közvetíti, megszűri vagy módosítja a gyermek felé a szélesebb társadalmi hatásokat. A korai szocializáció az érzelmeken keresztül működik, alapja a kötődés, ezért a legfontosabb színtere a család. A gyermek szocializációja a személyes énjének a kibontakozásával kezdődik. A fejlődéssel nő a szociális tér és sokasodnak a szocializációs hatások, a családon kívüli színterek is egyre fontosabb szerepet kapnak a gyermek életében. A gyermek szocializációját konfliktusok jellemzik, a gyermek vágyainak megélése gyakran ütközik akadályba, korlátozza a környezete. Konfliktust okozhat még a gyermek fejlődésében a környezet elvárásainak való megfelelés, főleg, ha a gyermek képességei, adottságai, személyisége nem illeszkedik az elvárásokhoz (Keményné, 2002).

Család szocializációs funkciói

- **Biztonságérzet megteremtése és a személyiségfejlődés érzelmi alapjainak lerakása:** Alapvető feltétele a folyamatos testi és társas-érzelmi kontaktus.
- **A beszéd megtanítása:** A beszéd - tanulásának elkezdésétől - közvetíti a család tapasztalatrendszerét, a beszédet kísérő egyéb csatornákon pedig a családi szubkultúra elemeit. Ez utóbbi befolyásolja az érzelmi fejlődést és az iskoláztatást.
- **Az első interakciós tér biztosítása:** Első kapcsolatait itt alakítja ki, megtanulja a viszonyulást bizonyos helyzetekhez, illetve az egyes szituációkban elvárt cselekvési módokat.
- **Modellnyújtás:** Utánozza családtagjait, bizonyos magatartásformákat sajátít el tőlük, szerepjáték során azonosul velük.
- **Általános értékek és normák közvetítése:** családon kívüli társas viselkedés pl. intézményekben, boltban, orvosnál.
- **Éntudat és identitás formálása:** Az éntudat kifejezi, hogy mindenkitől elkülönült lényként létezik. A serdülőkorban kialakuló identitástudat a családtól való későbbi elválást és az önálló családalapítást segíti.

A család elsődlegessége a szocializációban abban rejlik, hogy a legkorábbi időszaktól, a gyerek legérzékenyebb fejlődési szakaszában hat. Ma már azt mondhatjuk, hogy a gyerek szocializációja a születés előtt megkezdődik, amikor a szülei először ábrándoznak róla, mert ezzel a szülei öntudatlanul elvárásokat fogalmaznak meg vele szemben. A szülő – gyerek érzelmi kapcsolat erőssége és hosszan tartó hatása teszi lehetővé, hogy alapvető érzelmi és viselkedéses mintákat sajátítson el a gyermek. A család az egyén és a társadalom között közvetítő kiscsoport, segíti a társadalmi és családi értékrend beépülését, előkészít a társadalomban való részvételre. (Komlósi, 2006).

Iskolai szocializáció

Napjainkban vitatott az iskola társas-érzelmi felelőssége. Egyrészt ez egybeesik a családéval, másrészt ez a feladata az oktatás rovására mehet. Az iskolába kerülés előtt a motivációt és az értelmi képességeket a család alapozza meg. A beilleszkedés szempontjából fontos szerepe van az iskolai kortárs csoportoknak. Az iskolai szocializációs folyamatok során jelentős a szociális megerősítés szerepe, ugyanakkor a jobb magaviseletű tanulók sokszor jobb jegyeket kapnak.

Kortársi szocializáció

A kortárs csoport jelentősége a hozzá való átpártolást követően válik fontossá, amikor a többiek szava fontosabb a viselkedés és teljesítmény megítélésében, mint a felnőtteké. Ekkor a csoporthoz tartozás erősebbé válik, mint a felnőttekhez való viszony. Másrészt az iskola "rejtett tantervének" forrásaként is szolgál, mivel megtanítja a diákot olyan iskolai viselkedésre, tanulmányi munkára, amit csoportja elfogad és elismer. Ezeket a csoportokat az elköteleződés, hűség, egymás védelmezése és kölcsönös segítése tartja össze leginkább. A tanulók négy különböző társas helyzetét különböztethetjük meg:

- A **népszerű** gyerekeknek sok barátjuk van, önérvényesítő törekvéseik vannak. Jó kapcsolatteremtő és kognitív képességeik vannak.
- Az **elutasított** tanulók ennek ellentéte, zárkózottság és agresszivitás figyelhető meg náluk.
- **Ellentmondásos:** A legagresszívabb csoport, de tagjai jó kapcsolatteremtő és fejlett értelmi képességekkel rendelkeznek.
- A **kívül maradók** gyenge kapcsolatteremtő képességgel rendelkeznek, magányukat egy-két "jóbarát" oldja.

A barátságoknak számos funkciója lehet a gyerekek számára, így például a közös élmények: "mókák", támogatás nehéz helyzetekben, tanulásban, ugyanakkor fejlődnek szociális készségeik, és felkészítenek későbbi kapcsolatokra, így megelőzve a későbbi társas-érzelmi-beilleszkedési zavarokat.

Szakmai szocializáció

A folyamat során az egyén belép egy szakma képviselőinek sorába, majd egyre magasabb szinten látja el szakmai szerepét. Kulcsfogalma a választott pálya iránti elköteleződés, azaz mennyire értékes számára a választott hivatás. Ezt jelentősen befolyásolja a tanulmányait kísérő vagy követő gyakorlatok sikeressége. További szempontok a szakmai attitűd, személyiség, nem. Továbbá az elképzelt pályaív a magánélet és a munkaerőpiaci helyzet függvényében.

A fejlődés folyamatáról szóló modern elméletek számos dologra hívják fel a figyelmet:

Fontos, hogy a gyermek környezetének minden jelentős területét feltérképezzük, és az ezekben fellelhető kockázati és védőfaktorokat azonosítsuk. Ha nyilvánvalóak a kockázati faktorok, világossá kell tenni a lehetséges erősségeket, erőforrásokat, védőmechanizmusokat, valamint a szükséges támogatási lehetőségeket is. Csak így biztosíthatjuk, hogy a rászoruló gyermekek a megfelelő segítségforráshoz jussanak.

El kell különítenünk a kulturális és a szociális háttérből adódó különbségeket a valódi fejlődési problémáktól. A kulturális különbségek megszüntetésére nem szabad törekedni, csakis a valódi fejlődési lemaradás ad okot intervencióra. Monitorozni kell saját reakcióinkat, nézeteinket a kulturális különbségekkel és a fogyatékosságokkal kapcsolatban. Az előítéletek, sztereotípiák tudatosítása már egy lépés az integrált és inkluzív (beillesztő és befogadó) környezet kialakítása érdekében. Csakis ilyen szemlélettel segíthetjük a hátrányos helyzetű és eltérő fejlődésű gyermekek és családjaik megbirkózási képességét és így optimalizálhatjuk fejlődési kimenetét.

2. Figyelem, hiperaktivitás, magatartászavar

Összefoglalás: A kognitív folyamatok áttekintése, a figyelem, mint alap kognitív folyamat megismerése, vizsgálati lehetőségek. A figyelemzavar, a hiperaktivitás és magatartászavar tüneteinek, okainak áttekintése. Jellemzői, típusai, és okai az idegrendszer és személyiségfejlődés folyamatában. Az ADHD-s gyermekek problémáinak megismerése a nevelési folyamatban.

Cél: Figyelemzavar, hiperaktivitás és magatartászavar tüneteinek megismerése, a viselkedés hátterének megértése szükséges a hatékony nevelési beavatkozásokhoz.

Kulcsszavak: kognitív funkciók, figyelem alkomponensei, hiperaktivitás, magatartászavar

Tanulást segítő kérdések: Mikor beszélhetünk figyelemzavarról? Mire irányulnak az ACEinterjú kérdései?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom

- Gyarmathy É. (2009) Neurológiai hátterű teljesítményzavarok. In: Kiss Sz. (szerk.) Az iskolai beilleszkedés problémák felismerése, prevenciója és terápiája. Kolozsvári Egyetem Kiadó. Kolozsvár. 45-56.

2.1. A kognitív funkciók

A kognitív funkciók olyan **megismerési és gondolkodási tevékenységek**, mint az észlelés, a figyelem, az emlékezet, a számolás, a nyelvhasználat vagy egyéb magasabb rendű gondolkodási feladatok (pl. tanulás, döntés, tervezés, problémamegoldás, önismeret stb.).

A kognitív képességek rendszere

A kognitív folyamatok, képességek valósítják meg az értelmi működést, mely folyamatokat két nagy csoportba oszthatjuk, a közvetlen (érzékelés, észlelés, figyelem) és a közvetett (emlékezés, képzelet, gondolkodás) megismerő folyamatokra (Keményné, 2006)

A **közvetlen megismerő folyamatok a** pillanatnyilag ránk ható közvetlen valóság felfogását teszik lehetővé (Keményné, 2006.). (4. ábra)

- **Érzékelés**: A külvilág ingereinek felfogása az érzékszervek, illetve érzékelő sejtek (receptorsejtek) segítségével, az érzékszervekre ható ingerek nyomán az agyban érzékletek jönnek létre (Keményné, 2006), melyek az egyszerű ingerek tapasztalásaiként fogalmazhatók meg (Atkinson és mtsai, 1999).
- **Észlelés (percepció)**: Az érzékszervekre ható ingerek jelentéssel való felruházása, értelmezése (N. Kollár és Szabó, 2004), az érzékletek integrációiként jönnek létre az észleletek (Atkinson és mtsai, 1999).
- **Figyelem**: A tudat szelektív irányultsága, a fontos ingerek többi inger közüli kiemelése, illetve elkülönítése (Keményné, 2006), „… legfontosabb funkciója (…) az észlelés kiemelése, élesebbé tétele, valamely részlet fókuszba állítása” (N. Kollár és Szabó, 2004, online).

A **közvetett megismerő folyamatok** a pillanatnyilag jelen nem lévő valóság felfogását, mélyebbre ható megismerését teszik lehetővé. A közvetlen megismerő folyamatokra épülve hatnak az egyén funkcionálására (Keményné, 2006). (4. ábra)

- **Emlékezet**: Az emlékezés által korábbi észleleteinket fel tudjuk idézni, anélkül, hogy az őket eredetileg kiváltó ingerek jelen lennének, a folytonosság, az „én” érzését biztosítja számunkra (Keményné, 2006).
- **Képzelet**: „Az a lelki tevékenység, képesség, amellyel a tudatban a valóság ismert elemei alapján új képeket alkotunk” (Juhász és mtsai, 1992: 673).
- **Gondolkodás**: „Az a legmagasabb rendű mentális folyamat, amely fogalmak alkotásával és gondolkodási műveletek segítségével a valóság összefüggéseinek megértését, új ismeretek szerzését és problémák megoldását teszi lehetővé. A gondolkodás során a valóság közvetett és mélyreható megismerése történik, a beszéd és a fogalomrendszer segítségével” (Keményné, 2006: 114).

Közvetlen megismerő folyamatok	Közvetett megismerő folyamatok
– Érzékelés – Észlelés – Figyelem	– Emlékezet – Képzelet – Gondolkodás

4. ábra: Megismerő folyamatok

A kognitív funkciók zavarai
A kognitív funkciók területén megmutatkozó tanulási deficitet részképességzavarnak tekintjük, mely az intelligenciaszinttől függetlenül lép fel. A részképesség nem olyan komplex tevékenység, mint az olvasás, írás vagy számolás, hanem ezeknek a képességeknek az alapjául szolgáló funkciót jelenti. A kultúrtechnikák elsajátítására viszont csak akkor van meg a lehetőség, ha a gyermek már képes ezekre a részteljesítményekre, illetve az érzékelő rendszerek (poliszenzoros integráció) és a mozgás (szenzomotoros koordináció) összehangolt együttműködtetésére.
A zavar valamennyi kognitív funkció terén jelentkezhet, így a percepció, a figyelem, az emlékezet és a gondolkodás vonatkozásában egyaránt.

A percepció zavarai
A tanulási nehézségekkel küszködő gyermekek érzékszervei épek. Problémák abból fakadnak, hogy az érzékelt információk értelmezése pontatlan, hibás. A központi idegrendszer nem képes az érzékszervek által közvetített információkat pontosan felfogni, továbbítani, tárolni, korábbi ismeretekkel összehasonlítani, egymástól megkülönböztetni, rendszerezni, feldolgozni, s végül az értelmezésnek adekvát válaszreakciót indítani. A probléma bármelyik típusú érzékeléshez kötődhet, izolált, de együttes előfordulásuk is valószínűsíthető.

Leggyakoribb a vizuális rendszer zavara, mely az alak- és térészlelés (egyes betűk alak, forma, nagyság szerinti megkülönböztetésének nehézségei: pl. b, d, g, q, a, d stb.), a vizuális differenciálás hiányosságában (nem ismer fel egy adott képet hasonló képek között), az alakháttér megkülönböztetési (a vizuális ‚jelsalátából" nem tudja a számára fontos, lényeges információt kiemelni), vagy a vizuális zárás, szerialitás zavarában (képtelen a részinformációk egésszé alakítására, pl. betűkből szavak, szavakból mondat alkotására) nyilvánul meg (Porkolábné, 1990).

Az auditív rendszer zavarát az irányhallás (nem tudja, melyik irányból jön a hang), a hallási differenciálás hiányosságai (nem képes a hangokat magasságuk, mélységük, zöngésségük alapján

megkülönböztetni), a hallási figura-háttér differenciálás (nem tud egyetlen, kiválasztott hangra vagy szóra figyelni) és a hallási zárás, szerialitás zavara (nem tudja a különálló hangokat egyetlen szóvá összeolvasztani) jelzik.

Az egyensúlyrendszer zavarainak Ayres (Lakatos, 2000) három típusát különítette el: a bizonytalan, az elégtelen és a túlműködés. A bizonytalanság jele, hogy pl. a gyermek nem mer féllábon állni, fára mászni stb., elégtelen működésre utal, hogy pl. forgás, körhintázás közben nem szédül, s a túlműködés bizonyítéka lehet, hogyha a gyermek nem szeret hintázni, mert gyakran szédül.

A taktilis-kinesztetikus rendszer zavarai a saját test érzékelésének elégtelenségében (szétroppan a kezében a pohár, vagy kék folt marad fogása után a társain), a kinesztetikus érzékelés hiányosságaiban (pontatlanul észleli saját ízületei helyzetét, testtartását, mellényúl a tárgyaknak), az alak-háttér észlelésének pontatlanságaiban (rosszul fogja fel, lokalizálja az érintési ingereket, pl. a hátára írt betűket) jelentkeznek.

Figyelemzavarról akkor beszélünk, ha a gyermek figyelme könnyen elterelhető, elkalandozik, hullámzó, ingadozó intenzitású, képtelen a zavaró ingereket (pl. lábcsoszogás, köhögés, papírcsörgés, a másik nyelése stb.) kiszűrni, szelektálni, figyelmi gátlás alá helyezni, vagy éppen tapad, perszeverál a figyelme. Ezért gyakran nem fejezi be, amit elkezdett, s igazából még a játék sem köti le, nemhogy a tanulás. Ha a gyermek számára gondot jelent az ingerek (tárgyak, tárgyképek, szavak, mondatok, azaz a tanult anyag vagy egyszerű utasítások) tárolása, azonnali vagy késleltetett felidézése, **emlékezetzavarról** beszélünk. Minőségét tekintve a tárolás felszínes, nem relációkat, műveleteket, információtömböket tárol, hanem a konkrét vizuális vagy akusztikus ingerek megjegyzésére törekszik.

Az emlékezeti teljesítménye eleve kudarcra ítélt vállalkozás. Előhívási stratégiái sem hatékonyak, ami kódolási zavarokra (a gyerek nem tudja pl. a betűhöz a megfelelő hangot társítani), és a szerialitás zavaraira (betűk, hangok, számok stb. sorrendjének felcserélése) vezethető vissza. **Gondolkodási zavarra** utal, ha a relációk megfordíthatósága, a tulajdonságok konzervációja, a rész-egész, sorozati, bennfoglalási, alá-fölérendeltségi, ok-okozati összefüggések felismerése, a gondolkodási műveletek, pl. a negatív és másodlagos absztrakció (az elsajátított és felismert megoldási elv lényegtelen információk közepette, illetőleg más feladathelyzetben alkalmazni tudása) alkalmazása nehézséget jelent a gyermek számára (Pinczésné Palásthy, 2003).

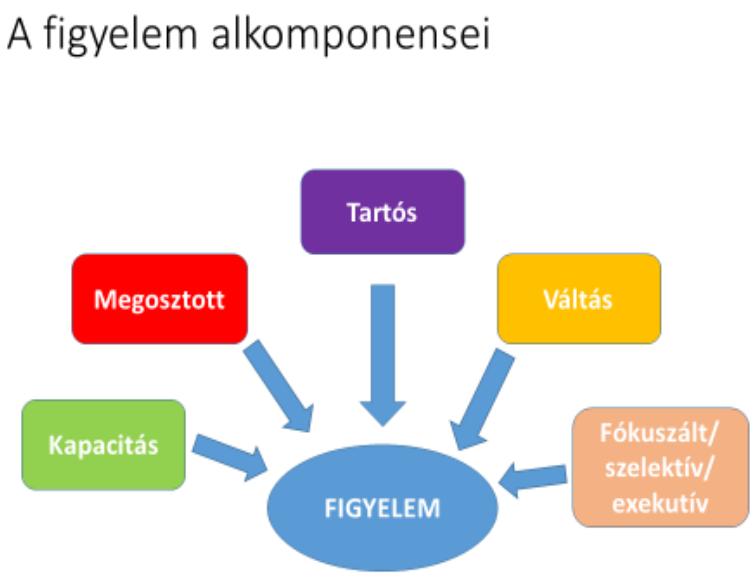
A gondolkodás zavara szoros együttjárást mutat a beszéd sajátosságaival: a gyermekkori beszéd fejlődési folyamatában két egymással összefüggő működés elsajátítása zajlik: a hallási percepcióé és a beszédé (artikuláció és produkció). E folyamatban általános törvényszerűségek ismerhetők fel: - verbális ingerek szükségesek a beszédértés folyamatának megindulásához, - a beszédértés és a beszédprodukció kölcsönösen hatnak egymásra, - a beszéd megértése mindig felülmúlja a beszédprodukciót, - a beszédmegértést kezdetben extra- és paralingvisztikai tényezők segítik, majd ezeket a nyelvi formák váltják fel (Pinczésné Palásthy, 2003).

A beszédértés és a beszédmegértés zavara egyaránt szerepet játszhat az olvasás és írás zavarainak kialakulásában. Megfelelő családi környezetben a gyermek analógiás úton sajátítja el az alapszókincset, a nyelvi struktúrákat, a mondatalkotás szabályait. A hétköznapok arra is lehetőséget adnak, hogy beépüljenek viselkedésrepertoárjába olyan alapvető szokáscselekvések, mint a köszönés, az információ- vagy segítségkérés, az érzelmek kinyilvánításának verbális formái. Problémának kell tekinteni tehát, ha hiányos a tárgyi világ ismerete, alacsony a gyermek szókincse, különösen a relációszókészlet hiányos. Hangképzési problémával is találkozunk, mint pl. a zöngés-zöngétlen mássalhangzók keverése (zöngétlenítés), a normanyelvi környezetben nevelkedő gyerekeknél az é, ő, ű hiánya vagy a ty—>cs, gy—>dzs cseréje. A hibás mondatalkotás, hiányos, befejezetlen, értelmetlen

mondatok, helytelen toldalékolás, egyeztetési, nyelvhelyességi hibák egyaránt nehezítik az iskolai megfelelést, kedvezőtlen irányba befolyásolják a tanulási teljesítményt.

A figyelem: a tudat szelektáló, kiemelő tevékenységének legfontosabb jellemzői

A figyelem nem egységes konstrukum, alkomponensekre osztható. (5. ábra) A figyelem minden magasabb szintű kognitív folyamathoz alappillérként szolgál, ez azt jelenti, hogy mindenhez szükségünk van a figyelemre. Ennek segítségével tudunk észlelni, tanulni, emlékezni, viszont így minden folyamat vissza is hat a figyelmünkre, befolyásolva (rontva vagy javítva) azt.



2.1.1. A figyelem tulajdonságai

Szelektív figyelem: Azt mutatja meg, hogy mennyire vagyunk képesek összpontosítani/fókuszálni egy bizonyos ingerre, tevékenységre, miközben a többi ingert figyelmen kívül hagyjuk.

1. ábra: A figyelem komponensei

Terjedelem/kapacitás: az információk azon mennyisége, amelyet egy bizonyos időegység alatt a

figyelmi szűrőn átviszünk. Arra ad választ, hogy például hány tárgyat tudunk egy adott pillanatban figyelmünkkel megragadni.

Tartósság: azt mutatja meg, mennyi ideig vagyunk képesek figyelmünket egy tárgyra, jelenségre fókuszálni. A figyelem e jellemzőjét számos tényező befolyásolja: az inger változatossága vagy monoton jellege, érdeklődésünk, arousal szintünk (a szervezet általános izgalmi és éberségi állapota), feladattudatunk stb. Mindezek miatt a figyelem tartósságát illetően nagy egyéni eltérésekkel találkozhatunk.

A figyelem megosztottsága**:** azt jelzi, hogy egyszerre hány dologra tudunk párhuzamosan figyelni. Egyidejűleg csak akkor követhetünk figyelmünkkel két párhuzamos tevékenységet, ha az egyik

tevékenység már automatikus. Ebben a folyamatban működik egy koncentrált figyelem (amire figyelünk) és egy figyelmi kontroll (amit ellenőrzünk). A figyelmi kontrollal kísért tevékenység jól begyakorolt kell, hogy legyen, egyébként nem figyelem megosztása, hanem állandó figyelemváltás van.

Átvitel/váltás**:** azt fejezi ki, hogyan tudjuk figyelmünket egyik dologról egy másik dologra átirányítani. Az átvitel történhet szándékosan és spontán, akaratunktól függetlenül. (Czigler, 2001)

2.1.2. A figyelem típusai a tudatos ráirányultság és az erőfeszítés alapján

Szándékos (akaratlagos) figyelem: a figyelmi tevékenység tudatosan tervezett és arra törekvő mentális erőfeszítést igényel. Az akaratlagos figyelmünk a feladattudatból, személyes szükségleteinkből, érdekeinkből táplálkozik. Figyelmünk kontrollálását segíti a tervszerűség, az önkontroll, a (külső-belső) motiváció és az érdeklődés is.

Spontán (akaratlan) figyelem**:** alapja a „mi ez" reflex (új ingerekre automatikusan megjelenő feltétlen reflexfolyamat). Az idegrendszer alapbeállítódása, hogy figyelmünk hirtelen, önkéntelenül egy ingerre irányul. Önkéntelen figyelmet váltanak ki a szokatlan, és vagy erős ingerek, mozgó tárgyak, élőlények. A spontán figyelem nem igényel figyelmi energiát, erősen érzelemvezérelt.

Automatikus figyelem: szintén nem igényel tudatos odafordulást és erőfeszítést sem. Gyakorlás révén alakul ki. Figyelmünket megosztjuk és egyidejűleg más párhuzamosan folyó tevékenységet is nyomon követünk.

Kitartó figyelem (éberség): a figyelemnek az a formája, amely hosszú ideig fennálló nagymértékű mentális erőfeszítést igényel. Ilyen figyelemre van szükségünk minden probléma feltárásához, megértéséhez. A kitartó figyelem legnagyobb ellensége a mentális energia fáradása, ami az idő múlásával jelentősen csökken. A kitartó figyelmet befolyásolják motivációink, elvárásaink, érdeklődésünk, előzetes ismereteink és tapasztalataink egyaránt.

Megszokás: (habituáció) azok az ingerek, melyek gyakran és ugyanúgy érnek bennünket, elveszítik hatásukat. Már nem figyelünk rájuk. Egy védekezési reakció, hogy a figyelmi energiát az új ingerek felé tudjuk összpontosítani. (Czigler, 2001)

A figyelem típusai az információ forrása szerint

Belső figyelem: testünkből jövő, belső események felé forduló koncentráció. Szerveink működésének negatív irányú változása általában azonnal aktivizálja belső figyelmünket. De érzelmeink, hangulataink is elterelhetnek bennünket a külső információkról.

Külső figyelem: A külvilágból jövő információkra fókuszálunk.

A figyelemzavar típusai, jellemzői, mérési lehetőségek

Figyelemzavar tünetei

Figyelemzavarról beszélünk akkor, ha a figyelmi problémák oka többnyire a működést megalapozó pszichikus funkciók gyengesége, zavara vagy kiesése. A figyelem elégtelensége már *korai életkortól tapasztalható*, és *tartósan fennmarad*, és *minden élethelyzetben* megfigyelhető. (Gyarmati, 2009) Az átmeneti figyelmi problémák hátterében aktuális környezeti- pszichés ártalmak feltételezhetők, ezt nem is tekintjük figyelemzavarnak.

A figyelmetlenség még nem jelent figyelemzavart. Az iskolai figyelmetlenséget legtöbbször a túl könnyű vagy túl nehéz feladatok okozzák, amelyek nem nyújtanak optimális ingerlési szintet. Sokszor aktuális helyzetek okoznak rövidebb-hosszabb ideig tartó koncentrációs gyengeséget. Ilyenek lehetnek például a magánéletben jelentkező jelentős események, nehézségek, szorongás, fáradtság vagy testi betegség.

A figyelem működésének megváltozása lehet súlyos pszichés problémák tünete. A figyelmi funkciók jelentősen érintettek olyan súlyos pszichiátriai kórképek esetén, mint például az epilepszia, szkizofrénia, demencia és autizmus. Ezen felül minden egyéb, súlyos vagy kevésbé súlyos lelki megterhelés vagy sérülés is a koncentrációs képesség csökkenésével jár (Gyarmati, 2009).

A valódi figyelemzavar szindróma az élet korai szakaszában, kialakuló, neurológiai alapú tünetegyüttes. A gyermek gyakran figyelmetlen, ha beszélnek hozzá, úgy tűnik, nem figyel. Nem tud életkorának megfelelő kitartással tevékenykedni. Nehézséget okoz számára a mindennapi tevékenységek megszervezése. Gyakran elfelejti magával vinni, vagy elveszíti holmijait. Feledékeny, szétszórt. A külső ingerek könnyen elterelik figyelmét. A figyelemzavaros gyermek sokszor közömbösnek tűnik, mintha semmi és senki nem lenne számára fontos. Látszólag, nem érdekli, amit mások mondanak, pedig csak képtelen hosszabban összpontosítani. Emiatt lehetnek interperszonális konfliktusai. A környezet érdektelenségnek, vagy akár elutasításnak tulajdoníthatja a figyelem hiányát. A konfliktusok másik nagy forrása, hogy a figyelemzavaros gyermek elbámészkodik, elálmodozik. Emiatt lemarad a csoporttól, nem készül el a feladataival. Lassúnak tartják. Már kisgyermekkorban gondot okoz, hogy minden tevékenység sokszoros időt igényel, mert nem tud egy dologra koncentrálni, mindenféle elvonja figyelmét (Gyarmati, 2009).

A figyelemzavar nem figyelmetlenség, hanem valóban a figyelmi funkció zavara. Ezt jelzi a hiperfókuszálás. Gyakran megesik, hogy valami annyira leköti a figyelemzavaros gyermeket, hogy nem képes semmi másra figyelni. Ez a tünet jellegzetesen a figyelemzavarral jár, mégis nehezíti az azonosítást. A szülőket és gyakran a pedagógusokat is a hiperfókuszálás jelensége félrevezeti.

A figyelemzavar felismerése

A figyelemzavar felismerése nem egyszerű. Amennyiben önmagában áll a figyelemzavar, az azonosítása még nehezebb, hiszen a figyelemzavaros gyermek nem okoz sok bajt. Legtöbbször csak lassú, elbámészkodó gyermeknek tartják, és nem kap segítséget, hogy szükség esetén képes legyen koncentrálni. Ha a tünetek huzamosabb ideig fennállnak, és nem aktuális életesemény vagy állapot okozza a tüneteket, valószínűsíthető a figyelemzavar.

Gondot okozhat a figyelemzavar egyéb sajátosságoktól történő elkülönítése. Ritkán autizmusnak vélik, de ha adekvát érzelmi reakciókra és kontaktusra képes a gyermek, nincsenek kényszerei és bizarr viselkedése, akkor nagy valószínűséggel kizárható ez a szindróma. Bár járhat együtt a diszlexiával, a figyelemzavar specifikus tanulási zavar nélkül is fennállhat. Az elkülönítésben segít, hogy a diszlexiások hibázásai sajátosak: betű- és szótagcsere, az ékezetek elhagyása, szavak összeolvasztása stb. Figyelemzavar esetén a hibázások véletlenszerűek. Vitatott, hogy létezik-e hiperaktivitás figyelemzavar nélkül, de az egyértelmű, hogy figyelemzavar létezik a hiperaktivitásra jellemző tünetek nélkül.

A hiperaktivitástól az impulzusok kontrolljának képessége különíti el a figyelemzavart. A figyelemzavaros gyermek nem impulzívabb az átlagosnál. Csak a figyelmét nem tudja kontrollálni, a cselekedeteit igen. Inkább az jellemző rá, hogy nem tesz meg valamit, mint az, hogy megtesz bármit gondolkodás nélkül. Ezért nincsenek a szokásosat meghaladó mértékben dühkitörései sem (Tárnok et al., 2007).

- Fontos, hogy a diagnózishoz szükséges tünetek **12 éves kor előtt** már jelen vannak ADHD esetében.
- Az is lényeges, hogy **legalább két eltérő élethelyzetben**: pl. otthon és az iskolában is megfigyelhetők. Ha csak egy helyszínen, mondjuk csak otthon jelennek meg, akkor nagy esély van arra, hogy sokkal inkább egy családon belüli konfliktusról, mint ADHD-ról van szó.
- Emellett nagy hangsúlyt kap, hogy mindenkinek lehetnek figyelemzavaros vagy hiperaktív tünetei. Azonban csak akkor kaphat diagnózist, hogyha ez **jelentős funkcióromlást okoz a mindennapi életben**. (Pl., ha valaki figyelemzavaros, de így is kitűnő tanuló minden nagyobb erőbefektetés nélkül, akkor a figyelemzavar nem okozott funkcióromlást a tanulmányában.

A figyelemhiány alábbi tünetei közül legalább hatnak teljesülnie kell a diagnózishoz és ezeknek a tüneteknek legalább fél évig fenn kell állniuk.

- A gyermek nem figyel megfelelően a részletekre, figyelmetlenségből hibákat vét az iskolai munkában.
- Nehézséget jelent a figyelem megtartása játék vagy egyéb tevékenység során.
- Úgy tűnik, nem figyel, amikor egyenesen hozzá beszélnek. Gyakran nem fejezi be az elkezdett feladatot: az iskolában vagy otthon, mert elterelődik a figyelme.
- Gondjai vannak a feladatok és tevékenységek megszervezésében.
- Kerüli a helyzeteket, melyek tartós szellemi erőfeszítést igényelnek: pl. házi feladat elkészítése.
- Gyakran elveszíti a feladatokhoz szükséges dolgokat: pl. tanszereit.
- Gyakran elterelik a figyelmét a témához nem kapcsolódó külső ingerek.
- Gyakran feledékeny a mindennapi élet dolgaiban, pl. felnőtteknél számlák befizetése (Vetró, Kapornai, 2008).

A figyelemzavar kezelése

A figyelemzavar igen jól kezelhető megfelelő környezettel és gyakorlatokkal. A figyelemzavar, bár sok tekintetben nehézségeket okoz, bizonyos előnyökkel is jár. A szórt figyelem azt jelenti, hogy a gyermek véletlen tanulással sok mindent megtanul. Lényegében csak arra nem tud figyelni, amire kellene. Minden más megragadja. Ezért nem érdemes a hagyományos tanulást erőltetni nála. A figyelemzavaros diáknak sajátos tanulási környezetben hatékony a tanulása. Sokkal jobban tanul, ha közben tevékenykedhet. Ha bármit csinál, akkor a figyelme jobb. Ez még felnőttkorban is megmarad. Akár egy rádióműsor meghallgatásához is valamilyen melléktevékenységre van szükség – rajzolás, barkácsolás, vasalás, hímzés – bármi jó, ami eltereli a figyelmet. A háttérzene is segíti a koncentrációt. A szertelen jobb agyféltekét leköti a zene, és így a tanuláshoz szükséges rendezettebb gondolkodás könnyebben elérhetővé válik.

A figyelemzavarosok sok olyasmit észrevesznek, amit mások nem. Éppen azért, mert figyelmük szórt, számos részletet, mellékes információt meglátnak. A tanulásban ezért segítség számukra, ha a megtanulandókkal kapcsolatos információk állnak rendelkezésre a tanulásra használt helységben. Poszterek, gondolattérképek, ábrák, képek megragadnak az emlékezetükben minden erőlködés nélkül. A figyelemzavaros gyermek nem tud hosszabb ideig ugyanarra összpontosítani. Sokszor az se biztos, hogy egyáltalán a figyelme ott van, amikor szólunk hozzá. Ezért van szükség a szemkontaktusra. A gyermek szemén látszik, hogy ott van-e. A szemkontaktus segít a figyelem megtartásában is, a szem, mint jelentős alapélmény fontossága miatt (Gyarmati, 2009).

Ha rövid utasításokat adunk, akkor van esély arra, hogy azt megérti a gyermek, és így végre tudja hajtani. Nem dacból, rosszaságból nem tesz meg valamit, hanem mert az információ, az utasítás nem jut el hozzá. Ugyanezen okból fontos, hogy rövid feladatokkal segítsük a tanulást.

Csak fokozatosan lehet emelni a feladatok hosszát és összetettségét. A koncentrációs képesség fejlesztésére nagyon hasznosak a rövid memoriterek. Érdemes rendszeresen kisebb megtanulandó, lehetőleg hasznos és/vagy érdekes anyagot adni, hogy ezáltal fejlődjön a gyermek figyelme.

A figyelem tudatos fejlesztése különösen a 7-10 éveseknél fontos, mert ebben az időszakban fejlődik erőteljesen az akaratlagos figyelem és emlékezet. Ilyenkor a leghatékonyabb minden fejlesztés (szenzitív periódus). Ha ebben az időszakban megtanulja a gyermek a szándékos figyelem használatát, akkor ez egész életére kihat.
A figyelmi funkciók leghatékonyabb fejlesztése a neurológiai rendszer fejlesztésén keresztül érhető el. Kicsi gyermekkortól kezdve, még felnőttkorban is, mindenféle gyakorlat, amely az egyensúlyrendszer ingerlésével jár, segíti a koncentrációs képesség fejlődését. Hintázás, biciklizés, zsonglőrködés, de akár a jógagyakorlatok is hasznosak lehetnek (Lakatos, 2000).

Az általános figyelemzavar típusai és jellemzői

A figyelem koncentrációjának és intenzitásának zavara (figyelemfáradás): az ilyen gyermekek nagy lendülettel látnak hozzá a feladatvégzéshez, de láthatóan egyre lassulnak, megnő a hibaszám azokban a feladatokban is, ahol kezdetben jól teljesítettek. Végül kifáradva félúton abba is hagyják a feladat befejezését. Látszólag dolgoznak tovább, de valójában nincs már figyelemi energia a teljesítés követésére. Nem egyszerűen lassabbak vagy fáradékonyabbak, mint a többiek, hanem a figyelmi koncentráció szintjét nem tudják hosszan megtartani.

A figyelem terjedelmének/kapacitásának zavara: a figyelem és a munkamemória működésének együttes problémája.
Pl.**:** *Elolvassa a táblai szöveget, de csak a töredékét írja le a füzetbe. Auditív terjedelmi zavar: instrukcióknak csak az elejére vagy csak a végére figyel.*

A figyelem tartósságának zavara esetében a gyermek figyelme könnyen felszínes, szórt, megzavarható. Az információ nem kerül feldolgozásra, csak a figyelmi szűrőn halad át. Folyamatos ingerkereső, de az inger nem jut el a feldolgozásig. A szórt, felszínes figyelem mindig hipermotilis viselkedéssel párosul Képtelen huzamosabb ideig ugyanazt a tevékenységet figyelme fókuszában megtartani. A figyelem könnyen elterelhető, vagy csak rövid ideig tartható fenn. Nem kitartó semmilyen tevékenységben sem, bár a számára érdekfeszítő helyzetben képes jól koncentrálni. A részletekre nem figyel, felületes, ugyanakkor gyakran egy teljesen lényegtelennek tűnő dolognál ragad le, és terelődik más vágányra a gondolatmenete. Általában képtelen megszervezni és rendben tartani környezetét, tevékenységét. Legkésőbb az iskoláskor idején már szembeötlő, hogy nagyon változó intenzitással koncentrál, csapong, befejezés nélkül átcsap másik információ követésébe.

A figyelem megoszthatóságának zavara: a gyermek a feladatvégzés során nem képes egyszerre párhuzamosan, két vagy több szempontot figyelembe venni, csak az egyiket követi. Tünetei: letapad egy tevékenységnél, csak arra figyel. *PL: Ilyen, amikor olvas, de nem érti, hogy mit olvasott, mert csak az olvasás egyik tartalmi részletére figyel, a többi tartalomra már nem.*

A figyelem átvitelének/váltásának zavara: a gyermek nem tud gyorsan és megbízhatóan "kapcsolgatni" a különböző figyelmi helyzetek között. (Torda, 2000 alapján) *Pl. nem veszi észre a művelet változását, továbbra is az előző művelet szabályait követi.*

Megfigyelési szempontsorok

Szórt, felszínes figyelem (tartósságbeli probléma):

- Nem tudja elérni a figyelem összpontosításának azt a szintjét, amely a tanulás alapvető feltétele lenne.
- Gyakran izeg-mozog kezeivel vagy lábaival és fészkelődik a helyén.
- Figyelme könnyen megzavarható, minden kis inger elvonja a figyelmét.
- A figyelem működését nem tudja az eredményes tanuláshoz szükséges ideig fenntartani.
- Nehézségei vannak mások utasításainak követésében, még ha megérti is, és nem ellenkezik szándékosan.
- Többszöri ismétlés sem javít teljesítményén.

Figyelemfáradékonyság (intenzitásbeli probléma):

- A feladatok elején jó, aztán fokozatosan romlik a teljesítmény.
- Nehézségei vannak a figyelem fenntartásában munka vagy játék során.
- Képtelen a figyelem megosztására, vagyis nem tud gyorsan és megbízhatóan „kapcsolgatni".
- A figyelem és a rövid idejű emlékezet működésének együttes problémája.
- A feladat végzése során elfárad, majd abbahagyja a feladatot.

A figyelmi váltás-gátlás zavara:

- Gyakran kiböki a választ, mielőtt a kérdés teljes lenne.
- Gyakran átpártol egy félkész munkáról egy másikra.
- Nehezen tud csöndben játszani.
- Gyakran megszakítja mások beszédét, illetve közbevág.
- Gyakran úgy tűnik, hogy nem figyel arra, amit mondanak neki.
- Gyakran elveszíti az iskolai és az otthoni munkához, illetve az egyéb tevékenységekhez szükséges dolgokat.
- Gyakran fizikai veszélyekkel járó tevékenységet végez, anélkül, hogy átgondolná lehetséges következményeit. (Marton, Egri et al., 2016)

Figyelem vizsgálatának mérési lehetőségei

Nincs egy olyan teszt, mérőeszköz, amivel a figyelmet lehetne vizsgálni. Legfőképp, mert ahogy láttuk „többféle" figyelem létezik. A figyelem összes alkomponensének vizsgálata szükséges ahhoz, hogy véleményt lehessen formálni. Sőt még ekkor is lehet olyan, hogy egy figyelemzavaros gyermek tökéletes pontszámokat ér el ezekben a tesztekben. A kompenzálás jelentősen elfedheti a tüneteket. Éppen ezért a viselkedés megfigyelése (otthoni, iskolai), az anamnézis, valamint akár a vizsgálat során mutatott viselkedéses tényezők és a teszteredmények együttes értelmezése szükséges ahhoz, hogy ki lehessen mondani egy gyermekről, hogy fennáll e figyelemzavar vagy sem (Mohai et al, 2016).

Alkomponens	Meghatározás	Vizsgálati módszer
Tartós/fenntartott figyelem	Huzamos ideig képesnek lenni, egy feladatnál éberen maradni	pl.: WISC-IV Törlés, Folyamatos teljesítés teszt
Szelektív/fókuszált figyelem	Figyelem fenntartása elterelő ingerek ellenére/jelenlétében	Pieron, Szék-lámpa teszt, D2, Stroop
Figyelmi kapacitás	figyelem terjedelme, más kognitív folyamatokkal (rövidtávú memória), és viselkedési folyamattal áll kapcsolatban (motiváció)	pl.: WISC-IV Számterjedelem feladat, Corsi-kocka
Megosztás	Párhuzamos válaszadás egynél több feladatra	pl.: WISC-IV Betű-szám szekvencia,
Figyelmi váltás	Figyelem áthelyezése egyik feladatról a másikra	pl.: Trail-Making teszt, WCST, Fluencia tesztek

6.ábra: A figyelem vizsgáló módszerei (Tárnok et al., 2007)

2.2. A hiperaktivitás

Hiperaktivitás, impulzivitás és figyelemzavar

A. Fogalom meghatározás

A hiperaktivitás egy tünet, ami több betegség, zavar esetében is fellelhető. Önmagában még nem jelent diagnózist. Definíció szerint a hiperaktív viselkedés egyrész mennyiségileg sok, szinte állandó tevékenységet jelent, de mellette azt is, hogy ezen tevékenységekből az illető könnyen elterelhető.
Ha például valaki napokon át elmélyül egy tevékenységben, azt nem nevezhetjük hiperaktívnak, de ha csak egy ideig tevékenykedik valamivel, majd hirtelen más, majd más tevékenységbe fog, fáradhatatlanul, különösebb cél nélkül, az már hiperaktívnak minősül. Gyerekeknél, főleg prepubertás előtt a hiperaktivitás gyakran fokozott nagymozgás igényt jelent.

B. Megjelenési formái

Az aktivitást több helyzetben és több aspektusból is meg kell vizsgálni, ehhez meg kell jegyezni néhány szempontot.

a. Helyváltoztatás

Az első a helyváltoztatási lehetőségekhez kötött: ha lehet helyet változtatni, ha szabad a tér, akkor a nagymozgások, a nagymozgásos játékok fokozott intenzitását és emelkedett mennyiségét látjuk ill. egy karakteres ingerkereső magatartást. Az ilyen gyerekeket érdekli az új, az izgalmas, a veszélyes, nagyon tudnak unatkozni, ha környezetük ilyen típusú ingerekkel nem tud szolgálni. **A" pörgés"** egy esszenciális tünete a hiperaktív figyelemzavarnak, ez is a hiperaktív viselkedés mellett említendő, de több annál. A pörgés az a felfokozott fizikai aktivitási szint, ahol az egyén már nem tud leállni és ahonnan a környezete is nagyon nehezen tudja leállítani és ha nem sikerül, gyorsan átmehet agresszív viselkedésbe, dührohamokba, kontroll vesztett állapotba.

b. Helyváltoztatás nélkül

Ha a helyváltoztatás nem lehetséges, mert pl. tanórán kell ülni, sorban kell állni, váróban kell várakozni, buszon kell ülni, akkor megjelenik a jellegzetes ficergés, izgés-mozgás, számos pótcselekvés (a ceruzahegyezéstől a babráláson át egészen az onániáig).

c. A beszéd

A beszéd is egy mozgásos tevékenység, ebben is megjelenik a hiperaktív jelleg: sokat, harsányan, darálva beszélnek, nagyon nehezen adják át a szót egyre elkeseredettebb vagy rezignáltabb beszélgető partnerüknek, és hamar vissza is veszik, témáról témára ugrálnak. Ha más beszél, türelmetlenül hallgatják, gyakran közbevágnak, utasításokat is csak félig hallgatnak meg, már futnak is végrehajtani.

d. Csendben maradni, nyugodtan ülni:

A hiperaktivitás előbb-utóbb utat fog törni magának azokban a „ nehéz „ helyzetekben, amikor csendben kell maradni és ha lehet, mozdulatlanul (pl. tanórán). Ezt megvalósítani annak, aki a hiperaktivitás tünetét hordozza, rendkívül nehéz, és rövid időn belül valahol kicsap a feszültség: vagy externalizálja és felugrik, bekiabál, elfut és még egy sor más cselekedetet visz véghez, vagy ritkábban internalizálja, visszafogja magát, stressz szintje magasra tör, majd a környezetből való kilépéskor valamilyen formában robbanni fog vagy extrém fáradtságot okoz.

Kívülről szemlélve a hiperaktivitást megítélni néha bizonytalanságot szülhet a vizsgálóban, főleg, ha nem közvetlenül tapasztalja, hanem beszámolók alapján kell megítélnie. Ebben a helyzetben segít, ha a kortárs csoport átlagos viselkedésével igyekezünk összehasonlítani, ill. azt nézzük, ez a hiperaktív viselkedés okoz-e funkció zavart az élet valamely fontos területén (pl. iskola, kortársközösség, családi élet). Itt megjegyezzük, hogy bármilyen, az átlagtól eltérő viselkedés csak akkor minősül zavarnak, ha az funkció romlást is okoz az egyén környezethez való adaptációjában.

Impulzivitás

A. Fogalom meghatározás

Impulzivitás alatt a gyors, hirtelen, szinte reflexszerű cselekedetet vagy érzelmi reakciót értjük. Gyakran elválaszthatatlan a hiperaktivitástól, hiszen ott is ugyanaz a gátlás funkció hiányossága áll a háttérben.

B. Megjelenési formái

Türelmetlenség (nem várja ki a sorát, közbeszól, félbeszakít), hirtelen jelentkező érzelmi állapotok (düh, sírás), hirtelen döntések, cselekedetek (fokozottan balesetveszélyes viselkedés). Az impulzív viselkedés könnyen átcsaphat auto- és/vagy heteroagresszióba.

Figyelemzavar

A. Fogalom meghatározás

A figyelem minden magasabb szintű kognitív folyamhoz „alapszintként” (base line) szolgál, nem egy egységes konstruktum. A klinikumban nem használunk teszteket, hogy ki tudjuk mutatni működésének zavarát, de különböző szempontok szerint, ill. az anamnesztikus adatok alapján meg tudjuk ítélni, ha zavarának gyanúja fennáll. A klinikai vizsgálat ideje alatt a gyerek akaratlagosan koncentrálhatja figyelmét, annak fáradékonysága, terhelhetősége ilyenkor gyakran nem nyilvánul meg.

A figyelem egyrészt egy szelektív folyamat, amely által az információt tudatosan észleljük vagy kiemeljük, amíg más információkat nem tudatosan elemzünk vagy szűrünk ki. Ugyanakkor a figyelem egy erőfeszítési folyamat is, ami által a feldolgozási forrásokat (a figyelmi készletet vagy kapacitást)

elosztjuk, a mentális energiát akaratlagosan egy meghatározott feladatra vagy aktivitásra fordítjuk, más feladatok vagy aktivitások terhére. A figyelem egy éber állapotot fenntartó folyamatot is jelent (vigilancia), ami által az információk vételére való hatékony készenlét az éberségi (idegrendszeri aktivációs) állapot rövid idejű fokozódásával vagy hosszabb ideig tartó fennmaradásával szabályozott (Kollár, Szabó: Pszichológia pedagógusoknak). A figyelem komponensei: kapacitás, megosztottság, fókuszáltság, szelektivitás, tartósság és a váltás képessége.

B. Megjelenési formái

Nem képes egyszerre több információra figyelni, ilyenkor összezavarodik (figyelmi kapacitás), nem képes párhuzamosan válaszolni egynél több feladatra vagy eseményre (multitasking), nem tud szelektíven figyelni egy dologra (terelhetőség), nem elég tartós az akaratlagosan irányított koncentrációs képessége (fáradékony) és nem megy, vagy nehezen megy a figyelmi váltás egyik figyelmi fókuszról a másikra (letapadásra való hajlam).

A figyelemzavar főként az iskolában, feladat helyzetben érhető tetten, az otthoni, kevésbé strukturált környezetben ez nem tűnik fel annyira, főleg kisebb gyerekeknél. (Kivéve a házi feladatok elkészítését, ilyenkor legtöbbször igyekeznek kifogásokat keresni, hogy ne kelljen elvégezni, ha ez nem működik, akkor szomatikus panaszaik lesznek, fejük, hasuk megfájdul, de ha ezzel sem érnek el hatást, akkor megeshet, hogy agresszív tiltakozásba fordulnak).

A figyelemre a könnyű terelhetőség jellemző: külső ingerek (madárcsiripeléstől a többi gyerek zsivajáig) ill. belső ingerek (gondolatok, tervezgetések, őket nevezzük „hiperaktív álmodozóknak") könnyen megzavarják feladathelyzetben a koncentrációt. De megjelenhet egy általános szórakozottság, feledékenység, is: dolgait elveszíti, időpontjait elfelejti, a részletekre nem figyel, ezért gyakran elrontja a feladatait. A monotónia tűrésük gyakran rendkívül gyenge.

A végrehajtói funkciók zavara

A. Fogalmi meghatározás

A végrehajtó funkciók elvégzik az elme különböző információ-feldolgozó és viselkedéses válaszokat generáló rendszereinek összehangolását, a belső folyamatok és erőforrások koordinációját, melyek eredménye a szervezett viselkedés. A végrehajtó funkció az a képesség halmaz, amely lehetővé teszi egy elvégzendő távoli viselkedéses cél reprezentálását, a cél eléréséhez viselkedéses terv kialakítását, a kognitív és pszichés működés (érzelmek, indulatok, akciósémák) és viselkedés szervezését és kontrollját, a cselekvés és a környezet monitorozását. Szükség esetén képes a kidolgozott terv rugalmas megváltoztatására.

A lényeget kiemelve (ez is a végrehajtó funkciók egyik eleme), a viselkedésnek van egy célja, az idegrendszer ennek elérésére készít egy mentális tervet, azt a tervet hosszú időn át is követni tudja, nem tér el irreleváns ingerek hatására. Ha kell, menet közben mindent újra tervez. Folyamatosan összehangolja az erőforrásokat, kontrollt gyakorol az indulatai fölött és lépésről lépésre monitorozza az egész folyamatot. Ezáltal válik a viselkedés adaptívvá, célvezéreltté és rugalmassá. A végrehajtó funkciókat az agy különböző formációi közötti bonyolult hálózatok és azok együttműködése valósítja meg, de kiemelt területe a prefrontális kéreg.

A prefrontális kéregről röviden

A prefrontális kéreg olyan, mint egy karmester: ő hangolja egybe, ő szabályozza azt a sok-sok érzelmi, cselekvéses, figyelmi, gondolkodási folyamatot, ami az agy többi területén megvalósul. Nélküle reflex-lények lennénk, akik az első impulzusra azonnal reagálnak, anélkül, hogy egybehangolnánk cselekedeteinket a belső és külső világgal.

A kisgyereknél 5-7 éves korig a prefrontális kéreg viszonylag fejletlenebb, ezért a kicsik „érzelmi, indulati lények„. Amint érik ez a terület, a kicsik egyre jobb probléma megoldókká válnak, figyelmüket oda is tudják irányítani, ahova kell, nem csak oda, ami őket érdekli és érzelmi állapotaikat is jobban szabályozzák. Itt ki kell hangsúlyozni, hogy az érés csak biztonságot nyújtó kapcsolatban következhet be teljes mértékben. Ahol a kötődés problematikusan alakul ki, ott minden bizonnyal a prefrontális „karmester„ is gyengébben fogja végezni munkáját még felnőtt korban is. A prefrontális kéreg érettségétől függ tehát az indulatkezelés, a rugalmas alkalmazkodás, a kiegyensúlyozott ítéletalkotás, az előrelátás, a morális szempontokat is mérlegelő döntéshozatal, az önreflexió, az empátiás és az intuitív készség is

Serdülőkorban átmenetileg visszaesik a prefrontális kéreg működése, de amint a serdülőkor elmúlik és visszaáll a hormonális egyensúly, 20 éves kor körül eléri fejlődésének teljességét. Ha a gyermeket huzamos ideig túl sok stresszhatás éri (pl. rendszeres megfélemlítés, megszégyenítés és kiközösítés), agyában az *amygdala* a normálisnál nagyobbra nő, a *prefrontális kéreg* pedig megreked a fejlődésben. Ha ez a hatodik életév előtt történik, a viselkedés irányítását át sem veszi a prefrontális kéreg. Ez az oka az éretlen nagyobb gyerekek és az éretlenségben rekedt felnőttek kiszámíthatatlan, féktelen, időnként agresszív magatartásának, ami a kicsiknél még életkori sajátosság. A súlyos, de kivételes (nem tartósan fennálló és nem ismétlődő) gyerekkori traumák legtöbbször csak átmeneti visszaeséssel járnak, de tartós elakadást nem okoznak a prefrontális kéreg fejlődésében.

B. Megjelenési formák

Tevékenységeiket nem tudják megszervezni, több részfeladatból álló feladatsort (mint pl. a reggeli es esti készülődést) nem tudják végrehajtani, nem tudnak prioritásokat felállítani, irreleváns információkat kizárni, mindezek következtében „ széteshet „ a viselkedésük.

A tünetek okai lehetnek:

1. Mentális zavarok (ebből kiemelendő a hiperaktív figyelemzavar, a Tourette szindróma és a hangulatzavarok közül a mánia, de több más mentális zavarban is előfordulhat)
2. Neurológiai zavarokban, melyek a központi idegrendszert érintik és első sorban a frontális lebeny ill. a prefrontális kéreg funkcióit károsítják)
3. Szomatikus betegségeknél is előfordulhat, ezért sosem zárjuk ki ennek a lehetőségét sem, ha hiperaktív magatartást tapasztalunk (pl. hipertireózis)

.

Hogyan gondoljuk át a gyerek magatartásában tapasztalt nehézségeket a hiperaktivitással, figyelemzavarral vagy impulzivitással összefüggésben (ACE interjú)

ACE (ADHD Child Evaluation)

Az ADHD Felmérése Gyermekkorban (ADHD Child Evaluation - ACE) eszközt arra fejlesztették ki, hogy segítse a szakembereket az ADHD 5-16 éves kor közötti diagnosztizálásában. AZ ACE interjú úgy vezeti végig a vizsgálót a diagnosztizálás folyamatán, hogy felméri az ADHD fő tüneteit és azt, hogy ezek milyen mértékben okoznak funkciózavart. Az ACE számos kérdést tartalmaz, amelyek az ADHD fő tüneteivel, így a figyelemhiánnyal, a hiperaktivitással és az impulzivitással függnek össze, továbbá olyan tipikus példákat hoz a tünetek megjelenésére, amelyek a vizsgáló számára informatívak és segítik a klinikai megítélést. Annak érdekében, hogy felmérhetővé váljon, a fő tünetek jelentős problémát okoznak-e különböző helyzetekben, az ACE minden tünetet felmér otthoni és iskolai környezetben is. Minden szituációhoz példákkal is szolgál. Az iskolán kívüli tevékenységek az otthoni kategóriába sorolandóak.

Az ACE egy olyan klinikai interjú, melyet egészségügyi szakember vesz fel olyan személyekkel, akik közeli hozzátartozói a gyermeknek és hosszabb ideje ismerik őt, tehát tudják, hogy a gyermek hogyan viselkedik különböző helyzetekben. Jellemzően szülők/gondozók vesznek részt az interjúban, vagy más olyan családtagok, akik ismerik az otthoni és egyéb helyzeteket. Általában a gyermek is részt vesz az interjúban, ez lehetőséget biztosít arra, hogy megismerjük a gyermek nézőpontját, és megfigyelhetjük a viselkedését is. Amikor csak lehetséges, egy független személyt is érdemes megkérdezni, pl. az iskolából (pl. interjú egy tanárral és/vagy az iskolai értesítők átnézése). Idősebb, tizenéves serdülőkkel felvehető az interjú közvetlenül is, de javasolt megerősítő információkat szerezni erre megfelelő személyektől, illetve amennyiben lehetséges az iskolai értesítőket is átnézni.

Az interjú lebonyolítása előtt a vizsgálónak megfelelő kapcsolatot kell kialakítania az interjúalannyal, annak érdekében, hogy az az interjúalany komfortosan érezze magát és nyugodt legyen. Javasolt az interjút a gyermekkel és a családdal kapcsolatos általános, nyitott kérdésekkel kezdeni, pl. „Azért vagyok itt, hogy amennyit csak lehetséges, megtudjak a gyermekéről és a viselkedéséről. Tudna nekem egy kicsit mesélni a gyermekéről és arról, hogy Önnek mivel kapcsolatosak az aggodalmai?” Érdemes megtudni, hogy milyen egy átlagos napja a gyermeknek és a körülötte élőknek, mi az, ami elvárt a gyermektől otthon (pl. viselkedés, házimunka), és hogy a gyermek hogyan teljesít az iskolában. Az ACE felvételének kezdetekor fontos előkészíteni az interjút azzal, hogy elmagyarázzuk az interjúalanynak, hogy különböző kérdéseket fogunk feltenni, melyek összefüggésben állnak - a diagnosztikai kritériumon belül - egy-egy tünettel, és hogy arról fogunk érdeklődni, hogy az adott tünetek fennálltak-e az utóbbi 6 hónapban. Kérjük meg az interjúalanyt, hogy mondjon példákat (amennyit csak lehetséges), hogy a tünetek hogyan jelennek meg otthon, az iskolában, vagy egyéb tevékenységek közben. Azt is meg kell kérdezni az interjúalanytól, hogy a kérdéses tünetek gyakrabban jelennek-e meg más, azonos korú gyermekekhez viszonyítva (pl. testvérek vagy barátok).

Az ACE interjú tételei

Figyelemhiány (9 tétel), a hiperaktivitás (5 tétel) és az impulzivitás (4 tétel) tüneteit írják körül. Először olvassuk fel a kérdéseket és kérjük arra az interjúalanyt, hogy gondolja végig a tünet jelentkezését otthoni és iskolai környezetben is. Bíztassuk az interjúalanyt konkrét helyzetek felvázolására és/vagy példák hozására, amikor a tünet vagy a probléma megjelenik, és annak felidézésére, hogyan indul az adott tünet vagy a probléma, milyen kontextusban jelenik meg, illetve milyen gyakorisággal, súlyossággal és milyen egyéb tényezők befolyásolhatják. Kifejezetten fontos, hogy a gyermek milyen mértékű funkciókárosodást érzékel a tünet/probléma miatt, és hogy az adott tünet gyakrabban fordul-e elő, mint ami elvárt egy hasonló korú gyermektől az adott fejlődési szinten. Jegyezteljünk az idetartozó „Otthon/Iskola” négyzetekbe; A kérdések 1-9-ig a gyermek figyelmi képességére vonatkoznak. A kérdések 10-14-ig a gyermek nyugtalanságára és hiperaktivitására vonatkoznak. A kérdések 15-18-ig a gyermek impulzív viselkedésére vonatkoznak.

A teszt felvétele során az alábbi pontokra figyeljen és jegyezze meg:

1. Kezdet: Mikor jelent meg az első tünet? (A tüneteknek 7 éves kor előtt kell kezdődniük a BNO10 kritériumai szerint, és 12 éves kor előtt a DSM-5 kritériumrendszere alapján.)
2. Időtartam: Jelen volt a tünet hat hónapig vagy annál hosszabb ideig?
3. Áthatóság: A tünet több
4. helyzetben is megfigyelhető (pl. iskolában és otthon is)?
5. Állandóság: a gyermekre általánosságban jellemző és gyakran vagy az idő nagy részében előfordul.
6. Károsító hatás: Milyen mértékben zavarja ez a tünet a gyermek funkcionalitását és fejlődését?

Független pedagógiai véleményt is kötelező kérni!

Az ACE interjú kérdései:

1. **Gyakran esik nehezére a gyereknek odafigyelnie a részletekre vagy figyelmetlenségből hibázik?**

   Otthon:
   Előfordulhat, hogy a gyermek nem eléggé hatékony a tevékenységek elvégzésében, pl. kihagy lépéseket a házimunka vagy egyéb teendők során, amiket így meg kell ismételnie, nem figyel az instrukciókra vagy a kapkodás miatt összetör tárgyakat (nem figyel arra, amit csinál). Sok hibát véthet a házi feladatában, akkor is, ha érti, mit kell csinálni, a házi feladata rendetlen kinézetű lehet, számos javítással. Figyelmen kívül hagyhat fontos, a környezetéből származó információkat, mint pl. zebrákat vagy veszélyre figyelmeztető jeleket.

   Iskolában:
   A gyermek beadhat befejezetlen vagy gyenge teljesítményű munkát, ami összecsapottnak tűnik és számos hibát tartalmaz. A dolgozatokban kihagyhat kérdéseket, és nem gondol arra, hogy le ellenőrizze, van-e még több kérdés a lap másik oldalán (ami rosszabb jegyhez vezet). A sok részletet tartalmazó feladatokat kifejezetten stresszesnek és időigényesnek találhatja.

2. Gyakran nem tudja fenntartani figyelmét feladatok vagy játékok közben?

   Otthon:
   Otthon vagy más szabadidős foglalkozásokkor ez a tünet úgy figyelhető meg, hogy a gyermek rendszeresen váltogatja a játékokat vagy a tevékenységet, amit csinál. Csupán pár percig tart ki egy feladat mellett. Ez lehet azért, mert unatkozni kezd, vagy mert valami sokkal érdekesebbre lett figyelmes. Előfordulhat, hogy a tevékenységet vagy a feladatokat nem tudja befejezni még felnőtt segítségével sem. Például elkerülheti, hogy könyvet olvasson vagy egy filmet végignézzen. A saját gondolata fonalát is elveszítheti beszélgetés közben.

   Iskolában:
   Az ismétlődő vagy a kitartó mentális erőfeszítéseket igénylő feladatokat a gyermek érezhetően nehezebbnek találhatja a társainál, pl. több szenvedéssel és/vagy panaszkodással járnak együtt az esszéírást igénylő feladatok. A tanár megjegyezheti, hogy rendszeres emlékeztetőre vagy visszaterelésre van szüksége a gyermeknek ahhoz, hogy újra a feladattal foglalkozzon. A gyermek unalmasnak nyilváníthatja a feladatot és motiválatlannak tűnhet arra, hogy befejezze, így ingerlékennyé, frusztrálttá és destruktívvá válhat. Ezzel szemben lehet, hogy kevéssé (vagy egyáltalán nem) kell küzdenie olyan feladatokkal, amelyeket élvez. Szünetben vagy ebédidőben előfordulhat, hogy nem telepedik le sehol, rendszeresen váltogathatja, hogy kivel és milyen játékokkal játszik.

3. Gyakran tűnik úgy, hogy a gyerek nem figyel arra, amit mondanak neki?

   Otthon:
   Úgy tűnhet, hogy a gyermek nem figyel vagy álmodozik. A család vagy vendégek tehetnek erre megjegyzéseket. Vagy úgy tűnik, hogy a gyermek figyel, de azután elfelejti, vagy nem képes az instrukciókat megismételni. Például sportoláskor úgy látszik, a gyermek figyel az edzőre, de aztán nem tudja az utasításokat véghez vinni.

Iskolában:
A tanárok megjegyezhetik, hogy a gyermek nem figyel az órán. Megemlíthetik azt, hogy a gyermeknek szüksége van arra, hogy az instrukciókat megismételjék, vagy a feladatot apró lépésekre osszák fel ahhoz, hogy sikeresen meg tudja csinálni. A tanárok esetleg az osztályban előre ültetik, vagy egy asszisztens mellé. Néhány tanár félreértelmezheti a gyermek viselkedését és dacosnak hiheti azt.

4. Gyakran nem sikerül a gyermeknek követnie az instrukciókat vagy befejezni a feladatokat?

Otthon:
Ha házimunkát adunk a gyermeknek, kihagyhat pár feladatot és/vagy nem fejezi be a kapott teendőket. Gyakori példa, hogy nem fejezi be a napi tisztálkodáshoz tartozó rutint, beleértve az öltözködést; ha vásárolni megy a boltba, kifelejt dolgokat és/vagy random dolgokkal állít haza; nyitva hagyja a vízcsapot; és sok emlékeztetőre van szüksége egy cselekvés befejezéséhez. Írásos instrukciókat követve is kihagyhat a gyermek lépéseket, pl. egy játék összeszerelésénél, ami ahhoz vezet, hogy a játék helytelenül lesz összerakva.

Iskolában:
A gyermeknek nehézséget okozhat az utasításokra emlékezni és követni azokat, ami befejezetlen feladatokhoz és el nem ért célokhoz vezet. Például megfigyelhetjük a gyermeket, ahogy egy praktikus tevékenységet elkezd, majd elfelejt és kihagy lépéseket, vagy mással kezd foglalkozni és otthagyja idő előtt. Figyelmeztetéseket vagy büntetést kaphat az oppozíciósnak tűnő viselkedéséért, mivel az iskolai- és a házi feladatait nem fejezi be.

5. Gyakran tűnik úgy, hogy a gyermek nem tudja a feladatokat és a tevékenységeket megszervezni?

Otthon:
Úgy tűnhet, hogy a gyermek mindig rohanásban és késésben van a különórákról vagy egyéb tevékenységekről. Mások számára esetleg rossz, nem logikus sorrendben áll neki a feladatainak gyenge tervezési és szervezési képességei miatt. Rendetlennek tűnhet, vagy előfordulhat, hogy nem találja a játékait vagy a ruháit. Az idősebb gyermekeknek nehezére eshet a házi feladat és a szabadidő közötti egyensúly megteremtése, nem azért, mert figyelmen kívül hagyják a házi feladatot, hanem a gyenge időgazdálkodási és szervezési készségeik miatt. A kapcsolataik is kárt szenvedhetnek azért, mert kihagynak eseményeket vagy cserbenhagyják a barátaikat.

Iskolában:
A gyermek lekésheti a határidőket, mert nem szervezte vagy tervezte meg a teendőit hatékonyan. Összességében rendetlennek vagy rendezetlennek tűnhet (a megjelenése és a tárgyai). Előfordulhat, hogy struktúra nélkül jegyzetel az órákon. Amikor középiskolássá válva az időbeosztása bonyolódik, gyakran késve érhet be az órákra és stresszessé válhat az önállóságból adódó magasabb elvárások miatt. Otthon felejthet dolgokat, pl. a buszbérletét, az öltözőszekrény kulcsát, uzsonnás dobozt, sportfelszerelést és a házi feladatot.

6. Gyakran kerüli el a gyermek vagy utálja azokat a feladatokat, amelyek kitartó mentális erőfeszítést igényelnek?

Otthon:
A gyermek elkerülheti vagy késleltetheti azokat a feladatokat, amelyek mentális erőfeszítést igényelnek. Elveszítheti a kitartását az olyan feladatok során, melyeket nehéznek és/vagy ismétlődőnek talál. Késlekedhet és halogathatja a házi feladatokat. Ha megkérjük, hogy végezzen el

valamilyen házimunkát, a kisebb feladatokat végzi el először, a nehezebb/átfogóbb feladatokkal felhagyhat és/vagy sokat tiltakozhat az ellen, hogy meg kelljen csinálnia. Csatlakozhat különböző szabadidős tevékenységekhez, de kihúzza magát azokból, melyekből hiányzik a fizikai stimuláció vagy aktivitás. A gyermek mellőzhet olyan játékokat, melyeket túl hosszúnak ítél meg, ismétlődőnek és/vagy nevelési célúnak, ilyenkor idegenkedhet a feladattól és ellenkezhet.

Iskolában:
A gyermek megpróbálhat elkerülni bizonyos órákat, amiket kifejezetten munkaigényesnek és nagy mentális erőfeszítést igénylőnek talál, úgymint matematika, írás és esszéírás. Az órák alatt a gyermek tiltakozóvá vagy a kitartás hiánya miatt frusztrálttá és ingerlékennyé válhat. Nyughatatlanná és/vagy ellenkezővé válhatnak. Indokokat kereshet a gyermek arra, hogy elhagyhassa az osztálytermet, például rosszullét miatt. Extrém esetekben a gyermek betegnek tetteti magát, hogy otthon maradhasson és elkerüljön pár órai részvételt és/vagy iskolakerülésbe kezd.

7. Gyakran elveszíti a gyermek a különböző feladatokhoz vagy tevékenységekhez szükséges dolgokat?

Otthon:
A gyermek elveszíthet vagy elrakhat olyan dolgokat, mint a buszbérlet, kulcs, ruházat, iskolai felszerelés, játékok, és nem tudja, hol volt meg utoljára. Ezért aztán készületlenül és/vagy a megfelelő felszerelés vagy dolgok nélkül érkezhet, amelyekre pedig szüksége lenne a tevékenységhez, pl. kabát, sál, focilabda, teniszütő, pendrive és/vagy írásbeli anyagok.

Iskolában:
A gyermek elveszítheti vagy rossz helyre rakhatja az iskolai táskáját, könyveket, egyenruhát, buszbérletét és sportfelszerelését. Gyakran látogathatja az „Elveszett tárgyak” részleget az iskolában, elvesztett ruha, tolltartó és iskolai könyvek után kutatva. A tanárok megjegyezhetik, hogy a gyermek gyakran a szükséges felszerelés nélkül vesz részt az órákon.

8. Gyakran és könnyen tereli el a gyermek figyelmét valamilyen külső inger?

Otthon:
Rendszeresen tűnhet úgy, hogy a gyermek álmodozik és/vagy megfigyelhető, hogy gyorsan vált egyik feladatról a másik (ingergazdagabb) feladatra. A gyermek figyelmét könnyen elterelheti a környezete, beleértve a tevékenységeket és/vagy a háttérzajt (úgymint a televízió), amit mások látszólag kizárnak vagy figyelmen kívül tudnak hagyni. Több feladat egyszerre történő végzése kifejezetten nagy kihívást jelenthet számára. A gyermek olyan megküzdési stratégiákat választhat, melyek elfedik ezeket a tüneteket, mint pl. előnyben részesítik a csendes szobákat házi feladat készítésére.

Iskolában:
A gyermek figyelmét nagyobb mértékben terelheti el a környezet, mint társaiét. Elterelheti a figyelmüket az osztályon belüli zaj vagy tevékenység, vagy az osztályon kívüliek, úgymint a játszótéren lévő gyermekek vagy bármilyen kinti sport. A tanárok megjegyezhetik, hogy gyakran eltérnek a feladattól, mert a társaikhoz beszélnek vagy álmodoznak, és vissza kell terelni őket a feladathoz. Azt is megjegyezhetik, hogy jobban tudnak dolgozni kis csoportokban vagy ha csak velük foglalkoznak.

9.

Gyakran tűnik feledékenynek a gyermek a napi tevékenységek során?

Otthon:
A gyermek rendszeresen elfelejtheti, hogy hol hagyott valamit és sok időt tölthet tárgyak, játékok, ruhák stb. keresésével. Megfeledkezhet megbeszélt időpontokról, találkozókról vagy különórákról. Megfeledkezhet fontos információk átadásáról és/vagy levelekről, melyeket az iskola küld a szülőknek/gondozóknak (és amelyek így a táska legalján maradnak). Amikor barátokat vagy rokonokat látogat meg, akkor a gyermek nem készíti össze az holmiját, még olyan dolgokat vagy játékokat sem, amelyek fontosak számára. Emlékeztetőkre lehet szüksége, hogy elvégezzen rutinfeladatokat, mint pl. a fogmosás.

Iskolában:
A gyermek rendszeresen megfeledkezhet az órarendről és/vagy otthon hagyhatja az órához szükséges eszközöket. Elfelejtheti összeszedni az összes holmiját, amikor egyik teremből a másikba mennek. Elfelejtheti, hogy mikorra kell a házi feladatot elkészíteni és nem adja le időben, még akkor sem, ha elkészítette. Elfelejthet találkozókat, megbeszélt időpontokat, annak ellenére, hogy tisztában van a következményekkel.

10. Gyakran keze-lába fel-alá jár vagy fészkelődik a helyén?

Otthon:
A gyermeknek nehezére eshet egy helyben maradnia. Különösen nagy erőfeszítésként élheti meg, ha fontos vagy kötelező ülve maradni, ilyenkor számtalanszor feláll. Megfigyelhető, hogy pl. sétálgat a szobában tévénézés közben, és/vagy feláll a székről az étkező asztalnál. A gyermeket folyamatosan le kell kötni ahhoz, hogy ülve maradjon (pl. tömegközlekedési eszközön), nehezen bír hosszabb utazásokat.

Iskolában:
A gyakori emlékeztetés és visszairányítás ellenére a gyermeknek nehezére eshet ülve maradni. Hintázhat a székkel vagy leülhet a szék helyett a padlóra. Amikor a földön ülve végeznek iskolai feladatot, akkor a gyermek a fetrengésével zavarhatja a többieket. Különféle kifogásokat kereshet azért, hogy felállhasson és mozoghasson, pl. WC-re megy, odamegy valakihez beszélgetni vagy megnézni valamit. Lehet, hogy a gyermek nem képes ezen a viselkedésén változtatni, még akkor sem, ha megpróbálják visszaterelni a feladathoz, vagy szemrehányást tesznek neki.

11. Gyakran elhagyja a helyét a gyermek olyan helyzetekben, ahol ülve kellene maradnia?

Otthon:
A gyermek szaladgálhat vagy felmászhat tárgyakra annak ellenére, hogy a szülők/gondozók próbálják visszafogni. A bútorok megrongálódhatnak a gyermek aktivitása miatt, vagy a gyermek megsértheti saját magát. Rohangálhat olyan helyeken vagy felmászhat olyan helyekre, ahol és ahová ez nem megengedett, és/vagy rizikós/veszélyes tevékenységekbe kezdhet, úgymint felmászni tetőkre, autókra, fákra, átszaladni úton vagy síneken. Az idősebb gyermekek kiélhetik ezen késztetéseiket (futás-mászás) sportfoglalkozásokon. Ha

Iskolában:
A gyermek nyughatatlannak tűnik, alig várja a szünetet és a fizikai aktivitást igénylő feladatokat, amikor féktelen játékba és mászásba kezdhet. Időre lehet szükségük a lecsillapodáshoz, amikor visszatérnek az osztályterembe. Előfordulhat, hogy a gyermeket leszidják, amiért a folyósón szaladgál. A gyermek külön figyelmet igényel az osztálykirándulásokon, hogy a csoporttal maradjon

vagy biztonságosan közlekedjen. Az idősebb gyermekek nyugtalannak és nyüzsgőnek tűnhetnek inkább, mint túl aktívnak.

12. Gyakran szaladgál vagy felmászik valahova olyan helyzetekben, amikor ez nem megfelelő?

Otthon:
A gyermeket alig láthatjuk csendes tevékenységekbe bevonódni, sokkal inkább úgy jellemezhető, hogy hangos, folyamatosan mozgásban van és nagyon aktív. Ha az is a kérés, hogy játsszon csendben, valószínűleg abbahagyja, mert inkább feláll, körbeszaladgál, és/vagy zajt csap. A gyermeknek nehezére eshet a szociális normák betartása, és viselkedésének szabályozása bizonyos helyzetekben, úgymint múzeumokban, kiállításokon vagy templomban. A gyermek zavarhat másokat azzal, hogy folyamatosan beszél a TV műsor közben vagy a moziban.

Iskolában:
A gyermek beszélgethet vagy kiabálhat csendes pihenőben vagy a koncentrációt igénylő tevékenységek közben. Rengeteg kérdést tehet fel, túlkiabálhat másokat és elvonhatja a társai figyelmét. Az arra vonatkozó emlékeztetők vagy szemrehányások, hogy maradjon csendben, úgy tűnik, nem segítenek. Ha van választási lehetősége, akkor azokat a tevékenységeket preferálja, amelyek fizikai aktivitást igényelnek vagy zajosak. Az idősebb gyermekeket leszidhatják azért, hogy beszélgetnek vagy zavarják a társaikat egyéni feladatmegoldás közben, és/vagy nehezükre eshet ülve maradni dolgozatok során.

13. Gyakran tűnik a gyermek túlságosan zajosnak játék közben vagy nehézséget okoz számára csendesen elfoglalnia magát szabadidejében?

Otthon:
A gyermeket úgy jellemezhetik, hogy állandóan mozgásban van reggeltől estig és nehezére esik lenyugodni lefekvéskor. A fiatal gyermekek olyannak tűnhetnek, mint egy forgószél, ahogy váltogatják a feladatokat, szaladgálnak össze-vissza és nem kötik le őket a tevékenységek. Tömegközlekedési eszközökön külön figyelmet igényelnek ahhoz, hogy ülve és biztonságban maradjanak. A szülők/gondozók kimerültek lehetnek a gyermektől. Az idősebb gyermekek kevésbé tűnhetnek kaotikusnak, de nekik is nehezükre esik, hogy lenyugodjanak vagy teljesen bevonódjanak valamibe. A gyermek beszámolhat arról, hogy szeretne relaxálni, de úgy érzi, képtelen “kikapcsolni”, még akkor is, amikor alu*dni megy.*

Iskolában:
A gyermek olyannak tűnhet, mint egy forgószél, ahogy rohan, mászik és céltalanul váltogatja a tevékenységeit. Úgy tűnhet, mint aki folyamatosan mozgásban van. A nap végén a gyermek nem tűnik fáradtnak, inkább ingerlékenynek vagy túlterheltnek. A gyermek a mihamarabbi szüneteket és a mozgásos tevékenységeket preferálhatja az órai munkával szemben. Ha van lehetősége, akkor fizikai aktivitást igénylő iskolán kívüli elfoglaltságot választ, mintsem kevésbé aktív időtöltést.

14. Gyakran figyelhető meg a gyermeknél folyamatos és túlzott motoros aktivitás, amit a körülmények nem befolyásolnak?

Otthon:
A gyermeknek nehézséget okozhat kivárni, hogy rá kerüljön a sor a beszélgetésben, ehelyett közbevág vagy megszakít másokat. Nehezére eshet betartani a beszélgetés “szó-átvételi szabályait”, ehelyett azonnal ki akarja mondani azt, ami a fejében jár (még ha az nem is kapcsolódik a beszélgetés témájához). Türelmetlen lehet, ha meg kell várni másokat, hogy befejezzék a mondanivalójukat. Idősebb gyermekek befejezhetik a mondatokat mások helyett. Ha

Iskolában:
A gyermeket gyakran figyelmeztethetik vagy leszidhatják amiatt, hogy beszél az órák alatt. Úgy tűnik, hogy domináns szerepet tölt be az osztályban azzal, hogy rendszeresen bekiabál vagy túlbeszél másokat. A gyermeknek nehezére eshet, hogy megvárja, míg sorra kerül a beszélgetésben és/vagy választ adhat a kérdésre. Az idősebb gyermekek tisztában lehetnek ezzel a problémával, de nem tudják meggátolni ezt a viselkedésüket. Ezzel a viselkedésükkel bosszanthatják a társaikat, és ezáltal nem lesznek népszerűek.

15. Gyakran kimondja a választ a gyermek mielőtt a kérdés befejeződött volna?

Otthon:
A gyermeknek nehézséget okozhat kivárni, hogy rá kerüljön a sor a beszélgetésben, ehelyett közbevág vagy megszakít másokat. Nehezére eshet betartani a beszélgetés "szó-átvételi szabályait", ehelyett azonnal ki akarja mondani azt, ami a fejében jár (még ha az nem is kapcsolódik a beszélgetés témájához). Türelmetlen lehet, ha meg kell várni másokat, hogy befejezzék a mondanivalójukat. Idősebb gyermekek befejezhetik a mondatokat mások helyett.

Iskolában:
A gyermeket gyakran figyelmeztethetik vagy leszidhatják amiatt, hogy beszél az órák alatt. Úgy tűnik, hogy domináns szerepet tölt be az osztályban azzal, hogy rendszeresen bekiabál vagy túlbeszél másokat. A gyermeknek nehezére eshet, hogy megvárja, míg sorra kerül a beszélgetésben és/vagy választ adhat a kérdésre. Az idősebb gyermekek tisztában lehetnek ezzel a problémával, de nem tudják meggátolni ezt a viselkedésüket. Ezzel a viselkedésükkel bosszanthatják a társaikat, és ezáltal nem lesznek népszerűek.

16. Gyakran esik a gyermek nehezére, ha sorban kell állnia vagy meg kell várnia, míg sor kerül rá egy játék vagy más csoportos szituáció során?

Otthon:
A gyermek lehet, hogy nem szeret várakozni és gyorsan türelmetlenné válik. Túlzottan érzékennyé válhat, ha valami, amit szeretne, nem elérhető. Elkerülheti a sorban állást vagy előre tolakodhat, anélkül beszélhet, hogy rá került volna a sor, és kapkodhat. A gyermek megpróbálhat várakozni, de ilyenkor kezelhetetlenné, rombolóvá vagy zavaróvá válik. A szülők/gondozók arról számolhatnak be, hogy ott kell hagyniuk emiatt bizonyos szituációkat, pl. amikor vásárolnak a boltban. Akkor is ez lehet a helyzet, ha valami olyanért állnak sorban, amit a gyermek szeretne, pl. felülni a lóra a vidámparkban.

Iskolában:
A gyermeket leszidhatják, amiért előretolakodott a sorban és/vagy nem várta meg, amíg sorra kerül az osztályban vagy a barátaival történő játék közben. A gyermek ellenségesnek tűnhet és/vagy feszültté vagy nyugtalanná válhat, még akkor is, ha csak keveset kell várakoznia és/vagy ha olyan dologra kell várakoznia, amit nagyon szeretne. A tanárok arról számolhatnak be, hogy a gyermek jó szándékú, de túlzottan lelkessé válhat, és/vagy kortárskapcsolati nehézségei lehetnek a többiek szemében önzőnek tűnő viselkedése miatt.

17.

Gyakran félbeszakít másokat vagy tolakodó másokkal szemben?

Otthon:
A gyermek tolakodóan megzavarhatja mások beszélgetéseit, személyes terét vagy tevékenységeit. A gyermek értheti a szociális határokat, de nincs türelme azok szerint működni. Megzavarhat privát beszélgetéseket és a viselkedése figyelemfelhívó lehet. Úgy tűnik nincs tisztelettel a szülei/gondozói vagy testvérei privát szférájára, anélkül használja mások tárgyait, hogy megkérdezné. Anélkül cselekedhet, hogy végiggondolná a viselkedése következményeit. Ha rászólnak a gyermekre, annak korlátozott hatása lehet.

Iskolában:
A tanárok arról számolhatnak be, hogy a gyermek hajlamos arra, hogy félbeszakítson másokat, bekiabáljon a megbeszélésekbe, használja mások dolgait és/vagy kisajátítja és lefoglalja mások személyes terét és idejét (a gyermekekét és a tanárokét is). Anélkül cselekedhet, hogy végiggondolná a viselkedése következményeit. A gyermek nemigen tudja, hogy mások hogyan látják/észlelik az ő viselkedését, ami a társaival konfliktusokhoz vezethet.

18. Gyakran túlságosan sokat beszél, anélkül, hogy figyelembe venné a társadalmi elvárásokat?

Otthon:
A gyermek állandóan beszélhet, még akkor is, ha tudja, hogy az adott szituációban csendre van szükség. Témáról témára ugrálhat egy végtelen történetté alakítva és irányítva a beszélgetést, mert nehezére esik, hogy abbahagyja a beszélést. Megzavarhatja mások beszélgetését, akkor is, ha telefonálnak. A szülők/gondozók arról számolhatnak be, hogy rendszeresen emlékeztetni kell a gyermeket, hogy maradjon csendben és nyugodjon le.

Iskolában:
A gyermek beszélgethet az osztálytársaival akkor is, ha megkérték, hogy dolgozzon csendben vagy dolgozatírások közben. Előfordulhat, hogy nem reagál figyelmeztetésekre vagy szemrehányásokra. Irányíthatja a beszélgetést, túlbeszélhet másokat (a tanárokat is) és felületes válaszokat adhat a kérdésekre.

3. A hiperaktivitástól a viselkedés- és magatartászavarig

Összefoglalás: Az eddig tárgyalt viselkedéses tünetek azonosítása a különböző mentális zavarokban, melyek egy része a fejlődési zavarokhoz, más része a viselkedés-/ magatartászavarok nagy fejezeteihez tartoznak (Diszruptív, impulzuskontroll- és viselkedés zavarok. a DSM-5 –ben). Kiemelten tárgyaljuk azokat a kórképeket, amelyekben a tárgyalt viselkedéses tünetek a leggyakrabban megjelennek. (Kivétel a hiperaktív figyelemzavar, amely a következő fejezet témaköre)

Cél: Azonosítani a fennebb tárgyalt viselkedéses tüneteket a különböző mentális zavarok esetében. (Kivétel a hiperaktív figyelemzavar, amely a következő fejezet témaköre)

Kulcsszavak: Diszruptív, impulzuskontroll- és viselkedés zavarok., egy viselkedés leírása és analízise

Tanulást segítő kérdések: Hogyan határozható meg az oppozíciós zavar? Milyen okai lehetnek? Milyen beavatkozások javasolhatók? Milyen a prognózisa? Hogyan határozható meg a viselkedészavar? Milyen okai lehetnek? Milyen beavatkozások javasolhatók? Milyen a prognózisa? Hogyan mutatunk be egy viselkedést: jellemzőinek leírása és analízise

Ajánlott magyar nyelvű irodalom

- A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve (2015) , szerk. Balázs Judit, Miklósi Mónika, Semmelweis Kiadó
- BNO-10 zsebkönyv (2004), Animula Kiadó, Budapest
- DSM-5 referencia kézikönyv (2013), Oriold és ts., Budapest
- ADHD, a hiperaktivitás-figyelemzavar tünetegyüttes, (2009), Geobook kiadó, Budapest
- Kognitív viselkedésterápia, (2005). szerk. Mórotz Kenéz, Perczel forintos Dóra, Medicina Kiadó, Budapest

Fogalom meghatározás

Mint az előző fejezetben említettük, számos mentális zavar tünete lehet a hiperaktivitás, a figyelemzavar ill. az impulzivitás vagy akár a végrehajtó funkciók zavara. Ezekre a tünetekre idővel ráépülhetnek, mintegy ennek szövődményeként megjelenhetnek a különböző magatartás és viselkedés zavarok. A hiperaktivitás (és különösen azért, mert gyakran jár együtt impulzivitással is), melegágya lehet a különböző viselkedési- és magatartászavaroknak.

A jelen kontextusban kiemeljük a mentális zavarok közül azokat, amelyekben a legszorosabb lehet az összefüggés az említett funkciózavarok és a viselkedés zavar között, és leírjuk a DSM-5 alapján, melyek a magatartás-/ viselkedészavarok főbb klinikai formái. Az elsőként kiemelendő mentális zavar a **hiperaktív figyelemzavar** ill. a **hiperaktív magatartászavar**, amelyről részletesebben a következő fejezetben lesz szó.

A hiperaktív figyelem zavarról most csak annyit, hogy egy fejődési rendellenesség, aminek kimutatható genetikai és neurobiológiai (organikus) háttere van, ennek tüneti részeként jelenik meg a hiperaktivitás. (Tehát a fejlődési zavarok nagy fejezetében tárgyalandó)

A **viselkedés zavar** egy másik, különálló nagy fejezet, amely a viselkedés, magatartás nem adaptív módozatait írja le. Az Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA) által 2013-ban kiadott betegségek

klasszifikációs rendszerében (DSM-5) a viselkedéshez kötött mentális zavarok egyik fő összefoglaló címe: diszruptív, impulzuskontroll- és viselkedés zavarok.

3.1. Diszruptív, impulzuskontroll- és viselkedészavarok

1. Oppozíciós zavar
2. Intermittens explozív zavar
3. Viselkedési zavar
4. Antiszociális személyiség zavar
5. Pirománia
6. Kleptománia

Ebben a fejezetben csak az oppozíciós és a viselkedészavart fogjuk részletesebben tárgyalni, de már itt kiemelendő, hogy kisebb nagyobb mértékben jelen van az impulzus kontroll zavara minden felsorolt kórképben, ezáltal rokonítható a szerhasználathoz, a különböző evés zavarokhoz (pl. bulimiában a binge-eating), a kényszeres betegséghez és a trichotillomániához.

Oppozíciós zavar
Az oppozíciós (ellenálló) zavar tünettana a tekintély személy körül forog, a tekintély személy elvárásaival szembeni ellenálló magatartást jelenti. Az oppozíciós zavar gyermekkorban az egyik leggyakoribb pszichiátriai zavar és nagyon széles komorbiditási skálával jelentkezik, magyarul gyakran társulnak hozzá különböző egyéb kórképek, ezért diagnózisának felállításához különös figyelem szükséges. (pl. társulhat viselkedés zavar, hiperaktív figyelem zavar, hangulati érintettség, bántalmazás, poszttraumás stressz zavar).

Az oppozíciós zavar okai lehetnek:
1. Genetikai prediszpozíció
2. Bántalmazás (akár iskolai bullying), elhanyagolás, családi konfliktusok
3. Negatív életesemények (veszteségek, válás, halál esetek)
4. Szülők mentális zavarai (szerhasználat, depresszió)
5. Nehezített beilleszkedés a kortárs csoportba
6. Részképesség zavarok okozta frusztrációk
7. Figyelem zavar okozta frusztrációk
8. Büntetések, visszatérő negatív visszajelzések
9. Serdülőkori identitás krízis részeként
10. Szélsőséges szociális helyzetben
11. Szomatikus betegségek, krónikus fizikai fájdalom

Diagnosztikai kritériumok:
1. Keresztmetszeti kép
2. Idő faktor
3. Funkció zavar

Mielőtt részletesebben tárgyalnánk a keresztmetszeti képet, le kell szögezni, hogy az időfaktor min. 6 hónap, illetve, az élet legalább 2 területén funkció zavart kell okozzon.
Mit is jelent a funkciózavar egy életterületen?

Az életterületek lehetnek az iskola, a kortársközösség, az otthoni élet ill. később a munka közösség. Ha ezeken a területeken az egyén viselkedése maladaptív (azaz szembe megy a saját érdekeivel) akkor funkció zavart okoz. A gyerek tanulása nem képességeinek megfelelő, nem illeszkedik be a kortársközösségbe ill. az otthoni életben viselkedése folyamatos konfliktus forrása a családtagok

számára. Ha mindez teljesül, csak akkor állapíthatunk meg mentális zavart, ugyanúgy, ahogy ezt a hiperaktív figyelem zavar esetében is kihangsúlyoztuk.

A tüneti kép állhat:

- dühös / irritált hangulatból (pl. önmérséklet gyakori elvesztése, érzékenység / sértődékenység, düh és másokra való neheztelés)
- vitatkozó/dacos viselkedésből (pl. gyakori vitatkozás tekintélyszemélyekkel, gyakori aktív szembeszegülés a felnőttek elvárásaival szemben, gyakran szándékosan bosszant másokat ill. gyakran hibáztat másokat a saját hibáiért)
- haragtartó, bosszúálló viselkedés
- A tünetekből az elmúlt 6 hónapban legalább négynek fenn kell állnia.
- Terápiájában a komorbid állapotok megszüntetésén van a hangsúly:
- mikrokörnyezet (családi, iskolai) feltérképezése, az esetleges fenntartó tényezők (pl. bántalmazás) megszüntetése
- társuló pszichiátriai zavarok diagnosztizálása, kezelése (pl. ADHD, hangulat zavar)
- tanulással, figyelemmel társuló egyéb nehézségek kezelése

Pszichoterápiás jellegű beavatkozások: viselkedés terápia, kerettartó életvitel (szülőkonzultáció, esetleg családterápia), önértékelési zavarok kezelése.

Prognózis: Az esetek mintegy egy harmadában az oppozíciós zavar spontán is rendeződik. Rossz prognózist jelent a rideg-érzéketlen vonás jelenléte ill. a tartós bántalmazás, ilyenkor a kimenet antiszociális személyiségzavar felé utat. Ha a rideg-érzéketlen vonás nincs jelen, akkor az oppozíciós zavar felnőttkori hangulati és szorongásos kórképekbe alakulhat át.

Viselkedés zavar

A második kiemelt kórkép ebből a fejezetből a viselkedés zavar. Ennek központi eleme a normaszegő magatartás. Okai között felsorolandó ugyanúgy a genetikai háttér és a környezeti negatív behatások (hiányos normaátadás, bántalmazás), akár az oppozíciós zavarnál. A pszichoszociális rendszer hatásai a központi idegrendszer funkcionális szintjén is megjelenhetnek: kimutathatók elváltozások az amigdala és a prefrontális kéreg működésében. Ebből fakadóan neurokognitív mintákat is látunk: zavart az érzelem felismerésben, az érzelmi döntés hozatalban. Ezek a sérült képességek a későbbiekben mélyítik a tünetek súlyosságát. Viselkedés zavar szignifikánsan nagyobb fiúknál, mint lányoknál, ellentétben az oppozíciós zavarral, ahol a különbség enyhe, szintén a fiúk “javára”. Itt is jelen lehet a rideg-érzéketlen vonás, ami rossz prognózist, antiszociális személyiség zavart vetít előre. Viselkedés zavarnál spontán javulás nem áll be, ellentétben az oppozíciós zavarral. A diagnózis felállításához szükséges a tünetekből min 3-nak az elmúlt 1 évben jelen kell lennie és min egynek az elmúlt fél évben. Jelentős funkció károsodás van több területen.

Tünettana (a DSM-5 szerint) a következő:

1. Emberek és állatok felé irányuló agresszió (gyakran fenyeget meg másokat, gyakran kezdeményez verekedést, komoly fizikai sérülést okozó fegyvereket használ, fizikailag kegyetlen más emberekkel, állatokkal, rablótámadásokban vesz részt, más embereket szexuális cselekedetekre kényszerít).
2. Vagyonrongálás (szándékos vagyonrongálás, gyújtogatás).
3. Csalás vagy lopás (házak, autók feltörése, valótlanságok állítása előnyszerzés miatt, adatok hamisítása, dolgok eltulajdonítása).
4. Szabályok súlyos megsértése (szülői tiltás ellenére kimaradás 13 éves kor előtt, éjszaka otthonról elszökés, iskolai csavarás 13 éves kor előtt).

A DSM-5 a DSM-4-hez képest bevezetett egy új aspektust, a proszociális érzelmek korlátozottságának aspektusát, amit jelölni kell, és ami a rideg-érzéketlen vonás alapjául szolgál.

A rideg-érzéketlen vonásnak 4 fő jellemzője van:

1. Bűntudat érzése csökkent/ hiányzó
2. Empátiás készség csökkent/hiányzó
3. Saját moralitással szembeni érdektelenség
4. Érzelmi reakciók csökkent/hiányzó/inadekvát volta

Ahhoz, hogy a proszociális érzelmeket érintettnek deklaráljuk, a fenti 4 vonásból legalább kettőnek jelen kell lennie, különböző helyzetekben, min 1 évig. Az agresszió, ami nagyon gyakori velejárója a viselkedés zavarnak, két formában jelenhet meg: proaktív ill. reaktív módon. Egy vélt vagy valós sérelemre adott reaktív agresszió szinte bármely mentális kórképben tapasztalható, olykor egészséges egyéneken is. A proaktív agresszió viszont, amely tervezetten, az agresszió örömeért jön létre, az szinte kizáróan csak a viselkedés zavarban jelenik meg, ill. 18 éves kor után az antiszociális személyiség zavarokban. Az agresszió, különösen fiúknál, magas arányban csap át kriminális cselekedetekbe.

Diagnosztikában használhatók a következő kérdőívek:

- Képességek és erősségek kérdőív (SDQ, Strengths and Difficulties Questionnaire / viselkedés zavar és proszociális skála)
- Reaktív/proaktív agresszió kérdőív (Raine és mtsai, 2006)
- Reaktív agresszióval társulva megjelenhet egy új korforma is, amit a DSM-5-ben írták le először: a diszruptív hangulatszabályozási zavar.

Terápia

A viselkedés zavar terápiájában sajnos sem pszichoterápiás, sem farmakoterápiás beavatkozások irányában nincsenek erős evidenciák, melyek hatékonyságukat tudnák bizonyítani. Az életkor előrehaladtával az intervenció is nehezebb. Ha van intellektuális képességzavar is, akkor risperidon kezelés hatékony lehet.

A terápiában 3 fontos kérdéskört emelünk ki:

- Térképezzük fel a környezetet és szüntessük meg az esetleges fenntartó tényezőket (pl. bántalmazás, elhanyagolás)
- Tárjuk fel a komorbiditásokat (pl. ADHD, szerfüggőség, szorongásos zavarok, hangulatzavar, aminek komoly szuicid potenciálja is van), mert ezek megfelelő kezelése a másodlagosan kialakult viselkedészavar tüneteit enyhítik.
- Használjuk pszichoterápiás módszereket, a helyzethez illően: viselkedés terápia, családkonzultáció/ család terápia ill. a mentalizációs készségek növelése.
- Prognózis szempontjából a rideg-érzéketlen vonás ill. a korai kezdet a meghatározó, de súlyosbíthat a szerhasználat, az ADHD, a szülői minták (kriminalitás) valamint az alacsonyabb intellektus.

Mindezek fényében a prevencióra kell nagy hangsúlyt fektetni!

3.2. A viselkedés leírása és analízise

A viselkedés leírása

Ahhoz, hogy egy viselkedést pontosan és részletesen le tudjunk írni, nem elég a hétköznapi értelemben vett megfigyelés. El kell sajátítsunk néhány szempontot, amit minden megfigyelés alkalmával alkalmaznunk kell. A viselkedés leírásának szempontjai a következők:

1. Modalitás
   - Fiziológiai (milyen testi tünetekkel jár)
   - Motoros (pl. hiperaktivitás)
   - Affektív-kognitív (milyen érzelmek, gondolatok kísérik)
2. Dimenziók:
   - Intenzitás
   - Frekvencia
   - Tartósság
3. Topográfia:
   - Téri és idői szerveződés (pl. mit, hogyan, mikor kell megtegyen azért, hogy megszerezhesse a kábítószert)

A viselkedés analízise

A viselkedés analízisre azért van szükség, hogy kontextusában tudjuk megérteni a viselkedést. Nem igazán van olyan viselkedés, aminek ne legyen „ oka „ (általában ezek komplex összefüggések és nem lineáris ok-okozati kapcsolatok). A viselkedés analízis azért is nagyon fontos, hogy amikor szakemberhez fordulunk segítségért, tudjuk a problémát oly módon leírni, hogy az szervesen beágyazódjon a gyermeket körülvevő társas-fizikai környezetbe. Ha a viselkedés összefüggései felderíthetők, a megoldáshoz is kulcsokat kapunk. Viselkedés „ diagnosztika „:

1. Előzmény:
   - oki tényezők (lineáris okság, cirkuláris okság)
   - precipitáló tényezők (amelyek felgyorsítják a folyamatot)
   - prediszponáló faktorok (amelyek hajlamosítanak az illető folyamat megjelenéséhez)
2. Viselkedés önmagában
3. Következmény- megerősítő, kioltó tényezők

4. A hiperaktív figyelem zavar (ADHD: Attention Deficit Hiperactivity Dysorder)

Összefoglalás: A hiperaktív figyelemzavar (ADHD) egy idegrendszeri fejlődési zavar, magas heritabilitással. Diagnózisa tüneti képen alapul, főleg a gyereket jól ismerők (gondozók, pedagógusok) információi alapján, ill. kiegészítve a kognitív funkciók neuropszichológiai vizsgálatával. Vannak típusos és részleges formák, lányoknál gyakran aluldiagnosztizált. Kezeletlenül súlyos szövődményeket okozhat. A kezelés gyógyszeres megsegítésből, pszichoterápiából és differenciált pedagógiai módszerekből áll.

Cél: Megismerni a hiperaktív figyelemzavart, mint klinikai kórképet.

Kulcsszavak: hiperaktív figyelemzavar: tüneti kép, okok, lefolyás, szövődmények, terápia

Tanulást segítő kérdések: Határozzuk meg a hiperaktív figyelemzavart? Milyen kognitív funkciózavarok állhatnak a háttérben? A figyelemnek milyen aspektusairól beszélhetünk?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom

- A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve (2015), szerk. Balázs Judit, Miklósi Mónika, Semmelweis Kiadó
- BNO-10 zsebkönyv (2004), Animula Kiadó, Budapest
- DSM-5 referencia kézikönyv (2013) Oriold és ts., Budapest
- ADHD, a hiperaktivitás-figyelemzavar tünetegyüttes, (2009), Geobook kiadó, Budapest
- ACE (ADHD Child Evaluation), ADHD diagnosztikus interjú gyerekeknek

Fogalom meghatározás

A hiperaktív figyelem zavar egy idegrendszeri fejlődési zavar, aminek 3 fő tünete van: a hiperaktivitás, az impulzivitás és a koncentráció zavara. Mindhárom tünet a központi idegrendszer zavart működéséből származik, aminek elsődleges területe a prefrontális kéreg. A hiperaktív figyelem zavar diagnózisa sajnos viselkedéses jegyeken alapul, nincs gép, ami kimutatná, se teszt, ami számszerűsítené (mint például az értelmi elmaradások esetében az IQ vizsgálat). Elismert tény ugyanakkor, hogy a vizsgáló szobában nagyon ritkán észlelhetjük a hiperaktív figyelemzavar tüneteit, mert a gyerek arra a rövid időre, amig a vizsgálaton van, kontrollálni tudja a viselkedését. Így a gyermekpszichiáter arra kell támaszkodjon, amit a szülő elmond, illetve amit a pedagógus jelez, kiegészítve a kognitív funkciók neuropszichológiai vizsgálatával. A zavar hátterében álló kognitív funkciók (végrehajtó funkció, figyelem, gátlófunkciók) vizsgáló neuropszichológus sem lehet biztos azonban a dolgában, mivel egy okos gyerek, ha nagyon akarja, „ felturbózhatja „ képességeit egy rövid időre, épp annyira, amennyi kell a tesztek elvégzéséhez. Továbbá azt is figyelembe kell venni, hogy a hiperaktív figyelem zavar tulajdonképpen egy ernyőfogalom, több, adott esetben különböző kognitív funkció zavar állhat a háttérben, amit a tesztek sem tudnak mindig pontosan kimutatni. Mindezek ellenére a háttérben álló kognitív funkciók ismerete nagyon fontos az ADHD megismerésében, ugyanúgy, mint a neuropszichológus munkája a diagnosztikában.

4.1. Kognitív funkciók a háttérben

1. A végrehajtó funkciók

A háttérben álló kognitív funkciók közül a végrehajtó funkciókat említjük ki első sorban. Habár nem mindig, de nagyon gyakran zavaruk jelen van a hiperaktív figyelemzavar okai között. A végrehajtó funkciók elvégzik az elme különböző információ-feldolgozó és viselkedéses válaszokat generáló rendszereinek összehangolását, a belső folyamatok és erőforrások koordinációját, melyek eredménye

a szervezett viselkedés. A végrehajtó funkció az a képességhalmaz, amely lehetővé teszi egy elvégzendő távoli viselkedéses cél reprezentálását, a cél eléréséhez viselkedéses terv kialakítását, a kognitív és pszichés működés (érzelmek, indulatok, akciósémák) és viselkedés szervezését és kontrollját, a cselekvés és a környezet monitorozását. Szükség esetén képes a kidolgozott terv rugalmas megváltoztatására. A lényeget kiemelve (ez is a végrehajtó funkciók egyik eleme), a viselkedésnek van egy célja, az idegrendszer ennek elérésére készít egy mentális tervet, azt a tervet hosszú időn át is követni tudja, nem tér el irreleváns ingerek hatására. Ha kell, menet közben mindent újratervez. Folyamatosan összehangolja az erőforrásokat, kontrollt gyakorol az indulatai fölött és lépésről lépésre monitorozza az egész folyamatot. Ezáltal válik a viselkedés adaptívvá, célvezéreltté és rugalmassá.
A végrehajtó funkciókat az agy különböző formációi közötti bonyolult hálózatok és azok együttműködése valósítja meg, de kiemelt területe a prefrontális kéreg.

A prefrontális kéregről röviden annyit tudni kell, hogy olyan, mint egy karmester: ő hangolja egybe, ő szabályozza azt a sok-sok érzelmi, cselekvéses, figyelmi, gondolkodási folyamatot, ami az agy többi területén megvalósul. Nélküle reflex-lények lennénk, akik az első impulzusra azonnal reagálnak, anélkül, hogy egybehangolnánk cselekedeteinket a belső és külső világgal. A prefrontális kéreg kisgyereknél, 5-7 éves korig viszonylag fejletlenebb, ezért a kicsik „ érzelmi, indulati lények „. Amint érik ez a terület, a kicsik egyre jobb problémamegoldókká válnak, figyelmüket oda is tudják irányítani, ahova kell, nem csak oda, ami őket érdekli és érzelmi állapotaikat is jobban szabályozzák. Itt ki kell hangsúlyozni, hogy az érés csak biztonságot nyújtó kapcsolatban következhet be teljes mértékben. Ahol kötődési zavar alakul ki, ott minden bizonnyal a prefrontális „ karmester „ is gyengébben fogja végezni munkáját még felnőtt korban is. *(lásd video).* A prefrontális kéreg érettségétől függ tehát az indulatkezelés, a rugalmas alkalmazkodás, a kiegyensúlyozott ítéletalkotás, az előrelátás, a morális szempontokat is mérlegelő döntéshozatal, az önreflexió, az empátiás és az intuitív készség is. A serdülőkorban átmenetileg visszaesik a prefrontális kéreg működése, de amint a serdülőkor elmúlik és visszaáll a hormonális egyensúly, 20 éves kor körül eléri fejlődésének teljességét.

Ha a gyermeket huzamos ideig túl sok stresszhatás éri (pl. rendszeres megfélemlítés, megszégyenítés és kiközösítés), agyában az *amygdala* a normálisnál nagyobbra nő, a *prefrontális kéreg* pedig megreked a fejlődésben. Ha ez a hatodik életév előtt történik, a viselkedés irányítását át sem veszi a prefrontális kéreg. Ez az oka az éretlen nagyobb gyerekek és az éretlenségben rekedt felnőttek kiszámíthatatlan, féktelen, időnként agresszív magatartásának, ami a kicsiknél még életkori sajátosság. A súlyos, de kivételes (nem tartósan fennálló és nem ismétlődő) gyerekkori traumák legtöbbször csak átmeneti visszaeséssel járnak, de tartós elakadást nem okoznak a prefrontális kéreg fejlődésében és az érett személyiség kibontakozásában.

2. A figyelem

A következő kognitív funkció, mely zavart szenved ADHD-ban, az a figyelem. A figyelem tulajdonképpen egy szelektív folyamat, amely által az információt tudatosan észleljük vagy kiemeljük, amíg más információkat nem tudatosan elemzünk vagy szűrünk ki. Ugyanakkor egy erőfeszítési folyamat is, ami által a feldolgozási forrásokat (a figyelmi készletet vagy kapacitást) elosztjuk, a mentális energiát akaratlagosan egy meghatározott feladatra vagy aktivitásra fordítjuk, más feladatok vagy aktivitások terhére. Végül a figyelem egy éber állapotot fenntartó folyamat (vigilancia), ami által az információk vételére való hatékony készenlét az éberségi (idegrendszeri aktivációs) állapot rövid idejű fokozódásával vagy hosszabb ideig tartó fennmaradásával szabályozott. (Kollár, Szabó: Pszichológia pedagógusoknak). Minden magasabb szintű kognitív folyamhoz „alapszintként” (baseline) szolgálna.

A klinikumban (a viselkedés puszta megfigyelése alapján) néha elég nehéz megítélni, hol van a nehézség. Egyrészt nincsenek objektív tesztjeink, másrészt sok mentális kompenzáció módosíthatja a

figyelemzavar klinikai megjelenését. A figyelmi komponensei gyakorlott szemmel a viselkedés alapján néha megítélhetőek.

- **Figyelmi kapacitás:** mennyire „ bírja „, ha egyszerre több információt kap. Ennek mértéke természetesen nagyon függ az életkortól. Más kognitív folyamatokkal (pl. rövid távú memória) és viselkedéses faktorokkal (elterelhetőség, motiváció) is kapcsolatban áll.

- **A figyelem terjedelme** alatt a figyelmünket egyszerre lekötő dolgok számát értjük, azaz azoknak a dolgoknak a számát, melyeket egyszerre képesek vagyunk figyelni. Megfigyelések azt mutatják, hogy az ember általánosan egyszerre hat külön ingerre képes figyelni. Az egyszerre figyelt dolgoknál nehéz eldönteni, hogy ezeket „valóban" egyszerre figyeljük, vagy gyors egymásutánban váltogatjuk figyelmünk tárgyát. A figyelem terjedelmét növeli, ha nem egymástól teljesen különböző, hanem egymással összefüggő dolgokra kell figyelnünk: ha értelmetlen betűsorokat figyelünk, sokkal kevesebbet fogunk fel belőle, míg, ha mondatokat olvasunk, egyszerre több szó felfogására is képesek vagyunk.

- **Megosztott figyelem:** képesség párhuzamosan válaszolni egynél több feladatra vagy eseményre (multitasking). A megosztott figyelem jellegzetessége változatossága, egyes periódusokban a tárgyak közt egyenlő arányban osztjuk meg figyelmünket, míg máskor egyes tárgyakat előnyben részesítünk. A figyelem megosztása gyakorlással javítható, sok folyamatot automatizálhatunk, így nem vagy kevésbé kötik le figyelmünket, és képesek leszünk más dolgokra is koncentrálni. A figyelem megosztottságának gyakorlását hasznosítják például a tolmácsok képzésében: a tolmácsolni kívánt szöveg hallgatása mellett a tanulóknak számítási feladatokat is el kell végezniük. Ilyenkor fontos az ütemezés is, hiszen a számítási feladatokat és a szöveget egyszerre kell kezdeni és befejezni az eredeti szöveg elhangzásával. A figyelem megosztása tehát azt jelenti, hogy több műveletet hajtunk végre ugyanabban az időben úgy, hogy a különböző műveletekre különböző mértékben figyelünk.

- **Fókuszált, szelektív figyelem**: mennyire képes egy ingerre tartósan figyelni, kizárva minden mást (elterelhetőség).

- **Tartós figyelem:** elnyújtott, huzamosabb időn keresztül képesnek lenni éberen egy feladatnál maradni. A tartósság elsősorban a szándékos figyelem jellemzője. Míg a spontán figyelem hamar alábbhagy a szándékos figyelmet képesek vagyunk tudatosan fenntartani akkor is, ha a bejövő inger – figyelmünk tárgya – gyengül, nem változik. Elmondható, hogy mozgó tárgyakra könnyebben figyelünk tartósan, mint mozdulatlanokra. A figyelem tartósságát fokozza, hogy ha tartósan foglalkozunk valamivel, kötődésünk alakul ki a megismert téma iránt.

- **Figyelmi váltás:** A figyelmi erőforrások tudatos áthelyezése, reallokációja egyik tevékenységről a másikra.

A kórkép gyakorisága, nemek közti eloszlása, életkori sajátosságok:

Az ADHD az egyik leggyakoribb mentális zavar. Az átlag gyermekpopuláció 5%-a érintett, de ha csak a kisiskolás korúakat vesszük, akkor ez felmehet 6-12 %-ra is (Costello és mtsai, 1997). Ez az adat érthető, ha belegondolunk, hogy az iskolában a monotónia tűrés, a türelem, a csendben és egy helyben ülés az alapelvárások közé tartozik (alapvetően az iskolaérettség ismertetői). Így az addig óvodai, szabadabb közegben növekedő gyerek még "elnézett „ tolerált készséghiányai az iskolában súlyos funkció romlást okozhatnak.

Kutatások kimutatták, hogy fiúknál háromszor gyakoribb, de figyelembe kell venni, hogy lányoknál gyakran fel sem ismerik a kórképet. Ennek egyik oka, hogy lányoknál gyakrabban a figyelemzavar dominál (ADD, Attention Deficit Disorder), ami könnyen összetéveszthető sok más kórképpel, főleg, ha már a szövődmények is megjelentek (szorongás, önértékelési zavar vagy ritkábban agresszív viselkedés).

Fiúknál a hiperaktív-impulzív típus dominál, de szép számban vannak kevert esetek is. A kórkép mutat egy spontán javulást fiatal felnőtt korra, de sajnos 40-60 %-a továbbra is küzdeni fog ezekkel a nehézségekkel. Főleg a hiperaktivitás az, aminek a legnagyobb esélye van a javulásra (ez a kisebb, óvodás hiperaktív figyelemzavarral élő és a serdülő hiperaktív figyelemzavarral élő közti különbségben is meglátszik.

Oki tényezői között első sorban a genetikai örökletesség áll (heritabilitás 75%), de minden más is okozhatja, ami a központi idegrendszer és azon belül is kiemelten a prefrontális kortex sérüléséhez vezet.

4.2. Klinikai kép

A szindrómát (tünetegyüttest) már 1902-ben leírták (Sir George Frederick Still), aki azt találta, hogy egyes gyerekeknél következetesen megjelenik ez a „csillagkép „, ami az erkölcsi kontroll zavarából (agresszív, dacos, túl emocionális viselkedésből, ma azt mondanánk impulzivitásból) és a figyelem fenntartás képességének a zavarából állt. A leírásban az volt az új, hogy ezt a „ gyengeségét az akarati funkcióknak „ konstitucionálisnak tartotta, tehát nem erkölcsi dimenziókban ítélkezett fölöttük, hanem valamelyest velük született vonásként írta le őket.

Ez a kép nem is változott egészen 1947-ig, amikor neurológusok leírták az ún. Minimal Brain Damage szindrómát, (magyarul minimális agyi sérülést jelent , Stauss & Lehtinen, 1947), ahol tünetként felsorolták a következőket: az értelmi képességek feltűnően kiegyensúlyozatlan fejlődése, figyelemzavar, gyakran passzivitásba átcsapó hiperaktivitás, koncentrációs problémák, alacsony kitartás, fáradékonyság, impulzív viselkedés, kicsapongás, hangulatváltozások, változó szellemi teljesítmény, érzelmi labilitás, infantilis magatartás, elalvási problémák, éjjeli bevizelés, rémálmok, beszédzavar, motorikus problémák, érzékszervi zavarok, tanulási, olvasási, írás-zavarok (diszlexia, diszgráfia), stb., ami funkcionális szinten MCD-t eredményezett (Minimal Cerebral Dysfunction, minimális agyi dysfunkció). Ezzel a megnevezéssel a mai napig is találkozhatunk olykor-olykor, főleg neurológiai vizsgálatokon, annak ellenére, hogy Rutter már 1970-ben bizonyította, hogy ennek a szindrómának nincs létjogosultsága, annyira szerteágazóak a tünetei. Szerinte hiperaktivitás miatt nem következtethetünk agykárosodásra a szó szoros, neurológiai értelmében.
Végül 2002-ben konszenzusra jutottak a zavar leírásában

Jelenleg a DSM-5 Figyelemhiányos/ Hiperaktivitás zavar címszó alatt 3 formát ír le:

1. Túlnyomórészt figyelemhiányos megjelenési formát,
2. Túlnyomórészt hiperaktív/impulzív formát és a
3. Kombinált formát.

A BNO-10 Hiperkinetikus zavarok címszó alatt az aktivitás és a figyelem zavarait határozza meg, altípusok:

- F90.10 Hiperkinetikus magatartászavar
- F90.80 Egyéb hiperkinetikus zavar
- F90.90 K.m.n. hiperkinetikus zavar

Diagnosztika
Diagnosztikus kritériumok megadott számú tünet a triászból, min. 6 hónapig, 7 (a BNO-10-ben), illetve 12 év előtti kezdettel a DSM-5-ben), mellette egyértelmű funkció romlással legalább 2 területen. Miután a szülőtől elnyertük a szükséges információkat a gyerek viselkedésére vonatkozóan, szükségünk lesz még egy „elfogulatlan" megfigyelőre, és ez lesz a gyerek pedagógusa. Több kérdőív is a rendelkezésünkre áll, hogy segítsük a pedagógust gondolatainak rendezésében, leggyakrabban használt a Conners tanári kérdőív. Ebben felsorolásra kerülnek a hiperaktív figyelem zavar tünetei, a tanár pedig minden egyes tünet gyakoriságát kell bejelölje (soha, néha, elég gyakran, gyakran). A tünetek lajstromozásában kitűnő segítség az ACE (ADHD Child Evaluation), amit az első előadásban részletesen ismertettük.

Az ADHD előnyei
Ezt a címet nem kell idézőjelbe tenni, mert valós előnyökről van szó, még akkor is, ha ezeket legtöbbször se az oktatói, se a családi környezet nem veszi észre és nem használja ki. Az ADHD-s gyerekről bizton elmondható, hogy dinamikus, spontán, kreatív és nonkonformista, bevállalós (impulzivitás másik oldala!), hiperfókuszált (figyelmi váltás nehezítettségének másik oldala. A részletekre ugyan nem figyel, de gyorsabban átlátja a teljes képet és jól tűri a káoszt (amit alapvetően ő teremtett maga körül).

Marko Ferek könyvében (Hiperaktív álmodozók) rávilágít egy érdekes összefüggésre:

„ *… (a hiperaktív figyelemzavarral élők) határtalan képességű, nagyon kreatív személyiségekként is jellemezhetők. De szabadságra van szükségük ahhoz, hogy pozitív tulajdonságaik kifejezésre juthassanak, mert ha azt teszik, amit szeretnek, önmagukká válnak. Csak így képesek megvalósítani saját potenciáljukat. (…) A történelem során ők voltak azok, akik új képleteket fedeztek fel, a tudás új ösvényeit, új és egyszerűbb módszereket. (…) Aztán megváltozott valami. „ . „ Az oktatási rendszer lett a kiindulási alapja az egyén értékelésének*".
És valóban így van: az ADHD leggyakrabban akkor válik nehéz problémává, amikor a gyerek nem tud iskolában figyelni, vagy strukturált helyzetekben működni. De őseink társas és „ oktatási „ rendszere teljesen más volt, mint a mienk, annak ellenére, hogy az idegrendszerünk semmit nem változott azóta. A mai vadászó-gyűjtögető népek megfigyelései alapján feltételezhetjük, hogy a tanulási folyamat alapja a játék, a megfigyelés és az informális instrukciók voltak. Őseink általánosítók voltak, mi viszont szűken értelmezett képességeket, tudást sajátítunk el, és mindezt magasan strukturált osztálytermi tanítás mellett

Adódik a feltevés, hogy egy nem kifejezetten strukturált környezetben, ahol az elvárások mások, mint a mai társadalmakban, az ADHD-s vonások akár előnyösek is lehetettek az evolúció során. Gondoljunk csak bele egy kicsit: nomádnak lenni egy új, ismeretlen környezetbe megérkezni nem könnyű helyzet, gyorsan rá kell jönni arra, mi az, amire a legkritikusabb figyelni. (Gyorsan át kell látni az összképet). Merésznek kell lenni, dinamikusnak, nem lehet leragadni a megszokott normáknál, újakat kell kialakítani, méghozzá gyorsan. Lehet, hogy azok, akiket most ADHD-soknak nevezünk, jobban tudtak alkalmazkodni az ismeretlen környezetben? Lehet, hogy a mai korban a gyorsaságuk türelmetlenség? A gyors döntések meghozatalának képessége impulzivitás? A bátorságuk meggondolatlanság? Mindezek természetesen csak költői kérdések, hiszen a mai társadalmak úgy működnek, ahogy, a társadalmi elvárásokat nem lehet gyökeresen megváltoztatni és a hiperaktív figyelemzavarral élő gyerekek valóban hátránnyal indulnak nem hiperaktív társaikkal szemben. Rávilágít ugyanakkor arra a fontos tényre, hogy minden készség zavar, nehézség erőteljesen függ a környezettől. A környezet milyensége, hozzáállása „ dönti „ el, hogy a készségzavar valóban zavar lesz-e vagy esetleg akár előny is. Ez egy nagyon fontos aspektus a mentális zavarok és különböző fogyatékosságok tanulmányozásánál és ez a differenciált pedagógia egyik nagyon fontos kiinduló pontja. Tételesen kijelentve a differenciált pedagógia olyan körülményeket kell teremtsen az oktatásban, ahol a gyerek előnyös tulajdonságai is érvényre tudnak jutni, a nehézségeik megsegítése mellett.

Szövődmények
Mint láthattuk, a hiperaktív figyelemzavar önmagában még akár evolúciós előny is lehetne, a mai társadalmakban mégsem az. Sőt, ha önmagában nem is probléma, akkor is nagyon súlyos szövődményekkel számolhatunk, ha nem kezeljük időben. Azt is mondhatjuk, hogy igazából a szövődmények azok, amelyek a legnagyobb figyelmet érdemelnek a diagnózis felállítása után. „ Hiperaktív „ karrierről szoktak beszélni, ami tipikusan a következőkből áll: alacsony önértékelés, hangulat zavar, iskolai alulteljesítés, alacsonyabb szint a munkaerő piacon, kortárskapcsolati nehézségek, szerfüggőség, deviálódás.

4.3. Terápia

1. Szülők pszichoedukációja
2. Gyógyszeres terápia
3. Pszichoterápia
   - viselkedés terápia (gyerek)
   - szülőtréning
   - fejlesztő jellegű terápiák
4. Differenciált pedagógia

4.3.1. Szülők pszichoedukációja

Célja, hogy a szülők megértsék, mit takar a diagnózis és milyen sajátosságokkal jelenik ez meg a saját gyerekükben. Hiszen tudjuk, hogy minden készségzavar csak a gyökere a fának, a lombozat az mindig eltérő lehet, attól függően, milyen más gyengeségekkel küzd még a gyerek ill. milyen kompenzációra alkalmas erősségei vannak. A szülők edukációjában a legalkalmasabbak a szülő csoportok, amelyek hatékonyabbá teszik a tanulást (egymástól is tudnak okulni, nem csak a terapeutától), illetve ad egy pszichésen szupportív jelleget is, ami sokszor nagyon fontos az elfáradt és ijedt, eszköztelen szülők számára. Ugyanakkor pszichodramatikus eszközökkel meg is tudják tapasztalni, milyen lehet hiperaktív figyelemzavarral élni, ami növeli a gyerek irányába érzett empátiájukat, növeli a toleranciaküszöbüket és egyénre szabottabb, innovatívabb megoldások felé vezetheti őket. A szülőcsoportok egy fajta menedzsmenti tudást is adnak, amiben a gyerek érdekeinek az érvényesítése is benne van.

4.3.2. Gyógyszeres kezelés

A hiperaktív figyelemzavarral szemben még jelenleg is elég nagy ellenállás van a szülők és sok társszakma képviselői részéről is, habár egy csökkenő tendencia azért észlelhető, valószínűleg a számos terápiás siker hatására. A szülőknek nehéz megérteni, hogy miért kell gyógyszer egy „ csintalan, rossz gyereknek „, ha az az otthoni szabad, strukturálatlan helyzetben, esetleg egy szabadelvű nevelési stílus mellett nem is mutat olyan nagy eltéréseket, viszont az iskolában hatalmas problémákat generál. A szülők hajlamosak kivetíteni ilyenkor a „ hibákat „ a külvilágra, és a mi felelősségünk, hogy meggyőzzük őket, hogy rugalmasabban tudjanak hozzáállni a problémához. Gyakoriak a félelmek a gyógyszer mellékhatásaitól, melyekről sok hamis híresztelés terjeng (ezekről részletesebben a mellékhatások fejezetben tárgyalunk).

Gyógyszeres kezelés indikációi:
- középsúlyos, súlyos ADHD
- 6 éves kor felett

A Ritalin (metilfenidát)

Hatásmechanizmusa: Dopaminerg és noradrenerg neurotranszmisszióra8 ingerület átvitel) hat (prefrontális kéreg, striatum, ncl. accumbens), fokozza a DA (dopamine) szinaptikus transzmisszióját, serkenti a DA raktárak felszabadítását és gátolja a preszinaptikus (szinapszis előtti sejtbe történő) DA visszavételt.

A metilfenidátot először 1944-ben készítették el a Ciba (jelenleg Novartis) laboratóriumaiban. Leandro Panizzon kémikus szintetizálta. Panizzon a felesége után Rita nevet adta a szernek, amit az asszony az alacsony vérnyomásának kompenzálására használt. Miután a koncentrációra kifejtett jótékony hatásait észrevették, 1956-ban bevezették a hiperaktivitás és figyelemzavar kezelésében is. Az évek során számos, nagy szabású vizsgálat bizonyította, hogy a metilfenidást az esetek 87-90%-ában egyértelmű javulás hoz a hiperaktív figyelemzavarral élők életminőségben a kognitív funkciók nem károsodnak, gyakran normalizálódnak, javulnak a mag-tünetek (kevésbé túlmozgásos és impulzív, jobban koncentrál). Mindezek következményeként csökkenhet az agresszív viselkedés is, javulnak a szociális interakciók, az együttműködési készség és a tanulmányi eredmények is.

Mint minden gyógyszernek, a Ritalinnak is lehetnek olykor mellékhatásai, de összességében biztonságos gyógyszernek számítanak.

A leggyakoribbak a következők:

- Általános: hossz növekedés elmaradása, izzadás, HEENT (fej, szem, fül, orr, torok) fájdalom, homályos látás.
- Szív-érrendszer: szapora / lassú szívverés, magas/ alacsony vérnyomás, szívdobogás érzés, mellkasi fájdalom
- Gyomor-bél rendszer: - hányinger, hányás, hasi fájdalom, csökkent étvágy, súlycsökkenés, szájszárazság
- Bőr: -rash jellegű vagy csalánkiütés
- IR: idegesség, nyugtalanság, álmatlanság, fejfájás, tic, remegés, eufória / dysfória, pszichózis, görcsök

A pszichostimulánsok eufóriát okoznak, ezáltal kiváltva a függőséget, de csak abban az esetben, ha a központi idegrendszert hirtelen árasztják el. Ez csak inhalált vagy intravénás alkalmazásban lehetséges, kapszula vagy tabletta formájában nem. Akkor a szer fokozatosan szívódik fel és jut be az agyba, ezáltal nem okoz euforikus érzést. Előfordul az illegális kereskedelem is, főleg a koncentrációnövelő hatása miatt használják nem ADHD- s egyének (diákok vizsgaidőszakban).

Az ún. visszacsapás jelensége is előfordulhat néha (rebound), ami a gyógyszer szervezetből történő kiürülését követi: ilyenkor fél-egy órára a gyerek még hiperaktívabb lehet, mint előtte volt. Ez Ritalin tablettánál kell főképp figyelembe venni, mert tabletta formájában 4 óra alatt teljesen kiürül a szervezetből. Ennek enyhítésére vagy odafigyelünk, hogy 4 óra után újabb tablettát kapjon (de legkésőbb délután 4-ig, mert utána már akadályozhatja az elalvást), vagy long acting, elnyújtott hatású kapszula formájában alkalmazzuk. Ennek hatása 8 órán át tart.

Ellenjavallatok (nem minden esetben abszolút ellenjavallatok, van, amikor csak óvatosság szükséges): túlérzékenység, magas vérnyomás, szív- és érrendszeri fejlődési rendellenességek, pajzsmirigy túlműködés, glaukóma, jelentősebb szorongás, szerabúzus, tic, epilepszia, pszichózis.

Az adagot, mint sok más, a pszichiátriában használatos gyógyszernél, a legalacsonyabb hatásos adag beállításának elve szerint keressük meg: egy kisebb adaggal kezdünk és fokozatosan addig emelünk, amíg el ne érte a kívánt hatást.

Nem stimuláns gyógyszerek (Strattera)

Hatásmechanizmus: A preszinaptikus noradrenalin transzporter szelektív inhibitora (a szinapszis előtti sejt által termelt transzportert szelektíven gátolja, ami a szinaptikus résben lévő noradrenalin és dopamin visszavételét végezné el), ezáltal az intracelluláris noradrenalin és dopamin koncentrációt fokozza a prefrontális kéregben. Nem befolyásolja a striátum és a ncl accumbens DA szintjét (nincs abúzust okozó potenciál)

Hatás: Az esetek 80 %-ában jelentkezik, ugyanaz, mint a Ritalinnál leírtak.

Hatása csak 3-4 hét alkalmazás után jelenik meg, de akár a 12 hetet is kell várni rá, viszont hatása 24 órán át tart, ami bizonyos esetekben nagyon nagy előny a Ritalinnal szemben.

Mellékhatások: fejfájás, felső hastáji fájdalom, csökkent étvágy, hányinger/ hányás, ingerlékenység, szédülés, aluszékonyság, szívfrekvencia növekedés, vérnyomás növekedés, opponáló magatartás erősödése, szuicid gondolatok.

4.3.3. Pszichoterápia

A pszichoterápiás módszerek hatása messze elmarad a gyógyszeres terápia hatásától, de ennek ellenére hasznos és fontos kiegészítője a hiperaktív figyelemzavarral élő gyerekek hossz távú gondozásának. Folyamatosan új és újabb módszereket fejlesztenek ki, de a központi kérdés mindig az marad, hogy képes-e a pszichoterápia javítani azokon a kognitív funkciókon (végrehajtó funkciók, gátlás, figyelem, aktivitás), ami a hiperaktív figyelemzavar hátterében áll. Vannak kísérletek, amik ezt bizonyítják: az idegsejtek száma megnő, a dendritnyúlványok meghosszabbodnak. Fontosságuk iskolás kor előtt kiemelkedő, amikor (6 éves kor alatt) a gyógyszer nem alkalmazható.

Vannak terápiák, amik a képességek célzott fejlesztését tűzik ki célul (pl. neurofeedback), és vannak, amelyek az életvitelben, az oktatásban próbálnak kapaszkodókat, a környezet részéről fejlesztő-támogató jellegű megsegítéseket nyújtani. Az utóbbi közül a legfontosabb a viselkedés terápia.

A. - A viselkedés terápia kulcselemei ezekben az esetekben a pozitív kommunikáció, a pozitív megerősítések, valamint a környezeti struktúra és rendezettség megteremtése.

1. A pozitív kommunikáció elfogadáson alapul, nem csak deficit orientált, a képességeket fejleszti, egy kicsit a környezetet is igazítja a gyerekhez, és nem csak fordítva. Gyakori, de mértéktartóan pozitív visszajelzésekből áll.
2. Pozitív megerősítések: fókusza a viselkedés felépítése azáltal, hogy a legapróbb adaptív viselkedés méretarányosan, de következetesen elismerésre kerül. Mivel a hiperaktív gyerekek türelmetlenek, nehézségük a várakozás, ezért egy picit ezt is lehet gyakoroltatni velük az ún. zseton rendszer alkalmazásával (minden sikeres megnyilvánulás egy zsetont ér, amit egy bizonyos zseton szám elérése után be lehet váltani egy nagyobb jutalomra).
3. Struktúra és rendezettség: napi rutin, kevés szabály, de következetesség a határok, keretek tartásában. Ebben a vizualitáson alapuló napirendek, folyamat ábrák, szabálykártyák épp úgy segítségünkre lehetnek, mint az autizmus spektrum zavar ellátásában.

A fenti elemeket magába foglalóan számos strukturált terápiás programot alkottak, különböző fókuszpontokkal, ha valaki ebben mélyebben bele akar mélyülni, ajánljuk a következő szerzőket: Halperin & Healey, 2011(Önszabályzó képességek erősítése, ENGAGE), Corkum et al., 2010 (Specifikus viselkedés terápiás beavatkozások *a szociális kapcsolatok* terén), Abikoff et al., 2012 (A szervezési készségek területe).

A programokat rendszerint iskolás kor előtti korosztályra dolgozták ki, módszereik a játék és a fizikai aktivitás szakember vezetésével, de mindenképp otthon a szülővel is gyakorolni kell. A viselkedés terápiának rendkívül lényeges és a hatékonyság szempontjából megkerülhetetlen része az, hogy a gyermek életének minden területén lehetőleg hasonló keret rendszerben kell alkalmazni (otthon, iskolában stb.) Párhuzamosan szülőedukáció elengedhetetlen, mint mindig.

A megfigyelések szerint a csoportos fejlesztés hatásosabb (szociális közeg is „besegít"). Megemlítünk néhány példát ezekből a fejlesztő jellegű játékos tevékenységekből:

- Gátlás fejlesztése: Simon says; Freeze dance
- Munka memória fejlesztése: bevásárló lista megjegyzése; poharak alá rejtett kincsek keresése
- Motoros kontroll: labdajáték, kötélugrás
- Figyelem fejlesztése: "itt a piros, hol a piros"
- Téri vizuális orientáció: puzzle
- Tervezés: becsomagolás egy piknikre

Mit rejt egy társas játék, mint fejlesztési lehetőség?

- Cél meghatározás
- Stratégia kidolgozás
- Kudarc kezelés (kognitív/ indulati szint)
- Ellenőrzés
- Kitartás
- Önállóság / együttműködési készségek

Serdülőkorban kognitív elemeket is beviszünk a viselkedéses korrekciók mellé. Segítséget nyújtunk a társas és a mindennapi élet kihívásaiban, a probléma megoldási készségek javításában és az önkontroll erősítésében (Safren, 2006).

Célzott fejlesztések

Kiinduló hypothézis: a kihívást jelentő, de még nem elárasztó ingerek segítenek a háttérben húzódó agyi működések és a következményes kognitív folyamatok helyreállításában (Klingberg et al., 2005). Intenzív PC alapú gyakorlatok az impulzivitás, figyelem és munka memória fejlesztésére (pl. neurofeedback. Itt megjegyezzük, hogy a neurofeedback nem evidencia alapú, hatásai átmenetiek). A vizualizáción keresztül történő jutalom- alapú technikák (Arns et al., 2009). Fontos megjegyezni, hogy ezek a technikák intenzív és hosszas gyakorlás után hoznak eredményt, nagy erőfeszítést kívánnak a szülő részéről is és hatásuk a számos kutatás ellenére sem számít evidence based-nek. Coaching (életvezetési tanácsadás): Főleg serdülőknél alkalmazzuk, segítség nyújtunk a célok meghatározásában, az erőforrások aktiválásában és a velük való optimális gazdálkodásban. Fejlesztjük az önismeretet. Az adaptív magatartás kialakításában bátorító visszajelzésekkel segítünk.

4.3.4. Differenciált pedagógia

Ahogy az ADHD előnyeit leíró fejezetben kifejtettük az ADHD-s gyerekek oktatásában akkor tudunk a leghatékonyabbak lenni, ha észrevesszük, hogy az ADHD nem csak egy készségzavar- halmaz, hanem más megvilágításban, más környezeti ráhatások között akár előnyös és adaptív is lehet. Rajtunk (főleg a pedagógusokon és a szülőkön) múlik, hogy ezekre a pozitív képességekre (dinamizmus, gyors döntés hozatal, bátorság, káosz tűrés stb.) is építsünk a hiányos készségek fejlesztése és megtámogatása mellett.

5. Hiperaktivitás, figyelemzavar, magatartászavar és ADHD: differenciál diagnosztika

Összefoglalás: Szempontok ismertetése, melynek alapján egy tünetet több aspektusából is meg tudjuk vizsgálni, segítve ezzel a differenciál diagnosztikai munkát és a társuló nehézségek, illetve a kialakult szövődmények felderítését is. A gondolkodás strukturálása a megismerés különböző szintjeinek elkülönítésével.

Cél: Megtanulni strukturáltan gondolkodni a gyerek egy adott, zavaró viselkedéséről, analizálni azt, tudni, hogy a hatékony beavatkozáshoz komplex diagnosztika szükséges és ha külső szakember segítségére van szükség, tudni prezentálni a problémát a maga összefüggéseiben és komplexitásában.

Kulcsszavak: a megismerés szintjei, differenciál diagnosztika az ADHD esetében, Társuló problémák és zavarok felderítésének lehetőségei

Tanulást segítő kérdések: Mi másra gondolhatunk az ADHD-n kívül, ha fokozott mozgás igényt látunk? Mi másra gondolhatunk az ADHD-n kívül, ha figyelemzavart látunk? Mi másra gondolhatunk az ADHD-n kívül, ha fokozott impulzivitást látunk? Milyen kérdésköröket kell körbejárni, ha fényt akarunk deríteni a társuló problémára és /vagy szövődményekre

Ajánlott magyar nyelvű irodalom:

- A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve (2015), szerk. Balázs Judit, Miklósi Mónika, Semmelweis Kiadó
- ADHD, a hiperaktivitás-figyelemzavar tünetegyüttes, (2009), Geobook kiadó, Budapest
- ACE (ADHD Child Evaluation), ADHD diagnosztikus interjú gyerekeknek

A cél meghatározás

Ennek a tananyagnak nem az a célja, hogy a különböző diagnosztikus árnyalt különbözőségekre rávezesse az olvasót vagy hogy megtanítsa megkülönböztetni az egymással gyakran együtt járó vagy nagy átfedéseket mutató kórképeket. A cél most az, hogy megtanuljunk gondolkodni arról a viselkedésről, amit tapasztalunk egy gyereknél, ami adott esetben nagyon zavar minket és a környezetünket, vagy veszélyes lehet magára a gyerekre nézve is.

Egy viselkedés megértésének szintjei

Egy viselkedés megértésének különböző szintjein vannak, melyeket nem tanácsos összekeverni, mert nagyon zavaros eredményekre juthatunk. Ha a legmélyebbre megyünk, be kell lássuk, hogy az emberi viselkedésnek van egy előre huzalozottsága, vannak adott tanulási mechanizmusok, amik adott célokért jöttek létre (pl. túlélés, szaporodás) és amik mondhatnánk, gátat szabnak lehetőségeinknek. Ezt nevezhetjük az emberi faj genetikai meghatározottságának. Ezen a szinten (genetikain) többnyire tudósok mozognak. A genetikailag ismert ok által létrehozott zavart viselkedésnek az idegrendszerben „szabad szemmel „ (vagy inkább funkcionális MRI-vel) látható elváltozásai is lesznek (elég, ha csak a prefrontális kéreg szerepére gondolunk a hiperaktív figyelem zavar esetén). Az elváltozások lehetnek alakiak is, de lehetnek csak funkcionálisak, azaz egy adott terület működése, nem szerkezete zavart.

Ezen a szinten (neuroanatóiai) tudósok és neurológusok mozognak ill. a gyerekpszichiáterek is, főleg gyógyszeres beavatkozások szükségessége esetén. Még mindig ugyan annál az általunk tapasztalt viselkedésnél maradva, gondolkodhatunk annak okairól a pszichológiai fogalmaival is, keresve azt a

készségzavart, ami a jelenség hátterében húzódik (pl. a figyelem vagy a végrehajtó funkció zavara a hiperaktív figyelemzavar estében).



7. ábra: Egy viselkedés megértésének szintjei

Végül elérkeztük ahhoz a szinthez, ami mindenkinek kézzelfogható és talán gyakran egyértelműnek is tűnik, ez a szabad szemmel is látható viselkedés. Ahhoz viszont, hogy ezt szakértelemmel tudjuk vizsgálni, szükséges egy elméleti háttér, ami a viselkedés leírását, analízisét és rendszerben való értelmezését jelenti (lásd a megfelelő fejezetek).

És végül, de koránt sem legutolsó sorban a tágabb és legtágabb szociális, kulturális közeg hatásait is figyelemben kell vennünk. Egy egyszerű példa: ha az ugyanolyan tünetekkel rendelkező hiperaktív gyerek egy panel ház 5. emeletén lakik és egy poroszos körzeti iskolában tanul 30 fős osztályban, az rendkívül súlyos klinikai képet mutathat és nagyon gyorsan megjelennek a szövődmények. Ha viszont ugyanaz a gyerek egy tanyán nő föl, a család állattartással foglalkozik ő meg egy 10 fős falusi iskolában tanul, akkor előfordulhat, hogy senki nem mondja rá, hogy bármi nehézsége volna.

Gondolatok a differenciál diagnózisról

Mindezek tükrében, ha differenciál diagnózisokról beszélünk a hiperaktivitás, figyelemzavar, magatartás zavar és az ADHD között első körben le kell szögezni: a hiperaktív viselkedés egy tünet (egy viselkedéses jegy), aminek a hátterében számos ok állhat, leggyakrabban az ADHD, de egyáltalán nem mindig. A figyelemzavar lehet egy viselkedés leírása, lehet egy pszichiátriai zavar egyik tünete (ADD) és lehet egy kognitív képesség, aminek zavarát egy teszt ki tudja mutatni, de a viselkedésben és főként a szociális szinten semmilyen problémát nem okoz. A magatartás zavar összetett, több nagy klinikai kórképet is le tudunk itt írni (kezdve a kleptomániától az oppozíciós zavaron át egészen az viselkedés zavarig). Az ADHD viszont egy viselkedéses csillagkép, egy triász, amiben többféle kognitív készségzavar állhat a háttérben és több neuroanatómiai formáció is érintett ilyen szempontból egy ernyőfogalom). Ebben a fejezetben tehát maradunk a viselkedéses szinten és keressük a viselkedéses jegyeket. Ha így összeáll valamilyen csillagkép, együtt járó magatartások, akkor felfedezni vélünk valamilyen kórképet, de ennek eldöntése majd a gyermekpszichiáter feladata lesz.

Nekünk most azt kell megtanulnunk, hogy kell minél pontosabb és komplexebb megfigyeléseket tennünk, hogy azzal is segíteni tudjuk a gyermekpszichiáter munkáját. Az első, amit tapasztalhatunk, az a **fokozott mozgás igény**. Ahogy azt az első fejezetben is kifejtettük, igyekszünk összehasonlítani a kortársakkal és megítélni a funkciózavart, amit okoz, ha okoz egyáltalán. A gyermekpszichiáter majd elgondolkozik azon, hogy amit mi neki elmeséltünk, amit lát és amit a tesztek, labor vizsgálatok kimutattak, azok fényeben milyen kórképre és terápiára lehet gondolni: a hiperaktivitás lehet része egy mániás szaknak is, lehet egy autizmus sztereotip mozgása, lehet egy viharos tic roham, de akár pajzsmirigy túlműködésre is utalhat. Az látható **figyelemzavar**, ha jól megfigyeljük, kiderülhet, hogy csak tanulási helyzetekben fordul elő és akkor is csak az írás, olvasás vagy a matematikai készségek használatának szükségességekor, így könnyen lehet csak egy specifikus tanulási zavar.

Az autizmussal élő egyén sajátos motivációi alapján tevékenykedik, néha nehezen vagy alig reagál a szociális környezet felhívásaira, így őket is könnyen figyelemzavarosként írhatjuk le, pedig nem erről van szó. Láthatunk a viselkedésben **impulzivitást,** hirtelenséget, ami gyakran konfliktusokba torkollik a környezettel, aki meggondoltabb viselkedést vár el. Ez a különböző viselkedés zavarok, a kialvatlanság (főleg serdülőknél), a mániás epizód és persze az ADHD tünete is lehet. Mivel az ADHD sajnos elég gyakran kezeletlen marad, ezért láthatjuk a szövődményeit is, ami a mag-tünetekkel együtt sok mindennel összetéveszthető (önértékelési zavar, szorongás, hangulatingadozások, mindezeket diagnosztizálhatjuk akár önmagukban is, anélkül, hogy észre vennénk, miből táplálkozik). A hiperaktív „ karrier „ végső állomásait, a deviálódást is gondolhatjuk más összefüggésekben is, mint ami valóság.

Tudnunk kell, hogy az ADHD-val annyira gyakran együtt járnak bizonyos kórállapotok, hogy tudatosan kell keresnünk őket, rá kell célzottan keresni, hogy el ne kerülje véletlenül a figyelmünket. Ilyen a különböző magatartászavarok, a specifikus tanulási zavarok, a tic, a kényszer és a szenzoros integrációs zavar, illetve a koordináció zavar (mindezeket lásd részletesebben a hiperaktív figyelem zavart leíró fejezetben).

Társuló problémák és zavarok felderítése

A vizsgálónak meg kell fontolnia a differenciáldiagnosztikai kérdéseket és a társuló zavarok lehetőségei. Ez fejlődési / kognitív, viselkedéses, érzelmi, fizikai és organikus zavarokat foglal magában. A gyermek tüneteit másik perspektívából is szemügyre kell venni. Ennek érdekében a vizsgálónak inkább általános kérdéseket kell feltennie, mielőtt speciális tünetekre fókuszálna. Ennek a résznek nem célja a diagnózis felállítása, sokkal inkább olyan viselkedések felismerése, melyek differenciáldiagnosztikai vagy társuló zavarok mérlegeléséhez vezetnek és további vizsgálatot igényelnek.

A következőkre kell részletesebben kitérni

Korai rizikófaktorok jelenléte

- Koraszülés
- Fejsérülés során bekövetkezett eszméletvesztés
- Alacsony születési súly
- Szülői mentális egészség probléma
- Korai trauma (pl. fizikai, szexuális, érzelmi abúzus)
- Dohányzás és/vagy szerhasználat a terhesség során (alkoholt is beleértve)

Kórtörténet

- Felmérték a gyermek kognitív képességeit?
- Kapott-e a gyermek bármilyen orvosi diagnózist?
- Szed-e a gyermek jelenleg bármilyen gyógyszert?

Képzettség

- Mi a gyermek jelenlegi tanulmányi szintje? (iskolai év)
- Speciális nevelési igényű-e a gyermek?
- Részesül-e a gyermek plusz támogatásban, fejlesztésben vagy segítségben az iskolában? Eltanácsolták-e a gyermeket az iskolából?
- Bukott-e meg a gyermek valamilyen tantárgyból, vagy kellett-e évet ismételnie? (pl. nem teljesítette az elvárt követelményeket)

Kortárs kapcsolatok

- Írja le, hogy milyen minőségűek a gyermek baráti kapcsolatai (mind iskolán belül, mind azon kívül)!

Családi háttér

- Valamelyik családtagnál diagnosztizáltak vagy gyanítanak ADHD-t?

A zavarok felszámolásának multimodális módszerei

A kívánatos viselkedés elérése, megerősítése a gyermekvédelmi rendszerben is alkalmazható különböző módszerekkel, eszközökkel.

A viselkedésváltoztatás ismert multimodális terápiái

A gyermekek/fiatalok viselkedésének befolyásolásához a gyermekvédelmi területen dolgozó szakemberek számára használható eljárások megismerése.

6. A gyermekvédelmi intézkedések hatása az ADHD-s gyermekekre

Összefoglalás: A krízis és az ebből és más okokból kialakult traumák nagymértékben befolyásolják a gyermek testi értelmi és érzelmi fejlődését. Kihatnak az élet minden területére, ezzel nehezítve a gyermek integrációját az adott közösségekbe, továbbá nagymértékben kihat együttműködési készségükre.

Cél: Az ADHD és az egyéb okokból adódó nehézségek megismerése, felismerése és azok kezelési módjainak bemutatása.

Kulcsszavak: Krízis, trauma, PTSD, krízisintervenció, biztonság, kiszámíthatóság

Tanulást segítő kérdések: Miért nagyobb az esélye krízisállapot kialakulásának átmeneti és tartós nevelésbe vett gyermekek esetében? Mit gondolnak, milyen tünetei vannak a krízisállapotnak? Milyen eszközöket, módszereket alkalmaznak önök a krízisben levő gyermekek esetében?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom:

- Feuer Mária (szerk.): A családsegítés elmélete és gyakorlata. Akadémia Kiadó, Budapest (Szabó Lajos (2008) 420-429 oldal)
- Judith Herman: Trauma és gyógyulás Háttér Kiadó: Budapest 2011 2. kiadás

A gyermekvédelmi intézkedések hatása az ADHD-s gyermekekre

A „ zavarok felszámolása” **és a kívánatos viselkedés elérése, megerősítése** csak akkor lehetséges, ha a deviáns, agresszív viselkedés mögött húzódó lehetséges okokat átgondoljuk. Az előző fejezetekben tárgyaltakból egyértelműen kiderül, hogy az ADHD önmagában nem feltétlenül jelenti azt, hogy a gyermek szélsőséges tüneteket produkál. Az agresszív viselkedés, magatartászavar, deviáns életmód sok esetben inkább csak következmény, mintsem vezető diagnosztikus értékű tünet. A pszichiátriai témakörben részletesen leírtuk, hogy ezek a tünetek másodlagos károsodásként jelennek meg, és nem a felszámolásukra kell fektetnünk a hangsúlyt, hanem a megelőzésükre és annak megértésére, hogy mi válthatja ki ezeket a mindenki számára, ide értve a gyermeket/fiatalt is nehezen viselhető, kezelhető problémákat. Alapvetően abból próbáltunk meg kiindulni, hogy mik azok a tényezők, okok, amik a **gyermekvédelmi** rendszerbe bekerült gyermekek esetében kiváltó okként megjelenhetnek, és kezelésük és megszüntetésük nélkül az ADHD-ban ismert terápiák hatástalanok.

Miért kezelik nehezebben az ADHD-s gyermekek a kritikus élethelyzeteket társaiknál?

A krízisállapot Caplan (1976, in: Badanyi et al. 2006) szerint „olyan lélektanilag kritikus állapot, amelyben a veszélyeztető helyzet nem elkerülhető, a személy számára kitüntetett fontosságú, minden figyelme, erőfeszítése erre irányul, valamint a személy kénytelen szembenézni a kialakult helyzettel, vesztességekkel”. A krízist az okozza, hogy az egyén saját erőforrásai, stratégiái elégtelenek a kialakult helyzet felismerésére, megoldására. A belső egyensúly megbomlik, feszültség keletkezik, és a felgyülemlett feszültség gyors feloldására nincsen lehetőség. A mi esetünkben a krízisállapotot önmagában az is okozhatja, hogy a gyermek nem a családjában nevelkedik. A gyermek számára az új élethelyzet, környezet, szociális közeg még abban az esetben is fenyegetőnek tűnhet, ha az sokkal nagyobb biztonságot jelent számára, mint amiben eddig élt. Ennek az az oka, hogy nem rendelkezik azokkal a kapcsolatokkal, stratégiákkal, amelyek biztonságot jelenthetnének számára. A gyermekek többsége nem vagy nem megfelelő megoldási stratégiákkal, eszközökkel rendelkezik, így szinte minden

próbálkozásuk kudarcra van ítélve, ami tovább növeli a belső feszültségüket, szorongásukat. (Feuer szerk. 2008)

A gyermekvédelmi szakellátó intézményekbe rövidebb vagy hosszabb ideig bekerülő gyermekek esetében a krízisállapot kialakulása szinte törvényszerűen bekövetkezik. A gyermekvédelmi gondoskodásban nevelkedő gyermekek helyzetét tovább nehezítik az otthoni - ismert vagy ismeretlen negatív előzmények. A sérülések hátterében sok esetben kritikus élethelyzetek halmozódása áll. A családból való kiemelést megelőző időszak és maga a kiemelés is okoz károsodásokat, és minden igyekezet ellenére a szakellátásban folyamatos traumatizációnak vannak kivéve. Ezek a gyermekek a teljes tehetetlenséget élik meg, sorsukat irányítani képtelenek, véleményüket, akaratukat nem tudják érvényesíteni, és ha még az ő érdekükben is, de számukra idegen szakemberek döntenek a fejük felett.

A krízis szakaszai: a szakellátásba kerülő gyermekek kezdetben, a sokk fázisában tehetetlenséget éreznek, félelmet, rettegést élnek át, a nyugtalanság szakaszában erős szorongás jelentkezik, a félelemből fakadó dühöt nehezen tudják kezelni, a negatív érzéseik miatt gyakran agresszívek, indulataik olyan erősek, hogy azt tartalmazni, visszafogni képtelenek.

6.1. ADHD-s gyermek és a krízis

Az előző fejezetekben részletesen ismertettük azokat a fejlődési zavarokból adódó sajátosságokat, amelyek megnehezíthetik az ADHD-s gyermek életét. Ezek a nehézségek felerősödnek a kritikus élethelyzetekben. Ami nagyon elgondolkodtató, hogy maga a krízis is, főleg, ha az hosszú ideig tart, a gyermek idegrendszerének fejlődésében negatív irányú változásokat idéz elő, amik nem, vagy csak nehezen visszafordítható következményekkel járnak. (lásd: 2. fejezet *A prefrontális kéregről* röviden). Ha sorra vesszük a krízisállapot tüneteit (beszűkült tudatállapot, alkalmazkodási zavar, kapcsolati élet zavarai, tanulási-, figyelemzavar, impulzuskontroll zavara, szorongás, alvászavar, evészavar, apátia, depresszió, alcohol- és drogfogyasztás, krónikus fáradtság szindróma, burn-out) hamar feltűnik, hogy nagyon hasonlóak az ADHD tüneteihez. Nagyon fontos emiatt is tudatosítani magunkban, hogy nem minden gyermek ADHD-s, aki ezeket a tüneteket hordozza, mint ahogy nem beszélünk minden esetben krízisállapotról sem, ha ezeket a tüneteket észleljük. A szakellátásban nevelkedő gyermekek esetében nagyon nehéz a gyermekek állapota mögött húzódó okokat felderíteni. Abban az estben, ha a gyermek már diagnosztizált ADHD-s, figyelembe kell vennünk azon nehézségeit, amelyek meggátolják abban, hogy az adott helyzetben megfelelően viselkedjen.

Fontos az orvos által előírtak pontos betartása, a gyógyszeres kezelés folytatása, vagy annak a krízishelyzetre való tekintettel kezelőorvos bevonásával történő megfontolása. A nevelésbe vett gyermekek mindegyike nagy valószínűséggel több komolyabb krízisen van túl, és minden új, számukra ismeretlen élethelyzet krízisállapotot idézhet elő, ide értve az átmeneti vagy végleges gondozási helyre történő beköltözést, átköltözést is. Az ADHD-s gyermek professzionálisan felépített segítség és segítő team (pszichiáter, pszichológus, nevelő, szociális munkás, pedagógus, gyógypedagógus, szülő) nélkül képtelen megbirkózni egy olyan szintű krízissel, amit a családjából történő kiemelése vált ki. Ennek megfelelően nagy hangsúlyt kell fektetni a kialakult krízis oldására és további krízisek kialakulásának megelőzésére.

6.2. Krízisintervenció

Miért fontos az intézménybekerülés okozta krízis megfelelő módon történő kezelése?
Válasz: Mert az első időszak élményei kihatnak a későbbiekre és nagymértékben megnehezíti a gyermek iterációját, traumatikus élményként marad meg, ami lehetetlenné teszi a felülszerveződést és rontja a megfelelő társadalmi pozíció elfoglalásában, társadalmi integrációban a gyermek esélyeit.

Megelőzés, a gondozási helyre való bekerülés előtti időszak:
A krízisállapot súlyosbodhat a bizonytalanságtól és az ismeretlentől való félem miatt. A gyermekek mindegyike kialakít egy képet arról a helyről, ahova kerülni fog. Ez a kép általában negatív, tele vannak előfeltételezésekkel. A bizonytalanság, az ismeretlentől való félelem negatív beállítódáshoz vezet, ami nem teszi lehetővé, hogy a gyermek reálisan lássa helyzetét és az abban rejlő lehetőségeket.

Az amúgy is rossz lelkiállapotban lévő gyermek irreális félelmeinek csökkentése érdekében a következőket javasoljuk:
Segítő beszélgetés keretein belül, előzetes tájékozódást követően fontos a gyermek félelmeinek megismerése, a későbbiekben ismertetett pozitív szuggesztív kommunikáció módszereinek alkalmazása.

A biztonság megteremtésének alapfeltétele a gyermek tájékoztatása:
A legtöbb információ biztosítása, mikor mi fog történni.
Mikor ki fog érte jönni, és az, aki érte jön, annak mi lesz a feladata.
A gyermek a ráváró helyzetekben hogyan viselkedjen (nem kioktatóan, hanem csak javaslatként)
Ki vagy kik várják az intézményben.
Hol fog aludni, milyen lesz a szobája, ágya stb.
A gyermek által ismert helyzetek beemelése és jelen helyzethez, intézményhez való hasonlítása pl.: délutáni tanulás menete hasonló, mint a napköziben, vagy olyasmi az élet itt vagy ott, mint kollégiumban.

Javasolt attitűd:
Fontos, hogy ne bagatellizáljuk a gyermek fájdalmát, legyünk megértőek, türelmesek. Minden pozitív megnyilvánulását, közlését jutalmazzuk, együttműködésre utaló magatartását dicsérjük.

Más területeken bevált módszerek:
Nagyon sokat segítene, ha készülnének a nevelőkről, pszichológusokról, pedagógusokról, szociális munkásokról bemutatkozó kisfilmek, amelyeket a gyermek előre megnézhet. Az is sokat segíthetne, ha arról az intézményről, családról, ahova kerülnek, bizonyos helyzeteket, eseményeket kiemelve pl.: ebédkészítésről, tanulásról, születésnapokról, kirándulásokról stb. pár perces, pozitív hangulatú kisfilmeket nézhetnének meg a gyerekek.

Segítőkről szóló kisfilmek:
A segítő erősségeit mutatja be oly módon, hogy a gyermek miben kérheti a segítségét. A kisfilmben jó, ha megjelenik, hogy a segítő miben ügyetlen, mit szeret csinálni, milyen zenét szeret, mi a kedvenc színe, étele, filmje. Az is sokszor fontos, hogy mi az, amit viszont nem szeretünk, itt is hétköznapi dolgokra kell koncentrálni: takarítani, rendet rakni, futni, főzni, fogat mosni, spenótot enni stb. Fontos, hogy a gyermek lássa emberi oldalunkat, hogy csökkenjen a szorongása. A legfontosabb, hogy a filmet készítő röviden bemutassa, hogy az intézményben milyen feladatokat lát el. A film készítésekor figyelembe kell venni, hogy különböző korú és szocializációval rendelkező gyermekeknek készül. Kerülni kell a hosszú, többszörösen összetett mondatokat, idegen kifejezéseket pl.: nevelő, gyám, pszichológus, fejlesztő pedagógus stb. A gyerekek nem tudják, hogy mit csinál egy gyám, vagy nevelő,

elsősorban arra kell koncentrálni, hogy a gyermek információt nyerjen, és kissé közelebb kerüljön az őt ellátó személyekhez. Hossza a kisfilmeknek ne haladja meg a másfél-két percet. A kisfilmek jó csapatépítő programot is jelentenek, és önmagunk, valamint munkatársaink megismerésére is alkalmas. E módszert a gyermekek esetében is lehet alkalmazni.

Hogyan hat az ADHD-s gyermek fejlődésére és viselkedésére a trauma?

Traumaelmélet, definíció:

„A pszichés trauma a védteleneket sújtja. A trauma pillanatában az áldozat teljesen tehetetlen az őt elsöprő erővel szemben. Ha a traumát valamilyen természeti erő okozza, katasztrófáról beszélünk. Ha emberek okozzák, erőszakról vagy atrocitásról beszélünk. A traumatikus események megsemmisítik a gondolkodás megszokott sémáit, amelyek az irányítás, az összetartozás és az értelem érzését nyújtják az embernek. Amerikai Pszichiátriai Társaság úgy határozta meg a traumatikus eseményt, mint ami „kívül esik a mindennapi emberi tapasztalatok körén"'. A traumatikus eseményekről nem azért mondhatjuk, hogy „nem mindennapiak", mert ritkán történnek meg, hanem mert meghaladják az ember mindennapi alkalmazkodási képességét. Az átlagos „szerencsétlenségekkel" ellentétben a traumatikus események általános velejárója az élet vagy a testi integritás fenyegetése, illetve a közvetlen szembekerülés az erőszakkal vagy halállal. A traumatikus események a szélsőséges tehetetlenséggel és a rettegéssel szembesítik az embert, és katasztrófa-reakciókat váltanak ki. A pszichiátria átfogó tankönyve szerint a pszichés traumák közös jellemzője „az intenzív félelem, a kiszolgáltatottság, a kontrollvesztés és a megsemmisülés fenyegetésének" érzése. A traumatikus esemény legfőbb jellemzője minden esetben az, hogy kiszolgáltatottságot és rettegést okozhat. Traumás reakciók akkor alakulnak ki, amikor az egyéni cselekvés hatástalan. Amikor sem a küzdelem, sem a menekülés nem lehetséges, az ember önvédelmi rendszere túlterhelődik, és működése felborul. A veszélyre adott szokásos reakciók ideiglenesen értelmüket veszítve hajlamosak arra, hogy megváltozott és felnagyított formában jóval azután is fennmaradjanak, amikor a valós veszély már elmúlt. A traumatikus események hosszú távú, mély változásokat hoznak létre a fiziológiás arousal (a fiziológiai **arousal** az idegi-hormonális rendszer izgalmi szintjére utal), *az érzelmek, a gondolkodás és az emlékezet területén. Sőt, a traumatikus események szélsőséges esetben akár el is szakíthatják egymástól ezeket a rendes körülmények között integráltan működő funkciókat. Előfordulhat, hogy a traumatizált személy erős érzelmeket él meg, de nincsenek az eseményről világos emlékei; vagy mindenre részletesen emlékszik, de nem él meg érzelmeket az eseménnyel kapcsolatban. Az is előfordulhat, hogy teste folytonos készenlétben és gerjesztettségi állapotban van, de nem tudja, miért. A traumás tünetek szemmel láthatóan hajlamosak leválni forrásukról, és önálló életre kelni. Ez a töredezettség, melynek révén a trauma megbontja az önvédelem normál esetben integráltan működő, összetett rendszerét, már a poszttraumás stressz zavar híres, korai leírásaiban is kiemelt helyen szerepel. A traumát átélt emberek olyan módon éreznek és cselekednek, mintha idegrendszerük levált volna a jelenről.” (*Judith Herman (2011): Trauma és gyógyulás 2. kiadás Háttér Kiadó: Budapest Második fejezet, Rettegés 36-37 oldal)

Milyen hosszú távú hatása lehet a traumának?

Poszttarumás stresszzavar: A traumát átélt személyeknél sok esetben poszttraumás stresszzavar alakul ki, röviden PTSD. A PTSD-nek számos tünete van, amik egyénenként változó mértékben és formában jelennek meg. A tünetek három nagyobb csoportba oszthatók: hiperarousal (állandó veszélyvárás), flashback (emlékbetörés), beszűkülés.

Hiperarousal: A traumatikus élményt követően az ember önvédelmi rendszere folyamatos készenléti állapotra kapcsol, mintha a veszély bármely pillanatban újra megtörténhetne, ebből kifolyólag a személy könnyen megriad, ingerlékennyé válik, és alvási nehézségei is lehetnek.

Flashback: A traumatúlélők jóval a veszély elmúltával újra élhetik az eseményt. Spontán módon betör a tudatba, éber állapotban emlékbevillanásként újra élik a traumatikus eseményt, ezt nevezzük flashbacknek, (rémálom formájában is). Az újraéléskor az esemény teljes részletességgel tér vissza, emiatt a személy még egy biztonságos környezetben is veszélyben érezheti magát.

Beszűkült tudatállapot: Tudatállapot-módosulások állnak a PTSD harmadik fő tünete, a beszűkülés hátterében. A veszélyhelyzetek nem csak dühöt és rettegést válthatnak ki, hanem éppen ellenkezőleg, egyfajta távolságtartó nyugalmat. A beszűkült állapotnak a kiváltó oka az, hogy az egyén minden próbálkozása, ellenállása hiábavaló, és olyan mértékben kiszolgáltatottja lesz a helyzetnek, hogy „megadja magát". A tehetetlen ember tudatállapota megváltoztatásával próbál védekezni. A személy ilyenkor úgy érezheti, hogy az események nem is vele történnek, hanem mintha kívülről figyelné őket. Ezt a fajta módosult tudatállapotot nevezzük disszociációnak, mely a lélek védekezése az elviselhetetlen fájdalommal szemben. Gyakran jár együtt érdektelenséggel és érzelmi eltávolodással. Azok, akik nem képesek a disszociációra, alkohollal vagy különböző drogokkal próbálják ezt a fajta eltompító hatást elérni. Bár a beszűküléses tünetnek védekező funkciója van a nagy lelki fájdalmakkal szemben, azonban ez a védelem nagy árat követel, mert beszűkíti és kiüresíti a traumát megélt életét, és paradox módon ezzel állandósítják a trauma hatását. (Judith Herman 2011)

A traumafeldolgozás módszerei:

- **Egyéni terápiás módszerek:**
  - Kognitív viselkedésterápia (pl. Virtuális Valóság);
  - Szemmozgás deszenzitizáció és újrafeldolgozás (EMDR)
  - Imaginációs terápia; pszichodinamikus terápiák.

- **Csoportterápiás módszerek:**
  Egy 2016-as metaanalízis szerint a csoportos PTSD-terápia hatékonyabb, mint a várólistás kontroll és a legtöbb kognitív-viselkedésterápiás fókuszú egyéni terápia. A szociális támogatás révén mind az érzelmi feszültség csökkentése, mind a kognitív források megerősítése megtörténik. Azon hiedelmek, hogy a világ veszélyes, egyedül vagyok, semmire sem vagyok már képes, elveszítheti érvényességét. (Friedman, J.M: Trauma-focused Group Treatment for PTSD. PTSD Research Quarterly, 2016, 27 (2)
  - Szorongáscsökkentő csoportos tréningek (pl.: stressz inokulációs tréning)
  - Digitálistörténet-mesélés
  - Művészetterápiás csoportok
  - Pszichodráma csoport

7. Súlyos pszichiátriai állapot megítélésének nehézségei

Összefoglalás: Sok esetben nagyon nehéz eldönteni, hogy mi az a pont, amikor pszichiátert kell bevonni egy gyermek állapotának rendezése, kezelése céljából. És azt is nehéz eldöntenünk, hogy mit kell tennünk azokban a helyzetekben, amikor nem pszichiátriai betegség áll a negatív viselkedés hátterében.

Cél: Felismertetni olyan helyzeteket, amikor a pszichiáter vagy más szakember bevonása kiemelten fontos, továbbá arra kívánjuk felhívni a figyelmet, hogy egy pontos diagnózis mekkora jelentőséggel bír a gyermek fejlesztéseinek, ellátásaink megszervezése szempontjából.

Kulcsszavak: diagnózis, megfelelő segítség bevonása, stratégiaépítés, szakemberek közti együttműködés

Tanulást segítő kérdések: Miért fontos a pontos diagnózis? Miért kell teamben dolgoznunk? Miért fontos a stratégiák kiépítése, válságterv elkészítése?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom
Fadi Haddad, Ruth Gerson (szerk.), Hogyan segítsünk krízisben lévő gyermekeken? Budapest, Oriold és Társa Kiadó és Szolgáltató KFT. 2015 (Haddad, Gerson 2015, 14-15 oldal):

Mikor szükséges bevonni orvost, pszichiátert, pszichológust a gyermek ellátásába?

ADHD-s gyermekek alkalmazkodási képessége alacsonyabb az átlagnál, rugalmatlanságuk és stressztűrő képességük igen alacsony, emiatt hajlamosabbak a szélsőséges viselkedésre. A krízis kiválthat súlyos következményekkel járó pszichés állapotokat, előfordulhat önsértő magatartás, másokat veszélyeztető agresszív viselkedés, pszichotikus szintű szorongás. Az ADHD-s gyermekek esetében komplex segítségre van szükség. Viselkedésproblémáik nem a nevelési hibákból adódnak, hanem a kritikus élethelyzetek halmozódásából (ez a tényező a másodlagos károsodások kialakulásában nagy szerepet játszik). A gyermekvédelmi rendszerbe való bekerülésüknek akár oka is lehet az ADHD (deviancia, ADHD-s család életvezetési nehézségei), emiatt fontos szinte minden esetben pszichiátert, pszichológust, gyógypedagógust bevonni a gyermekek ellátásába.

ADHD gyanúja esetén:

Mint ahogy azt már a tananyagban sok helyen tárgyaltuk, újra kiemelném annak fontosságát, hogy minden esetben tisztázni kell, hogy a tünetek hátterében mi áll. A gyermekvédelmi ellátórendszerben nagyon kevés olyan gyermek van, akinek ne lenne ADHD-ra emlékeztető tünete, ennek ellenére azt biztosan kimondhatjuk, hogy a tünetek hátterében nem minden esetben az ADHD áll (pl.: kötődési zavar, krízis, trauma stb.). A kezelés szempontjából nagyon fontos tisztázni, hogy a nem kívánt viselkedés mögött organikus okok húzódnak-e meg, vagy a gyermek életútjából adódó károsodások. Miért is fontos tudnunk, hogy mi okozza a tüneteket, nehézségeket? Az ADHD-s gyermekek esetében létfontosságú a komplex kivizsgálás és annak megfelelően az egyénre szabott fejlesztések, terápiák rövididőn belül történő elindítása, hiszen mint minden idegrendszeri fejlődést érintő probléma esetében az ADHD kezelésében is a legfontosabb a korai fejlesztés megkezdése, segítői intervenciók időben történő alkalmazása.

Mikor kell pszichiáter segítségét kérni? Csak ha pszichiátriai krízis következik be?

Az ADHD diagnosztizálása pszichiáter feladata: kizárólag ő adhat diagnózist, ennek megfelelően mindaddig, ameddig a pszichiáter nem vizsgálta meg a gyermeket és nem adott diagnózist, nem mondható ki az ADHD, és nem érhető el a gyermek számára a megfelelő kezelés. Az ADHD

gyógyszeres kezelése előírása szintén a pszichiáter kizárólagos kompetenciája. A kritikus élethelyzetekben a gyógyszeres kezelés sokat segít a gyermeknek (idegrendszerüknek) az adott helyzet elviselésében, és csökkenti a másodlagos károsodások kialakulásának esélyét. A pszichiátriai vizsgálat a rendszer számára irányokat mutat, a gyermek helyzetét figyelembe véve javaslatokat tesz, nemzetközi protokollok alapján előírja a gyermek ellátásával kapcsolatos tennivalókat. A gyógyszeresen kezelt, diagnózissal rendelkező gyermekek esetében több olyan állátás is elérhetővé válik, amit amúgy nem kap meg a gyermek (pl.: emelt összegű családi pótlék). A Pedagógiai Szakszolgálatok által előírt fejlesztések, kedvezmények, könnyítések is csak egy komplexen kivizsgált gyermek esetében írhatók elő, adhatók meg. A gyermek iskolai karrierje és jövőbeni lehetőségei nagyban függnek az állapotának és képességeinek megfelelő oktatás, fejlesztés biztosításától. A sajátos nevelési igényű gyermekek oktatási rehabilitációja csak és kizárólag akkor valósulhat meg, ha a sajátos nevelési igény valós okai tisztázódnak. Összefoglalva, a tünetek okainak tisztázása érdekében szükség van pszichiáter bevonására.

Mikor kell azonnal bevonni pszichiátert?

Könnyebb dolgunk van a szomatikus sürgősségi problémák felismerésében, eldöntésében, mint a pszichiátriai problémák felismerésében, mivel a vakbélgyulladás, fulladás stb. tünetei egyértelműek, és ennek megfelelően azonnali cselekvésre késztet minket. Ennek az az oka, hogy a probléma jól megfogalmazható, felismerhető, így egyértelmű a gyermek/fiatal és szülei, nevelői számára is, hogy azonnal kórházba kell menni. Súlyos nehézséget jelent az is, hogy míg az egészségügyi problémák megoldásakor tudjuk, hogy milyen lépéseket kell megtennünk, és milyen szakembereket, intézményeket kell bevonnunk, addig ez közel sem olyan egyszerű, ha pszichiátriai ellátásról van szó. Magyarországon a pszichiátriai ellátás nehezen elérhető, ellátottság területenként nagy eltéréseket mutat, centralizált, csak a nagyvárosokban működnek akut állapotú betegek fogadására alkalmas ambulanciák, osztályok (lásd: lista a területi pszichiátriai osztályok ambulanciákról).

Tünetek felismerésének nehézségei

Bizonyos pszichiátriai „krízisek” könnyen felismerhetők - például, ha egy gyermek falcol, öngyilkosságot kísérel meg, de az ön- és közveszélyes magtartáson kívül számos egyéb súlyos probléma is jelentkezhet, főként az ADHD-s gyermekek esetében. A pszichiátriai sürgősség megítélése nehéz, mivel a pszichiátriai tünetek - még az akut is – sokszor nehezen értelmezhetők, hiszen a többségük rejtett vagy félreértelmezhető: gyakran „figyelemkeltésként", kamaszos viselkedésként detektáljuk, vagy droghasználatra utaló jelként tekintünk rájuk. A mi esetünkben további nehézséget jelent, hogy a gyermek nem a családjában él, nem egy személy figyeli a viselkedésében, hangulatában bekövetkező változásokat.

Az is nehézséget okoz, hogy a pszichés krízis kialakulásában kevés a jól látható szabályszerűség. Hiszen kialakulhat fokozatosan, idővel fokozódó problémás viselkedéssel vagy tünetekkel, vagy előállhat látszólag a semmiből (pl.: PTSD emlékbetörés - disszociáció), esetleg épp csak az otthoni, vagy csak az iskolai környezetben értelmezhetően. Komoly kihívás annak a meghatározása, hogy mikor kérjünk azonnali pszichés vizsgálatot és kezelést egy gyermek számára. A viselkedési normák rengeteg változata ismert a kor, a fejlődési fordulópontok, a nyelvi képességek, a szülői és iskolai stílus függvényében, amelyek nagyon megnehezíthetik a pszichiátriai vizsgálatról való döntést. Bizonyos helyzetekben világos, hogy azonnali segítségre van szükség: ilyen egy öngyilkossági kísérlet vagy egy uralhatatlan agresszív kitörés.

„A beutalás okai a következők lehetnek:

- *verbális vagy fizikai agresszió másokkal szemben az iskolában, a terapeutánál vagy otthon a szülőkkel és testvérekkel*
- *agresszióval való fenyegetés az iskolában*

- *aktuálisan agresszív vagy agitált viselkedés nélkül is öngyilkossági kijelentés a szülők vagy tanárok, nevelők előtt, a közösségi médiában posztolva, barátoknak küldött üzenetként vagy bármilyen önsértő viselkedés, mint a falcolás vagy önégetés*
- *hanghallások vagy egyéb téves észlelések*
- *hisztériás kitörés vagy súlyos ellenszegülés az iskolában, otthon*
- *furcsa magatartás, mint illogikus vagy bizarr viselkedésmódok*
- *ismétlések vagy kényszeresség (amit képtelen megszakítani)*
- *továbbá szokatlan szociális interakciók*
- *súlyos depresszió vagy szorongás veszélykereső viselkedés*
- *megszökés otthonról vagy az iskolából*
- *vagy veszélyes szexuális magatartás*
- *droghasználat - vagy gyanú arra vonatkozóan, hogy a gondolkodás vagy viselkedés megváltozását droghasználat, intoxikáció vagy megvonás okozhatja*
- *deviáns bandához csatlakozás*
- *erőszakban való részvétel*
- *bántalmazás vagy más trauma gyanúja kriminális viselkedés*
- *csavargás, megszökés vagy közterületen észlelt bizarr viselkedés miatti hatósági eljárás*
- *illetve a gyermekvédelem, bíróság által elrendelt kezelés*

A fenti okokból bekövetkező beutalásokat mind krízisként határozhatjuk meg." Fadi Haddad, Ruth Gerson (szerk.), Hogyan segítsünk krízisben lévő gyermekeken? Budapest, Oriold és Társa Kiadó és Szolgáltató KFT.2015 (Haddad, Gerson 2015, 14-15 oldal)

A beutalás küszöbértéke a tünetek súlyosságától, az ambuláns ellátásban dolgozó szakemberek vagy beutaló intézmények tapasztalatától függ, a mi esetünkben a szökés, bandázás, lógás a suliból nem jelent minden esetben pszichiátriai problémát.

Szerencsére a valódi pszichiátriai sürgősség nem gyakori a tünetek hátterében, még ha drámaiak is, ritkán jelenik meg valós fenyegetettség.
Összegezve: azonnal pszichiátert kell bevonni, mentőt kell hívni: - ha közvetlenül az egyént vagy másokat fenyegető állapot áll fenn, mint a késztetéssel járó vagy tervvel kapcsolódó öngyilkossági vagy gyilkossági gondolatok vagy a kórházon kívül nem uralható**, akutan veszélyeztető magatartás**, valamint **a realitással való kapcsolat teljes elvesztése**, ami miatt az **egyén nem képes tájékozódni a világban**. (Haddad, Gerson 2015)

„*Hogyan kerüljük el a kórházi osztályra való bekerülést?*
Néhány, a krízis megelőzésére vagy stabilizálására tett lépés az alább felsoroltak közül elkerülhetővé tehet egy sürgősségi osztályos utat, és másképp is eljuttathatja a gyermeket a megfelelő ellátáshoz:

Prevenció, előkészülés, felkészülés a kritikus állapotú gyermekek ellátására:

- *„Ismerjük meg környezetünkben a krízisek kezelésére alkalmas elérhető közösségi forrásokat és segítő programokat. Ez a biztonság érzését adja nekünk, és képessé tesz a keletkező krízis kezelésére."*
- Amiket át kell ezen a ponton gondolnunk, az a pszichiátriai szociális és pedagógiai szolgáltatók elérhetősége, a családi erőforrások megléte a krízis stabilizálásához, vagy megelőzésében (családterápia), iskolában igény bevehető segítségek pszichológiai rendelések vagy családsegítők elérhetősége.
- *„Át kell gondolnunk saját segítő programunkat is, mind a fizikális tér tekintetében (hol vannak biztonságos és csendes helyisége intézményben), mind a kollégák tekintetében (hogyan hívunk segítséget, ki érthető el a szakemberek közül a nyugtalan gyermek ellátása esetén, és ki ismeri a szakemberek közül legjobban a gyermeket, vagy kinek van tapasztalata krízishelyzet kezelésében)."*

- Nagyon fontos az esetmegbeszélés a team együttműködése a krízis kezelésének megtervezésében. Válságterv: Ez a terv tartalmazza a szükség esetén hívható segítő személyek nevét, elérhetőségét, útmutatót arra nézve, hogyan bánjunk a gyermekkel, valamint a korábbi tapasztalatokon alapuló hatékony intervenciókat.
- *„Fontos, hogy a szakszemélyzetnek legyen egy protokollja, cselekvési terve, hiszen a krízis káoszt eredményez, és a megtervezett folyamatok és intervenciók csökkentik az események kaotikusságát."*

Mit tegyünk, ha egy gyermek pszichés krízisben van?

- *„A vele való bánásmód legyen inkább nyitott, gondoskodó, mint fegyelmező.*
- *A krízisben levő bántalmazott gyermek, a szorongó vagy depresszív gyermek vagy a pszichotikus gyermek nem fog reagálni semmiféle fegyelmezésre.*
- *Krízis alatt viselkedésüket a mélyebb, archaikusabb szintű félelem, harag és elesettség határozza meg."*
- A helyzet súlyosbodását úgy kerülhetjük el, ha a gyermeket maximálisan biztosítjuk arról, hogy biztonságban van, és fontos, hogy úgy érezze, meghallgatják és megértik.
- A krízis káoszában minden határ összemosódik, ami hozzájárul a gyermek félelmeihez és a környezetre adott reakcióihoz.
- *„Ismerjük meg a gyermeket és a környezetét, ahonnan jött. A gyermek hátterének ismerete jelentősen segíti reakcióinak és problémás viselkedésének megértését. Gondoljunk arra, hogy a gyermekek általában nem akarnak, bajba kerülni", és ha krízisben vannak, az azért történik, mert nem tudják, hogyan segítsék át magukat az adott helyzeten, legyen az bármi. Nagyon hasznos, ha kezdetben biztosítjuk a gyermeket arról, hogy segíteni szeretnénk, és megoldást keresünk.*
- *Az őszinteség és segítőkészség sokkal inkább segíthet a párbeszéd megkezdésében, mint a hadakozás.*
- *Bármikor, amikor szakemberként úgy érezzük, hogy elakadtunk, és nem találunk megoldást a problémára, érdemes a gyermek helyébe képzelnünk magunkat. Ez segíthet átélni és megérteni azt a sebezhetőséget és tehetetlenséget, amiben a krízisben lévő gyermek érezheti magát.*
- *A helyzet súlyosbodásának megelőzésében és a krízis elhárításában sokkal inkább segít a sérülékenység felismerése, mintha csak a haragot és a negatív viselkedést vesszük észre*"

(Haddad, Gerson (2015) 21-23 oldal, Hogyan kerüljük el a kórházi osztályra való bekerülést című bekezdés)

8. A dührohamot kiváltó okok és lehetséges kezelési módok

Összefoglalás: A dühroham nagyon nehezen kezelhető ott, ahol több gyermeket nevelnek egyidőben. A dühroham okainak, dinamikájának és a kialakulásához vezető út kicsit részletesebben történő bemutatásával arra törekszünk, hogy a gyakorlati munka során még időben meg tudjuk állítani ezeket a negatív folyamatokat. Ha erre nem volt lehetőség, a megfelelő technikákat alkalmazzuk a helyzet gyors megoldására.

Cél: Megelőzéshez, felismeréshez és a helyzet kezeléséhez szükséges információk és technikák bemutatása.

Kulcsszavak: megelőzés, felismerés, türelem, empátia

Tanulást segítő kérdések: Milyen jelei vannak annak, ha egy gyermek kezd kizökkeni egyensúlyi állapotából? Miért érdemes a gyermek ritmusának megfelelően cselekedni?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom:

- Fadi Haddad Ruth Gerson (szerk.), Hogyan segítsünk krízisben lévő gyermekeken? Oriold és Társa Kiadó és Szolgáltató KFT Budapest, 2015

A dühroham kialakulásának rizikó tényezői:

Környezeti tényezők	- Családi stressz - Környezeti tényezők, nincs nyugodt szoba, intim szféra - Depressziós, szorongó vagy szomatikusan beteg szülő - Családon belüli erőszak - Erőszakos nevelési módszerek - Elhanyagolás (a gyermek éhes, nem alszik eleget, nem látogatják a szülei) - Nincs biztonságot jelentő közeg - Kaotikus otthon vagy több gondozószemély
A gyermek jellemzői	- Fel nem ismert tanulási vagy szociális zavar - Készséghiány - Értelmi fogyatékosság - Szomatikus betegség - Éhség, fáradtság vagy rossz közérzet
Pszichiátriai okok és /vagy betegség	- Autizmus, spektrumzavar - Figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar - Oppozíciós zavar és viselkedészavar - Szorongásos zavarok, köztük a szeparációs szorongásos zavar - Kényszerbetegség - Poszttraumás stresszzavar - Hangulatzavarok (depresszió, bipoláris zavar, diszruptív hangulatszabályozási zavar)
Közvetlen kiváltó tényezők	- Kortársak csúfolódása - Túl nehéz iskolai munka - Éhség vagy fájdalom - Stressz vagy környezeti változások otthon, intézményben - Túlingerlés (különösen ADHD-s, autista gyermekeknél)

8. ábra: A dühroham kialakulásának rizikó tényezői *(Fadi Haddad, és Ruth Gerson szerkesztette, Hogyan segítsünk krízisben lévő gyermekeken? 85 oldal, 4 -1. Táblázat, Budapest, Oriold és Társa Kiadó és Szolgáltató Kft. 2015)*

8.1. A dühroham figyelmeztető jelei és szakaszai

Ebben az esetben is az ADHD nem kizárólagos okként jelent problémát, hanem annak kezelésében jelenik meg nehezítő tényezőként.

Felfutási szakasz:
Ebben a szakaszban gyors beavatkozásra van szükség. Jelei, hogy a gyermek kezd ingerültté válni, de még kontaktusba lehet vele lépni, figyel ránk, ennek megfelelően itt még lehetőségünk van megállítani a folyamatot.

- Meg kell szüntetni a kiváltó tényezőket (minden, ami idegesíti, felzaklatja a gyermeket pl.: ha tanulási zavara van, és nem tud hangosan olvasni, akkor azt nem erőltetjük.)
- Meg kell tudnunk, hogy valójában mi az, amit akar, és ha az nem veszélyes vagy irreális, akkor azt ebben a szakaszban meg kell adni neki. Ez azért fontos mert, ha a dühroham kialakulása után éri el a célját, akkor azt erősítjük meg benne, hogy érdemes őrjöngenie. Így a dühroham az igényeinek, akaratának kielégítésére alkalmas stratégiává válik.

Mit tegyünk, ha a dühroham beindult?

Dühroham csúcspontja (általában kb. 2 percig tart):
A gyermek ekkor rendkívül mérges, agitált; ebben a szakaszban nem szerencsés lefogni, ordítani vele, győzködni.

- Abban az esetben, ha nem veszélyes magára és társaira, akkor várjuk ki, hogy átlépjen a következő szakaszba, amely, ha nem avatkozunk be erőszakosan, pár perc múlva lecsendesedéssel jelentkezik. Minden korlátozó, erőszakos beavatkozás ebben a szakaszban csak olaj a tűzre. Ha lehetőségünk van a terepet megtisztítani, vagy a gyermeket egy nyugodt, ingerszegény környezetbe kivinni, azt tegyük meg.
- Ne álljuk körbe, ne engedjük, hogy társai beszéljenek hozzá. Ne beszéljünk hozzá többen. Ne fogjuk le.

Szenvedési szakasz:

- Amikor a gyermek eléri a dühroham csúcspontját, átvált a szenvedés szakaszába, ilyenkor a gyermek továbbra is feszült, tehetetlenek, elveszettnek érzi magát.
- A dührohamra jellemző a hullámzás és az, hogy a szakaszok váltogatják egymást, ennek megfigyelése fontos a beavatkozás szempontjából, figyelnünk a gyermek hangját, sírását, testtartását. Fontos, hogy a gyermek biztonságban érezze magát, ugyanakkor ne kapjon kitüntetett figyelmet. Ebben a szakaszban a későbbiekben ismertetett pozitív szuggesztív módszereket alkalmazva avatkozhatunk be. Fontos, hogy nyugodt hangon beszéljünk, lassan mozogjunk, egyértelmű utasításokkal irányítsuk a gyermeket. Térdeljünk le hozzá, kerüljünk vele egy szintre és legyünk empatikusak. Jelezzük vissza, hogy látjuk szenvedését. Nem vigasztaljuk, nem mondjuk, hogy hagyja abba a sírást (erre úgysem képes), kimondatjuk vele, hogy éppen mit érez, nyugtázzuk, majd támogatjuk abban, hogy legközelebb is mondja ki az érzéseit.

Megnyugvási szakasz:

- Nem szabad büntetni, a dühroham alatt elkövetett vétségeit a fejéhez vágni, mert ezzel újra indíthatjuk a folyamatot. Meg kell dicsérni, hogy megnyugodott, és vissza kell térni azokhoz a cselekményekhez, feladatokhoz, amik a dühroham miatt félbeszakítottunk. Ez azért fontos, mert így a dühroham nem érte el a célját, hogy pl. egy nem szeretem feladatot elkerüljön a gyermek. (Haddad, Gerson 2015)

9. Széles körben alkalmazható kommunikációs eszközök, módszerek, stratégiák

Összefoglalás: A krízisben lévő gyermekek a helyzetükből adódóan negatív transz állapotába könnyen belekerülnek, ilyenkor nagyon nehéz velük kommunikálni. Az ismertetett módszerek elősegítik a beszűkült tudatállapotban lévő, dühöngő, agitált gyermekek megnyugtatását, és az együttműködés elérését. Mind minden területen itt is a megelőzés talán a legfontosabb ezért a módszerek általánosan a mindennapokban is alapot adnak a gyermekekkel, való kommunikációhoz, annak érdekében, hogy elkerüljük a szélsőséges viselkedések, negatív transz állapot kialakulását.

Cél: A mindennapokban használható konfliktuskezelő és kommunikációs módszerek bemutatása. A nem megfelelő kommunikáció elkerülése érdekében, azokra a hétköznapi nyelvben gyakran használt szavakra és mondatokra szeretnénk felhívni a figyelmet, amik a gyermekekre negatív hatást gyakorolnak.

Kulcsszavak: Biztonság, megerősítés, tudatosság, pozitív szuggesztió, konfliktus kezelés, kettős kötés, követés vezetés, empátia, türelem.

Tanulást segítő kérdések: Mitől alakulhat ki negatív transzállapot? Miért fontos a gyermek állapotát figyelembe venni a kommunikáción megtervezése szempontjából?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom:

- Varga Katalin (Szerk.) Szuggesztív kommunikáció a szomatikus orvoslásban, VL Sugár Bt. Budapest, 2015
- Dezsényi Péter Kreatív kommunikáció Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest, 2017

Nincs olyan, hogy nem-kommunikálni, ahogy olyasmi sem létezik, hogy nem-viselkedés. Az alvó ember is kommunikál: - nem figyelek! nem válaszolok! Ezzel akaratlanul is üzen nekünk és cselekvésre késztet: - maradj csendben! hagyj békén! takarj be! kapcsold le a villanyt. A heves dühkitörés, agresszió mögött ugyanazok a negatív érzések, motivációk, célok húzódhatnak, mint a csendesen maga elé néző, senkivel nem kommunikáló, nehezen megközelíthető gyermek esetében. Talán nem meglepő, hogy az üzenet is sokszor ugyanaz – figyelj rám, vagy hagyj békén. Más szavakkal: nem lehet nem viselkedni, és nincs olyan, hogy “nemviselkedés, nemmagatartás”. Minden viselkedésnek van üzenetértéke, vagyis minden viselkedés kommunikáció.

A szakemberek részéről, emiatt nagyon fontos a saját kommunikációjukra való odafigyelés, és annak folyamatos tudatosítása, hogy a gyermek/fiatal sokszor hozott mintákat követ (nem tudja másképpen csinálni). További frusztrációt okoz a gyermek/fiatal számára, hogy az általa ismert és alkalmazott, stratégiák nem működnek. Tudatosítanunk kell magunkban, hogy mindenféle esetleges szándék vagy próbálkozás ellenére lehetetlen nem kommunikálni. Az aktivitásnak, a passzivitásnak, a szavaknak és még a csendnek is megvan a maga üzenetértéke→pl.: ha egy gyermekhez nem szólunk hozzá, mert rossz volt, akkor a gyermek kétségbe esik, a negálás nagyfokú szeretetmegvonásnak számít. A szeretetmegvonás paradox módon nem azt fogja kiváltani, hogy a gyermek megnyugszik, tanul a történtekből stb., hanem egyre erősebbé válik benne a belső frusztráció, ami az ADHD-s gyermekek esetében, de minden gyermeknél kiválthat agressziót, dührohamot. Jelen tananyagban nem áll módunkban ennél részletesebben belemenni a kommunikáció rejtelmeibe, az viszont cél, hogy egy-két jól alkalmazható technikát ismertessünk.

9.1. Agitált, beszűkült tudatállapotú gyermek esetében és a mindennapokban is alkalmazható kommunikációs módszerek

Kritikus élethelyzetek a veszteség, a félelem, a negatív transz állapotát hozzák létre. Ilyenkor a gyermek különösen fogékony minden külső ingerre, így az elhangzott szavakra is. Jellemző, hogy mindent magukra vonatkoztatnak, félreértenek és negatív módon kereteznek át. Ez a tudatállapot jellemző a dührohamok ideje alatt is. Gyakori a menekülő magatartás, amikor minden eszközt, rossz és jó stratégiákat bevetve próbálnak kiszabadulni az adott helyzetből. Emiatt sokszor tapasztaljuk, hogy az általános felhangoltság mellett váltogatják stratégiájukat, pl.: először mindent megígérnek, kedveskednek, majd hirtelen átváltanak és követelőzővé, fenyegetővé válnak. Ilyenkor nagyon nehéz érdemi információt eljuttatni hozzájuk, ezért teljesen felesleges összetett mondatokban beszélni velük vagy negatív viselkedésüket szóvá tenni. (Varga, 2015)

Milyen típusú kommunikáció, attitűd, hozzáállás válthat ki negatív reakciókat a gyermekből?

A *kettős kötés* krízisbe taszító dinamikája

A fiatalokat, gyerekeket gyakran krízisbe, és akár patológiába taszító pregnáns pszichológiai jelenség a kettős kötés. Mit is jelent a kettős kötés? A verbális és a non-verbális csatornán érkező, egymásnak ellentmondó, összeegyeztethetetlen üzeneteket kap a gyermek, amelyekkel nem tud mit kezdeni. Így alakulnak ki a double-bind ***kommunikációs*** helyzetek. Ez az úgynevezett kettős kötés állapota akkor jön létre, amikor a gyermek számára választható alternatívák mindegyike negatív következményekhez vezet, a cselekvés és a nem-cselekvés egyaránt bajt okoz, emiatt nincsen jó döntés, viszont döntési kényszer van. Ilyenkor a gyermek/ fiatal sarokba szorítva érzi magát. Ezekben a helyzetekben lehetetlen az alkalmazkodás és a megfelelés, hiszen egymásnak ellentmondó üzeneteket kommunikálnak felé. A szülő, nevelő, gyám, pedagógus a gyermek számára hatalmi személy, emiatt nagy hatással van rá viselkedésük. Sok esetben akaratlanul hibázunk, és tudatunkon kívül mi magunk váltunk ki nem kívánatos reakciókat a gyermekből. Most nézzük meg, mit is nevezünk double-bind ***kommunikációs*** helyzetnek: Például, ha egy tekintélyszemély valamilyen (tudatos és tudattalan) okból kifolyólag önmagának felmentése érdekében azt akarja hallani, hogy nem ő tehet a kialakult helyzetről, és arra kéri a gyermeket/fiatalt, hogy nyugodtan kritizálja őt, mondja meg, szülőként, felnőttként mit csinál rosszul. A gyermek/fiatal közben folyamatosan érzi, tudja: ha kritikát mond, rosszul jár, de ha nem mond semmit, akkor is, hiszen kérdezték. A feszültséget az okozza, hogy egy ilyen helyzetből a gyermek csak vesztesként kerülhet ki. (Kollár 2011)

Jól alkalmazható kommunikációs módszerek

Pozitív szuggesztív módszerek

A szuggesztív kommunikáció olyan pozitív vagy negatív üzenet, mely önkéntelenül választ vált ki, hatással van ránk. A szuggesztiók egyszerű kijelentések vagy gondolatok, amelyeket szándékosan vagy tudtunkon kívül a másikhoz intézünk. A szuggesztió hatása a befogadóból nem megfontolt elhatározást vagy tudatos engedelmességet vált ki, hanem a befogadót önkéntelen cselekvésre készteti. Ezért a szuggesztiók teljesítéséhez nem szükséges a befogadó figyelme vagy a végrehajtási szándéka. Épp ezt a hatást használják ki a reklámokban, propagandafilmekben. A szuggesztiókra való fogékonyság egyénenként változó: valaki fogékonyabb, más valaki kevésbé fogékony a látott-hallott közlések mögöttes tartalmára. A szuggesztiókra való érzékenységünket bizonyos szituációk átmenetileg nagymértékben megnövelhetik. Elsősorban azok a helyzetek, amelyek félelemmel, kiszolgáltatottsággal, bizonytalansággal, fájdalommal, fokozott testi és érzelmi igénybevétellel, a helyzet fölötti irányítás elvesztésével járnak.

A szuggesztió lehet ártó és segítő

Azt már minden ember megtapasztalta, hogy vannak olyan élethelyzetek, amelyekben bizonyos szavak még akkor is hatással vannak ránk, ha nem nekünk szólnak. Pl.: egy családtagunk beteg, nem tudjuk, mi baja, és félünk valamilyen diagnózistól, akkor a rák szó még akkor is félelmet vált ki, ha a közismert ízeltlábúról van szó. Vagy ha valamilyen veszély fenyeget, akkor is mindent magunkra vonatkoztatunk, és minden negatív megnyilvánulásra bénultsággal reagálunk, képtelenek vagyunk cselekedni, hiába is próbálunk nem odafigyelni érzéseinkre, nem tudjuk elhessegetni őket. Vagy éppen ellenkezőleg, bizonyos mondatok hallatán szárnyakat kapunk, és úgy érezzük, nincs lehetetlen. (pl.: ilyen a szerelem).

Az átmeneti vagy tartósan nevelésbe vett gyermekek/fiatalok sok megrázkódtatáson vannak túl, a bizonytalanság életük része, így, ha a fent leírtakat figyelembe vesszük, nyilvánvalóvá válik számunkra, hogy ezek a gyermekek/fiatalok érzékenyebbek az átlagnál, és a negatív cselekedeteinknek, negatív attitűdünknek, elutasításunknak, szavainknak sokkal nagyobb hatása van rájuk, mint társaikra. Emiatt nagyon fontos odafigyelnünk arra, hogyan beszélünk velük, mert ha mindezeket figyelmen kívül hagyjuk, minden segítő szándékunk ellenére mi magunk idézhetünk elő nem kívánt viselkedésformákat, ami csak ÖNKÉNTELEN válasz a mi negatív szuggesztiónkra.

Pozitív hozzáállással és kommunikációval viszont azt erősíthetjük meg, hogy ő képes jól viselkedni, megfelelően reagálni. Nézzük meg ugyanazon a példán, mint az előbb, hogy ugyanazt a helyzetet hogyan lehet pozitív szuggesztív kommunikáció segítségével átfordítani. - Látom, hogy valami nincsen rendben, most van lehetőségünk ezt megbeszélni, szeretem, ahogy megfogalmazod a dolgokat; ebben nagyon ügyes vagy. Mit szeretnél elérni azzal, hogy kiabálsz velem? Ha azt, hogy figyeljek rád, akkor inkább kérj meg rá, és én szívesen meghallgatlak; érdekel, hogy mi van veled. Kórházi munkánk során sokszor találkoztunk hasonló helyzetekkel. A gyermekpszichiátrián gyakran sikerrel alkalmazzuk ezt a módszert, amelyben az a legjobb, hogy bármikor és bárhol alkalmazható. Érdemes tehát tudatosan odafigyelnünk, mit, mikor, kinek és hogyan mondunk. A szuggesztív technikák elsajátítása nemcsak egy megváltozott kommunikációs stílust jelent, hanem egyben egy megváltozott attitűdöt, másfajta közeledést is embertársainkhoz. A szavakon keresztül egész szemléletünk változik, amely hosszú távon befolyásolja emberi kapcsolatainkat.

Követés-vezetés

Első szakasz a követés:
Kimondjuk, hogy ő most mit él át: - Látom, hogy te most nagyon ideges vagy! Majd megismétlem azt a pár mondatot, amit a gyermek/fiatal hangoztat, ismétléssel időt nyerünk a helyzet átgondolására, és közben a gyermekben azt az érzést erősítjük, hogy figyelünk rá és nem ítéljük el jelen viselkedése miatt, hanem csak kíváncsiak vagyunk arra, hogy mi zajlik benne. Fontos, hogy szó szerint ismételjük meg azt, amit a gyermek mond, ideértve akár a trágárságokat is. Ez két okból fontos. Egyrészt, hogy a gyermek/fiatal szembesül azzal, amit kimond, és lehetősége nyílik az átfogalmazására, másodszor, hogy meglepő lesz számára, hogy az általa kimondott, sokszor bántó szavak, minősítések nem érik el céljukat. Azt várja ilyenkor, hogy azonnal tiltással reagáljunk viselkedésére, ami ebben az esetben olaj lenne a tűzre. A gyerekeknek/fiataloknak arra van stratégiájuk, hogy belemenjenek a harcba, hiszen ezeket a helyzeteket ismerik, viszont, ha mi nem úgy reagálunk, ahogy azt a gyermek megszokta és várja, eszköztelenné válik, és sok esetben hajlamosabb lesz az együttműködésre. A követés szakaszában valóban csak követjük a gyermek/fiatal viselkedését, csak ismétlünk, nem teszünk javaslatokat, nem mutatunk utat, nem javaslunk alternatívákat a helyzet megoldására.

Elérni kívánt cél:
A valós problémák és a kiváltó okok megismerése itt másodlagos, a módszernek köszönhetően viszont sokszor ez is megtörténik. Fő cél a beszűkült tudatállapotból való kizökkentés, illetve a helyzet megoldásában érdekeltté tenni a gyermeket/fiatalt. Ez azért fontos, mert ebben az állapotban lehetetlen elérni, hogy a gyermek ránk figyeljen, meghallgasson bennünket, együttműködjön velünk. Mivel a követés szakasza arról szól, hogy figyelünk a gyermekre, így az igényeit is jobban fel tudjuk mérni, és mivel azt érzi, hogy figyelünk rá, nyitottabbá válik, így már lehetőségünk nyílik arra, hogy a következő szakaszban aktívan bevonjuk őt.

Nyugtázás után kezdődik a vezetés szakasza:
Az adott helyzetről tényszerű visszajelzést adunk, sem a gyermek/fiatal viselkedését nem minősítve, sem az adott helyzetet. Felsorolásszerűen összegezzük a tényeket, “kihangosítjuk” minden megállapításunkat és jóváhagyatjuk a gyermekkel/fiatallal, pl.: Jól értem, hogy azért kiabálsz, mert megígértük, hogy elmehetsz ide vagy oda? Vagy: Igazságtalannak tartod, hogy te kapsz büntetést ezért vagy azért? stb. Itt lehetőségünk nyílik aktív résztvevőként bevonni a gyermeket/fiatalt a kialakult helyzet megértésébe, saját érzéseinek tisztázására és megfogalmazására. Jó technika, ha segítőként behívjuk a jelen helyzet megértése céljából: - Segíts nekem abban, hogy megértsem, éppen mire gondolsz vagy mit érzel! Jól értem, hogy azért vagy ideges, mert…..? És te most azt érzed, hogy……? A nyugtázás szakaszában nem szerencsés a gyermek hibáit hangoztatni, vagy arra utalni, hogy ő tehet a kialakult helyzetről!

Vezetés szakasza:
A módszer azért jó, mert valójában végig nálunk volt az irányítás, hiszen tudatosan voltunk jelen a helyzet megértésében, megoldásában. Ebben a szakaszban már kéréseinket is megfogalmazzuk a gyermek/fiatal felé. A kéréseink már tartalmazzák a kívánt viselkedést, de oly módon, hogy több lehetséges alternatívát kínálunk fel a gyermek/fiatal részére pl.: Halkabban beszélsz, vagy bejössz velem a szobába? Nekem mindegy, hogy mit választ, a célom az, hogy ne kiabáljon. Itt a pozitív szuggesztiót is alkalmazom, és mindent, ami elmozdulást jelent, megdicsérek. Egyszerű, de egyértelmű utasításokat alkalmazunk egy esetleges veszélyeztető helyzet megszüntetésére. Gyere, főzzünk egy kávét, teát, kakaót ameddig elkészül, megnyugszunk; - utasítás és a valós üzenet az, hogy nyugodj meg, sőt a jövőbeni állapotot is előrevetíti (meg fogsz nyugodni) Most eljött az ideje, hogy bemenjünk a szobába! Rakd le a botot, követ, labdát, kést stb. Ilyenkor már nem kérdezem, hanem mondom. Nem használok nemmel kezdődő mondatokat pl.: nem szeretnél inkább leülni? Nem innál egy kis vizet? Nem jönnél inkább be a szobámba? Nem szeretnél inkább kimenni a levegőre? Nincs semmi baj, nyugodj meg! Inkább mondjuk így: Minden rendben, nyugodj meg!

Helyzetfeloldások - Negatív helyzetek pozitív forgatása
Frusztrációt csökkentő módszerek azért fontosak, mert a gyermek/ fiatal negatív, destruktív viselkedésének, agressziójának kiváltó tényezőinek a csökkentésére koncentrál. A bizonytalanság, tehetetlenség, kompetenciavesztés és az ezzel együtt járó félelem okozta frusztráció, negatív érzések csökkentése miatt alakulnak ki olyan helyzetek, amelyek a felszínen deviáns viselkedésre utalnak. De miről is van itt szó igazából? A gyermek/fiatal valójában csak arra törekszik, hogy legalább minimális szinten megszerezze az irányítást az élete felett, illetve, hogy az általa ismert stratégiákat alkalmazhassa. Az előző fejezetekben már több helyen tárgyaltuk, hogy a másodlagos károsodások hátterében sok minden húzódhat, de közülük egy szinte minden esetben megjelenik: a kontrollálásra való igény. Röviden megfogalmazva: tudom, hogy ki hogyan fog arra reagálni, ha dühöngök, ha fenyegetőzöm. Sokszor a figyelem önmagában is elég ahhoz, hogy a negatív viselkedés módok megerősödjenek, maga a kitüntetett figyelem is jutalom.

A kompetenciaérzés növelésének lehetőségei
Ajánljunk fel kettő vagy több olyan megoldási lehetőséget, cselekvést, alternatívát a gyermek/fiatal számára, amelyek közül választhat. A választása az általunk kitűzött célt nem befolyásolja, engedményeket nem tartalmaz, csak arra ad lehetőséget, hogy a cél eléréséhez szükséges

cselekvések, megoldások közül a gyermek/fiatal kiválaszthatja a számára megfelelőt. Olyan lehetőségeket kell felajánlanunk, amelyeknek nincs tétje, ennek ellenére a gyermek/fiatal úgy érzi, hogy ő irányít, kompetens a helyzet megoldásában, és önszántából tesz meg (vagy ellenkezőleg) nem tesz meg bizonyos dolgokat. A gyermek/fiatal úgy éli meg a szituációt, mintha ő irányítana→kompetensnek érzi magát, így pozitív érzelmi beállítódás jön létre → Biztonságban érzi magát, emiatt nincs értelme tovább harcolni. Amit fontos hangsúlyozni, hogy annak ellenére, hogy a gyermek/fiatal dönt, az irányítás továbbra is a mi kezünkben marad, a gyermeket nem hagyjuk hibázni, hiszen a célt mi tűzzük ki, és a választási lehetőségeket is mi kínáljuk fel. Felelősséget vállalunk a folyamatért, ezzel megteremtve egy olyan helyzetet, ahol a gyermek nem tud hibázni, és pozitívan élheti meg magát a biztonságos légkört.

YES-Set
A legegyszerűbben definiálva ez a 3 IGEN szabálya. A módszer célja a pozitív válaszokra való beállítódás előidézése, a negatív beállítódás pozitívba való átfordítása. Kisebb gyermekeknél nagyon jól alkalmazható, nagyobb gyermekek esetében is használhatjuk, csak ott nehezebb olyan kérdéseket feltennünk, amelyekre biztosan igennel válaszolnak. Lényege, hogy olyan kérdéseket tegyünk fel, amelyekre a válasz egyértelműen igen lesz. pl.: - *Szereted a csokit? - Igen! Kérsz csokit? - Kérek. - Akkor pakold be a táskád. - Jó!*

9.2. A mediátor jelentősége a konfliktusok megoldásában

A mediáció, mediátor szavak eredete a “mediare” szó, melynek eredeti jelentése:
- középen állni
- egyeztetni
- közbenjárni
- közvetíteni
- békéltetni

A konfliktusok kezelésekor sok esetben érdemes bevonni külső közvetítő segítségét. A cél egy győztes-győztes egyenlő helyzet kialakítása. Például egy iskolában, intézményben előforduló problémás helyzet meglétekor az intézménnyel (tanítókkal, tanárokkal, nevelőkkel, de akár a gyerekek között is) való együttműködés mediációs módszerek és kommunikációs elvet alkalmazva nagyobb valószínűséggel érhetünk el pozitív irányú elmozdulást. A mindenki közös érdeke, hogy a konfliktusok megoldódjanak. Sokszor nehéz annak a személynek megoldania az aktuális konfliktusos helyzetet, aki benne van. Kórházi gyakorlatban a nagy megterhelést jelentő betegségek sok esetben váltanak ki a szülők és az egészségügyi személyzet között konfliktusos helyzeteket, tapasztalataink alapján nagyon hatékony ilyenkor egy kívülálló és pártatlan közvetítő bevonása. A módszer lényege a nyertes-nyertes helyzet kialakítása A mediátor nem bíró, és nem feladata eldönteni, hogy kinek van igaza. A mediációnak nem az a célja, hogy eldöntsük, ki a hibás a kialakult helyzet létrejöttében, hanem hogy közös megoldást találjunk a problémára. Olyan megoldást, ami mindenki számára elfogadható, tehát mindenki nyertesnek érezheti magát.

A mediációban is használt kommunikációs módszerek, amelyek elősegíthetik a konfliktusok megelőzését és megoldását

Információs kérdések: (tanácstalanság esetén mozgásba hozza a beszélgetést)
Mi az oka, hogy ma ennyire feldúlt vagy ……?
Ettél ma valamit ……?
Ez a kedvenc ruhád, cipőd, zenéd stb……? El tudod nekem mondani, hogy miért szereted ennyire?
Miről beszélnél szívesen? …… (innen merre mozdulhatnánk el)?

Javasoljuk a következőket betartani:
Bármire rákérdezhetünk, ami az adott helyzetben információt jelent számukra, vagy segít a gyermeknek kizökkenni egy negatív állapotból. Helytelen, ha azt kérdezzük: Most meg megint miért vagy ilyen? Vagy miért beszélsz már megint így velem? Egyértelmű, hogy ezek a kérdések nem arra irányulnak, hogy a gyermek gondolatait, félelmeit megismerjük, hanem arról szólnak, hogy mi magunk, hogyan éljük meg a helyzetet.

Nyitott, kifejtő kérdések: (a probléma, igény, vélemény megismerése)
Megismételnéd, kérlek?
Kicsit ezt meséld el részletesebben?
Szerinted ez a pirosabb piros, vagy ez?

Javasoljuk a következőket betartani:
Fontos, hogy ne vágjunk közbe, ha a gyermek mesélni kezd. A követés vezetés módszer egyik fontos momentuma. Finoman vezessük át a gyermeket a következő szakaszba. A pozitív szuggesztív kommunikáció itt jól alkalmazható: dicsérjük meg, hogy milyen jól tud mesélni magáról, érdekes, amiket mond, és örülünk, hogy megosztotta velünk élményeit érzéseit, gondolatait. Ne szóljunk rá, ha csúnyán beszél, inkább kedvesen, elfogadóan (nagyon nehéz, tudjuk), adjunk mintát, és kissé viccesen ismételjük meg, amit mondott, vagy pl. tegyünk javaslatot arra, hogy ezt vagy azt mondja, így vagy úgy.

Reflexív kérdések: (az érdemi jelenlét, az aktív figyelem visszajelzése)
Jól értem, hogy ……?
Korában azt mondtad, hogy ……?
Úgy érted, hogy ……?

Javasoljuk a következőket betartani:
Fontos, hogy visszajelezzük, hogy figyelünk, még akkor is, ha valójában nevetséges, bagatell problémáról beszél a gyermek/fiatal. A reflexív kérdések azt sugallják a gyermeknek/fiatalnak, hogy fontos nekünk, és az is, amit mond. Ez azért kiemelendő, mert a cirkuszok, viták nagy része ennek az igénynek a kielégületlensége miatt alakul ki.

Innovációs kérdések (valamilyen alkotó tevékenységre serkent): Mi a véleményed erről vagy arról a helyzetről? Szerinted ezeket hogyan lehetne megoldani? Te mit tudsz felajánlani, hogy megoldódjon ez vagy az? Rendben, nem tetszik a szobátok. Mit tudsz te ezen változtatni pl.: képek felrakása, rajtok, kifestésben segítőként részt venni stb.?

Javasoljuk a következőket betartani:
Fontos, hogy a gyermek/fiatal aktív részese legyen a változtatások átgondolásában (pl.: közös szabályok alkotása) a kreativitás, az aktivitás csökkenti a tehetetlenség érzéséből adódó frusztrációt. Fontos azért is, hogy ezt mi magunk is átéljük. Ha a kigondolásában aktívan részt vettünk, sokkal motiváltabbak vagyunk, nem esik nehezünkre a szabályokat betartani és az utasításokat végrehajtani.

Jövőbe mutató kérdések: előkészíti a következő alkalmat, segít átlépni a problémamegoldó fázisba.
Hogyan és hol szeretnél együtt dolgozni velem? (A szobádban, a kertben, az ebédlőben; bármi jó, ami nekünk is megfelel. A lényeg, hogy adjunk választási lehetőséget.) Legközelebb miről beszélgetnél szívesen? Te milyen változtatásokat tartasz szükségesnek a jövőben, a szobádban, a beszélgetésekben stb? (Barcy - Szamosi 2002)

10. Leggyakrabban alkalmazott módszerek, terápiák ADHD-s gyermekek ellátásában

Összefoglalás: Azt a fontos alapelvet szerettük volna átadni, hogy a gyermek viselkedési problémáit a büntetéssel, megvonással nem tudjuk kezelni. A viselkedés terápia egy jól átlátható, megtanulható keretrendszer, ami széles körben alkalmazható. Az ADHD-s gyermekekre vonatkozó szabályok az intézmény minden gyermekére kiterjeszthetők, hiszen az ő esetükben is hatékony. A cél a pozitív viselkedés megerősítése kondicionálása. A lényeg, hogy nem elveszem a már megszerzett jutalmat, hanem nem adok jutalmat, ha nem a megfelelő módon viselkedik ezzel nem büntettem, hanem csak nem jutalmazom a nemkívánatos viselkedést.

Cél: Az intézményekben jól alkalmazható viselkedés terápiás módszer ismertetése, és a jól felépített jutalmazási rendszer lényegének jelentőségének bemutatása.

Kulcsszavak: Jutalmazás, kiszámíthatóság, pozitív kondicionálás, motiváció, egyértelmű instrukció, játék, mozgás, kívánt viselkedés, nem kívánt viselkedés, struktúra

Tanulást segítő kérdések: Miért nem büntettünk? Mit jelent a kondicionálás? Miért fontos a következetesség?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom:

- Mórotz K. - Perczel F.D (szerk.) (2006): Kognitív viselkedésterápia. Medicina, Budapest.

10.1. Kognitív- és viselkedésterápiák

A kognitív viselkedésterápiás megközelítés lényege, hogy az emberek szemléletmódja és hiedelmei alapvetően meghatározzák az érzelmi reakcióikat és a viselkedésüket. Ez azt jelenti, hogy ugyanannak az eseménynek különböző jelentése lehet az egyes emberek számára. A különböző pszichés megbetegedések esetén zavart szenved az információfeldolgozás, és így az események és történések torzult, félreértelmezett jelentést nyernek. Ennek következményeként alakulnak ki a különböző negatív érzelmi állapotok. Így például egy depressziós személy már egy kisebb kudarcot is saját értéktelensége bizonyítékaként értelmezhet. Szomatikus, testi betegségek esetében a beteg hajlamos lehet arra, hogy akár enyhe testi tüneteket is valamilyen súlyosabb jelként értelmezzen.

A kognitív viselkedésterápia abban segít, hogy a betegek felismerjék és megváltoztassák hibás, torzított gondolkodási folyamataikat. Ennek első lépése, hogy felismerjék azokat a gyakran visszatérő negatív automatikus gondolatokat, melyek a legkülönbözőbb szituációkban megjelennek, valamint azokat a negatív érzelmeket, amik ezen gondolatok következménye lesz. A terápia célja a torzított gondolatoknak, valamint az ezek mélyén húzódó téves vélekedéseknek, hiedelmeknek a felismerése és megváltoztatása. Ebben a folyamatban a páciensnek aktív, együttműködő szerepe van.

A kognitív viselkedésterápia ma már elismerten az egyik legfontosabb pszichológiai kezelési forma a pszichiátriai és pszichológiai problémák széles körében. Számos kontrollált vizsgálat bizonyítja hatékonyságát a depresszió, a szorongásos kórképek, a pánikbetegség, a poszttraumás állapotok kezelésében. (Mórotz, Perczel, 2006)

A **Viselkedésterápia** célja a maladaptív viselkedés megváltoztatása. A tanuláselméletből kiindulva, a viselkedésünk tanulás eredménye, így a hibásan megtanult viselkedés leépíthető, és adaptív formában újratanulható. Mivel tudatos belátás nem szükséges a terápia hatékonyságához, így kisebb

gyermekeknél (9 éves kor alatt), kognitív képességzavarban, autizmusban is hatékonyan alkalmazható módszer. A gyermekkori magatartásproblémák egyik fontos terápiás eszköze. A tünetviselkedés elemzését, valamint terápiás célkitűzést követően – mely a pszichológus feladata - a kialakított megerősítő / jutalmazási rendszer alkalmazásában mind a szülők, mind a gyermeket körülvevő segítők, nevelők olyan segítséget kapnak, mellyel saját személyes kompetenciájuk is erősödhet. (Mórotz, Perczel, 2006). Fontos hangsúlyozni, hogy a viselkedés terápia akkor hatékony, ha azt a gyermek környezetében következetesen és lehetőleg azonos elvárások mentén alkalmazzák a szülők, nevelők, segítők.

A tanuláselmélet alapfelvetései

- a pszichopatológiai jelenségek maguk a megfigyelhető viselkedések. Ahhoz, hogy a pszichopatológiai esetet megértsük, nincs másra szükség, mint a viselkedés pontos regisztrálására, elemzésére és a környezeti tényezőkkel való kapcsolat felderítésére.

- az örökletes tényezők csak potenciális keretei a viselkedésnek, maga a konkrét egyedi viselkedés mindig a környezeti tényezők hatására kialakult, tanult viselkedés.
- a környezeti tényezők hatására létrejött tanulás a központi idegrendszer funkciója. A központi idegrendszer működési mechanizmusa hasonló embernél és állatnál, ezért a hatás és reakció vizsgálatra az állatkísérletek jól felhasználhatók.
- a viselkedésproblémával rendelkező személyt a tanulási modell hibásan programozott személyként kezeli, és nem betegként. Ezért a vizsgálat arra irányul, hogy a személy jelenlegi nehézségei hogyan, milyen körülmények között alakult ki, hogyan tanulta azt meg, és hogyan lehetne tanulással új, adaptívabb viselkedést kialakítani.

Miért is lehet hatékony?
Ahhoz, hogy ezt megértsük, fontos látnunk, hogy a viselkedés főként tanulás eredménye, viszont, ha ez a tanulás maladaptív, nem megfelelő viselkedést alakított ki, akkor újra kell tanulni, hogy adaptívvá válhasson. A viselkedés befolyásolására tett kísérleteknek elvileg 3 fő iránya lehet: 1. új viselkedés kialakítása 2. a kívánatos viselkedésód megjelenési valószínűségének csökkentése 3. a nem kívánatos viselkedésmód kiiktatása, illetve megjelenési valószínűségének csökkentése. A viselkedésváltozás megtervezésekor végig kell gondolni, hogy az S_O_R_C_K sémával leírható viselkedéslláncolat melyik pontján kell beavatkozni, és az így meghatározott pontokra vonatkozóan rendelkezünk hatáslehetőséggel. Ingerkörnyezet megváltoztatása (külső, belső): pl. figyelemtréning esetén a “zaj” ingerek mennyiségének változtatása. Organizmikus változó befolyásolása: pl. aktivációs szint befolyásolásával (farmakológiai, pszichológiai eszközökkel) változtatni lehet az ingerkörnyezetet illető percepció küszöbét, az esemény iránti túlérzékenységet, befolyásolható a szélsőséges reaktibilitás (frusztráció-düh affektus- testi tünetek), pl. bio-feedback technikákkal. Reakciók befolyásolása: valamely viselkedésmód gátlása, serkentése, meghatározott feltételekhez kötése, megjelenését gátló vagy facilitáló körülmények teremtése stb. Pl. akaratlan hiperkinézis esetén esetén negatív tréning.

Konzekvenciák: a reakció-megerősítés valószínűségi kapcsolatára vonatkozó beavatkozások. A viselkedést befolyásolni képes következmények tervszerű alakítása, megjeleníthető addig nem prezentált konzekvencia, vagy külön markerrel jelölünk az egyén által addig nem detektált következményt (ignorált gesztusjelek), egyes reakciókat korábbival ellentétes előjelű eseménnyel társítjuk, változtatunk a megerősítések időbeli, térbeli struktúráján. Kontingencia: a viselkedés és megerősítés kölcsönös, dinamikus kapcsolata.Pl. változik a viselkedés addigi gyakorisága, ez korábbitól eltérő konzekvenciával jár, és ez megváltoztathatja a kiinduló viselkedést. Tanulni mindenki képes olyan szinten, ami a viselkedés megváltoztatásához szükséges (még az állatok is=cirkusz), ezért már nagyon kicsi kortól is hatékonyan lehet alkalmazni a módszereket.

Hogyan?
Az első lépés, hogy a helyzetet kell analizálnunk, körüljárnunk, hogy az adott viselkedést mi váltotta ki, mi a következménye stb? Majd ezt követően egy beavatkozási vagy terápiás tervet kell készítenünk annak érdekében, hogy a kiváltó okokat csökkentsük, a kívánt viselkedést jutalmazzuk, hogy az ismételten megjelenjen, miközben a nem kívánt viselkedést ignoráljuk-visszaszorítjuk, hogy az nem jelenjen meg többet.

Fontos feltérképezni a viselkedés paramétereit:

- Mikor kezdődött? Mióta áll fenn, mi történt akkor?
- Milyen gyakran jelentkezik, hetente, naponta többször?
- Mennyi ideig tart, mennyi idő alatt cseng le?

Milyen az intenzitása?

- Az idő előrehaladtával ezek erősödő tendenciát mutatnak.

Mik azok a kiváltó tényezők, melyek hatására megjelenik a viselkedés?

- Provokációra?
- Ha nincs felügyelet a közelben?
- Ha nem figyelnek rá?

Mi a viselkedésének a következménye?
Egyből mindenki fokozottan ráfigyel.
Nyugtatgatják, szeretgetik, megkapja, amit akar.
Vannak viselkedések, melyek nagyon nehezen deríthetők fel, mert már régóta fennállnak. De fontos megtalálnunk azokat a helyzeteket a gyerek múltjában, amikor ez a viselkedés még adaptívnak számított, mert ott tanult rá arra a viselkedésre, ami abban a konkrét helyzetben valamilyen szinten hasznosnak bizonyult a számára.
Pl.: A fizikai agresszivitás, tiltakozás lehetett adaptív egy konkrét bántalmazást átélt gyermek esetében a bántalmazás során, de inadequate lehet a későbbiekben, ha a bántalmazó környezete megszűnik.

A viselkedésterápia szerint egy viselkedést három módon tanulhatunk meg:

1. modellezéssel
2. ingerek társításával
3. vagy, hogy rájövünk, hogy az adott viselkedéssel befolyásolni tudjuk a környezetünket

A bonyolult emberi– adaptív és inadaptív – viselkedést létrehozó tanulási folyamatok sokrétűek, néhány alapmechanizmus azonban világosan elkülöníthető.

- **Klasszikus kondicionálás**: Neutrális inger maga is biológiailag releváns inger hatására tesz szert bizonyos feltételek megléte esetén: a feltételes és feltétlen inger megjelenésének egyidejűsége, vagy a feltételes inger kissé megelőzi a feltétlen ingert, a társítás ismétlődése (egyszeri társítással is kialakulhat pl. szorongásos zavaroknál, traumatikus események hatására). Kioltás következik be, ha a feltételes ingert ismételten a feltétlen inger nélkül prezentálják (gyengül, majd el is tűnik a kondicionált reakció), ugyanakkor a spontán újraéledés jelzi, hogy a kondicionált reakció véglegesen megszűnt.
    - Magasabb rendű kondicionálás: a feltételes válasz más feltételes ingerhez Is kondicionálható (kondicionálási láncok), közvetítő lehet maga a nyelv is. Egymástól távoli ingerek válhatnak kölcsönösen egymás jelzőivé.
    - Generalizáció: Ingergeneralizáció: az egyedek hajlandósága arra, hogy hasonló ingerekre (fizikai megjelenés, szimbolikus jelentés) ugyanúgy reagáljanak. Válaszgeneralizáció: az egyed nem tudja kivitelezni az eredeti kondicionált választ,

az eredetihez hasonló választ ad (pl. emocionális válasz lekötözésének hatására hiperkinézis).
    - Diszkrimináció: a korábban egyjelentésű ingerek csoportjából egyesek elkülönítődnek, megtanulja az egyed megkülönböztetni egymástól a hasonló, ám nem azonos ingereket. (Deszenzitizációs kezelés: egységes szorongáskeltő ingerek halmazát differenciáljuk, ezáltal csökken a szorongáskeltés szempontjából potens ingerek száma, növekszik a szorongásmentes ingerhalmaz).

- **Instrumentális (operáns) kondicionálás:** a viselkedés alakulásában annak következményei a meghatározók. Azok a válaszok megerősítődnek, amelyek az egyén szükségleteinek kielégüléséhez vezetnek, és ezek nagyobb valószínűséggel fognak megjelenni, mint azok, amelyek diszkomfortot eredményeznek, ezek kisebb valószínűséggel jelennek meg a jövőben. A feltétlen inger megjelenése a viselkedés függvénye. Hat rá: depriváció szintje, megerősítések menetrendje. Pozitív megerősítés: a viselkedés következményeként az egyed számára pozitív esemény jelenik meg (választendencia erősödik), negatív megerősítés: csökkent, kivéd, elhalaszt valami negatív eseményt (választendencia erősödik). Büntetés: átmenetileg legátolja a hozzá vezető válaszokat, a büntető feltételek kiiktatása esetén a válaszreakció visszatér (nagyobb frekvenciával és intenzitással), visszaszoríthat bizonyos viselkedést, de viselkedésváltozást nem idéz elő. Kettős megerősítés hatására kialakult viselkedések rendkívül szilárdak.

- **Obszervációs vagy modelltanulás**:
    - Dollard-Miller: számos készség, szokás, félelem vagy annak redukciós módja elsajátítható utánzás által, alapja a Hull féle megerősítési elmélet, ennek értelmében a különböző drive-ok az egyedet válaszok keresésére ösztönzik, s azok, melyek következtében a drive redukció létrejön, megerősítődnek, és aki e folyamatot megfigyeli vagy leutánozza, maga is ugyanolyan viselkedésváltozás alanya lehet, mint a modell.
    - Obszervációs tanulás: egy másik személy viselkedésének megfigyelése révén jön létre. A modell élményei is leképeződnek, a megfigyelt történéssor belső modellje is kialakul. Nem szükséges a minta fizikai jelenléte. A modell új viselkedésmintát képes átvinni, gátolhatja vagy facilitálhatja a nem kívánatos válaszokat, hozzájárulhat már létező válaszok intenzitásának növekedéséhez.

Modelltanulás:
A viselkedésváltozás egy másik személy viselkedésének megfigyelése révén jön létre, tehát a modell magatartását figyelve veszi át annak viselkedését. Erős modell: korban közelálló, fontos, hogy érzelmileg is közelálló legyen (érzelmi kötődés, identifikáció)
Pl.: Kortárs csoportok hatása a viselkedésre (pl.: cigi, agresszió) Azt látja egy gyerek, hogy a barátja megúszott egy dolgozatot, mert hasfájásra hivatkozott, akkor legközelebb ő is kipróbálja.

Klasszikus kondícionálás:
Feltétlen inger társítása, együtt járása egy feltételes ingerrel, valamint néhány ismétlődés szükséges a tanuláshoz. Egymástól sokszor távoli különböző szinten megjelenő ingerek is egymás kölcsönös jelzőivé válhatnak
Pl.: klasszikus Pavlov-I kísérlet: étel…. nyálképződés – közben csengő szó.

Operáns tanulás:
A viselkedés alakulásában annak következménye a meghatározó. Amennyiben viselkedéséve eléri a kívánt célt, vagyis befolyásolni tudja a környezetét, akkor az növeli a viselkedés megjelenési gyakoriságát. Tehát a megerősítés növeli, a büntetés (ha nem éri el a célt) csökkenti a megjelenését.
Pl.: gyereknek kell csoki…elkezd üvölteni…megkapja, így az üvöltés megerősítődik, hiszen a viselkedéssel elérte a célját, a gyerek megtanulta ezt, és valószínűleg legközelebb már üvöltéssel kezdi.
Ugyanez történik, ha nem figyelnek rá: azzal tudja felhívni a figyelmet magára, hogy rosszalkodik, mert ekkor mindenki ráfigyel, amit ő megtanul.

Tehát a viselkedésterápia ezekre a nem helyesen megtanult viselkedésformákra próbál hatni úgy, hogy a helyzet feltérképezését követően beavatkozási tervet készít, hogy csökkentse a kiváltó okokat, a kívánt viselkedést jutalmazza, hogy ismét megjelenjen, és a nem kívánt viselkedést ignorálja, hogy többet ne jelenjen meg.

Terápiás terv
Cél: Kívánt viselkedés felépítése, a NEM kívánt viselkedés letiltása

A kívánt viselkedés felépítésének nem az a leghatékonyabb módja, ha leépítjük a korábbit, hanem ha létrehozunk egy vele ellentétes adaptívat. Önmagában a negatív viselkedés kioltása nem eredményezi a kívánt, pozitív viselkedést. Erre először “meg kell tanítani “a gyermeket. Először a kívánt viselkedés felépítése a cél, hogy a gyermek ne váljon eszköztelenné: egy adaptív viselkedésformát kell adni neki azért cserébe, hogy egy másikat elveszünk tőle.

A kívánt viselkedés felépítése

Strukturált környezet
Napirend = feladatok + kellemes tevékenységek. A feladatokban kell lenni kötelezőnek meg önkéntesnek, míg a kellemes tevékenység az legyen, amit a gyermek választ, ami neki örömet szerez.

A megfelelést jutalmazzuk
Fontos, hogy előre és érthetően kell tisztázni a gyerekekkel a szabályokat (promting technikák). Fontos, hogy a szabályokat mindig a gyerek életkorához igazítsuk, ennek megfelelően 3-5- nél többet egyszerre ne hozzunk. Be kell vonni őt is a szabályok lefektetésébe: tudnia kell, hogy pontosan mit várunk el, mikor mi fog történni, minek mi a következménye. A meghozott szabályok elmélyüléséhez kb. 3 hónap szükséges, majd fokozatosan leváltható új szabályokra. A folyamatábrák, a vizuális megsegítés nagyban hozzájárul az eredményességhez, ha az átlátható és esztétikus. (pl. egy reggeli készülődés menetét ábrázolni) A jó jutalmazás alapelvei szerint az erőfeszítést értékeljük, nem a hibát büntetjük. Nem kell 100%-ot elvárni, a 80% sikerként értékelhető. Az elvárásunk teljesíthető legyen. Legyen lehetőség javításra.

Promting/promptolás technikája:
A kivitelezendő cselekvést különféle jelekkel, eszközökkel, hangokkal, gesztusokkal vagy a mozgás fizikai vezetésével segítjük elő.
Pl.: Megfogjuk és vezetjük a kezét, miközben a gyerek összepakolja a játékait, és közben folyamatosan dicsérjük.

Jutalmazás:
A jutalom kilátásba helyezésével a jutalmazott viselkedés jövőbeni előfordulásának valószínűsége nő. A pozitív megerősítés (jutalom) nem csak konkrét- tárgyi dolog lehet, hanem minden szociális típusú megjegyzés/ odafordulás/ észrevétel/ figyelem/ dicséret is annak minősül. A viselkedés rendezésekor a leglényegesebb, hogy amikor a kívánt viselkedés megjelenik, akkor a környezet arra pozitív módon

reagáljon! (pl. dicséret) Lényeges a következetesség! Fontos, hogy a szóbeli visszajelzések, gesztusok, nonverbális jelzések azonnal kövessék a cselekedetet, és ne a személyre, hanem a cselekedetre irányuljon.

A jutalmazás lehet azonnali, vagy zsetonrendszer. A lényeg, hogy kéznél legyen, változatos legyen, ne unjon rá a gyerek, számára valóban megerősítést nyújtson. Leggyakoribb megerősítők: étel, játék, zseton, amit x db után beválthat valami előre megbeszélt dologra. Fontos, hogy tudja a gyerek, miért és mennyi zseton jár. A kisebb gyerekeknél az azonnali és kézzel fogható jutalmazás/direkt megerősítők a hatásosabbak.

A büntetés
A nem kívánt viselkedést figyelmen kívül hagyjuk → a várt reakció elmaradása.
A büntetés csak ellenállást, haragot vált ki, nem terel a kívánt viselkedés felé és nem segíti elő azt, hogy a gyermek saját belső értékrendje fejlődjön. Helyette a jutalom elmaradása legyen a következmény, vagy a figyelemmegvonás. A hatékonyság feltétele, hogy EGY (négyszemközti!) kritikára ÖT (mások előtti!) dicséret jusson.

Shaping (viselkedés felépítés):
Minden, a célviselkedéshez hasonló viselkedést megerősítünk! Még olyankor is, ha az csak véletlenül jelenik meg. Később a célviselkedéshez közelebb álló viselkedések kapjanak csak megerősítést! Ez nagyon hatásos tud lenni a mentális retardáció esetén. Mivel nem lehet megtanítani pl., hogy egyedül felöltözzön, ezért kezdetben a részfolyamatokat nekünk kell elvégezni, és csak az utolsó lépést végzi a gyerek, amit jutalmazhatunk.
Pl.: kabát felvétele: először jutalmazzuk a zipzár felhúzását, mivel a zipzár összekapcsolása, a kezek bedugása az ujjba, a gallér megigazítása stb. a mi feladatunk. Később már mindig eggyel többet neki kell elvégeznie ezek közül a jutalomért.

Modellezés:
Olyan, mint a modelltanulás, de konkrétan megkérjük a gyermeket, hogy figyelje meg, hogyan csinálja más, vagy egy felnőtt. Lejátsszuk számára a kívánt viselkedést. Ekkor egész viselkedésláncot is utánozhat, nem kell részletenként külön jutalmazni. Amennyiben a modell viselkedésének következménye pozitív, az facilitálhatja a viselkedés megjelenését.

<u>A nem kívánt viselkedés letiltása</u>

Ha a problémás viselkedés rendezésére azonnali beavatkozásra van szükség, a figyelemmegvonás és a time-out technikák jók lehetnek.

Kioltás (figyelmen kívül hagyás)
A figyelemmegvonás abban az esetben jó, ha a zavaró viselkedés nem jelent gondot a környezetre, saját magára, a berendezési tárgyakra. Ilyenkor kerüljük a szemkontaktust és a szidást. A semleges hozzáállás miatt sokszor spontán rendeződik a helyzet. Amennyiben a maladaptív viselkedés nem ön- vagy közveszélyes, sokszor hasznos, ha nem figyelünk rá. Fontos felkészülnünk arra, hogy ez kezdetben átmenetileg fokozhatja a viselkedést, hiszen megszokta a gyermek, hogy ezzel kelthető fel az emberek figyelme.

Jutalommegvonás
Ha már kialakult egy jutalmazási rendszer, akkor hasznos lehet, hogy ha a nem kívánt viselkedés ismételt megjelenésével a gyermek elveszíti a már megszerzett jutalmakat. Pl.: nem hallgathatja a

kedvenc CD-jét, nem szg-ezhet stb. Zsetonrendszernél is használható, ekkor nem a már megszerzett zsetont, matricát stb. vesszük el, hanem távolabb kerül a majdani jutalomtól.

Time-out
A szociális izoláció hatásos lehet egyes maladaptív viselkedések kiiktatásában. A lényege, hogy a gyerekeket eltávolítjuk abból a környezetből, ahol a negatív viselkedés pozitív megerősítést kaphat.

Mikor és hogyan alkalmazható:
A time-out módszert a nem tolerálható viselkedéskor vessük be, amikor a gyerek agresszív, veszélyes a környezetére vagy önmagára. A fokozatosságot itt is tartsuk be: először kérjünk, csak utána utasítsunk. Ha együttműködik, dicsérjük meg. Ha nem, akkor emlékeztessük a jutalomra. Ha ez sem vált be, vonjuk ki a szituációból, ültessük félre meghatározott időre egy tágas, világos, nem szorongást keltő helyen. Biztosítsuk a felügyeletét, biztonságát, de ne foglalkozzon vele az, aki éppen vigyáz rá! Ha nem akar kiülni, kísérjük el. A végén, ha lejárt az idő, pozitív megerősítést küldjünk felé.

Példahelyzetek:
Tanulásnál idétlenkedik, a társai nevetnek rajta, éljeneznek neki → jutalmazva van a viselkedése

Megoldás: külön szobában kell ezek után tanulnia
Hiszti, hogy magára vonja a figyelmet, → rossz stratégia

Megoldás:
Jelezni kell felé, hogy csak akkor kapja meg a kívánt figyelmet, ha abbahagyja → a hiszti idejére ki kell vinni, vagy ha ez nem veszélyes, egyedül kell hagyni, amíg a hiszti meg nem szűnik.
Fontos, hogy az izoláció csak addig tartson, amíg a maladaptív viselkedés fennáll, ne tovább. Ha megszűnt, oldjuk fel, hogy a szociális izoláció helye ne legyen szorongáskeltő. Ez a módszer nem alkalmazható büntetésként, a lényege a kizökkentés, az ingerek megvonása.

10.2. Viselkedésterápia a gyakorlatban

Keretek
- következetes szabályrendszer
- kiszámíthatóság
- csak jutalom van, nem veszünk el, nem büntetünk
- mindig tudassuk, mit várunk el tőlük

Szabályok
- egyszerű ⟹ Mit szeretnék
- gyerek szintjén
- érthető, egyértelmű
- vizuálisan is erősítsük meg
- egy helyzetre max. 2-3
- állandó legyen, ne változzon naponta, csak ha már rögzült
- ismételje el, megértette-e
- folyamatosan kell nekik ismételni
- szülő a főnök, csak ő jutalmaz, ő hozza a szabályokat
- egyszerre 1-1 utasítás, ha megcsinálta, jöhet a következő, egy nagyot részfeladatokra kell osztani

- visszaszámlálás a feladat indításakor
- időkorlátok megadása fontos
- a kedvezőtlen magatartást figyelmen kívül hagyjuk, mert a figyelemnek megerősítő szerepe van
- esély a javításra (ha extrán teljesít, javíthat)
- akkor tud nyugodt lenni egy gyerek, ha nyugodt a környezete
- napirend!
- Jutalmazzuk: szabály betartását és a feladatot is!!!

Hiba

- túl távoli a jutalom
- máshonnan is megszerezhető
- túl nehéz elérni
- értelmetlen dolog, a gyermeket nem motiválja, számára nem fontos
- nem tartja a felnőtt a szavát

Jutalom (pozitív megerősítés):

- kitüntetett figyelem, érintés, ölelés, dicséret
- azonnali reagálás (észrevesszük)
- megbeszélés
- mindig a viselkedést vagy a tevékenységet minősítjük, nem a gyereket!

Jutalom elmaradása

- dührohamkor (dühösség nem dühroham)
- szabályt nem tartja be a gyermek
- feladatot nem old meg
- neki sem kezd a feladatának

<u>Kommunikációs stratégiák</u>

A gyermekkel való kommunikáció során nem alkalmazhatók a következők:

- túl sok beszéd
- hosszú magyarázat
- bonyolult fogalmazás
- összetett, bonyolult mondatok
- idegen szavak
- csúnya beszéd
- kiabálás
- túlzottan indulatos hangnem
- türelmetlenség
- negatív minősítés

Lépések

A figyelem felkeltése

- érintés, megszólítás, nézzen a szemembe, egy szintre helyezkedünk (dicséret: de szépen a szemembe néztél)

A környezet strukturálása

- háttérzaj megszüntetése
- adott tevékenység félbehagyása, a szülőnek is

Hatékony kommunikáció

- egyszerű fogalmazás
- normál tempó, hangerő
- világos utasítások, kérések
- összetett kérések helyett részfeladatok
- hosszú indoklás, magyarázat elkerülése

Stílus

- határozott, udvarias
- cél az első szóra!
- konkrét utasítások, kevés szót használjunk
- összhangban legyen a verbális és a nonverbális kommunikáció
- meg kell bizonyosodni, hogy megértette-e
- időintervallum meghatározása
- NEM általánosítunk (jól viselkedj); honnan tudja, mit akarunk
- NE szó kerülése! (ne legyél rossz)

Problémás viselkedés meghatározása, elvárás megfogalmazása

- cél a viselkedés kijelölése, csak a helyes viselkedést várhatom el, NE a helytelent tiltsam!

Határozott NEM-ek

- bátorítás, javítás lehetősége

Pozitív megerősítők:

- dicséret
- mindig a viselkedést, ne a gyermeket
- észrevételezés! (összekacsintás, jel, gesztus, érintés, kép stb)
- a helyes viselkedés szóbeli nyugtázása, értékelése (pozitívan és elvárást kiemelve)

"*Köszönöm, hogy első szóra indultál fürdeni, de miért nem tudod magad után lekapcsolni a villanyt?"* - helyett, "*Kérlek, kapcsold le a villanyt magad után!*" (Mórotz K., Perczel F.D (szerk.) Kognitív viselkedésterápia. Budapest, Medicina, 2006.)

Napirend/ Heti rend kialakítása:

A Napirend/ Heti rend kialakítása- és az ezt jelző vizuális megsegítés (pl. fali óra felosztása és rajta időintervallum bejelölése, napirendi kártyák készítése tevékenységek szerint.) támogatja az összeszedettséget, kiszámíthatóvá teszi a mindennapokat, így feszültségoldó is egyben. A gyerek nyomon követheti, mikor mi fog történni vele, könnyebb számára a tevékenységek közti válás is. Kiemelten fontos a nem rutinszerű, megszokott eseményeket előre jelezni számukra, így csökkenthető az ellenállás, dührohamok valószínűsége.

11. Mozgásfejlesztések, terápiák

Összefoglalás: A gyermekek fejlődését és az abban való elakadásokat a mozgásfejlődésük megfigyelésével nyomon követve elindíthatjuk időben a mozgásfejlesztésüket. A gyermek mozgásfejlődése és értelmi fejlődése nem választható el egymástól. A gyermekek és itt kiemelve az ADHD-s gyermekek korai fejlesztésének szerves és fontos része a mozgás fejlesztés. A mozgásfejlesztés jól beépíthető a minden napi életbe, játékossá tehető. A jól felépített mozgásfejlesztés jelentős fejlődést idézhet elő a gyermeknél, a komplex fejlesztés szerves része

Cél: A mozgásfejlesztés jelentőségének bemutatása, és a hétköznapi mozgásos játékok, tevékenységek, sport, tánc stb.

Kulcsszavak: Szenzoros Integrációs Terápia (Ayres-terápia), Dinamikus Szenzoros Integrációs Terápia (DSZIT), Tervezett Szenzomotoros Tréning (TSMT), (HRG)Delacato- féle Alapozó Terápia, Alapozó terápia – Homloklebeny tréning, INPP (Institute for Neuro Physiological Psychology), MNRI (Masgutova Neurosensorimotor Reflex Integration)

Tanulást segítő kérdések: Milyen összefügésben van a gyermek fejlődésével a mozgás? Miért csökkenti a feszültségét a gyermekeknek, ha sokat mozoghatnak?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom:

- www.adhd-magyarorszag.com
- http://vadaskert.hu/hiperaktivitas/
- MOZAIK Közhasznú Egyesület az Autizmussal Élő Emberekért (2013). Autizmus Füzet
- Pető Ildikó (2012): A szenzoros feldolgozás zavara, Az érzékelés szerepe a tanulásban és a viselkedésben Belvedere Meridionae, Budapest

ADHD- s gyermekeket fejlesztő mozgásterápiák

„*A gyermekkori mozgások megalapozzák a későbbi szociális- érzelmi- és gondolkodásbeli fejlődés jellegét. Ha ez a folyamat valamiért nem megfelelő módon alakul, akkor akár megkésett beszédfejlődés, tanulási folyamatok zavara alakulhat ki.”* (Jean Piaget, 1940)
Anna Jean Ayres, amerikai neveléspszichológus és agykutató, az Ayres-terápia megalkotója szerint pedig „a tanuláshoz pedig olyan magasabb rendű képességek szükségesek, melyeket az agy- és a test összhangban való együttműködésére építhetünk fel. A szenzomotoros- a pszichés- a szociális- és kognitív fejlődésnek meghatározott menete van, az egyes szintek érése határozza meg a következő szintek alakulását. Az alsó struktúrák megfelelő működésére épülhetnek majd a már bonyolultabb idegrendszeri kapcsolatokat igénylő, a jó tanulási képességgel is összefüggő készségek és képességek.

A különféle szociális- és oktatási helyzetekben csak a megfelelően érett idegrendszerrel bíró gyermek tud helyt állni a korosztályától elvárható módon. Sokszor a tanulási nehézségek, figyelemzavar, diszlexia hátterében a nem megfelelő szenzomotoros fejlődés húzódik meg. A csecsemőkori mozgásfázisok egyes elemeinek kimaradása/ lerövidülése/nem megfelelő kivitelezése is hozzájárulhat a későbbi nehézségeikhez. Hiszen a kellő számban ismételt mozdulatok- és mozgásminták erősítik az agyféltekék és az agy- test közötti idegpályákat, mozgás által alakulnak az idegsejtek közti kapcsolatok. Amennyiben ezek elmaradnak, vagy nem kellő gyakorisággal történnek, kialakulhat rossz egyensúly- vagy koordináció, nem megfelelő testtartás- járásmód, rossz szem- kéz koordináció (evés-írás!), nyelési- beszéd- vagy kiejtésbeli nehézségekhez is vezethet, rossz finommotorika - görcsös

ceruzafogás. A gyermekek számára alapvető fontosságú tehát a minél több strukturálatlan szabadidő- a játék- a mozgás- tapasztalat gyűjtés biztosítása lehetőleg szabadban, friss levegőn! Ezáltal fejlődik jól az egyensúlyuk, az érzékszerveik, koordinációjuk, testsémájuk. A mozgásszegény életmód következtében mozgásuk ügyetlenné, darabossá válik, bizonytalan lesz, majd ez kihat a finommotorikus képességekre, tanulási problémákhoz vezethet. A legfőbb fejlesztendő területek: az egyensúly, a nagymozgások, rugalmasság, keresztező mozdulatok, térbeli tájékozódás- testséma, alsó- felső végtag összerendezés, testközépvonal átlépés, ritmus, finommotorika, dominancia. Ezt megsegíteni a terápián kívül is sok lehetőségünk adódik: a különböző játszóterek- játszóházak elemeinek gyakori használatával fejlődésüket segíthetjük. A ringatás – hintázás – gurítás – gurulás – libikóka – gördeszka – bicikli - roller (vesztibuláris ingerlés), kúszás-mászás (keresztező mozdulatok), trambulin, ugróiskola, ugrókötél (rugalmasság), éneklés - mondókázás (ritmus), gyurmázás – gyöngyfűzés - építőkocka- lego – színezés - rajzolás (finommotorika), labdázás (dominancia, célzások, irányok, koordináció) – kidobó - bújócska- fogó (helyzet- és irányváltoztatások) … mind hozzájárulnak a harmonikus fejlődéshez.

ADHD, tanulási zavarok esetén a kiemelt fejlesztendő területekre alkalmas sportok például a (terápiás) lovaglás, úszás, korcsolyázás, evezés, íjászat, (terápiás) falmászás, illetve minden, az egyensúlyra, koordinációra ható-, testközépvonal átlépést-, alsó- felső végtag összerendezést igénylő mozgásformák.
Ha intenzív és komoly beavatkozásra van szükség, akkor a különböző mozgásterápiák megfelelő időben és óraszámban történő alkalmazása sokat segít az érési folyamatokon.
Céljuk az idegpályák- és kapcsolatok kiépítése, megerősítése azáltal, hogy végig viszik a gyerekeket a fizikai fejlődés folyamatán, hogy az agy „korrigálhassa a hibákat, vagy megtanulhassa, amiket kihagyott és most útját állják a további fejlődésnek.”

11.1. ADHD-s gyermekek fejlesztéseként leggyakrabban alkalmazott szenzomotoros terápiák ismertetése

- Szenzoros Integrációs Terápia (Ayres-terápia)
- Dinamikus Szenzoros Integrációs Terápia (DSZIT)
- Tervezett Szenzomotoros Tréning (TSMT), (HRG)
- Delacato- féle Alapozó Terápia
- Alapozó terápia – Homloklebeny tréning
- INPP (Institute for Neuro Physiological Psychology)
- MNRI (Masgutova Neurosensorimotor Reflex Integration)
  (Pető 2012)

„1. Tervezett szenzomotoros tréning (TSMT) Tervezett Szenzomotoros Tréning, melyben a terápia vezetője előre meghatározott ismétlésszámú gyakorlatsort ír elő. A terápia kezdetén nagyon sok pörgő, forgó mozgás van, melynek során a gyermek inkább passzív „élvezője” ezeknek az ingereknek. Később a passzív feladatokat egyre aktívabbak váltják fel, melyhez már szükséges a gyermek aktív részvétele is. A terápia célja az idegrendszeri érési folyamatok elősegítése.
2. Hidrorehabilitációs gimnasztika (HRG)A hidrorehabilitációs gimnasztika langyos vízben végzett gyakorlatokból áll. A TSMT-hez hasonlóan az idegrendszeri érési folyamatokat segíti. A különböző mozgáselemek a vízben könnyebben elvégezhetők, mint szárazföldön. Ez kedvezően hat a gyermek motorikus és szenzoros képességeire. Normalizálhatja a hiányzó képességeket, valamint a felfogóképességet is.
3. Ayres (Írisz) A terápia kidolgozója Anna Jean Ayres, amerikai neveléspszichológus és agykutató. A fentiekhez hasonlóan ez a terápia is a szenzomotoros tréningek közé tartozik, A fejlesztés területe a finommotorika fejlesztése, nagymozgások fejlesztése, térben való tájékozódás fejlesztése testi

tudatosság és utánzás. A terápia a TSMT-hez képest kevésbé strukturált, speciális helység és eszközrendszer szükséges hozzá."
(MOZAIK Közhasznú Egyesület az Autizmussal Élő Emberekért (2013). Autizmus Füzet 17. oldal)
Delacato- féle Alapozó Terápia: 5 éven felüli gyermekeknél alkalmazható, akiknél mozgásügyetlenség áll fent (nagy- és/ vagy finom mozgások érintettsége), vagy kialakulatlan dominancia, diszlexia vagy diszlexia- veszélyeztetettség. Jó hatású még megkésett beszédfejlődés, ADHD-érintettség esetén is. A módszer a mozgás fejlődéstani fázisai mentén halad, melyre a későbbi intellektuális és nyelvi fejlődés is épül.

A különféle szenzomotoros tréningek és fejlesztések mozgásfelméréssel kezdődnek. Képesség- készség- automatizmus mentén, a korosztálytól elvárható teljesítményt vizsgálva, az összképet előtérbe helyezve figyelik meg a gyermek állapotát. Mennyire ura a gyerek a mozdulatainak? Mennyire harmonikus a mozgása? Mennyire koordinált, vezérelt?

11.2. Kiegészítő terápia

„ABA és Lovaas: A módszer alapjait az USA-ban a '60-as években megkezdett kutatásai alapján Ivar Lovaas fektette le. Lovaas B. F. Skinner, amerikai pszichológus elméleteit használta fel a terápia kidolgozásában. Az ABA és Lovaas terápia gyermekközpontú módszerek, amelyek a tanuló motivációjára épülnek. A motiváció fenntartásának eszköze a helyes viselkedések jutalmazása és a helytelen viselkedések figyelmen kívül hagyása. Kezdetben a helyes viselkedés sok segítséggel valósul meg, így kevés lehetőség van a hibázásra, amely segíti a terápia pozitív hangulatának fenntartását. A gyermekek rengeteg dicséretet és jutalmazást kapnak, így a megfelelő viselkedés (pl. beszéd, szemkontaktus, figyelem, játék stb.) megerősítésével azokat sikerül megtanulniuk.
Floor Time: A Floor Time (játék a padlón) olyan fejlesztési megközelítés, melynek során a gyermek és a felnőtt az oda–vissza irányuló bármilyen kommunikáció megerősítésével a kommunikáció megerősítését célozza, a játékkal pedig a szimbolikus gondolkodást fejleszti. A közös játék elsődleges célja, hogy a gyermek felfedezze az emberi kapcsolatok jelentőségét. Nagy előnye, hogy rövid tanulás után a szülők maguk is alkalmazhatják, és közben megélhetik szülői szerepüket is."
MOZAIK Közhasznú Egyesület az Autizmussal Élő Emberekért (2013). Autizmus Füzet 15. oldal

11.3. Hétköznapi módszerek

A gyakorlati tapasztalatok alapján az alábbi hétköznapi tevékenységek, módszerek bizonyulnak hasznosnak:

Játék: Olyan játéktevékenységek biztosítása lényeges, ahol kiélhetik kreativitásukat, fantáziájukat és fokozott mozgásigényüket. Jó, ha kint, szabad levegőn történhet mindez (Napfény- D vitamin!), ahol több lehetőség adódik akár az „elvonulásra", pl. bunkerépítés közben. Ez teret ad egy kellemetlen szituációból való kivonulásra, elszigetelődésre is. A szabad játék idő megvalósítása lényeges szempont, nem kell mindig irányított-strukturált helyzetbe hozni őket. A külső, szabad helyszíneken (játszótér, park) játék közben akaratlanul is jól fejlődnek a koordináció, az egyensúly, a nagymozgások, a rugalmasság részterületei.

Sport: A már felsorolt ajánlott sporttevékenységeken túl jók lehetnek bizonyos típusú harcművészetek is a koordináció, egyensúly javításának céljából. Fejlesztik az önuralmat, koncentrációt. A precíz mozdulatsorok begyakorlásával komplexen fejlesztenek. Alapvetően nem probléma, ha több sportágat is kipróbálnak a gyerekek, valószínűleg kitartásuk nagyban függ majd az edző személyétől.

Tánc: A néptánc mozgáselemeinek gyakorlása hasonlóan a mozgásterápiákban is használatos elemekhez nagyon fejlesztően hatnak az érésben elmaradt gyerekek számára. A ritmus fejlesztésén túl pl. a keresztező- testközépvonal átlépő… elemek gyakori ismétlése jó hatású. Ezen kívül nagyobb gyerekek esetében több típusú, modern tánc is ajánlott (pl. Hip-hop, Break dance.), amik mind hatással vannak a koordinációra, egyensúlyra.

Zene: A mozgáshoz hasonlóan idegrendszer- érlelő hatású tevékenység. A hangszeren való játszás, zenetanulás és a zenehallgatás is pozitív hatású módszerek. Bizonyos tevékenységek mellé beiktatva pl. A zenehallgatás nyugtató hatású is lehet. Egy jól megválasztott zenemű segítheti az ellazulást, az elalvást is.

12. A szakember változási lehetőségei

Összefoglalás: A team munka biztonságot jelent a szakember számára, a saját teamen belül megélheti a biztonságot, egyéni sikereket, és saját erőforrásait, pozitív tulajdonságait a csoport működésének szolgálatába állíthatja. A team tagjai tanulhatnak egymástól, és nehézségeik csökkentése érdekében bevonhatják egymást a felmerülő problémák megoldása érdekében. Az önismereti önképzés szükséges a megfelelő önvédelem kialakításához, ami a kiégést megelőzheti, vagy annak tüneteinek időbeni felismerését elősegítheti. A segítő szakember a saját személyiségével dolgozik, a lélek, az én rekreációja feltétele a megfelelő működésnek.

Cél: A szakemberek értsék meg annak fontosságát, hogy együttműködni a team tagokkal nem csak a szakma, hanem az egyén szempontjából is kiemelten fontos. Az önképzés és az önmagunkra fordított idő nem luxus, hanem kamatostul megtérülő önmagunkért megtett erőfeszítés. Erősíti a kompetenciaérzésünket, és segít a kiégés megelőzésében vagy a folyamat visszafordításában.

Kulcsszavak: Önismeret, önképzés, önvédelem, biztonság**,** teammunka

Tanulást segítő kérdések: Ön szerint miért fontos a segítő szakembereknek teamban dolgozniuk? Miért fontos a munkánk okozta stressz levezetése?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom:

- Rudas János: Delfi örökösei; Önismereti csoportok –elmélet, módszer, gyakorlatok. Dico Kiadó, Új Mandátum Kiadó, Budapest, 2004.

12.1. A team munka szerepe a kiégés megelőzésében

A segítő hivatásban a team munka meghatározó szereppel bír. A team munka alapját a csoportba szerveződés adja. A csoport összekötő láncszem az individuum és a társadalom között (Moreno). A csoport több, mint csupán emberek együttese, együttléte, magának a csoportnak is sajátosságai vannak. Tagjai legalább egy vagy több közös tulajdonsággal rendelkeznek. Önmagukat minden mástól megkülönböztethető egységként szemlélik. A csoport tagjai között céljaik és érdekeik vonatkozásában pozitív és kölcsönös összefüggések vannak, melyeknek tudatában vannak. Ezen célok elérésére kölcsönösen törekszenek. A csoport működése során egységes normarendszer alakul ki, ami az adott csoportot jellemzi.

A csoportdinamikai alapjelenségek minden formális vagy informális csoportban megmutatkoznak. Ezek gyakorlatilag a csoporton belül zajló történéseket jelentik. Vagyis a csoporton belüli viszonyok és személyes kapcsolatok sajátosságait, fejlődésének, változásainak törvényszerűségeit. Ezen törvényszerűségek ismeretében a vezető képes megtervezni, értelmezni és befolyásolni a csoportfolyamatokat, valamint a csoport adott szintjén nyílttá tenni ezeket. Ezzel pedig a csoport, jelen esetben a team -munka hatékonysága növelhető. A csoportban a tagok a Moreno-i szerep definíciónak megfelelően működnek. A szerepek felosztása történhet feladatorientált és kapcsolatorientált módon. A feladat orientált szerepmegosztás elősegíti és irányítja a döntések meghozatalát, a feladatok megoldását, végrehajtását. A kapcsolatorientált szerepek a csoport fenntartásához, fejlődéséhez, az összetartozás érzésének megteremtéséhez járulnak hozzá. Mindkét szerepmegosztási mód megteremti azt a szociális klímát, amelyben a munka sikerrel és jó közérzettel végezhető. Ha jó egyensúly van a két szerepmegosztási mód között, akkor jó lesz a csoport teljesítmény és a csoporttagok közérzete.

A team egy speciális csoport:
A team egy olyan speciális csoport, amelynek meghatározott célja, szervezeti struktúrája, munkafeladata és munkakörnyezete van. /Belbin. A hatékony team-ben világos célok és csoport normák állnak fenn, melyek az adott team-munkát szolgálják. A kommunikációt alapvetően meghatározza a bizalom és egymás segítése, az együttműködés, konszenzus kialakítási képesség, lojalitás. A teamben a tagok törekszenek rá, hogy tudásukat, tapasztalataikat megosszák egymással és ezáltal a team tudása több, magasabb szintű legyen, mint az egyéneké összességében. Ez az eredményesség első számú feltétele. Az eredményesség eléréséhez az is fontos, hogy az egyes egyének szabad vélemény nyilvánítási joga, egyénisége elegendő teret, megerősítést kapjon. A team tagjai egymás egyéniségének tiszteletben tartásával és a konfliktusok nyílt megvitatásával, valamint az egyéni felelősségérzet erősítésével tud többé válni, mint tagjainak összessége. Gestalt- elmélet: „*az egész minőségileg más, mint a részek összessége*".

Ugyanakkor az sem hagyható figyelmen kívül, hogy a csoportban a különböző személyiségű és temperamentumú emberek erősíthetik, de gyengíthetik, vagy éppen semlegesíthetik is egymást. Egy csapatban nem kiváló, „minden szempontból fejlett" emberekre van szükség, hanem olyan emberekre, akik jól kiegészítik egymást. Amennyiben ez a kiegészítés, a kölcsönös elfogadás és alkalmazkodás hiányos, akkor ez a kohéziót gyengíti. Az erős kohézió ezzel szemben általában növeli a munkateljesítményt és a „mi- tudat" által jó légkört, nagyobb munkakedvet ad.

Csoport kohézió, csoport gondolkodás:
A csoport fejlődésével elkötelezettség alakul ki a normák, közös célok iránt, ami azt eredményezi, hogy pozitív érzelmek lesznek jellemzők a csoporton belül. Mindez pozitív hatással van a csoport teljesítményeire. Mind az eredményesség, mind az elköteleződés egy pozitív élmény a csoport tagjainak, ezért még erősebb nyomást fejtenek ki a konformitás irányába. Ez a hatékonyságot és az összetartozás érzését erősíti. A csoportba újonnan bekerülők számára ez erős nyomás kényszert jelent és meghatározza a szelekciót is.

De! Valahányszor az erős csoportkohézió megakadályozza fontos és eltérő vélemények kifejtését, mindig fennáll a veszély, hogy a valóságnak nem megfelelő és ezáltal nem adequat döntések születnek. Hosszabb távon a túlzottan erős kohézió gátolhatja az új, kreatív döntések megszületését, a szükséges, rugalmas változásokat. A team megmerevedik és végső soron aga a csoport norma rendszeres is sérülhet. (Rudas 2004)

A heterogén csoportok: előnyben vannak, ha:
- Komplex feladatot kell megoldani, ahol szükség van a tagok egymástól eltérő tulajdonságaira, vélekedéseire.
- Ha a megoldás túlzott gyorsasága hátrányos, káros leegyszerűsítésekhez vezetne.
- Vagyis olyankor, amikor alaposan, több oldalról kell átgondolni egy problémát.
- Kreatív feladatoknál, ahol sokszor építő jellegű, sikeresen megoldott konfliktusokra van szükség.
- Ehhez nagyon fontos, hogy a konfliktust a csoport tagjai ne rossz, kellemetlen jelenségnek, hanem szükséges formáló erőnek kezeljék.
  A csoportok és ezen belül a team-ek is sajátos fejlődési folyamaton mennek keresztül.

A team fejlődési szakaszai:
- Alakulás (forming), melynek legfőbb feladata egymás és a feladat megismerése, erős függés a vezetőtől, szorongás jellemző. Mindenki keresi a helyét, a szerepek elosztása még nem történt meg. A vezető szerepe nagyon meghatározó.
- Viharzás (storming), pl. pozíciók elosztása, hatalmi harc, polarizálódás, lázadás, ellenállások, kritika jellemzőek. A team viselkedése leginkább a kamaszkori lázadást idézi. A vezetővel

szemben gyakoriak a negatív érzések, melyek jó esetben nyíltan ki is fejeződnek. Ugyanakkor, a kamaszkorhoz hasonlóan még nagy szükség van a vezető direkt irányítására.

- Normázás (norming), a feltételek kialakulása, attitűdök, szerepek kialakulása, kölcsönösség, norma képzés a vezető történés. A csoport kezd felnőni, a munkavégzés intenzív és nagyon hatékony ebben a szakaszban.
- Működés (performing) Munka megosztás, rugalmasság a szerepekben is. A szigorú keretekre ebben a szakaszban már kevésbé van szükség. A működés és együttműködés normái javarészt már automatizálódtak. Ugyanakkor elképzelhető, hogy már készülődik az ún. apostoli gyűlés, amely a szervezet, a team nagyobb mértékű változásának előkészítője lehet. Különösen akkor van ez így, ha a csoport mintegy „túlnövi, meghaladja" önmagát.
- A team munka előnyei:
- A team segíti tagjait az önmegvalósításban, a képzésben.
- Az egyén személyiség fejlődésében támogatást nyújthat.
- A team-munka fokozza a motivációt, jobb légkört teremt és ezáltal növeli a hatékonyságot.

12.2. A Szupervízió

A team-ben való munka, a szociális szférában történő segítő munka megköveteli a szupervíziót. Enélkül a hatékonyság és az adequat, színvonalas szakmai munka is elbizonytalanodhat. Szupervízió célja kettős. Részben az ún. tapasztalati tanulást szolgálja, részben pedig célja az egyén és a team szakmai kompetenciájának fejlesztése, fejlődése. A részvevő saját szakmai kompetenciái nőnek, a konkrét problémáinak, eseteinek megoldásán keresztül.

A szupervízió több féle is lehet:

- Az egyéni szupervízióban a szupervízor és a szupervizandja van jelen az ülésen.
- Legfeljebb hárman vesznek részt a szupervízóban a szupervízor mellett.
- Csoport szupervízióról 3-10 fős részvevő esetén beszélünk.
- A csoport-szupervízióban a részvevők nem egy munkahelyről érkeznek.
- Ha egy munkahelyről, egy szervezetből áll össze a szupervízió részvevőinek köre, akkor team-szupervízióról van szó.
- Amikor a szupervízióban részvevők vezetők, akkor vezetői szupervízióról van szó. Ezt coachingnak is nevezik.

A szupervízió olyan irányított, aktív tanulási folyamat, amelyben a résztvevő saját szakmai személyiségének és önszabályozásának fejlődése érdekében, a reflektív jelenlétben együtt gondolkodva, a szupervízor vezetéséve egy védett, szabályozott bizalmi helyzetben, szerződéses keretek között dolgozhat. Leginkább olyan szakmai, módszertani tanulási folyamat, mely a szakmai személyiséget szolgálja. Vagyis annak megértése, hogy hogyan is működik a segítő és hol tart szakmai személyiség fejlődésében. Eszköze az esetismertetés, esetmondás; a folyamatként zajló esetmegbeszélés. (Rudas 2004)

Esetmegbeszélés:
Az esetmegbeszélés egy-egy helyzet feltérképezése, az esetvezetés megbeszélése; a figyelem középpontjában az eset szereplői vannak. Az esetmegbeszélés célja, az elakadt esettel kapcsolatos megoldás megtalálása. A szereplők egyéni sorsával és az esetvezetés aprólékos, minden részletre kiterjedő elemzésével együttesen foglalkoznak. A munka fontos hozadéka, és egyben hatásosságának is fontos eleme, hogy az esetgazda nem marad magára az eset érzelmi terheivel, és mentálisan megerősödik. Az esetmegbeszélés után ezen élményből, a tapasztalatokból és az eset megbeszélés során a többiek által elmondottakból egyaránt építkezhet. Az esetmegbeszélés csoportos modellje

a Bálint-csoport. A szupervízió tárgya már nem csak maga az eset, hanem az eset és az esetgazda vagy a csoport viszonya. A folyamatok már érintik a szakmai személyiség mélyebb rétegeit, de döntően az esetre fókuszálva dolgozik.

12.3. A coach a coaching

A coaching személyes, segítő és fejlesztő tevékenység. A személyes képességeket, meglévő erősségeket azonosítja és fejleszti, segítve ezzel a tovább lendülést, az elakadások, problémák megoldását.

Célja az egészséges, de bizonyos nehézségekkel küzdő vagy akár csak önmagukat egyes területeken fejleszteni kívánó embereknek, szervezeteknek való segítségnyújtás
A coach a coaching során nem ad közvetlenül tanácsot. Kérdéseivel, alkalmazott technikáival segíti hozzá az ügyfelét (a coachee-t) a válaszok megtalálásához. A jelen megoldandó feladataira és a jövőben megvalósuló megoldásokra koncentrál.

Az elakadások hátterét, különösen annak személyes önismereti vonatkozásait nem érinti, csak a jelenben dolgozik. Feltétele a kérő részéről az együttműködés és a konfrontatív visszajelzések elfogadása, azzal kapcsolatos nyitottság is.

Felhasznált irodalom

- Atkinson, R., Atkinson, R., Smith, E., Bem, D. (1997) Pszichológia. Osiris. Budapest.
- Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve A hiperkinetikus zavar (figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar) kórismézéséről, kezeléséről és gondozásáról; Letöltve: 2019. 04.20. from http://www.magyipett.hu/files/file/iranyelvek/PSZICH-ADHD.pdf
- Barcy, M. - Szamos, E. (2002): *„Mediare necesse est" A mediáció társadalmialkalmazása.* Animula, Budapest
- Barnett R, Maruff P, Vance Luk ES, Costin JC, Pantelis C. (2001) Abnormal executive function in attention deficit hyperactivity disorder: the effect of stimulant medication and age on spatial working memory. Psychol. Med, 31. 1107-1115.
- Budapest.
- Carver, C.S., Scheier, M. (2001) Személyiségpszichológia. Osiris Kiadó. Budapest.
- Cole, M, Cole, S. R. (2001) Fejlődéslélektan. Osiris Kiadó. Budapest.
- Corbett, B. A., Constantine, L. J, Hendren, R., Rocke, D. és Ozonoff, S. (2007) Examining executive functioning in children with autism spectrum disorder, attention decifit hyperactivity disorder and typical development. Psychiatry research, 166 (2−3). 210−222. DOI: 10.1016/j.psychres.2008.02.005
- Czigler I. (2001) Figyelem és Percepció. Kossuth Egyetemi Kiadó. Debrecen.
- Danis I, Kalmar M. (2011): A fejlődés természete és modelljei. In: Balázs I. (szerk.) A génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. Budapest, 76-121.
- Developmental Medicine & Child Neurology, 59(12), 1218–1223. DOI:10.1111/dmcn.13546
- Dezsényi P. (2017): Kreatív kommunikáció, Medicina, Budapest
- Diamond, A. (2013) Executive functions. Ann. Rev. Psychol. 64. 135-168. DOI: 10.1146/annurev-psych-113011-143750
- Fadi H. -Ruth G. szerk. (2015), Hogyan segítsünk krízisben lévő gyermekeken? Oriold és Társa Kiadó és Szolgáltató KFT Budapest
- Fodor, K.E. & amp; Bitter, (2015): Pszichológiai intervenciók traumatikus események után a poszttraumás stressz zavar megelőzésére. Orvosi Hetilap, 156(33),1321-1334.
- Galambos K (2008) A fejlődéslélektan és a szocializáció alapjai. Műszaki Kiadó. Budapest.
- gyakorlatban. Medicina, Budapest.
- Gyarmathy É. (2009) Neurológiai hátterű teljesítményzavarok. In: Kiss Sz. (szerk.) Az iskolai beilleszkedés problémák felismerése, prevenciója és terápiája. Kolozsvári Egyetem Kiadó. Kolozsvár. 45-56.
- Kekecs, Zoltán és Varga, Katalin (2011) Pozitív szuggesztiós technikák a szomatikus orvoslásban = Positive suggestion techniques in somatic medicine. Orvosi Hetilap, 152. pp. 96-106.
- Keményné Pálfy K. (2006) Alapozó pszichológia. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Kolb, B., Harker, A., & Gibb, R. (2017). Principles of plasticity in the developing brain.

- Kollár J. (2011): Légy spontán! (A kettős kötés logikája) Magyar Filozófiai Szemle 2011/1 (55. évfolyam) A Magyar Tudományos Akadémia Filozófiai Bizottságának folyóirata
- Komlósi A. (2000) A személyiség értelmezései. In: Bugán A., Oláh A. (szerk.) Fejezetek a pszichológia alapterületeiről. ELTE Eötvös kiadó. Budapest, 189.
- Komlósi A. (2006) A személyiség értelmezésének és tanulmányozásának különböző megközelítései. In: Oláh Attila (szerk.) Pszichológiai alapismeretek. Bölcsész Konzorcium. Budapest, 477-533.
- Lakatos Katalin (2000) A mozgás és a pszichoszociális fejlődés kapcsolata. In: Kovács F., Vidovszky G. (szerk.) Alapok. Anonymus. Budapest, 47-94.
- Marton K., Egri T., Erdős A., Gergály K., Kövi Zs. (2016) Gátlási funkciók figyelemzavart mutató gyermekeknél: Kognitív és viselkedéses jellemzők vizsgálata. Psychologia Hungarica 4(1) 147-168.
- Mohai K., Kálózi-Szabó Cs., Rózsa S. (2016) A végrehajtó funkciók adaptív mérésének lehetőségei. Psychologia Hungarica 4(1) 40–85.
- Mórotz K. - Perczel F.D (szerk.) (2006): Kognitív viselkedésterápia. Medicina,
- MOZAIK Közhasznú Egyesület az Autizmussal Élő Emberekért (2013): Autizmus Füzet
- Pető I.(2012): A szenzoros feldolgozás zavara, Az érzékelés szerepe a tanulásban és a viselkedésben Belvedere Meridionae, Budapest
- Pinczésné dr. Palásthy I.(2003) Tanulási zavarok, fejlesztő gyakorlatok. Pedellus Tankönyvkiadó. Debrecen.
- Polanczyk, G., Lima, M. S., Biederman, J., Horta, B.L., Rohde, L.A. (2007) The Wordwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. The American Journal of Psychiatry, 164. 942-948.
- Porkolábné Balogh K. (1990) Módszerek a tanulási zavarok csoportos szűrésére és korrekciójára. Iskolapszichológia 17., ELTE. Budapest.
- Rudas j. (2011): Javne örökösei - Fejlesztő tréningcsoportok - elvek, módszerek, gyakorlatcsomagok, Oriold és Társa Kiadó és Szolgáltató KFT Budapest
- Rudas J.(2004) : Delfi örökösei; Önismereti csoportok –elmélet, módszer, gyakorlatok. Dico Kiadó, Új Mandátum, Budapest
- Smith, E.R., Mackie, D.M. (2001) Szociálpszichológia. Osiris. Budapest.
- Stiles, J., Jernigan, T. L. (2010). The Basics of Brain Development. Neuropsychology Review, 20(4), 327–348. DOI: 10.1007/s11065-010-9148-4
- Tárnok Zs, Bognár E, Farkas L, Aczél B, Gádoros J (2007) A végrehajtó funkciók vizsgálata Tourette szindrómában és figyelemhiányos hiperaktivitás zavarban In: Racsmány M. (szerk.), A fejlődés zavarai és vizsgálómódszerei. Akadémiai kiadó. Budapest, 191-210.
- Tóth L. (2005) Pszichológia a tanításban. Pedellus Tankönyvkiadó. Debrecen.
- Varga K. szerk. (2011): A szavakon túl: kommunikációs szuggesztió a mindennapi orvosi
- Vetró Á., Kapornai K. (2008) A pszichopatológia fejlődése. In: Vetró Á. (szerk.) Gyermek- és Ifjúságpszichiátria. Medicína. Budapest, 21-61.

Ajánlott irodalom

- A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve (2015) , szerk. Balázs Judit, Miklósi Mónika, Semmelweis Kiadó
- *ACE (ADHD Child Evaluation, ADHD diagnosztikus interjú gyerekeknek)*
- ADHD, a hiperaktivitás-figyelemzavar tünetegyüttes, (2009), Geobook kiadó, Budapest
- *Bevezetés a neuropszichológiába, János, Kállai, István, Bende, Kázmér, Karádi, Mihály, Racsmány (2008), Medicina Könyvkiadó Zrt.*
- Bevezetés a neuropszichológiába, János, Kállai, István, Bende, Kázmér, Karádi, Mihály, Racsmány (2008), Medicina Könyvkiadó Zrt.
- BNO-10 zsebkönyv (2004), Animula Kiadó, Budapest
- DSM-5 referencia kézikönyv (2013), Oriold és ts., Budapest
- Feuer Mária (szerk.): A családsegítés elmélete és gyakorlata. Akadémia Kiadó, Budapest (Szabó Lajos (2008) 420-429 oldal)
- Judith Herman: Trauma és gyógyulás Háttér Kiadó: Budapest 2011 2. kiadás
- Konrád Gy. (2018): A látogató, Magvető, Budapest
- Konzultáció sokproblémás családokkal (1995), Insoo Kim Berg, Családterápiás olvasókönyv sorozat V., Animula kiadó, Budapest
- Lassíts egy kicsit! Feladatgyűjtemény ADHD-s gyermekek számára (2015), Geobook kiadó, Budapest
- MOZAIK Közhasznú Egyesület az Autizmussal Élő Emberekért (2013). Autizmus Füzet
- Mórotz Kenéz, Perczel Forintos Dóra (szerk.): Kognitív viselkedésterápia (2005)
- Pető Ildikó 2012 A szenzoros feldolgozás zavara, Az érzékelés szerepe a tanulásban és a viselkedésben Belvedere Meridionae, Budapest
- *Pszichológia pedagógusoknak, N. Kollár Katalin, Szabó Éva (2004), Osiris Kiadó*
- Rudas János: Delfi örökösei; Önismereti csoportok –elmélet, módszer, gyakorlatok. Dico Kiadó, Új Mandátum Kiadó, Budapest, 2004.
- Varga Katalin (Szerk.) Szuggesztív kommunikáció a szomatikus orvoslásban, VL Sugár Bt. Budapest, 2015
- Kognitív viselkedésterápia szerk.: Mórotz Kenéz, Perczel Forintos Dóra, Medicina Bp. 2005

- www.adhd-magyarorszag.com
- hhttp://vadaskert.hu/hiperaktivitas/
- ttps://emdr.hu/emdr-terapia/mit-jelent-az-emdr/*)*

Ajánlott film:

- https://videa.hu/videok/film-animacio/a-tetovalt-lany-6-2009-WBB72B8Q5Hy1cuc2