



MOZAIK

ADHD-val diagnosztizált, vagy
a tünetegyüttes jeleit mutató gyermekek
és családjaik segítői lehetőségei

TSZR2021

Területi szakmatámogatási rendszer létrehozása,
szakmatámogatási feladatok ellátása - 2021

TSZR2021-1491

„Szakmafejlesztési és szakmatámogatási rendszer
kialakítása Vas és Zala megyében”

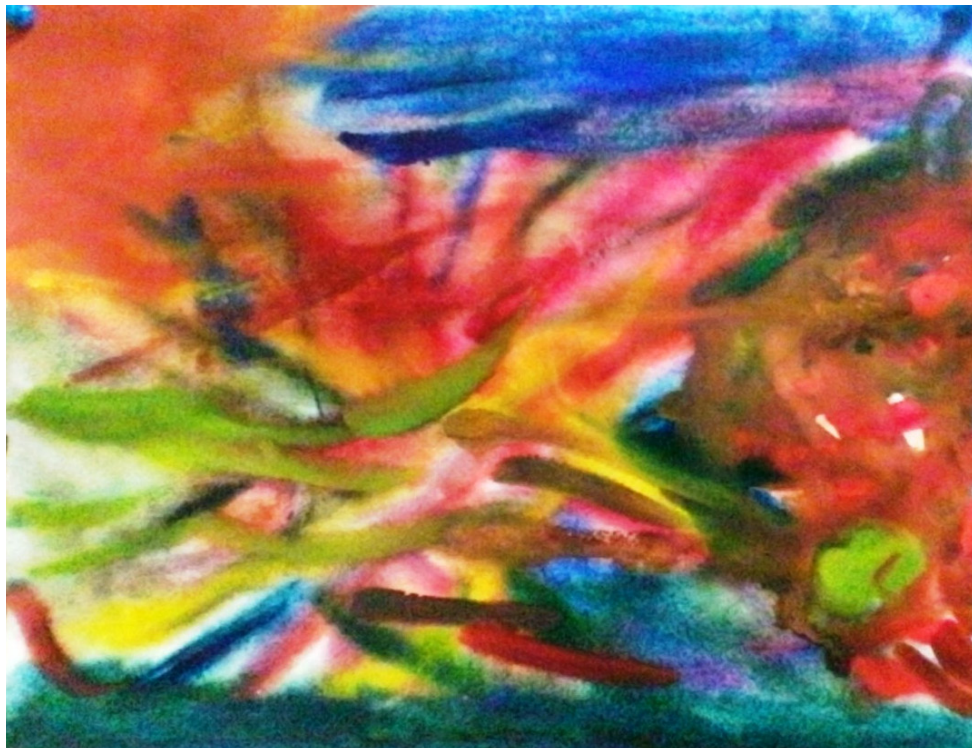


A program a Belügyminisztérium és a
Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai
Intézet támogatásával valósul meg.



**MAGYAR MÁLTAI
SZERETETSZOLGÁLAT**

Vas Zala
Területi Szakmatámogatási
Rendszer

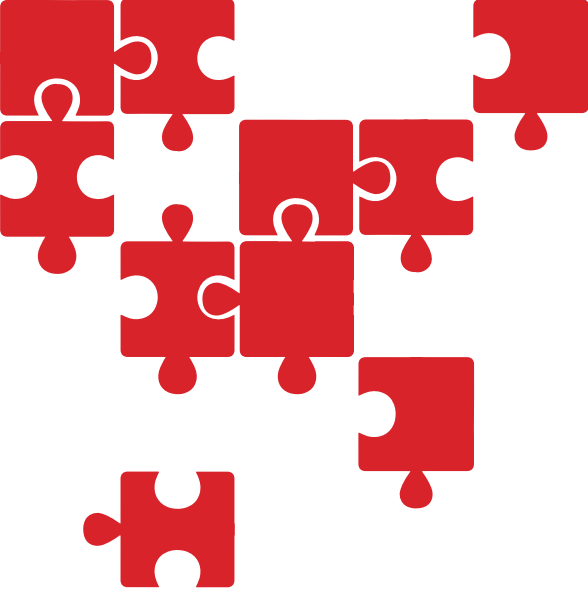


A kiadvány a „Területi szakmatámogatási rendszer létrehozása, szakmatámogatási feladatok ellátása -2021”(TSZR2021) projekt keretein belül a TSZR2021-1491 azonosító számú „Szakmafejlesztési és szakmatámogatási rendszer kialakítása Vas és Zala megyében” pályázatban valósult meg.

A kiadványban szereplő kéziratok és fotók más célra történő felhasználása nem engedélyezett.

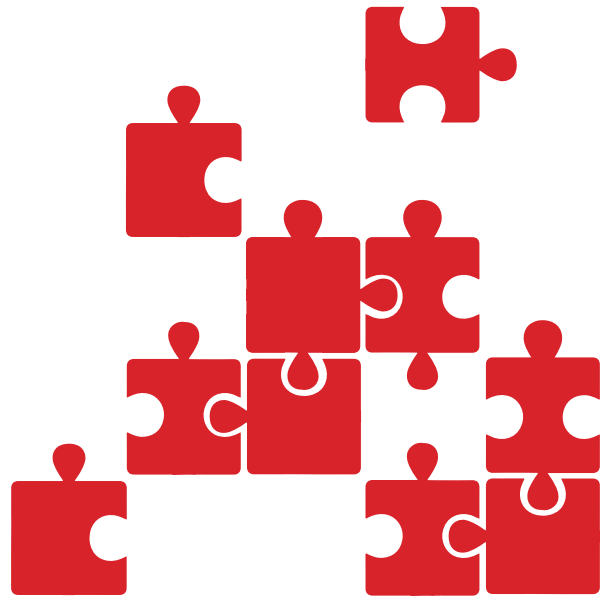
Köszönjük a kiadvány elkészítésében Konzorciumi partnerünk, a Zalaegerszegi Család- és Gyermekjóléti Központ munkatársának, Tóth Zsuzsannának a közreműködését, és a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület Nyugat-Dunántúli Régió szakmai vezetőjének, Ráczné Németh Teodórának a lektori tevékenységét.

MMSZ Gondviselés Háza - Domb Otthon Zalaapáti, 2024.



„Minden találkozás olyan változást jelent, hogy az ember annak hatására másképpen él tovább.”

Kozma Imre Atya
Magyar Máltai Szeretetszolgálat alapító elnöke





Szerzőink	6
Dr. Salamon Éva ADHD (Attention Deficit/Hiperactivity Disorder, aktivitás és figyelem zavarai) – definíció és tünettan	10
Gaál Tímea ADHD a gyermekpszichiátriai gyakorlatban, pszichológus szemmel	16
Básti Zoltán A családterápia és a kiegészítő terápiák szerepe az ADHD kezelésében	20
Garamvölgyi György Iskolai konfliktusok az ADHD-s gyermekek körül, javaslatok kezelésükre	23
Farkas Andrea Az Alapozó Terápia, mint fejlesztő lehetőség az ADHD-s gyermekek megsegítésében	26
Lorencsics Krisztina „Ezt még kipróbálom”- Művészetterápiás tapasztalatok ADHD zavarban szenvedő, illetve tüneteket mutató gyermekekkel történő munka során	30
Tóth Zsuzsanna Együtt élni a szeretet kihívásaival	36
Tóth Zsuzsanna Gondolatok az együttműködésről	40
Zárószó	42
Felhasznált irodalom	43



Dr. Salamon Éva

gyermek- és ifjúságpszichiáter

2004 óta dolgozik a Zala Vármegyei Szent Rafael Kórházban, illetve annak jogelőd intézményében, a Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Szakrendelésen, illetve Gondozóban, 2010 óta már szakorvosként.

Tekintettel arra, hogy az ADHD a leggyakoribb gyermekpszichiátriai kórkép, a diagnosztikában és a terápiában is megkerülhetetlen a gyermekpszichiáter, így jelen kötetbe is bekerültek a pszichiátriai szempontok. A szakembernek érintettként és kétszeresen érintett szülőként is vannak személyes tapasztalatai a kórképpel való együttélés kihívásairól.

Gaál Tímea

gyermek- és ifjúsági-, mentálhigiénés klinikai szakpszichológus

1998-tól dolgozik a Zala Vármegyei Szent Rafael Kórház -valamint jogelődje- Gyermek-és Ifjúságpszichiátriai Gondozójában.

A Gondozó szakmai stábjában gyermekpszichiáter szakorvos kollégával, családterapeutával, szociális munkással, valamint asszisztens kollégával dolgozik együtt. E maroknyi csapat évtizedek óta töretlen elkötelezettséggel, többen személyes érintettségtől érzékenyítve is végzi szakmai munkáját. Két gyermeke közül egyikük felnőtt korú ADHD-s.

Pszichológusként feladata az ADHD diagnosztikája során a különféle tesztek-, interjúk felvétele, a viselkedés megfigyelése, valamint a már terápiás ellátásban részesülő ADHD-s gyermekek fejlődésének nyomon követése, felülvizsgálata, illetve a társuló nehézségek pszichés leküzdése, önismeret fejlesztése, önértékelés növelése, szociális készségek javítása. Fontos részét képezi pszichológusi munkájának az ADHD-val kapcsolatos pszichoedukáció, valamint a társszakmákkal és a gyermekeket nevelő intézményekkel való kapcsolattartás.

Lorencsics Krisztina

művészetterapeuta

Művészetterapeuta címet 2006-ban szerzett a Pécsi Tudományegyetem posztgraduális képzésén, ezt megelőzően szocioterapeutaként dolgozott.

1997-től 2012-ig a Zala Megyei Kórház Pszichiátriai osztályának rehabilitációs, addiktológiai, gerontopszichiátriai, illetve szubintenzív részlegén szerzett terápiás tapasztalatokat szenvedélybetegségek, személyiségzavarok, demencia, organikus pszichotikus betegségek, hangulatzavarok területén pszicho- és szocioterápiás módszerek segítségével.

Ezt követően hasonló tevékenységekben és kórképekben szerzett tapasztalatot 2014 és 2023 között a Nagykanizsai Kanizsai Dorottya Kórház pszichiátriai osztályának fekvő- és járóbeteg részlegein.

Mindemellett 2000 és 2014 között a FORRÁS Pszichés Problémákkal Küzdőket Támogató



Egyesület titkári teendőit látta el önkéntesként, az egyesületben végzett művészetterápiás tevékenységei mellett. 2012-ben Fogyatékosok rehabilitációja képesítést szerzett, és 2022/23-as tanév óta óraadó oktató a Pécsi Tudományegyetem Ergoterapeuta képzésében. 2000 óta a felnőttek ellátásán túl gyermekekkel és serdülőkkel is végez művészetterápiát, ez okból ismereteit és szakmai kompetenciáját képzéseken mélyítette és szélesítette. Így szerzett képesítést többek között a gyermek, valamint a felnőttkori ADHD terápiájában. ADHD-s gyermekek terápiájában szoros együttműködést ápol a területileg illetékes intézményekkel, így többek között a Zalaegerszegi Család- és Gyermejkölési Központ munkatársaival. Munkáját 2023 októbere óta vállalkozóként végzi pszichiáteri szupervízió mellett, ahol gyermek- és felnőttkorú diagnosztizált, illetve nem diagnosztizált, de ADHD tüneteket mutató klienseket is ellát.

Farkas Andrea

gyógypedagógus

A szakember tanulásban akadályozottak pedagógiája szakos gyógypedagógiai tanár, nyelv- és beszédfejlesztő pedagógus, Alapozó Terápia mozgásterapeuta. A Zala Vármegyei Pedagógiai Szakszolgálatnál gyógypedagógus munkakörben dolgozik.

Tanulmányai során hamar elköteleződött a mozgásfejlesztés fontossága mellett, merthogy a gyermekek korai mozgásfejlődése alapvetően befolyásolja az idegrendszeri struktúrák megfelelő szintű alakulását. Az idegrendszer érési folyamata és a mozgásfejlődés egymással szoros egységben biztosítja az egyén fejlődését, magában foglalva a kognitív és szociális funkciókat, így az egész személyiség fejlődését biztosítja és meghatározza.

2005-ben elvégezte az Alapozó Terápia tanfolyamot, amelyet azóta is rendszeresen alkalmaz a különböző nehézségekkel, zavarokkal küzdő gyermekek fejlesztésére, – beleértve az azóta egyre nagyobb számban előforduló ADHD-s gyermekeket is.

Fejlesztő munkáját a Pedagógiai Szakszolgálat gyógypedagógusaként és magánúton egyéni vállalkozás keretén belül egyaránt végzi.

Garamvölgyi György

mesterpedagógus, konfliktuskezelési szaktanácsadó

Alapvégzettsége magyar-történelem szakos tanár. Dolgozott szakképzésben, vezetett művészeti iskolát, tevékenykedett a közművelődésben. Jelenleg a zalai Göcsej Kapuja Bak Általános Iskola igazgatója. 2008-tól foglalkozik a Marshall B. Rosenberg amerikai pszichológus nevéhez fűződő asszertív kommunikációs technikával, az erőszakmentes kommunikációval (EMK), mely alapvetően meghatározza szakmai szemléletét. Tanult transzformatív mediációt, agresszió- és bullying kezelést is.



Kollégáival 2010-ben adaptálta az erőszakmentes kommunikáció modelljét az általános iskolás korosztálynak. Képzésük célja a kortárs kapcsolati mediáció. Szakmai tapasztalataikról oktató fórumokat jelentettek meg gyermekekkel foglalkozók számára.

Magyarországi pedagógusok EMK képzése mellett dolgozott szlovákiai, szlovéniai, romániai magyar tanárokkal, Erasmus+ program keretében Finnországban tartott kortárs mediációs tréninget. Kiemelten foglalkozik az oktatás különböző szereplői közötti konfliktusokkal, így került közel az ADHD-s gyermekek és szülei problémáihoz.

Básti Zoltán **családterapeuta**

Családterapeuta címet 1995-ben szerzett, a Magyar Családterápiás Egyesület tagja.

1992-től 2007-ig a Zala Megyei Kórház pszichiátriai osztályának neurózis- és krízisintervenció, majd pszichoterápiás részlegén szerzett terápiás tapasztalatokat elsősorban hangulatzavarokban, stresszhez társuló zavarokban, valamint táplálkozási zavarokban szenvedők és pszichoaktív szerhasználók pszicho- és szocioterápiás kezelésében.

Fekvő- és járóbeteg-ellátásban, pályázati forrásokból megvalósultán vett részt szenvedélybetegek és családjaik team munkában végzett családközpontú segítségével. 2008-tól 2016-ig szenvedélybetegek rehabilitációs intézményében felépülési folyamatokat koordinált és programokat vezetett.

A gyermeki lélek és a bennünk lévő gyermek megértése iránti igényét érzékenyítette és mélyítette, hogy terapeuta társa a családterápiás képzés kezdetétől a gyermek- és ifjúságpszichiátriai gondozó gyermekpszichiátere volt, kettős vezetéssel végeztek családterápiát.

Az ADHD specifikus családterápiát speciális szolgáltatásként intézményi keretek között a Zalaegerszegi Család- és Gyermekjóléti Központ családterapeutájaként nyújt 2016 óta.

Tóth Zsuzsanna **általános szociális munkás**

A Zalaegerszegi Család- és Gyermekjóléti Központban dolgozik 1998 óta. Több munkakörben szerzett tapasztalatokat: családgondozóként, majd adósságkezelési tanácsadóként a szolgáltatást közvetlenül igénybevevő családokkal végzett segítő munkát.

2014-től intézményvezető helyettes, valamint először a Család- és Gyermekjóléti Szolgálat, majd a Család- és Gyermekjóléti Központ szakmai vezetője egyben. A család és gyermekjóléti szolgáltatás strukturális átalakulásából adódó új feladatok intézményi kialakításának részese.

Módszertani feladatokat lát el 2016-óta. Először az EFOP-1.9.4.-VEKOP-16-2016-0001 "A szociális ágazat módszertani és információs rendszereinek megújítása" kiemelt projekt keretében, majd 2021-től a Területi Szakmatámogatási Rendszer szakmatámogató munkatársa a család- és gyermekjóléti szolgáltatás területén.

Munkája során elsődlegesnek tekinti a team munkát, valamint az együttműködés kialakítását és erősítését a társintézményekkel, a szociális terület képviselőivel.



Kedves Olvasó!

„MOZAIK” című kiadványunk azzal a céllal jött létre, hogy átfogó képet adjon a figyelemhiányos hiperaktivitás-zavarról (attention deficit hyperactivity disorder), az ADHD-ről, annak jellemzőiről, az érintett családok és gyermekek nehézségeiről, és tájékoztatást adjon kezelése lehetőségeiről, a segítségnyújtási módokról.

Az elmúlt években intenzívebben és gyakrabban szembesülünk a tünetegyüttesből fakadó gondok súlyával, azzal, hogy miként terheli a gyermeket, a családot, az intézmények minden napjait.

A cím választása arra utal, hogy különálló darabokból kívántunk megalkotni egy teljesebb „képet”, valamint metaforája annak, hogy kerestük az együttműködés lehetőségeit.

„MOZAIK”-unkban évtizedes szakmai múltat maga mögött tudó, a téma iránt elkötelezett szakemberek, gyermekpszichiáter, klinikai szakpszichológus, családterapeuta, mesterpedagógus, konfliktuskezelési szaktanácsadó, gyógypedagógus, művészetterapeuta, általános szociális munkás mutatják be tevékenységüket, szakterületüket, írnak tapasztalataikról és javaslatokat fogalmaznak meg.

Kiadványunk létrejöttét megelőzte a Vas és Zala vármegyei Területi Szakmatámogatási Rendszer és a Zalaegerszegi Család- és Gyermejkölési Központ közös szervezésében megvalósult „Szenvednek és szenvedtetnek” - ADHD az óvodás és iskolás korban címmel 2023. május 31-én megrendezett szakmai nap. Gondolatébresztő és inspiráló volt. Felmerült az elhangzottak írásban történő megjelenésének igénye, melyhez a Vas és Zala Vármegyei Területi Szakmatámogatási Rendszer biztosította a forrást és a szervezeti kereteket.

Bízom abban, hogy mindazok, akikhez eljut ez a kiadvány, felismerik, hogy a problémákra található megoldások, és segítséget kapnak a saját életükhöz, vagy segítséget nyújthatnak másoknak.

Tóth Zsuzsanna
általános szociális munkás



Dr. Salamon Éva

ADHD (Attention Deficit/Hiperactivity Disorder, aktivitás és figyelem zavarai) – definíció és tünettan

Ebben a fejezetben az ADHD-t, mint a leggyakoribb gyermekpszichiátriai kórképet a gyermekpszichiáter szemén át igyekszem bemutatni.

Húsz éve, amióta én kapcsolatba kerültem a témával, sokat változott a szakmai hozzáállás, diagnosztikai kritériumok és a terápiás lehetőségek. A jelenleg bevezetés alatt álló BNO-11 és a frissen bevezetett DSM-5 diagnosztikai rendszerek - egymással is harmonizálva - elismerik az enyhébb esetek problémás voltát, illetve a kombinált formák mellett az elsősorban figyelemhiányos és az elsősorban hiperaktív-impulzív csoportokat is. Mindkettőnél jelentős változás mostanában az, hogy a korai életkorokban még jól kompenzáló, és igazán csak az általános iskola felső tagozatának megnövekedett terhelése hatására kibontakozó tüneteket is elfogadják azonos súlyú problémának – tehát nem kell, hogy 7 éves kor előtt megjelenjenek probléma szintű tünetek, mert jelenleg mindkét rendszer szerint ennek 12 éves kor előtt kell megtörténni. Sajnos egyébként még ekkor sem feltétlenül kerülnek látóterünkbe ezek a gyerekek, fiatalok, amely azért is nagy probléma, mert minél hosszabb ideig küzdenek a tünetekkel segítség nélkül, annál súlyosabb szövődményekre számíthatunk hosszútávon.



Jelenleg, bár a hivatalosan nálunk bevezetett diagnosztikai kritériumrendszer (BNO-10) még ennél szigorúbban ítél, a nemzetközi és szakmai aktuális nézőpont szerint ADHD-s az, aki érintett az alábbiak közül legalább hat tünetben:

- ◆ gyakran nem figyel kellőképp a részletekre vagy gondatlan hibákat vét, pontatlan;
- ◆ gyakran nehézséget jelent számára a figyelem megtartása a feladatok vagy játék során, előadás, beszélgetés, felolvasás közben;
- ◆ gyakran úgy tűnik másoknak, hogy nem figyel, miközben egyenesen hozzá beszélnek, még akkor sem, ha nincs különösebb elterelő inger;
- ◆ gyakran nem csinálja végig az instrukciókat és nem fejezi be az iskolai feladatokat, házimunkát, munkahelyi kötelezettségeit (elkezd, de elterelődik a figyelmébe);
- ◆ gyakran nehézséget okoz számára, hogy megszervezze az egymást követő feladatokat vagy tevékenységeket, hogy dolgait rendben tartsa, hogy munkáját megszervezze, tartsa a határidőket;
- ◆ kerüli vagy vonakodik részt venni tartós mentális erőfeszítést igénylő feladatokban (pl. iskolai feladatok, beszámoló előkészítése, nyomtatványok kitöltése, hosszú szövegek elolvasása);
- ◆ gyakran elveszíti a feladatok/tevékenységek elvégzéséhez szükséges dolgokat;
- ◆ gyakran könnyen elterelik a figyelmét külső ingerek, saját gondolatai;
- ◆ gyakran feledékeny a napi tevékenységeiben (pl. házimunkában, megbízások teljesítésében, telefonok visszahívásában, számlák befizetésében, időpontok betartásában stb.);

VAGY az alábbiak közül legalább hat tünetben: hiperaktivitás

- ◆ gyakran keze-lába jár, ütöget, dobol, fészkelődik, gyakran elhagyja a helyét, ahol ülve illene maradnia;
- ◆ gyakran szaladgál, mindenre felmászik, idősebb korban már csak nyugtalanul érzi magát, gyakran szabadidős tevékenységek közben is képtelen csendben lenni;
- ◆ gyakran „mehetnékje van”, olyan, „mint akit felhúztak”;
- ◆ túl sokat beszél;
- ◆ gyakran kimondja a választ, mielőtt a kérdés befejeződött volna, nem várja ki a sorát a beszélgetésben;
- ◆ nehezeére esik várakozni, sorban állni;
- ◆ gyakran félbeszakít másokat vagy tolakodóan viselkedik, más engedélye nélkül használja a holmiját, betolakszik abba, amit mások csinálnak, átveszi az irányítást mások tevékenysége felett.



További kritérium, hogy a tünetek legalább hat hónapig fennállnak, - az érintett személy számára legalább élete két területén okozva funkcióromlást. 17 év felett öt-öt tünet elégséges a diagnózis felállításához.

Most, hogy nagyjából képet kaptunk magáról a problémáról fontos, hogy kitérjünk a **kiváltó tényezőkre...**

Nem véletlenül kerülöm a betegség szót. A neurodiverzitás elmélete szerint ezek az eltérő fejlődésmenetek nem betegségek, hanem normál variánsok, amelyeknek a beilleszkedését kell segítenünk, nem „gyógyítani” kell.

Visszatérve a kiváltó tényezőkre: az ADHD zömmel genetikai meghatározottságú (elsőkfű rokonok körében 20-50% prevalencia), jóval kisebb súllyal szerepelnek a háttérben környezeti tényezők: elsősorban méhen belül és születés körüli tényezők, ezen kívül korai környezeti depriváció játszhat szerepet. Az intelligencia protektív faktorként szerepel, amely véleményem szerint nem az ADHD valószínűségét csökkenti egyébként, hanem a diagnózis esélyét, mert javítja a kompenzációs lehetőségeket. A közkeletű (fél)laikus elképzelésekkel ellentétben a nevelés, a tv-nézés és a tej- és csokoládéfogyasztás nem befolyásolja érdemben az ADHD gyakoriságát. Nyilván a tünetek súlyosságában a nevelésnek lehet szerepe, a kialakulásában nincs.

A fiú-lány arány a populációban 3:1, a gyerekként orvoshoz fordulók körében 6:1. Ennek nem az az oka, hogy lányok körében ritkább és kevésbé kínlódnak vele, csak az, hogy a fiúknál gyakoribb a hiperaktív típus és gyakrabban társul magatartászavarral, emiatt zavaróbb a környezet számára. A nők inkább szorongásos-depresszív tünettannal jelentkeznek felnőttként, és visszatekintve derül ki a kezeletlen ADHD kóroki szerepe. 10 és 25 éves kor között a hiperaktív tünetek jelentősen, az impulzív-figyelmi tünetek kisebb mértékben csökkennek, ezzel együtt a páciensek felében még felnőtt korban is elegendő a tünet a diagnózis felállításához.

Önmagában az ADHD, - ezen belül is főleg a hiperaktív típus -, vagy a hozzá igen gyakran társuló magatartászavar az, ami miatt a szülők leggyakrabban segítséget kérnek, de a leg-súlyosabb problémákat a kezeletlen ADHD-hoz kapcsolódó komorbiditások okozzák.

A kezeletlen ADHD leggyakoribb szövődményei a magatartászavarokon, oppozíciós zavaron kívül a szorongásos, hangulati zavarok, amelyek vérmérséklettől függően gyakran vezetnek hetero- vagy autoagresszióhoz (rongálás, társak bántalmazása, önsértés, szuicid veszélyeztettség), illetve szerhasználati problémákhoz. Mikor már ezen szövődményekkel kerül a gyermek/fiatal látótérbe, sokkal nehezebb tompítani a folyamat hosszú távú negatív hatásait.



Aki nem kap megfelelő segítséget, támogatást, szükség esetén gyógyszert, sokkal nagyobb eséllyel eshet ki az iskolarendszerű oktatásból idő előtt, válhat szerhasználóvá, deviálódhat, kerülhet felnőve rossz szocioökonómiai státuszba. Rossz kockázatbecslésével, csekély veszélyérzetével, halogató természetével könnyebben kerülhet többek közt olyan helyzetbe, ami későn felismert nem kívánt terheességhez vezet (tovább rontva a tanulmányi lehetőségeket), vagy kriminalizálódhat - a szociális szféra feladatai szaporodnak ezáltal. Ezek a folyamatok időben történő felismeréssel, kezeléssel befolyásolhatók leginkább.

A kezelt és/vagy számára megfelelő módon támogatott ADHD-s bármire képes, normáknak megfelelő teljes életet élhet.

Miért fontos a különböző szakmák együttműködése?

Rengetegszer látjuk, hogy a gyerek (pont a magatartászavara miatt) előbb kerül az iskolarendőr és a gyermekvédelem látókörébe, mint ahogy egészségügyi segítséget kapna. Ezeknél a gyermekeknél a büntetés a legkevésbé hatékony eszköz a problémák csökkentésére. Ha nem segítségre és támogatásra szoruló gyermekeknek, hanem kiskorú bűnözőknek, elmebetegeknek és „ördögfattyaknak” tekintjük ezeket a gyerekeket, akkor azzal a fennálló problémát csak eskaláljuk.

Erős szavak, de sajnos nagyon erős véleményeket kapok sokszor a gyermekekről a pedagógusoktól. A szokásos iskolai büntetésekkel (ne járjon sportszakkörre, amíg nem tud viselkedni, ne vegyen részt a napközis szabad játékhelyzetben) a nehézségeket nem javítjuk, csak rontjuk. A szülők szokásos hibáztatása, esetleg a többi szülő ellenük hergelése/ellenük hergelődésének hiányos tompítása a problémákat tovább fokozza.

Éppen ezért, véleményem szerint a társzakmák jelentősen tudnának nekünk segíteni. Sokkal közelebb vannak a gyermekek normál életteréhez, bizalmibb kapcsolatot ápolnak a családdal, az iskolával. Így tudnák a helyzeteket gyermekpszichiátriai, tehát az egészségügyi szakembertől is történő segítségkérés felé kormányozni az ineffektív és kontraproduktív látzatmegoldások helyett. Utóbbiak alatt a kriminalizálás, megbélyegzés, büntetés gyakorlatát értem.

Amiben a gyermekpszichiátria tud segíteni ezeknek a gyermekeknek, az először is az adekvát diagnózis. A gyerek nem neveletlen, nem „bolond”, nem gonosz, nem többszörös személyiség, hanem ADHD-s, aki az egyetlen személyiségével is igen szélsőséges megélést és viselkedést tud produkálni, az érzelmek igen széles skáláját átélve, és legalább ilyen széles skáláját mozgósítva a környezetben is. Ezen felül amiben specifikusan mi tudunk segíteni, az a gyógyszeres kezelés.

Kétféle szer van hazánkban forgalomban. Az egyik egy pszichostimuláns (serkentőszer), a metilfenidát, ami a gyerekeknek koncentrálni segít, úgy a tanulásra, mint az adekvát vi-



selkedésre. Ezt a kevésbé szétesett és „zsizsgó” állapotot sok szülő és pedagógus tévesen szedációként értelmezi, és emiatt elmaradnak a gyerekek az ellátásból, és sokkal később, és sokkal súlyosabb állapotban látjuk őket viszont. Ehhez kapcsolódóan is fontosnak gondolom a társszakmák képviselőiben tudatosítani, hogy ez a szer nem nyugtató, sőt. Ha a szülő ezt a megerősítést több forrásból kapja, talán nagyobb eséllyel marad benn a terápiában és teszi fel a kérdéseit nálunk (akár újra meg újra, akkor is válaszolni fogunk rá). Fontos még tudni, hogy bár ez egy ellenőrzött szer, a neurotipikusoknál visszaélésre alkalmas pont a serkentő hatása miatt, de nem hogy nem növeli, hanem egyértelműen és igazoltan csökkenti a későbbi szerhasználat veszélyét.

A másik szerünk a noradrenalin-szabályozásban játszik szerepet, az atomoxetin. Ez lassabban fejti ki hatását (hetek, hónapok) és minden nap szedni kel. Cserében 24 órát fed le naponta a kedvező hatása. Viszont gyakran látjuk, hogy a hatás bár tartós, de kevésbé markáns.

Az ADHD szakmánk szabályai szerint is multimodális terápiát igényel. Önmagában a gyógyszeres kezelés kevésbé hatékony, mint a gyógyszeres és nem-gyógyszeres kezelések kombinációja. Emiatt is kiemelkedően fontos együttműködésünk a társszakmákkal. A gyógypedagógiai fejlesztés, mozgásfejlesztés, viselkedésterápiás szemlélettel történő iskolai oktatás, következetes családi nevelés támogatása, a szülők mentálhigiénéjének az elősegítése mind legalább olyan fontos, mint maga a gyógyszer. Extrém fontos lenne az ADHD-s gyermek sportolási lehetőségeinek támogatása, elősegítése – részben fejlesztő, részben feszültséglevezető hatása miatt.

Ezzel együtt, ha nincs minderre egyszerre lehetőség, a gyógyszer önmagában igazoltan hatékonyabb, mint az összes többi lehetőség együtt, de gyógyszer nélkül. Ez utóbbi tény miatt kiemelten fontos, hogy az érintett gyermekek gyermekpszichiátriai ellátásba kerülését segítsek a társszakmák is.



Gaál Tímea

ADHD a gyermekpszichiátriai gyakorlatban, pszichológus szemmel

A pszichológus fő feladata az ADHD diagnosztikája során a különféle tesztek-, interjúk felvétele, a viselkedés megfigyelése, valamint a már terápiás ellátásban részesülő ADHD-s gyermekek fejlődésének nyomonkövetése, felülvizsgálata, illetve a társuló nehézségek pszichés leküzdése, önismeret fejlesztése, önértékelés növelése, szociális készségek javítása. Rendkívül fontos részét képezi a pszichológusi munkámnak az ADHD-val kapcsolatos pszichoedukáció: vagyis az érintett gyermekek, szülők, a nevelői környezet (óvoda, iskola, egészségügyi, szociális intézmények) informálása, tájékoztatása mindarról, amit az ADHD-ról – kialakulásáról, kezeléséről, enyhítő-, vagy éppen súlyosbító tényezőkről - tudni lehet.

Az ADHD kezelése során fontos a megfelelő compliance, vagyis együttműködés, bizalmi kapcsolat kialakítása az érintett gyermekekkel (saját életkoruknak megfelelő szinten történik a tájékoztatás), a szülőkkel – mi és mivel függ össze, mivel segíthetnek, vagy éppen ronthatnak a tüneti képen, vagy adott esetben a terápiás beavatkozáson; a nevelői környezettel – mire, hogyan kell figyelniük, mivel segíthetik a kezelés hatékonyságát. Utóbbinak különösen fontos szerepe van a gyógyszeres kezelés beállításának szakaszában, az egyéni, megfelelő dózis meghatározásában, hiszen a kezelés „éles” kipróbálása már az iskolában zajlik. Az egyes gyermekekre szabott, megfelelő dózisu gyógyszer megállapításához az ADHD-ra jellemző tünetek időbeli megjelenése, súlyossága stb. ad számunkra megfelelő eligazodási támpontot. Az ADHD-s gyermekek esetében munkánk fontos részét képezi a társuló betegségek (pl. depresszió), illetve nem kívánatos szövődmények - ideális esetben - megelőzése (ha a gyermek még iskolai tanulmányainak megkezdése előtt, vagy az alsó tagozat első éveiben kerül látókörünkbe, illetve diagnosztizálásra, és terápiás ellátásra mielőbb megkezdődik), kiküszöbölése, vagy rosszabb esetben (kései diagnózis, későn kezdett kezelések) azok enyhítése.

Mik lehetnek az ADHD-t kísérő, nem kívánatos szövődmények?

Folyamatosan megélt, állandó sikertelenség: elsősorban a tanulásban, teljesítésben, mely intelligencia és képesség független. Elkeserítő látni, hogy a kiemelkedő értelmi képességekkel rendelkező gyermekek is sorra halmozzák a rossz, gyenge osztályzatokat. A folyamatosan megélt kudarcok hatására a tanulási motiváció csökken, elvész, sok esetben ezek a gyermekek kiforognak az oktatásból már középiskolás éveikben. A figyelem, tanulás terén mutatott kognitív nehézségeik (főként a tanulásszervezésben) rendszerint komoly kihívás elé



állítják idegrendszerüket: gyakori a fokozott fáradékonyság, a fejfájás, rossz közérzet. A folyamatosan megélt kudarcok miatt önértékelésük csökken, énképük negatív irányban változik. Ez a változás szociális kapcsolataikra, társas tevékenységekben való részvételükre is rányomja a bélyeget. Ha impulzivitással, hipermotilitással is küzdenek, akkor nagyon gyorsan marginális helyzetbe kerülnek, részük a társas kirekesztettség lesz, folyamatos bűnbakképzés áldozatává válnak. Gyakran csapódnak más okokból, szintén marginális helyzetbe került kortársakhoz, későbbi életkorszakokban szerhasználat (alkohol, drogok) próbálhatnak enyhíteni immár szélessé terebélyesedő nehézségeiken.

Az ADHD-s gyermek környezetének fontos megértenie, belátnia (pszichoedukációval hozzásegítjük), hogy a gyermek az állapotának szenvedő alanya, nem önmaga generálja a problémát! Így hiábavaló várni: hogy térjen jobb belátásra, változtasson a hozzáállásán, és az „örökzöld sláger”: figyeljen oda jobban! Így is, kezeletlen ADHD-sként a gyermek a figyelmének, magatartásának maximumát nyújtja – idegrendszere, érzelmei, késztetései hihetetlen erővel feszülnek egymásnak. Az ADHD-s gyermek nem örül az állapotának, önmagát hibásnak, rossznak, „defektesnek” tartja, betegnek gondolja, egyértelműen szenved tőle. Kezelt, terápiában (gyógyszeres) részesülő pácienseink mérhetetlen megkönnyebbüléssel élik meg a pozitív változásokat, őket segítő szakemberként mi pedig velük együtt örülünk minden egyes sikernek.

Társszakmák részéről munkánkat a mielőbbi, korai felismerés (ADHD gyanú, aggodalom) segíthetné leginkább. Nagyon fontos szerepe van az időfaktornak, hiszen beiskolázás előtt még sokféle „fejlesztésre”, beavatkozásra van lehetőség, mely az észlelt, ADHD-nak tűnő tüneteken, idegrendszeri sajátosságokon javíthat, korrigálhat.

Kinek, hol, mikor lehet szerepe az ADHD-t jellemző, vagy akár kísérő tünetek felismerésében?

Sokszor a szülők gyanakodnak legelőször, hogy a gyermekükkel valamilyen gond van: folyton pörögnek, fáradhatatlanok, napközben nagyon keveset – vagy egyáltalán nem alszanak (már kicsi csecsemőként sem), az éjszakák is lehetnek „zaklatottak” pl. a gyakori felébredések miatt. Mozgásfejlődésükben is eltérés mutatkozhat, kimaradnak fázisok (pl. a kúszás), túl korán kezdenek állni, járni, vagy éppen ellenkezőleg, elhúzódik a folyamat. Gyakoriak a sérülések, esések, balesetek – egyrészt a mozgáskoordináció eltérő fejlettségi szintje miatt, másrészt a veleszületett vakmerőség, félelemérzet hiánya miatt. A szülőknek gyakran az az érzésük, hogy a gyerek nem hall, vagy éppenséggel a memóriájukkal van gond, mert az utasítások egy részét nem hajtják végre – különösen, ha összetettebb feladatvégrehajtásról van szó pl. „...menj ki a konyhába, a felső fiókot húzd ki, és hozd ide a sebtapaszt!”. A gyermek kimegy a konyhába, de ott tanácstalanul toporog, mert nem tudja mit kell csinálnia, lehet,



hogy kihúz egy fiókot, de már nem emlékszik onnan mit kell kivennie, vagy éppenséggel a sebtapasz helyett visz valami mást. Máskor éppen az a feltűnő, hogy a gyermeket a szülők számára nem észlelhető zajok zavarják, vagy kéri, hogy halkítsák le a tv-t, rádiót, mert számára zavaróan hangosak. Étkezésük is sajátos lehet, bizonyos ételek ízétől, állagától undorodnak, nem hajlandóak elfogyasztani, élénkebben érezhetnek szagokat. Sokszor zavarja őket a ruháik címkéje, anyaga, szorossága. Ezek a sajátosságok a szenzorosságukat jelzik, vagyis, hogy érzékszerveik érzékenyebben reagálnak a külvilág ingereire, melyek egyaránt lehetnek hallási, szaglási, ízlelési, tapintási ingerek. Figyelmetlenségüket, „elmélázásukat” is gyakran lehet látni a tevékenységek végrehajtása közben, hamar jelentkeznek az unalom jelei, kilépnek a „feladathelyzetből”. Ugyanakkor mindig „csinálni” akarnak valamit, amihez igénylik a felnőttek segítségét, folyamatosan foglalkoztatva szüleiket. A potenciálisan ADHD-s gyermek körül mindig „történik valami”, jobb, ha a szülő állandóan „résen van”: valami mindig kiborul, leesik, összetörik, maszatolódik, elszakad, kilyukad, mindig minden elveszik, maga a gyermek gyakran sérül: elesik, nekimegy, feldönt, ellök, leejt; gyakori a horzsolás, seb, kék-zöld folt, vagy a gipszelt végtag.

A gyermekkel kapcsolatban álló egészségügyi ellátók - védőnő, gyermekorvos - számára fontos előrejelzői lehetnek az ADHD-nak a terhesség, szülés körülményei, pl. a koraszülöttség, oxigénhiányos állapot, újraélesztés. Ezen gyermekek fejlődésének nyomonkövetése fontos, különösen a fejlődésmenet tekintetében, hiszen nem minden szülő számára egyértelműek és beazonosíthatók a gyermekük körül észlelt jelenségek okai, összefüggései. A gyermekorvosok számára lényeges kérdés, hogy az ADHD-nak imponáló tünetek mögött nem szomatikus okok állnak-e – pl. egy rendellenesen működő pajzsmirigy, vagy hiányállapotok bizonyos ásványi anyagok, vitaminok tekintetében – ezért a fizikális vizsgálatok nagy segítséget jelentenek a korrekt diagnózis megállapításában. Az egészségügyi anamnézis, vizsgálati kórtörténet is adhat okot gyanakvásra az orvos, védőnő számára, miután a gyermek gyakori „vendég” a Sürgősségi Osztályon, Traumatológián (zúzódások, esések, törések).

A közösségi élet megkezdésével a bölcsődei kisgyermek gondozók, és az óvónők lehetnek segítségünkre a korai diagnózis felállításában, így a gyermek már korán részesülhet a megfelelő terápiás eljárásokban, hogy mire iskolába kerül, addigra a nehézségek egy része kiküszöbölődhessen, enyhüljön, vagy megszűnjön. Az ADHD tünetei a kortársközösségben rendszerint erőteljesebben megmutatkoznak, mivel egyszerre sok inger éri őket, több mindenhez kell alkalmazkodniuk, érzelmileg is intenzívebb életet élnek, több a feszültség, konfliktus a kortársak részéről stb., ami akkor különösen fontos, ha a gyermeknek az otthoni viselkedésében nincsen a szülők számára egyértelmű, gyanakvásra okot adó tünete. Az ADHD tünetei MINDIG konzolidáltabb formában mutatkoznak négy szemközti helyzetben – olyan, mintha a gyermek teljesen rendben lenne. Ez utóbbi sajátosságot észben kell tartani a gyermek kivizsgálása során is, mert a gyermek aktuális tünetmentessége egy speciális viselkedési helyzetben nem azt



jelenti, hogy a gyermek nem ADHD-s, hanem azt, hogy négyszemközti helyzetben alapvetően jobban működik. Továbbá jelentheti azt, hogy kimagasló intellektusa révén adott helyzetekben képes kontroll alatt tartani jellegzetes tüneteit, vagy a speciális helyzet, feladat képes lekötni, vagy éppenséggel magas a szociális megfelelés iránti igénye, ezért „jobban” viselkedik. Az ADHD irányában történő kivizsgálás fórumai a Nevelési Tanácsadók, Pedagógiai Szakszolgálatok, ahol a személyes kivizsgáláson túl a szülői kérdőívek, pedagógiai vélemények (bölcsődei, óvodai, iskolai jellemzések, beszámolók), közösségi, helyszíni megfigyelések adják a teljes képet a diagnózis felállításához, a terápiás irányok meghatározásához.

Fontos, hogy a veszélyeztetett családok – akik a család- és gyermekjóléti szolgáltatók látókörében vannak, ellátás alatt állnak, vagy támogatásban részesülnek – a családsegítő, esetmenedzser, tanácsadó szakemberek részéről folyamatos megerősítést kapjanak mind a kivizsgálás-, mind a terápiás együttműködésben való részvétel irányában. A családok nagy része megbélyegzőként éli meg a gyermek diagnózisát, ennek feloldásában, a terápiás együttműködések előmozdításában, fenntartásában nagy szerepük van a családokat gondozó kollégáknak. Fontos az ADHD-val kapcsolatos pontos információ-átadás, az előítéletek enyhítése, felszámolása. Sok esetben a családsegítő, esetmenedzser, tanácsadó szakemberekre hárul a potenciális diagnózis felmerülésétől a kivizsgálási folyamatba kerülés megszervezése, lebonyolításának folyamat-kísérése is, ám ami ennél is lényegesebb: az ADHD-ban érintett családok érzelmi támogatása. Utóbbi azért különösen fontos, mert az ADHD-s tünetkör, magatartási sajátosságok miatt a gyermek, és családja gyakran válik társadalmilag kirekesztetté, elszigeteltté, a közösség „bűnbakjává”, mely nehezíti teszi - sokszor dacból meg is akadályozza -, a kivizsgálási folyamatba kerülést, vagy a terápiában való benntartást. Ezért kiemelkedően fontos a szakemberek részéről a rendelkezésreállítás, elérhetőség, tájékoztatás, kommunikáció, ventillációs lehetőség biztosítása, valamint az elfogadás, empátia kifejezése az érintett családok irányába, mert ennek révén a kirekesztettség megélése közben tudni fogják, hogy vannak, akik valódi segítő szándékkal állnak mellettük, és nem a problémát látják, hanem velük együtt, őket támogatva a megoldást keresik.

Mi történik, ha túlzottan bizonyul az aggodalom és végső soron kiderül, hogy a gyermek rendben van, ADHD nem igazolható? ADHD gyanúja esetén inkább történjen egy negatív eredménnyel záruló kivizsgálás, minthogy bármely érintett gyermek is – témánknál maradván – elkerülje a figyelmünket!



Básti Zoltán

A családterápia és a kiegészítő terápiák szerepe az ADHD kezelésében

Az aktivitás és figyelem zavaraiából fakadó nehézségek, mint gyermekkorban megjelenő problémák, kezdetben a velem terápiás kapcsolatban álló szülők segítése kapcsán jelentettek kihívást. Visszagondolva a 2007 előtti időszakra, kis számban tudok felidézni olyan klienseket és családokat, akik előtt egyértelműen ismert volt, hogy gyermekük ADHD-ban szenved. 2005-től nőtt meg azon eseteim száma, amikor a szülők számára komoly dilemmákat és egyben szorongást jelentett diagnosztizált gyermekük vonatkozásában a gyógyszeres terápia elfogadásának szükségessége, illetőleg az, hogy ők mit tehetnek, tehetnek-e egyáltalán valamit a gyermek érdekében.

A családterápia kiegészítő terápia az ADHD kezelése tekintetében. Bizonyítékokon alapuló terápiák a gyógyszeres kezelés és a kognitív és viselkedésterápia.

A tünetek mondhatni nyilvánvalóak, mégis gyakori, hogy nem ismerik fel magát az ADHD-t, illetőleg az is előfordul, hogy bizonyos tünetek esetén a gyermek címkét kap a környezetből, és bár az ADHD kritériumai nem teljesülnek, azt tartják róla, hogy figyelemhiányos hiperaktivitás-zavarban szenved.

A családterápiás képzés része a család és a vele kapcsolatban álló szervezetek hatásrendszereinek elemzése, a családot támogató erőforrások felhasználásában történő segítség tanulása. Családterapeutaként érdekel a család, mint rendszer, a segítőkkel kiegészült családi rendszer működése és az együttműködés lehetőségei.

Érdekes tapasztalatom, hogy a családterápiás segítségnyújtást - azokban az esetekben, ahol felmerült, hogy a gyermek az aktivitás és figyelem zavaraiiban szenved - azon velem kapcsolatba kerülő családoknak ajánlották, akik valamely budapesti, kórházi háttérrel rendelkező centrumot kerestek fel, és az ott praktizáló szakemberek javasolták, hogy a szülők keressenek fel a lakóhelyükhöz közeli családterapeutát.

Az ADHD jelenségéről és családterápiás vonatkozásairól a terapeutának is tanulnia kell. 2016-tól a Zalaegerszegi Család- és Gyermekjóléti Központban is nyújtok családterápiát speciális szolgáltatásként. Ettől kezdve nőtt meg szignifikánsan azon gyermekekkel és családokkal való találkozásaim száma szakmai életutam során, akik érintettek a tünetegyüttessel, illetőleg az ADHD-val, mint krónikusan fennálló állapottal.



Diagnózis nem feltétlenül állt rendelkezésre. Akkor egyáltalán nem, ha a szülőről derült ki, hogy ő tulajdonképpen „ugyanolyan” vagy „ugyanolyan volt”, mint a gyermeke. Nem csak a gyermekre, a szülőre nézve is felmerülhet az ADHD problémaként.

Minden esetben szorgalmazni kell a gyermekpszichiátriai és pedagógiai szakszolgálati vizsgálat elvégzését a gyermek esetében, egyebek mellett a „címkék” és „legendák” elkerülése érdekében is.

2016-tól kezdve érdekel az ADHD-specifikus család- és párterápia. Az ADHD klinikai képe komplex, az alaptünetek mellé – egyszerűen fogalmazva – egyéb rendellenességek is társul(hat)nak.

A terapeuta a családot „tanítja” is a problémáról és a probléma kezelésének lehetőségeiről. (Könnyű hozzájutni információkhoz a pszichoeducáció jelentéséről és jelentőségéről.) Sok pszichoeducációs elemet alkalmazok az ADHD-specifikus családterápiákban.

A családterápiás üléseken, vagy az ülések mindegyikén nem feltétlenül vesz részt a tünethordozó gyermek. Amikor igen, akkor sem szükségszerűen nyilvánulnak meg azok a problémák, amelyek közösségben, bizonyos számosság mellett már jellemzik a gyermeket. Sokszor szinte elképzelhetetlen, ezért mereven visszautasított a család részéről az, amit a gyermekkel kapcsolatban álló pedagógusok tapasztalnak magatartási-viselkedési tünetként csoporthelyzetben, közösségben.

A helyzet elfogadása nehézségbe ütközik, és terapeutaként fontos a változás lehetőségének képviselése, valamint a változtatásra való képessé tétel, a családi összetartás erősítése a célok elérése érdekében.

Az ADHD hosszan tartó állapot. Talán az a legnagyobb segítség, ha a családterápia hozzájárul, hogy a család önmaga problémáinak szakértőjévé váljon, és erőforrásait képes legyen mozgósítani.

Fontos a terápiába kerülés szempontjából a javallat. Azokban az esetekben, amikor a mentális és viselkedészavar már diagnosztizált, kizárólag szakorvosi javaslatra nyújt a Zalaegerszegi Család- és Gyermejköléti Központ speciális szolgáltatásként családterápiát.

A családterápiák során felmerülnek az egyéb segítségnyújtási módok igénybe vételének lehetőségei.

Az is a „tanulás” része, hogy a szülők megismerjék ezeket, tudatosítva bennük a gyógyszeres terápia, mint bizonyítékokon alapuló terápia jelentőségét és fontosságát. A tünetegyüttes



kezelése megismerésével összefüggésben beszélünk az alvás, az étkezés, az étrend kiegészítők, a rendszeres testmozgás szerepéről, valamint az egyéb kiegészítő terápiákról. Ezen lehetőségek megismertetése egy újabb „mozaik” lenne a kiadványban.

Zalaegerszegen jó szívvel ajánlom az elérhető szenzomotoros fejlesztést, alapozó terápiát, lovas terápiát és művészetterápiát; számomra hiteles, együttműködő szakemberek végzik.

Gyermekvédelmi ügyekhez kapcsolódóan, az arra nyitott pedagógusok bevonásával szerettem jó, bár kevés tapasztalatot. Létezik módszertani segédanyag ADHD-val küzdő gyermekek iskolai megsegítéséhez (dr. Cseri Csilla-Mohácsi Magdolna, 2018). Nagy jelentősége lenne a pedagógusok és a szülők közötti információ cserének, az otthoni és iskolai egységes elvárások megfogalmazásának.

Öröm számomra, amikor családterapeutaként találkozhatok az iskolában a szülőkkel és az osztálytanítókkal, annak érdekében, hogy olyan elvárásokat és jutalmazási rendszert lehessen kidolgozni, ami egységes a gyermek irányában. Az érintett gyerekek esetében a jutalmazás fontos, illetőleg – bár túlátlánosításnak tűnhet – nem értik a büntetést.

Gyermekvédelmi ügyben és intézményi szolgáltatásnyújtás esetén van lehetőség a fenti gyakorlatra, azonban, ha nem intézményi ellátás keretében, és nem iskolai jelzéssel is alátámasztott probléma megoldása érdekében veszi igénybe a szülő családterápiát, őt magát lehet „megtanítani” arra, hogy gyermeke számára hogyan írjon elő feladatokat, azokat hogyan értékelje, mivel jutalmazza és miként változtassa meg. Az már egy következő kérdés, hogy meri tudja-e kommunikálni az iskola felé az egységes elvárás elvét.

Az ADHD és a hozzá társuló problémák önmagukban is lehetnek veszélyeztető körülmények, de akkor válnak igazán azzá, ha a család szociokulturális hátrányaival társulnak, és a családdal kapcsolatban álló szervezetek tagjai saját szempontjaik mellé nem integrálják a többi szervezet/szakember tapasztalatait.



Garamvölgyi György

Iskolai konfliktusok az ADHD-s gyermekek körül, javaslatok kezelésükre

Az elmúlt években rengeteg óvodai és iskolai közösség problémáiba nyertem betekintést. Az esetek egyre nagyobb része mögött húzódik meg az ADHD jelensége. Ez kapja a döntő figyelmet, míg a hagyományosnak mondható, a tanulók 90%-át érintő konfliktusokra nem marad energiája a pedagógusnak. Írásommal annak a nevelési rutinnak a kialakításához szeretnék hozzájárulni, amivel a jelenleginél magabiztosabban kezelheti minden szereplő ezt az állapotot.

Az iskolába kerülés nehézsége

2019 óta érkeznek alapszabályként 6 évesen a gyermekek az iskolába. Ez új helyzetet jelentett a szülők, óvodapedagógusok és tanítók számára is. A szocializáltság az életkorból eredően alacsonyabb szintű a korábbi éveknél (többen nem ismerik fel a színeket, nem tudnak cipőt kötni, segítségre szorulnak a WC-használatban.). A korai személyiség állapot miatt az óvoda még kivár az eltérések vizsgálatra küldésével, hiszen a gyermek ezt elnöheti. Az iskola az első pillanattól idő- és feladatnyomás alatt van. Nem ritkán tapasztalom, hogy egy-egy első osztály 40-50%-a pedagógiai szakszolgálati vizsgálatra kerül, és többnyire beigazolódik a speciális oktatási-nevelési igényük. Közöttük vannak az ADHD-s magatartásjegyeket hordozó gyermekek is.

Az ő esetük bonyolultabb, hiszen a vizsgálatuk járási szinten indul, majd a megyei szakértői bizottság bizonyos tünetek megléte esetén a gyermekpszichiátriára küldi őket, ahol a pszichiáternek van joga a diagnózist kimondani. Ezután a megyei szakértői bizottság megállapítja a sajátos nevelési igényt, mely az iskolai rehabilitáció alapja. A több lépcsős folyamat a túlterhelt szereplők legnagyobb odafigyelése mellett is minimum 4-5 hónapot igénybe vesz. Az idő telik, az ADHD-s gyerek lemarad a tanulásban, a többiek nehezen figyelnek tőle. A tanító egyik szemének muszáj rajta lenni az ilyen gyermekeken a balesetek és összezördülések megelőzése céljából is. Hamar kibontakozik a konfliktus, melynek szereplői: az ADHD-s gyermek és családja, a többi gyermek és szülei, a tanító és gyakorta az iskolaigazgató.



Az ADHD-s gyermek és családjának problémái

A családoknak nem könnyű a szembenézés, ehhez alig kapnak segítséget, könnyen fordulnak a tagadás felé. Az ADHD-s gyermeket nevelők körében a válás és különélés kockázata háromszor-ötször gyakoribb az átlagosnál. (Sófi -Mattiassich-Szokoli, 42.) Tapasztalataim szerint a legkritikusabbak azok az esetek, ahol az apák a gyermekükhöz hasonló tünetekkel kommunikálnak a segítőkkel. Felnőttként nagyon fájó beismerni, hogy gyermekük, többnyire a fiúk, örökölhették tőlük is a hajlamot. Szintén szülőtől tudom, hogy milyen nehéz a távolabbi családtagokkal megértetni, hogy a szeretetből hozott cukros üdítő, csokoládé felpörgeti az ADHD-s gyerekeket, azaz nem szabad fogyasztaniuk.

A beszámoló a legfájdalmasabbnak a külvilág reakcióit tartják, akik neveletlennek bélyegzik a gyermeküket a viselkedésük alapján. Meséltek arról is, hogy a magasabb életkorú helyettesítő háziorvosi asszisztens kritikával illette az anyát, mert betartva a pszichiáter utasításait, fegyelmezetten gyógyszerekkel kezelte gyermekét. Valóban, a probléma néhány évtizede még nem is tudatosult.

Miben tudjuk mi, segítők erősíteni a szülőket? Először is, kitartó türelemmel győzzük meg őket, működjenek együtt a kezelő szakorvossal. Fogadják el a felkínált terápiát, ha több lehetőség van, akkor válasszanak. Jelezzék azonnal a kezelőnél, ha valami magatartás változás áll be a gyermeknél. Érintett szülő mesélte, hogy a gyógyszer szedése után 2(!) napra jelentkező enyhe tic miatt felhívta a pszichiátriát, amit fél évvel (!) az után keresett fel, hogy az iskola jelezte, az első gyerek szünetben ki akart ugrani a harmadik emeletről. Nagyon fontos tudatosítani a szülővel, hogy neki kell lépnie, a rendszernek a túlterheltség miatt nincs módja monitorozni a problémáját.

Második javaslatom, a segítő támogassa, hogy a szülő kommunikáljon nyíltan házastársával, közvetlenebb családtagjaival a gyerek helyzetéről. Ne csak a tényekről beszéljen, hanem ossza meg érzéseit: félelmét, fájdalmát, bizonytalanságát is. A bensőséges meghallgatás rengeteg erőt tud adni a hétköznapiakban. Kérjük a másodjára bevont családtagokat, a sok elgyászolása után nyújtsanak segítő kezet! Két ember könnyebben hely áll, míg a gyermek önszabályozása megerősödik. Bízassuk, hogy beszéljenek őszintén a tanítóval is, alakítsák ki közösen a kapcsolattartás mindkét fél számára elfogadható módját, közös cselekvési terveket.

A segítő óvják a szülőt a probléma tagadásától. Tragikus jelenség, mikor szinte minden iskolát felkeresnek, hogy új esélyt adjanak gyermeküknek. Ez annyira tipikus elodázó stratégia, hogy találkoztam már olyan szülővel, aki 300 km-t költözött odébb lakhelyétől ADHD-s gyermeke miatt, de egy hónap után az új iskolában is ugyanabba a kritikus helyzetbe került. Iskolaváltás helyett a fent ajánlott együttműködést javasoljuk.



Amiben viszont érdemes gondolkodni már a beiskolázásnál, az a kisebb létszámú osztály. Többször tapasztaltam, az érintett szülők szívesen íratják be gyerekeiket nagy létszámú, elit osztályba, mondván már 4 évesen olvasott és számolt. Könnyen lehet, hiszen ezek a gyerekek gyakran átlag feletti intellektussal bírnak. Ám az elsődleges kihívás a közösségbe beilleszkedés náluk, ezután jön az írás és a matematika.

Mit tehet a tanító?

Már a beiskolázásnál próbáljunk bizalmi kapcsolatot kialakítani a gyermekek szüleivel. Elegendhetetlen a tájékozódás az óvónőktől. Ha lehetőség van rá, figyeljük meg a gyermekeket csoportos helyzetben, tapasztalatainkat beszéljük meg az óvodapedagógussal.

Kérjük meg az igazgatót, hogy a pedagógiai asszisztens főként az első osztályban segítsen. Probléma esetén konzultáljunk az iskolapszichológussal a szülő bevonásával. Ha nincs iskolapszichológusunk, forduljunk a pedagógiai szakszolgálathoz segítségért. Törekedjünk a proaktív, személyes jó viszonyra velük és a gyermekpszichiátriával szintén. Ebben is tud sokat segíteni az igazgató.

A lehető leghamarabb beszéljünk az osztályban kialakult konfliktusokról a szülői közösséggel, vázolva, hogy mit teszünk a kezeléséért. Ne maradjunk magunkra a problémákkal, maguktól nem oldódnak meg, ám könnyen lábra kaphatnak pletykák és találgatások. Amíg ideálissá válik helyzetünk...

Mindannyiunk számára egyértelmű, hogy vannak közös jegyek az esetekben, és hogy a helyzet extra terhet ró minden érintettre. Ez a terhelés fennáll akkor is, ha cselekszel, ha nem. A tagadás csak fokozza a problémát, de odafigyeléssel előre lehet lépni. Végleges győzelem, megoldás nincs. A felnőtté válásig közösen kell dolgoznunk a sikerért.



Farkas Andrea

Az Alapozó Terápia, mint fejlesztő lehetőség az ADHD-s gyermekek megsegítésében

Pályafutásom alatt, oktatási-nevelési intézményekben végzett munkám során, gyakran kerültem kapcsolatba olyan tanulókkal, gyermekekkel, akiknél a viselkedés, a magatartás, a figyelem nehézsége, zavara különböző mértékben jelen volt. Sok esetben, mint vezető tünet, de gyakran a probléma nem a figyelem, magatartás volt, hanem már másodlagos tünetként jelentkezett, így a megsegítés komplexebbé kellett, hogy váljon. Nem hagyatkozhattam csupán a tünetek, például a képességek nehézségeinek kezelésére, hanem a tünetek hátterében álló idegrendszeri struktúrák fejlesztése vált elsődleges szemponttá, ezáltal biztos alapot adva az egyéb területeken jelentkező nehézségek, zavarok és az egész személyiség fejlesztéséhez is.

A korai felismerésnek, diagnosztizálásnak köszönhetően, az elmúlt évtizedben már óvodáskorban lehetőség nyílt a rendszeres beavatkozásra, a nehézségek, zavarok enyhítésére, csökkentésére. A mozgásfejlesztés létjogosultsága manapság nem megkérdőjelezhető. Ezen indítástárból mesterpedagógusi innovátori/feljesztő programomat a téma gyakorlati alkalmazásának tükrében készítettem el: az Alapozó Terápia módszereit beépítve egy óvodai mozgásnevelésbe, illetve egy általános iskola első osztályos testnevelés programjába. Ezekben a prevenció megközelítés megvalósulására törekszem.

Közel húsz éve foglalkozom magatartás, viselkedésszabályozás, figyelemkoncentráció területen nehézséggel, mássággal küzdő gyermekek megsegítésével az Alapozó Terápia módszerével.

A terápia egy motoszenzoros túlsúlyú fejlesztő mozgásfoglalkozás, amelynek során az idegrendszeri struktúrák szerveződésébe igyekszem beavatkozni, pozitív változásokat elérni 5-16 éves korú gyermekek körében.

A mutatott tünetek és a fejlesztésre, terápiára kerülő gyermekek életkora szerint jelentős különbséget tapasztaltam az évek múlásával. A kezdetekben elsősorban kisiskolás korú gyermekek szülei kerestek és a magatartás területén jelentkező, leginkább agresszív és opponáló viselkedési jellemzők, kevesebb esetben a figyelemkoncentráció nehézsége kapcsán. Majd az évek folyamán a „problémás” korosztály többsége már az óvodás-nagycsoportos, de egyre gyakrabban az ennél fiatalabb- középső csoportos 4-5 évesek köréből került ki.



Általában a gyermekek tüneteire szakemberektől - elsősorban pszichológustól, szakértői bizottságtól - kapott javaslat után fordultak és fordulnak ma is hozzám a szülők gyermekükkel, de gyakran saját aggodalmaik vezetnek oda, hogy vizsgálatot és fejlesztést kérjenek.

A tünetek változatosak, de alapvetően a főbb szempontok, melyek az ADHD tünetegyüttest alátámasztják, szinte kivétel nélkül tapasztalható, jelen vannak a gyermekek viselkedésében. A leggyakoribb, amit a szülők is érzékelnek, vagy az óvodai-, néha már a bölcsődei élet során is jelzésként érkezik a szülők felé a motoros nyugtalanság, impulzivitás, a kontrollálatlan viselkedés- és érzelmek, tevékenységeik során a kintartás hiánya, a csapongás, a „figyelem” hiánya, mindez fokozott beszédkényszerrel párosulva, szabályokhoz való alkalmazkodás nehézsége vagy képtelensége, társakkal való kapcsolat nem megfelelő alakulása, iskolásoknál legtöbbször a tanulásban is megjelenő nehézségek, a képességeihez mérten jóval alacsonyabb szintű teljesítmény nyújtása, egyes esetekben a tanulás teljes negálása.

A fejlesztés jogossága alapvető, ha a gyermek diagnózissal rendelkezik. Ettől függetlenül a munka megkezdése előtt egy mozgásállapot felmérés, részletes anamnézis felvétele az első lépés. Miután egy zavarról van szó, ez magában rejt az organikus okot /okokat, vagyis olyan ártó noxa érte a magzatot vagy az újszülöttet, mely felelős lehet a gyermeknél tapasztalt tünetekért. Elsősorban a megszületés előtti egy-két hónap, a szülés körülményei, komplikációi vagy az azt követő közvetlen időszak rizikótényezői, gyakran több tényező együttese lelhetők fel az anamnézisben. A rizikófaktorok előídezhethetnek különböző mértékű oxigénhiányt, ami akár legyen rövid ideig tartó állapot, a frontális lebeny érési és működési programjában okozhat zavart, mely terület többek között felelős a viselkedésszabályozás, az önkontroll, tervezés, tér, idő, gondolkodás és figyelmi funkciók megfelelő szintű fejlődéséért is.

A mozgás alapvető életjelenség, szükséglet, megjelenése genetikailag kódolt az egyénben. A genetikai program megindulására, fejlődésére a környezeti hatások mindegy kapcsolóként hatnak. Az agy tehát egyrészt velünk született belső motiváció nyomán tevékenység, másrészt környezeti ösztönzés hatására fejlődik. A különböző mozgásformák az agyi funkciókat serkentik. Ha a genetikai programban „zavar” keletkezik, az eltérő fejlődésmenetet eredményezhet.

Az anamnézis és a vizsgálat során kiemelt terület a korai fejlődéstani mozgások megfigyelése. Fontos felkutatni, hogy a genetikai program mozgásformái késtek-e, maradt-e ki mozgásforma - leggyakrabban a kúszás, mászás, mint a két féltékét összekötő első mozgásformákat tapasztaljuk. Lényeges továbbá, milyen a gyermek izomtónusa, valamint a fennmaradt csecsemőkori reflexek feltárása és a meglévő mozgásminták minőségi mutatói sokat elárulnak a korai mozgásfejlődésről, azáltal kialakult idegrendszeri összeköttetések milyenségéről.



Az utóbbi évtizedben megszorodott az eltérő viselkedési tüneteket mutató gyermekek száma, akik első ránézésre, laikusok számára ADHD-s gyermek benyomását keltik. A nevelési-oktatási intézmények pedagógusai szenzitívebbek lettek ezekkel a gyermekekkel szemben, így korábban élnek jelzéssel, s így korábban sikerül egy fejlesztő tevékenységgel beavatkozni, melynek pozitív hozadéka, hogy az esetek többségében megszűnnek a problémák vagy minimális mértékűre csökkennek. Ezen gyermekeknél a mutatott tünetek ellenére nem lokalizálható ártó tényező, csupán egy rosszul szervezett idegrendszer a nem megfelelő korai szenzomotoros ingerek hatására.

A „valódi” ADHD egyik kritériuma a zavar, mely tartós állapotot jelöl, s mivel háttérben mélyebb neurológiai összefüggések állhatnak, ez az eredményességre is hatással van. A fejlesztő folyamat szükségszerűen intenzívebb és hosszabb időtartamú. Az ADHD-s gyermekek felfokozott mozgásos aktivitásának háttérben az idegrendszer alacsonyabb éberségi szintje áll, a jól strukturált mozgásos ingerekkel az optimális aurasal szint, az idegrendszeri szerveződések jól befolyásolhatók.

A fejlesztő/terápiás munka épít az idegrendszer plaszticitására, így kedvezően hat az érési folyamatokra, mely a konkrét problémán kívül az egész személyiség fejlődését eredményezi. A terápia regresszióval jár együtt, mely teljesítmény és viselkedés romlást hoz, amit sok esetben nem vagy kevésbé tolerálnak a gyermekekkel kapcsolatban lévők. A kedvezőtlen környezeti attitűd, a türelmetlenség, a gyermek másodlagos tünetei, de leginkább, ha azok nem kerülnek párhuzamosan kezelésre, hátráltató tényezők a fejlesztő munka során. Abban az esetben, ha a gyermek nevelői, pedagógusai megértőbbek, elnézőbbek a fejlesztés/terápia hozadékaként megjelenő negatív változásokkal szemben, vagy ha a család bevonható a fejlesztésbe, az említett hátrányok nagyon jól kompenzálhatók és előbb jelentkezik a javulás, változás. Ez egy kényes része a munkának, hiszen ezek a gyerekek kevésbé együttműködők, így gyakran otthon nem vehetők rá az általam adott ismétlődő feladatokra. Ekkor természetesen eltekintünk ettől, hiszen az anya, a család szerepe mást jelent, nem kockáztathatjuk egy ambivalens kapcsolat kialakulását a gyermek és szülője között.

Általában nem jellemző a kapcsolattartás a gyermekekkel foglalkozó más szakemberekkel - pedagógusok, pszichológus -, az információáramlás néhány kivételtől eltekintve csupán a szülőn keresztül valósul meg. A magam részéről ezt életem legnehezebbében, még akkor is, ha többségében eredményes a munkám, mindig marad egy hiányérzet: tehettem-e volna többet?

A mozgásfejlesztés/terápia egy alapot ad, melyet az elnevezése is tükröz. Független attól, hogy magában is okoz pozitív változást, az esetek többségében nem elegendő, hiszen



a gyermekek egyéb tüneteinek kezelését - akár a szociális, akár a kognitív területen- szükségszerűen más-más szakember – gyógypedagógus, pszichológus, pszichiáter - jó esetben a fejlesztő munkámmal egyidejűleg látja el.

Úgy érzem a kölcsönös tapasztalatok megosztása, bármely terápiás folyamat részét kellene, hogy képezzék, hiszen az állapot végig kísérheti az érintett gyermek egész gyermekkorát, egyes beavatkozások, beleértve az Alapozó Terápiát is, többször relevánssá válhatnak.

Vallom, hogy a szakmai kommunikációk elősegítik és teljesebbé teszik a gyermekeknek és családjuknak nyújtandó segítséget, a legtöbbször izolált ellátásokkal, kezelésekkkel szemben. A szerepem érintőleges ezen gyermekek életében, ugyanakkor a fejlesztő-terápiás munka gyakran elhúzódik egy-két évig. Örömmel venném szükség esetén, ha részt vehetnék olyan kommunikációban, mely az adott gyermekek aktuális állapotával összefüggésben áll.



Lorencsics Krisztina

„Ezt még kipróbálom”- Művészterápiás tapasztalatok ADHD zavarban szenvedő, illetve tüneteket mutató gyermekekkel történő munka során

Művészterapeutaként dolgozom évtizedek óta. Munkám során, úgy életkor, mint a problémák terén is széles spektrummal találkozom.

ADHD esetén legtöbbször az iskola - negatív - visszajelzése, illetve a szomatikus tünetekben manifesztálódó szorongás miatt kérnek segítséget. Ekkor célunk művészterápiás foglalkozások segítségével feltárható és formálható elakadások, viselkedési problémák feloldása, a viselkedés korrigálása, megfelelő szociális interakciók elsajátítása.

Amiben a művészterápia segíthet

A művészterápia művészeti eszközök és alkotó tevékenység során segít felszínre hozni a tudattalan sérüléseket, traumákat. Segít az elakadásokban, a sérült Én-részek gyógyításában, illetve a verbális kommunikáció gátoltsága esetén. Nem igényel rajzkészséget, hangszeres tudást. Sikerral alkalmazható a művészterápia, mint kiegészítő terápia ADHD esetében is, hiszen kreatív és élvezetes módot kínál a korlátozások nélküli kommunikációra, megnyilvánulásra anélkül, hogy tartani kellene az ítélezéstől. A foglalkozások során elfogadó, jutalmazó környezetben alkothat a kliens, ebben történik a diszkusszió. Ez sikerélményt ad, és erősíti az önbizalmat. Alkotás közben meg kell küzdeni a feladattal, az eszközzel, tehát mindez problémamegoldást, megküzdést igényel. Az ADHD-s gyermekek gyakran intenzíven élik meg érzelmeiket. Sok esetben gyenge szociális készségekkel, alacsony önértékeléssel rendelkeznek, azonban az alkotás stimulálja az agyat és dopamint termel, valamint emeli a szerotonint is, ezáltal csökkenti a stressz-szintet, javítja a végrehajtó funkciót, emellé társul, hogy gyermekkorban a rajz az önkifejezés egyik módja, mert az érzelmek, indulatok kifejezése még elégtelen.

Más művészterápiás módszer

Az ADHD-s kliensek más megközelítést igényelnek. Úgy tudjuk keretek között, a kívánt mederben tartani a foglalkozások menetét, elérni együttműködést, és ezáltal eredményt, ha kevésbé ragaszkodunk a strukturált feladatokhoz, és megadjuk a választás lehetőségét úgy eszközökben, mint témában. Ezt követően az ún. hiperfókusz felhasználva azzal a technikával, eszközzel, illetve témával dolgozunk, ami érdeklődése középpontjában áll.



ADHD-s klienseknél az alábbi eszközöket, technikákat alkalmaztam:

- ◆ Rajz, festék, agyag, gyurma, kollázs (klasszikus MT eszközök): általuk eljutunk a borítóképben látható eredményhez, amikor a laza, híg akvarellfestékkel papírt nem szétáztatva, esztétikus alkotás születik.
- ◆ Homok (térben játék, illetve síkban, homokrajz formájában): a homok folyik, a híg festékkel analóg módon, nehezen kontrollálható, „keretezést” igényel. Jellemzői: kezdetben zsúfolt felület, mely lassan letisztul, átláthatóvá válik, a kísérletezés védett terepe (pl. homokszemek festése temperával). 1. és 2. számú kép: B., 11 éves ADHD diagnózisú fiú alkotása.
- ◆ Digitális technikák (fotózás, filmkészítés, téma: utca forgataga, ezáltal szociális interakciók megfigyelése, igény: nézői visszajelzések követése).
- ◆ Aktív zene: ritmushangszereken egymás érzelmeinek felismerése, átvétele, érzelm átadás, hangolódás, saját szerepének megélése.
- ◆ „Zentangle”, azaz meditatív firka: belemerülést segítő, figyelmet megtartó hatású, esztétikus.

1. kép





2. kép



A foglalkozások egyénileg és csoportosan, illetve párban (3. számú kép) történtek. Kezdetben olykor csak 15-20 percig megtartható figyelmük rögzíthetővé vált, nem terelődött, 60-90 percre nyúlt.

3. kép





4. kép



5. kép

Az ADHD-s kliensek olykor a végtelékig képesek egyvalamire koncentrálni, aminek oka az ún. hiperfókusz, mely által képesek elmerülni a feladatokban, az elvárttól eltérő módon tudják kontrollálni a figyelmüket. Képesek figyelmüket összpontosítani miként az egészségesek, ám nem tudják ezt tudatosá tenni, nem képesek megválasztani mire és miképp összpontosítsanak. B. élete is folyamatos harc a szabályokkal, teendőikkel. Ám mikor ún. „szabad témaválasztás” lehetőségét kapja, figyelme maximálisan rögzül. Az adott alkotással nem gyorsan, összecsapva végez, hanem a folyamat átnyúlik több foglalkozásra, aprólékosan, odafigyelve, míg elveszti a téma iránt érdeklődését. Ekkor „elrontja”. Túl erősen radíroz és kiszakad a papír, túl sok vizet használ és átázik a lap, túl erősen illeszti össze az agyagrészeket és eldeformálódik az alkotás. Ilyenkor az adott mű már nem készül el (4. és 5. számú kép). „Inkább megcsinálom még egyszer!” - mondja. Fontos, hogy a fentieket nem frusztrációként, vagy kudarcként éli meg, hanem lehetőségként, katalizátorként. Ekkorra szorongása és az ebből adódó inadekvát viselkedése jelentősen enyhül, javul. Az iskola is – mely már egy másik, számára elfogadó légkört és gyógypedagógiai asszisztentst biztosít - pozitív visszajelzésekkel támogat minket a közös munka során.



6. kép



7. kép



Á. ADHD tüneteket mutató 9 éves fiú. Szorongását hetero-, illetve autoagresszióval palástolja. Alkotására a rendkívüli rebbenékenység, produktivitás jellemző. Érdeklődése középpontjában az állatok állnak, rajzaiban ezek a motívumok jelennek meg. (6. számú kép) Egy alkalommal akár 8-10 rajzot is készít, alakjai hatalmasak, a lapot mindig teljesen betölti. Az eszközök közötti gyakori váltás általános jellemző, csakúgy, mint az esetlegesen strukturált feladatba belecsempészni saját érdeklődését. Az alkotásokban megjelennek az aktuális események, azok megélése Á-nál is. A 7. számú kép készültkor új otthonba költöznek, ezzel kapcsolatos érzelmeit jól láthatóan tükrözi a rókában a ház által keltett félelem, melyet agresszióval álcáz.

Kombinált módszer, és a társszakmák, akik nélkül nincs eredmény

A művészetterápia viszonylagos szabadsága mellett a kezdetektől szükséges bekapcsolunk az ún. „motivációs gépezetet”, azaz a jutalmazást (CBT), és természetesen az alkotási szabadságon túl határozott kereteket és eszközöket alkalmazunk (időstrukturálás, mobiltelefon, „Time out” stb.). A művészetterápia kiegészítő terápia, az ADHD kezelésében komplex ellátórendszerre van szükség, melyben jelenleg még nem általános a művészetterápia bevonása. A segítő szakmák aktív képviselője mellett természetesen nem hagyhatjuk ki a sorból a legnehezebb „szakma”, a szülő szerepét sem. Fontos a szülői edukáció, hogy a foglalkozások során felmerülő ADHD gyanú esetén elfogadja a további kivizsgálást, valamint a terápiás szerződésben rögzített szabályok otthon is bevezetésre kerüljenek. Az ő együttműködésük nélkül nem érhetünk el eredményt.

Utóélet, után követés, eredményeink monitorozása

A terápia lezárását követően kapott információk alapján szignifikánsan magas azon esetek száma, ahol az alkotás, a kreatív tevékenység továbbra is az életük része marad. Környezetük visszajelzése pozitív - ez iskolai magatartásjegyekben is tükröződik-, kortárs kapcsolataik javulnak, sok esetben a mikrokörnyezet is megváltozik. A művészetterápia során feltérképezzük, segítünk manifesztnálni az őket érdeklő ingereket, tevékenységeket, kérdéseket, melyekben képesek elmerülni, melyekhez vonzódnak. Hagyjuk kiteljesedni és egészen biztosak lehetünk benne, hogy rendkívül innovatív ötleteket és megoldásokat fognak elélni tárn! Ha környezetük mindebben támogatja, egy, az iskolát, a munkáját szerető, abba belemerülő és folyton újat kereső embert nyerhet velük, ők pedig egy teljes, szorongások, rendszeres konfliktusok nélküli életet.



Tóth Zsuzsanna

Együtt élni a szeretet kihívásaival

Írásomban a család- és gyermekjóléti szolgáltatásban szerzett tapasztalatokat foglalom össze a témával kapcsolatosan. Célom, hogy az olvasók képet kapjanak arról, hogy szociális munkásként mit tudunk tenni, hogyan segíthetjük a probléma megoldását azon családok esetében, ahol ADHD-val diagnosztizált, vagy annak gyanújára okot adó viselkedésű gyermeket nevelnek, a Zalaegerszegi Család- és Gyermekjóléti Központ családsegítőivel és esetmenedzsereivel felvett kérdőíves vizsgálat alapján.

Az utóbbi években növekvő tendenciát mutat azon esetek száma, ahol a vezető probléma a gyermek figyelemhiányos hiperaktivitás-zavarából adódó nehézségek.

Azon családokban, ahol átlagtól eltérő fejlődésű, különleges szükségletű gyermek él, nagyobb kihívást jelent a család életének szervezése és a külvilághoz való alkalmazkodás.

A család- és gyermekjóléti szolgáltatásban dolgozó szakemberek több módon értesülhetnek a problémákról, mely meghatározza a családokkal való kapcsolat felvételének módját is. A legszerencsésebb, ha az érintett maga kér segítséget személyesen, telefonon, írásban. A másik út a jelzés útján való értesülés: amikor a veszélyeztetettséget észlelő- és jelzőrendszeri tagok keresik meg az intézményt. A harmadik lehetőség, amikor a hatóság megkeresésére indul az ügy. Az utóbbi két esetben a segítőnek fel kell vennie a kapcsolatot a családdal.

Mindhárom esetben közös a következő lépés: megkezdődik a probléma feltárása, az adategyűjtés. A szülő általi önkéntes segítségkérés minimális számban jelenik meg a gyakorlatban, legtöbbször jelzés útján, vagy hatóság megkeresése alapján kerültek kapcsolatba a szakemberek a gyermekkel és családjával.

A család igyekszik a határain „belül” kezelni a gyermek viselkedésének következményeit, a környezet számára azonban – különböző fokban – már nehézségekbe ütközik a gyermekkel és a szülővel való együttműködés és mindennapi élet (magatartási problémák, társakkal való agresszivitás, órai munka zavarása stb.).

A problémát meg kell vizsgálni az érintett, a környezet és a segítő szemszögéből is, s e három meghatározásból születik egy közös probléma definíció, mellyel a segítő dolgozik a továbbiakban.



A szülők gyakran tulajdonítják a problémát annak, hogy a külvilág nem elég toleráns gyermekükkel, nem értik meg őt stb. A gyermekvédelemben az ügy körültekintő vizsgálata érdekében a szakemberek – összhangban a szakmai szabályozókkal – megkeresik a szülőt, valamint a gyermeket körülvevő intézményrendszert is (orvos, iskola, óvoda, védőnő stb.). Az információk begyűjtése után alakítják ki saját álláspontjukat a gyermek veszélyeztetett helyzetére vonatkozóan.

Az gyakorlati tapasztalatok azt mutatják, hogy jellemzően azon gyermekek kerülnek látókörünkbe, ahol a szülők megküzdési képessége alacsony, megoldási stratégiái hiányosak.

A nehézségek, melyekkel a családoknak meg kell birkóznuk, sosem járnak egyedül, önmagukban, mindig több probléma együttes előfordulásáról beszélhetünk.

A gyermek ADHD-ja mellett a következő problémák voltak azonosíthatók:

Szülőket érintően:

- ◆ nevelési probléma, ellentétes nevelési elvek, ráhagyó, megengedő szülői magatartás, következetlenség,
- ◆ konfliktus a szülők között,
- ◆ szakorvos által felírt gyógyszer nem megfelelő adagolása,
- ◆ a szülők gyakran bízzák másra a gyermek felügyeletét,
- ◆ szenvedélybetegség, függőség,
- ◆ mentális túlterheltség,
- ◆ munkanélküliség,
- ◆ gyermekét egyedül nevelő szülő,
- ◆ szülő egészségügyi problémái.

Gyermekek érintően:

- ◆ deviáns, önmagát veszélyeztető magatartás,
- ◆ szuicid kísérletek,
- ◆ étkezési problémák,
- ◆ szökések otthonról,
- ◆ szerhasználat gyanúja,
- ◆ tankötelezettség nem megfelelő teljesítése, igazolatlan hiányzások.



Család egészét érintően:

- ◆ anyagi problémák, magas lakáshitel törlesztés,
- ◆ lakhatási probléma,
- ◆ életvezetési, életviteli probléma,
- ◆ információhiány.

A felsoroltak, azok megoldási kísérletei önmagukban is elegendőek egy-egy krízishelyzet kialakulásához. Az ilyen helyzetek nagyobb súllyal nehezednek az ADHD-s családokra, mert gyermekeik nevelése olyan energiákat is megkíván, melyekről az átlag szülő nem tud.

A segítő kapcsolatban ezek után fontos meghatározni a célokat, rövid és hosszú távon egyaránt, továbbá hozzárendelni a megvalósuláshoz szükséges feladatokat, cselekvési terv formájában. A cselekvési terv írásban készül, a benne feladatot vállalók aláírásával.

Az esetek több, mint felében került sor hatósági intézkedésre, amely nagyrészt védelembé vételt jelent. A védelembé vétel lényege a gyermek veszélyeztetettségének megszüntetése a hatóság által előírt magatartási szabályok által. Elrendelésének persze nem az ADHD az oka, hanem a fentiekben felsorolt problémák összessége, melyeket az önkéntes együttműködés keretében nem sikerült megoldani, az alkalmazott eszközök, módszerek nem vezettek eredményre.

A nehézségek leküzdésében nagy szerepe van a szűkebb és tágabb családnak, s a környezetnek. Sokat tud segíteni, illetőleg hátráltatni, ahogy ezek a természetes támaszok működnek. Adódik a kérdés, hogy a környezet - munkahely, szomszédok, rokonság mit szól ahhoz, hogy a gyermeknek figyelemhiányos hiperaktivitás-zavara van?

Tapasztalataink azt mutatják, hogy vannak:

- ◆ a látszólag elfogadók,
- ◆ az elítélők, akik nevelési hibának tartják,
- ◆ a megbotránkozók,
- ◆ a tudatlanok,
- ◆ a kritizálók,
- ◆ a támogatók.

A szociális munkások számára a problémafeltárást követően a legfontosabb feladat az, hogy reményt adjon a család számára. Meg kell mutatnia, milyen lehetőségek, eszközök állnak rendelkezésre a probléma kezeléséhez.



Információkövetítés, tanácsadás, mentális támogatás területei:

- ◆ A betegségről kevés ismerettel bíró szülők informálása, mivel is állnak szemben.
- ◆ Az ismerettel bíró szülők megerősítése, hogy jól döntöttek a gyermek kezeléséről.
- ◆ Módszertani ismeretek nyújtása a speciális helyzetekre.

Szolgáltatás közvetítése, együttműködés keretében:

- ◆ Család- és Gyermejjóléti Központ speciális szolgáltatásainak közvetítése: családterápia, jogi tanácsadás, fejlesztőpedagógiai szolgáltatás.
- ◆ Gyermek bevonása gyermekprogramokba.
- ◆ Együttműködés pedagógussal, pedagógiai szakszolgálattal, kezelőorvossal.

Ügyintézés segítésének esetei:

- ◆ Közreműködés a szakértői vizsgálat, szakvélemény megszerzésében.
- ◆ Szakemberhez való eljutás megszervezése.

A segítő munka végzése során szakembereink által szükségesnek talált legfontosabb lépések:

- ◆ A probléma felismertetése a családdal.
- ◆ Szakszerű kezelés igénybe vételére motiválás.
- ◆ Nyitott szülői magatartás elérése a szakemberek irányában.
- ◆ A szülők mentális támogatása.
- ◆ A szociális, az egészségügyi, a köznevelési szakemberek együttműködésének kialakítása, kiszélesítése.

A szociális munkás tehát feltérképezi a problémát, majd támogat, segít, végigkísér, kontrollál, szervez, a folyamat során végig monitorozza a célokat, feladatokat, megvalósulást, együttműködik másokkal, értékkel, és szükség esetén módosít.

Kedves Olvasók! Bízom abban, hogy írással sikerült bepillantást nyújtanom a család- és gyermekjóléti szolgáltatás munkájába, remélve, hogy segítségére lehetünk a figyelemhiányos hiperaktivitás-zavarral diagnosztizált, vagy a tünetegyüttes jeleit mutató gyermeket nevelő családoknak. Mert a szeretet kihívásaival nekik kell együtt élniük.



Tóth Zsuzsanna

Gondolatok az együttműködésről...

A rendelkezésünkre álló MOZAIK darabok azon szerzőink munkáját, tapasztalatait, gondolatait jelenítik meg, akik ADHD-val diagnosztizáltak, vagy a tünetegyüttes jeleit mutató gyermekkel foglalkoznak.

Az egyes darabkákat az egymással való kapcsolat, kooperáció keresésének igénye kapcsolja össze, melyről kiadványunk végén néhány szót kell ejtenünk.

A magyar nyelv értelmző kézisztótára megfogalmazása szerint együttműködik az, aki másval, másokkal közösen, összhangban, őt vagy őket támogatva tevékenykedik, működik. Az együttműködés az így kialakuló állapot; rendszeres, kölcsönös segítségen, támogatáson alapuló kapcsolat, viszony.

Szakértőink írásaiból az látszik, hogy az együttműködés a szakemberek között kevésbé valósul meg, igénye és fejlesztési lehetőségei megtalálása azonban mindenkiben megfogalmazódott.

A jelenben minden szakember saját szakterületén foglalkozik a hozzá érkező gyermekekkel, leginkább a szülőktől tájékozódva.

A gyermek nehézségei elsőként a pedagógusok számára válnak érzékelhetővé, ezért fontos feladatuk motiválni a szülőket abban, hogy szakorvosi segítséget kérjenek, és tartsák be az ott kapott utasításokat. Amennyiben ez nem történik meg, vagy nem vezet eredményre a szülővel való együttműködés, az iskolák gyakran élnek jelzéssel a család- és gyermekjóléti szolgáltatás felé. A gyermekjóléti szakemberek feladata, hogy körültekintően (azaz a gyermek környezetének bevonásával) megvizsgálják és értékeljék a gyermek veszélyeztetettségének mértékét, továbbá annak megelőzése, vagy megszüntetése érdekében mozgósítsák azokat az erőforrásokat, amelyek segíthetnek. Az együttműködés szükségessége ennél fogva leginkább a család- és gyermekjóléti szolgáltatásban dolgozók munkájában összpontosul. Alkalmazott módszereik alkalmasak arra, hogy feltárják a család egyéb problémáit, melyek súlyosbíthatják a helyzetet, és segítenek a megoldások megkeresésében.

Fontos tudni, hogy a „gyermekjólétisek” olyan segítők, akiknek hatósági döntéseket előkészítő feladatokat is el kell látniuk (például környezettanulmány készítése, javaslattevő hatósági intézkedésekre), munkájukban azonban prioritást élvez a családdal való együttműködés elérése, bizalmi kapcsolat kialakítása.



Az együttműködés lehetőségeit kiadványunk szerzői többféleképpen közelítették meg.

- ◆ A művészetterapeuta a „szülői edukáció” fontosságát hangsúlyozta.
- ◆ A pszichiáter és pszichológus munkáját a „mielőbbi, korai felismerés (ADHD gyanú, aggodalom) segíthetné leginkább.”
- ◆ A fejlesztő pedagógus számára evidencia lenne, hogy „a kölcsönös tapasztalatok megosztása, bármely terápiás folyamat részét kellene, hogy képezzék, hiszen az állapot végig kísérheti az érintett gyermek egész életkorát.”
- ◆ A családterapeuta azzal zárta írását, hogy „az ADHD és a hozzá társuló problémák önmagukban is lehetnek veszélyeztető körülmények, de akkor válnak igazán azzá, ha ... a családdal kapcsolatban álló szervezetek tagjai saját szempontjaik mellé nem integrálják a többi szervezet/szakember tapasztalatait.”
- ◆ A pedagógusok számára fontos lehet a gyermek óvónőjével való konzultáció, pedagógiai aszszisztens, iskolapszichológus, annak hiányában pedagógiai szakszolgálat bevonása, valamint a gyermekpszichiátriával való jó kapcsolat kialakítása.

Gondolataimat az együttműködés szó értelmezésével indítottam. Most támogatom a jelentéstartalmat, hiszen itt szakmaközi együttműködésről van szó. A szakmaközi együttműködés Budai definíciója szerint: Az együttműködés általában két vagy több személy/szervezet mint egyenrangú partnerek –közös döntésein alapuló, közös célok eléréséért történő, kreatív szellemi erőfeszítéseket és cselekvéseket jelentő folyamatos tevékenységet jelent, amelynek során az együttműködők megosztják egymással erőforrásaikat, felelősségüket („saját hatáskörükben” cselekednek), tevékenységüket, a közös tanulási folyamat során szerzett tudásukat, és mindezzel növelik képességeiket, kompetenciáikat a problémák kezelésében és megoldásában. Az empátián, tolerancián és kongruencián alapuló együttműködés a szociális szolgáltatókban a bizalom kialakulásához vezet, amely egyúttal a segítő tevékenység kiindulópontja és eredménye.

A meghatározás összegzi a szakemberek közti együttműködés esszenciáját, amelynek két kulcsszavát kiemelném: közös cél és partnerség. A cikkekből világosan kitűnik a különböző szakterületeket képviselő szakemberek nyitottsága, partneri viszonyra való készsége. A közös cél pedig egyértelműen adott: professzionális, komplex és hatékony segítségnyújtás ADHD esetén. Ezért érdemes, ezért kell együttműködnünk!



Kedves Olvasók!

Bízom abban, hogy mind a szakemberekhez, mind az érintett gyermekek szüleihez sikerült közelebb hozni a jelenleg elérhető tudományterületek munkáját, hozzájárulva a probléma felmerülése esetén a mihamarabbi segítségkéréshez.

Hisszük, hogy könyvünk létrejötte előfutára lehet a szakemberek közti kooperáció kialakításának és kiszélesítésének.

Ódor Richárd

*intézményvezető, a TSZR2021-1491 pályázat szakmai vezetője
Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület
Gondviselés Háza – Domb Otthon Zalaapáti*

Vas Zala

*Területi Szakmatámogatási
Rendszer*



Felhasznált irodalom

A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI törvény

Alapozó Terápiák Alapítvány (2004): Intenzív Tanfolyam Segédanyaga Budapest, Kairosz kiadó

Compton-Galaway-féle problémamegoldó modell

Dr. Cseri Csilla-Mohácsi Magdolna (2018): Módszertani segédanyag ADHD-val küzdő gyermekek iskolai megsegítéséhez. Szeged, Csongrád Megyei Pedagógiai Szakszolgálat

Dr. Sófi Gyula-Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet-Mattiassich-Szokoli Enikő-Gala Hungary Kft. (2022): A gyermek- és serdülőkori figyelemhiányos hiperaktivitás (ADHD) okozta nemzetgazdasági problémák és azok lehetséges kezelése, IME – AZ EGÉSZSÉGÜGYI VEZETŐK SZAKLAPJA – TUDOMÁNYOS FOLYÓIRAT, XXI. ÉVFOLYAM, 2022/1., 41-47.

Encyclopedia Britannica Online (2007) szöszedete alapján dr. Budai István definíciója – In: Párbeszéd: szociálismunka folyóirat Vol. 2. (2015.) No. 1. Budai István: Az együttműködés a szociális munka egyik kulcsa és eszköze

Feuer Mária (2000): A gyermekrajzok fejlődéslélektana. Budapest, Akadémiai Kiadó

Malchiodi C.A (2003): A gyermekrajzok megértése. Budapest, Animula

Piaget J. (1999): Szimbólumképzés gyermekkorban.

Selikowitz M. (2010.): ADHD a hiperaktivitás-figyelemzavar tünetegyüttes. Budapest, Geobook Hungary Kiadó

Tringer László-Bagdy Emőke-Csorba Simon (1991): Nonverbális pszichoterápiák. Budapest, Animula könyvek, Magyar Pszichiátriai Társaság

www.arcanum.com/hu/online-kiadványok/Lexikonok-a-magyar-nyelv-ertelmezo-szotara
(letöltve: 2023.12.01.)





**MAGYAR MÁLTAI
SZERETETSZOLGÁLAT**

Kapcsolat

**Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület
Gondviselés Háza – Domb Otthon Zalaapáti**

H-8741 Zalaapáti, Deák Ferenc utca 7.

E-mail: tszr.zala.vas@maltai.hu

A kiadvány honlapunkon is elérhető



www.tszrzalavas.hu

Zalaapáti 2024

A kiadvány ingyenes, kereskedelmi forgalomba nem hozható.
A felhasználás jövedelemszerzés vagy jövedelemfokozás
célját nem szolgálhatja! Minden jog fenntartva!