

## Rosszaság vagy hiperaktivitás?

Témaválasztásom oka, hogy nevelési tanácsadóban dolgozva gyakran találkozom azzal a kéréssel: „pszichológus segítségét szeretném kérni, mert hiperaktív a gyerek”. A kérések jönnek szülőktől, pedagógusoktól egyaránt.

A gyerekeket megismerve az az érzésem, fennáll a veszélye annak, hogy ez a szó egyre inkább teret hódít a köztudatban, és ha egy gyerekkel valamilyen gond, probléma van, pl. hiba csúszik a nevelésébe, amit ő a környezetének valamilyen magatartási problémával visszajelez, könnyedén ezt az új szót illesztik rá, remélve, hogy a szakember majd úgymond „megjavítja”.

A másik végtelennel is találkoztam már, néhány 12-14 éves gyerek került hozzám azzal a problémával, hogy szinte kezelhetetlen, szabályokat megtagad, olyan barátokkal lófrál, akiktől általában tiltják a szülők, kisebb lopásokba keveredett már. A kivizsgálás nyílt oppozíciós zavart, illetve viselkedési zavart állapított meg.

A szülővel készített első részletes interjú és anamnézis aztán jelezte, hogy már szinte születésüktől kezdve elevenek, nehezen kezelhetőek voltak, a hiperaktivitás klasszikus tüneteit produkálták, azonban senki nem gondolt arra, hogy külső segítséget kérjenek a probléma orvoslására. A pedagógusok a szülők nevelési módszereivel, a szülők a rossz, szigorú, igazságtalan pedagógussal magyarázták eleinte a tüneteket. Egyben vállaltak közösséget, mindegyikük rossznak, kezelhetetlennek, lustának tekintette a gyereket.

## Rosszaság vagy hiperaktivitás?

A hiperaktivitás jellegzetes viselkedéses megnyilvánulásai fellelhetőek önálló formában, impulzivitással, figyelemzavarral társulva, valamint a tanulási nehézségek okaként, tüneteként is. A diagnosztizálás nehézsége a szindróma meghatározásának bizonytalanságával kezdődik. Hogy szabad nevezni ezt a fajta, a magatartásban megjelenő viselkedészavart? Ebben a szakemberek sem tudnak megegyezni.

Nemzetközi szinten ez a gyermekpszichiátria egyik legalaposabban vizsgált tünetegyüttese, számtalan publikáció jelent meg róla.

A nehézséget többek között a szimptomák sokoldalúsága és a különböző járulékos tünetek is okozzák. Vitatott az is, hogy betegség, akadályozottság, fogyatékos-e tulajdonképpen, és kezelése pedagógiai, pszichológiai vagy orvosi feladat.

Egységes álláspontot a probléma értelmezésére még nem találtak. Szülő, pedagógus, pszichológus, orvos a saját egyéni tapasztalatai alapján igyekszik azt megállapítani.

### A hiperaktivitás kialakulásának okai

Az okokról sem alakult ki egységes álláspont. A kutatások többsége azt igazolta, hogy az idegrendszer korai szerveződésében jelentkező hiányosságok, azaz az idegrendszer részleges érintettsége okozza a változatos tüneteket.

Still 1902-ben agysérülés utáni gyerekeken motoros nyugtalansággal járó állapotot figyelt meg, ennek alapján arra a következtetésre jutott, hogy a gyermekkorban bármely agyi károsodás hiperaktív magatartással járhat együtt. Tredgold 1908-ban a tünet kialakulását anoxiás eredetű agykárosodással magyarázta. Az 1918-as spanyolnátha-járvány során agyvelőgyulladásra átesett gyerekeken sajátos „apacs típusú” személyiségváltozást lehetett megfigyelni, ami nagyfokú motoros nyugtalansággal azonnali szükséglet-kielégítésre törekvéssel, morális gátlástalansággal, impulzivitással járt.

A kutatók eleinte tehát az organikus okok felé fordultak.

### Minimális agyi diszfunkció

Az MCD sok tényezőre vezethető vissza, elsősorban a szülés során elszenvedett károsodást, az anya alkohol- vagy drogfogyasztását, dohányzást, ólomkoncentráció fokozódását, genetikai tényezőket tartják meghatározónak. Előfordulhat, hogy intellektuális zavar, neurológiai eltérések nem állnak fenn, de a motoros aktivitás fellelhető.

Ross (1976) összefoglalása alapján: „A minimális agyi diszfunkció fogalma olyan gyerekekre terjed ki, akik közel átlagos, átlagos vagy átlag feletti intelligenciájúak, bizonyos enyhébb vagy súlyosabb formában jelentkező tanulási vagy magatartásbeli rendellenességet mutatnak, melyek a központi idegrendszer funkciózavaraival függnek össze. E funkciózavarok az észlelés, a fogalomalkotás, a nyelv, az emlékezet, a figyelem és az impulzuskontroll vagy a motoros funkciók kontrolljának hiányosságaiban jelentkezhetnek, mégpedig különféle kombinációkban.”

Az MCD bizonyítására egyetlen objektív módszer sem áll rendelkezésre. A fizikális és neurológiai vizsgálatok eredményei negatívak. Bizonyos enyhe, ún. minor abnormitások észlelhetők: nehezen fésülhető haj, alacsonyan ülő fülkagylók, lenőtt fülcimpa, gótikus szápad, mongol redő a szemben, a harmadik lábujj hosszabb a másodiknál. Kimutatható a mozgáskoordináció enyhe zavara, különösen a kéz és nyelv finom mozgásai érintettek, valamint gyengébb az egyensúlyozó képesség. Ezeket az enyhe tüneteket általában a szenzomotoros rendszer differenciálódásának elmaradásaként, fejlődési retardációként értelmezik.

Az MCD tehát nem pontos diagnózis, hanem gyűjtőfogalom, melyben a hiperaktivitás, a magatartási, emocionális zavar és a tanulási nehézségek egyaránt beletartoznak.

## **Arousal szerveződés**

Az emelkedett mozgásos aktivitás miatt a kiváltó tényezők felkutatásában a figyelem az arousal szerveződés mechanizmusai felé is fordult. Emelkedett és alacsony kérgi aktivációt is feltételeztek.

Az alacsony arousal elmélet szerint az alacsony agykérgi aktiváció miatt a gyerekek mintegy „ingeréhségben” szenvednek, amit a mozgásból származó szenzoros hatásokkal igyekeznek ellensúlyozni. A fejlődő idegrendszer ééréséhez szenzoros hatásokra, megfelelő inger mennyiségre van szükség. Az alacsony arousal elméletet a bőr elektromos jelenségeinek vizsgálata, valamint az EEG elvezetések elemzése is alátámasztani látszanak.

Több kutató azonban nem ért egyet az alacsony arousal elmélettel, véleményük szerint éppen ellenkező előjelű folyamatról van szó. Az aktiváció túlzottan magas, és a pszichostimulánsok azért lehetnek hatékonyak, mert tovább emelve az aktivációs szintet, segítik az idegrendszer gátló folyamatainak beindulását.

## **Farmakológiai modell**

A fejlődő idegrendszerben meghatározott genetikai program alapján zajlanak le az érési folyamatok, ami nemcsak az idegsejtek közötti kapcsolatok kialakulásában, hanem a kémiai ingerületátvivő anyagok megjelenésének sorrendjében is megmutatkoznak. Azokon az agyi területeken, melyek a viselkedés- és magatartásvezérlő, valamint a mozgásszabályozásban résztvevő területekhez kapcsolhatók, az ingerületátvivő anyag szerepét a DOPA, DOPAMIN, NORADRENALIN töltik be.

A DOPAMIN-t felvevő neuronok feladatai között szerepel a mozgásszabályozás és a magatartásvezérlés.

A NORADRENALIN rendszer a limbikus rendszer különböző részeihez és a kéreghez futó pályákat tartalmaz. Fontos szerepe van a motivációban, jutalmazási funkcióban, a vegetatív funkciókban.

Ha az érési folyamatok elmaradnak, hiperaktivitás tünetei léphetnek fel.

## **Az idegrendszer részleges éretlensége, részleges érési zavara**

Részleges érési elmaradást okozhatnak agyi oxigénhiánnyal járó állapotok, toxikus hatások, alkohol, dohányzás, drog, fertőzések, magas lázzal járó állapotok, kiszáradás, de ide sorolhatók a környezeti ártalmak is, pl. ólommérgezés.

Az idegrendszer részleges éretlensége több területen is megjelenhet, zavart okozhat az ingerek speciális feldolgozásában, okozhatja a két félteke integrációjának késését. Az integráció zavara, a féltekei problémák, a neuronok differenciálódásának elmaradása elsősorban a hiperaktivitás tüneteit okozhatják, a Gestalt-észlelés szenzoros integráció deficitjei inkább tanulási zavarokat okozhatnak.

### Genetikai okok

A hiperaktivitás és a tanulási zavarok vonatkozásában is gyakori a családi előfordulás. A genetikai faktor vizsgálatában bizonyítékot nyert, hogy a gyerekek családjában 45-50%-ban hasonló zavarok jelentkeztek korábban. Örökbe fogadott hiperaktív gyerekek rokonságát vizsgálva is megerősödött ez az eredmény, azaz a biológiai szülők között találtak hasonló zavarra utaló tüneteket, nem pedig az örökbe fogadó szülőknél. Tehát nem a pszichogén környezet felelős a probléma kialakulásáért.

### Kulturális-pedagógiai okok

A hiperaktivitás kialakulásában meghatározóak lehetnek azok a változások, melyek a civilizáció fejlődésével következtek be, és igen gyakran negatívan hatnak a gyerekek fejlődésére. Ilyen az életmódban bekövetkezett változás, valamint a vizuális kultúra túltengése.

A családok élete jelentős változáson ment keresztül az utóbbi néhány évtizedben. Átalakultak a szokásrendszerek, csökkent a szabadidő mennyisége, megváltozott a szabadidő eltöltésének módja. Csökkentek a természetjárások, közös családi kirándulások, sportolás, mozgásos játékok, amelyek az egészséges testi fejlődés szempontjából meghatározóak. A mozgásigény kisgyermekkorú korlátozása szoros összefüggést mutat a hiperaktivitás tüneteinek megjelenésével, hiszen a mozgásigény életkori sajátosság, a fejlődés meghatározó tényezője, és ennek korlátozása önmagában is fokozhatja a motoros nyugtalanságot. A természetes mozgások befolyásolják az idegrendszeri érési folyamatokat, segítik az információk összerendeződését.

A megváltozott életritmus, a szülők túlterheltsége kevés időt engedélyez a gyermekkel való foglalkozásra. A kimerült szülő szívesen veszi, ha gyereke órákig a tévé, videó előtt gubbaszt, és csöndben van. A vizuális kultúra túltengése okként a tanulási zavarokban is megjelenik. Filmeket nézve nincs szükség a képzeleti tevékenységre, ezáltal romlik az olvasott szöveg értése, annak élvezete, így romlik az olvasási kedv. Mindez negatívan hat a gondolkodás fejlődésére, az ismeretek, a szókincs gyarapodására.

Az iskola környezeti feltételei is nagyon megnehezítik a hiperaktív gyerek életét. A teljesítménycentrikus légkörben a beskatulyázó mentalitású pedagógusok nem tudják elfogadni, hogy ezeknek a gyerekeknek nem rossz az észlelési módjuk, hanem más. Iskolai éveiket kudarcélmények sorozatában élik le. A büntudat, kisebbségi érzéssel együtt, gátolja egészséges önértékelésük kifejlődését, ami maradandó személyiségzavarokhoz vezethet.

Mivel az okot ma sem sikerült egyértelműen meghatározni, a hiperaktivitásról máig sem mint eldöntött, önálló kórképről vagy multietiológiájú tünetegyüttesről beszélünk.

A meghatározás körüli nehézségek egyik oka, hogy korai gyermekkorban szinte valamennyi agyi károsodás a hiperaktivitáshoz hasonló tüneteket okozhat.

A megfigyelések arra hívták fel a figyelmet, hogy a hiperaktivitás és a hozzá társuló más tünetek kialakulásában az agy minimális organikus elváltozása jelölhető meg okként. Azonban ezeket az okokat egyértelműen továbbra sem sikerült meghatározni.

A mai álláspont leginkább az, hogy számos ok válthatja ki a hiperaktivitást, de közülük nem egy, hanem több tényező-együttes megjelenése szükséges a kialakulásához. Az organikus ok, idegrendszeri érési retardáció önmagában nem válhat manifesztté, környezeti tényezőknek segíteni kell a kompenzációs mechanizmus beindulását.

Míg a hiperaktivitást definiálni nagyon nehéz, a tünetek leírásában nagyon kevés az eltérés a különböző nézőpontoknál.

Kiemelkedő tünetként az extrém motoros nyugtalanság említhető.

*Csecsemőkorban* legjellemzőbb tünetek, hogy a gyermek nyugtalan, keveset alszik, sokat sír, éjszaka sűrűn felébred, álmában sokat mocorog.

Előfordul azonban, hogy a problémák a komplex viselkedésmórok kialakulásakor jelennek meg, ekkor válnak a környezet számára is láthatóvá.

*Kisgyermekkorban* a hiperaktív gyerek az eddig leírtak mellett állandó rohanással hívja fel magára a figyelmet. Általában amint megtanul járni, azonnal rohan, lassú tempóban képtelen menni. Nem képes végigülni az étkezéseket. Látszatra minden érdeklí, mindent megszemlél, de érdeklődése nem tart sokáig. „Ez mi?” kérdése percenként többször is elhangzik, általában a kérdésekre a választ meg sem várja, már új kérdést tesz fel.

*Iskoláskorban* legmeghatározóbb tünet a mozgáskényszer – a gyerek nem üli végig az órát, feláll, elhagyja a helyét, kimegy az osztályból. Hosszú ideig semmi nem tudja figyelmét lekötni, szinte csak kétszemélyes helyzetekben fejleszhető.

Bár állandóan mozog, mozgása összerendezetlen, ami a nagymozgásra és finommozgásra egyaránt jellemző. Mozgásai többnyire nem célvezéreltek.

Mivel impulzív, kapkodó, „hirtelen ötletből” vált új tevékenységre, gyakran sodródik veszélyhelyzetbe, fokozott a baleseti hajlam, gyakran szenved kisebb-nagyobb sérüléseket. Gyakran kezd veszélyes tevékenységbe csupa jó szándékból, pl. hogy egy síró kislányt megvigasztaljon, felmászik egy veszélyes háztetőre – ami mellett nagyfeszültségű áram vezetéke halad –, hogy lehozza az odaszállt lufit. Nem érti, hogy amikor mászik visszafelé miért áll tömeg a ház mellett, miért jön szirénázva a tűzoltóautó. Sebészetben, gipszelőben visszatérő vendég, névről ismerik. Állandóan matat, keze ügyébe eső kisebb tárggyal azonnal játszani kezd. Játéknak szeret mérték-telenül zajos tevékenységet választani.

Impulzivitása nem csak mozgásában jelenik meg. Képtelen egy kérdést végig-hallgatni, szinte kirobbannak belőle a válaszok, gyakran előbb, mint ahogy a kérdés teljesen elhangzik. Közbeváág órákon, bekiabál, szinte folyamatosan beszél, folya-matosan kommentálja az eseményeket. Képtelen csoportos helyzetben sorát kivárni, instrukciót végigkövetni. Írásbeli feladatain is látszik kapkodása. Írásképe eltorzul, rendetlen, általában nem fejezi be a feladatokat. Tanszerei rendetlenek, sokszor elhagyja őket, képes iskolatáska nélkül hazamenni az iskolából úgy, hogy nem veszi

észre, nincs vele a táskája. Nincs türelme, kitartása. Képtelen szabályjátékok szabályaira odafigyelni, azokat betartani. Ha egy feladat elvégzése nem sikerül elsőre, általában feladja. Dühös lesz, ha nem elvárásainak megfelelően alakulnak a dolgok. Ettől frusztrálódik, dacos lesz, könnyen megsértődik, sokat sír, de sokat is verekszik. Kritikátlan, képtelen távolságot tartani, kendőzetlenül mondja el véleményét. Könnyen befolyásolható.

Magyarországon az elmúlt 10 évben különböző elnevezések váltották egymást, amelyek a hiperaktivitást, figyelemzavart, magatartászavart jelölték:

- gyermekkori pszichoorganikus szindróma: POS;
- minimal cerebralis diszfunkció: MCD;
- figyelemhiányos hiperaktivitás: ADHD.

A DSM IV. szétválasztja a hiperaktivitást és a figyelemzavart annak alapján, hogy milyen probléma áll a klinikai kép előterében:

1. figyelemzavar hiperaktivitással, kombinált típus – ahol a két fő tünet egymás mellett és egyforma hangsúllyal jelenik meg;
2. főleg figyelemhiányos típus – hangsúlyos a figyelemzavaros forma, ahol a figyelemzavar áll az előtérben;
3. főleg hiperaktív típus – hangsúlyos a hiperaktivitás, impulzivitás, ahol a motoros nyugtalanság és a viselkedéskontroll zavarai számottevőek.

Külön jelenik meg az a csoport, ahol a figyelmetlenség vagy impulzivitás tünetei dominánsak, de az előzőektől különböznek:

1. viselkedési zavar – agresszió, kriminális viselkedések, csalás, lopás és a szabályok súlyos sértése;
2. oppozíciós zavar – negativisztikus, ellenséges, dacos viselkedés.

Tapasztalatok azt mutatják, hogy az életkor előrehaladtával a motoros aktivitás tünetei csökkennek, a serdülőkor után fennmaradó tünetek főleg a figyelemzavar és az impulzivitás. Felnőttkorban is regisztrálhatók bizonyos jellemzők, de itt már esősorban a figyelem terén.

## Terápiás lehetőségek

A terápia megválasztásánál a fő cél nem a tünet enyhítése, hanem a tünetet kiváltó okok megkeresése, azok kezelése. Mivel e zavarok esetében nem sikerült még az okokat egyértelműen tisztázni, magától értetődik különféle megközelítésből építkező terápiák jöttek létre. Tapasztalom az, hogy a türelmetlen szülők ingáznak egyik módszerről a másikra attól függően, mikor melyik válik ismertté, illetve éppen melyikről sugárzott pozitív beállítású riportot a média.

## Gyógyszeres kezelés

A legnagyobb vitát kiváltott kezelési forma.

Azoknak van szükségük gyógyszerre, akiknél a tünetek olyan súlyosak, hogy másképpen nem közelíthetők meg, és valóban agyi, biokémiai eltérés okozza a hiperaktivitást.

## Kognitív és viselkedésterápiák

A kognitív pszichoterápia során a gyerek kognitív sémáinak korrigálásával érhető el terápiás hatás. Gyerek terápiája esetén azonban fontos szempont az őt nevelő környezet hibás kognitív sémáinak korrigálása is.

A gyerek kezelése során soha nem szabad szem elől téveszteni a hiperaktivitásával járó sajátosságokat: állandó új élmény keresése, társas helyzetek varázsa, sok mozgás. Mivel ezek számukra jutalomértékűek, a nevelésben fontos szerepet kell hogy kapjanak.

Impulzivitásukat elfogadva el kell tudnunk fogadni azt is, hogy nehezen tudják visszafogni késztetéseiket, ha valami nem eléggé érdekes számukra, figyelmük azonnal elterelődik róla. Ha a társas helyzet facilitálja őket, jobb lesz teljesítményük. Figyelmük pedig csak úgy tartható fenn, ha az ingerek változatosak, és nem túl hosszú intervallumban követik egymást.

Elfogadó, korlátozó attitűdű szülő és pedagógus lenne a legmegfelelőbb számukra.

A hiperaktív gyerek hatékony pedagógiai-pszichológiai kezeléséhez alapvetően szükséges az alábbi szempontok betartása:

1. jól szervezett környezet,
2. határozott szabályok,
3. következetes jutalmazás és büntetés,
4. folyamatos értékelés,
5. a figyelem folyamatos felkeltése,
6. feladatok folyamatos konkrét meghatározása.

### 1. Jól szervezett környezet

A hiperaktív gyerekeknek térben, időben rendezett, de rugalmas, következetes környezetre van szüksége. Mindig legyen meghatározott helye holmijának, játékainak és taneszközeinek. Fontos, hogy tevékenységei is meghatározott helyen történjenek, ilyen pl. egy állandó hely a tanuláshoz. Szolid következetességgel el kell érni, hogy a tanulás rendszeresen ugyanabban az időben ugyanazon a helyen történjék.

### 2. Határozott szabályok

A szabályozott környezethez határozott szabályok kellene. Következtesen betartott szabályrendszert kell a gyerek köré építeni. (Gyakori tapasztalat, hogy a szülő sem képes erre a következetességre, neki sincs türelme ehhez a valóban nagy figyelmet igénylő módszerhez, és itt csúszik ki hiperaktív gyereke nevelése.) Fontos

szempont, hogy a szabályok hosszú távúak legyenek, ne változzanak minden nap, módosítani csak a gyerek fejlődésének megfelelően kell.

A szabályok másik alapvető szempontja, hogy kiszámíthatóak legyenek, mindig tisztán lehessen látni, milyen következményekkel kell számolni valamely szabály megsértésekor. Fontossági sorrendet kell felállítani, a következmény, a büntetés mindig a tett súlyosságával legyen arányos. Kapjon szabadságot a szabályokon belül, de bizonyos határok átlépése ne múljon el következmények nélkül.

### **3. Következetes jutalmazás és büntetés**

A büntetés és jutalmazás nagyon fontos a hiperaktív gyerek nevelésében. Akkor éri el célját, ha azonnali. Az ígért fenyegetés nem számít semmit.

Viselkedésének befolyásolása két lépésből kell hogy álljon:

1. ráhatás,
2. jutalmazás.

Ráhatás során kell elérni azt, hogy a kívánt tevékenységet elvégezze, a jutalmazás pedig az, ami megerősíti az adott tevékenységet. Hiperaktív gyereknél nem sok foganatja van a „háromszor elmondom” és utána büntetek szabálynak. Nála az „egyszer mondom” szabály bevezetése szükséges és hatékony.

Az azonnali következmény elengedhetetlenül fontos a gyerek számára, akár büntetésről, akár jutalmazásról van szó.

Jó módszer a jutalmazásnál a zseton bevezetése – így könnyebb azonnali megerősítésben részesíteni. Néhány zseton összegyűjtésével egy nagyobb jutalmat lehet kiváltani.

Hiperaktív gyerekekről beszélő szülők mindegyike elpanaszolja: „Büntethetem bármivel, semmi sem hat rá.” Valóban a büntetés más gyerekekhez képest kevésbé hat. A túl erős büntetés bénító hatású lehet, és nem várt reakciókat okozhat. Leghatékonyabbnak tűnhet a depriváció. Lételemük a mozgás, fontos számukra, hogy a figyelem középpontjában legyenek. E vonzó dolgok megvonása, az elkülönítés hatásos büntetés lehet.

### **4. Folyamatos értékelés**

Lényeges dolog, hogy soha ne a gyereket magát, hanem a gyerek tettét értékeljük. Pedagógusokkal nehéz ezt a szempontot elfogadtatni. Csak az hatásos, ha a konkrét tettet erősítik meg. Tudatosítani kell a gyerekekkel, hogy tetteinek következményei vannak, akár negatívak, akár pozitívak azok. Mindig annak függvényében kell viselkednünk vele, ahogy ő viselkedik velünk. Dicséretben, büntetésben mindig pontosan legyen megfogalmazva, hogy miért van. Pl. „Szépen, hiba nélkül megírtad a házi feladatot, így máris kártyázhatunk.”

Büntetés esetén figyelembe kell venni, hogy a negatív értékelés nem biztos, hogy jóra vezet. Hiperaktív gyerekek általában negatív önértékelésűek. A Pygmalion-effektus révén előszeretettel ócsárolják, kritizálják magukat. Helyette mindig konkrét



utasításokat kell adni, az előbbi példánál maradva: „Nem írtad még meg a házi feladatodat, ezért nem tudunk még elkezdni kártyázni.”

A környezetnek meg kell tanulnia, hogy nem tiltani kell, hanem a megfelelő viselkedést hangsúlyozni.

## **5. Figyelem folyamatos felkeltése**

Csak arra tudnak folyamatosan figyelni, ami érdekli őket, tehát csak a megfelelő motivációt kell elérni ahhoz, hogy ne jelentkezzen figyelemzavar. Lehetőleg mindig képi mozgáskódokat kell használni: érintsük meg a vállát, nézzünk a szemébe, amikor utasítást adunk. Jó módszer, ha elismételjük vele a közölteket, így bizonyosodhatunk meg róla, hogy figyelt ránk, illetve a feladatra.

## **6. Feladatok konkrét, folyamatos meghatározása**

Folyamatosan tudatni kell a hiperaktív gyerekekkel, mit várunk el tőle. Ez azonban tömör és érthető legyen. Segít, ha szegmentáljuk az időt. Mindig tudassuk vele, hogy mennyi idő áll rendelkezésére „még negyedórád van, hogy a feladatot befejezd, utána kimehetsz játszani”.

Csak olyan feladatot kapjon, amelyet megért, ami konkrét, megfogható, és ami nem haladja meg túlzottan a lehetőségeit. A „Rend legyen a szobádban!” „Rakd össze a táskádat!” utasítások tágak, kevésbé megfoghatóak, mint ha konkrétan sorolnánk mit várunk el: „Tedd fel a polcra a játékaidat!”, „Az íróasztalodról rakd a fiókba a füzeteidet!”, „Készítsd be most este a táskádba a tankönyveidet!” Saját tapasztalatomból tudom, a szülők kiadják utasításaikat, de nem ellenőrzik le, hogy megtették-e, amit kértek. Hiperaktív gyereknél ezt folyamatosan meg kell tenni, azért is, mert ha jól teljesítette a feladatát, azonnal meg kell ebben erősíteni, meg kell dicsérni.

A terápia megtervezésénél a célt pontosan kell tudni. Fontos, hogy a terápia folyamata legyen mindig áttekinthető, ez azt jelenti, hogy újból és újból meg kell beszélni, mit fogunk csinálni. Ezzel egy alapkészséget sajátít el a gyerek, megtanulja, begyakorolja, hogy felismerje, mi a tényleges feladat, odafigyelve meghallgassa, mi a teendő. Ezután azt a képességet kell gyakoroltatni, miként kell a feladatot teljesen végrehajtani, azaz a célt szem előtt tartva a saját cselekvést kontrollálni, és egyidejűleg a környezet visszajelzéseit is figyelembe venni. Mindezek a képességek a cselekvés tudatos tervezésének és a problémamegoldó stratégiák elsajátításának alapvető feltételei. A terápia egyes részei folyhatnak kétszemélyes helyzetben, de terápiásan nagyon fontos a csoportos foglalkozás, mivel itt nyílik lehetőség annak begyakoroltatására, hogy az elsajátított készségek a mindennapi helyzetek során is működjenek.

### 1. Progresszív relaxáció

Cél: a feszültség csökkentése, a nyugtalanság levezetése.

- feszítés-ellazulás gyakorlása élményt nyújthat abban, hogy a gyerek átélheti: testét koncentrációval szabályozni tudja;
- relaxáció alatt mozgásos történetek elképzése: hegymászás, ugrálás sziklákon, barlang felderítése, réten futás stb.

### 2. Asszertív tréning

Fontos része a viselkedésterápiának.

Cél: önértékelés helyreállítása, megfelelő szociálisan elfogadott viselkedésformák kialakítása.

Önértékelés növelésére ajánlott nagy kihívást jelentő tanulási játékokat alkalmazni, amiről tudjuk, hogy a gyerek meg tudja oldani. Ez segítő eszköz lehet a kezünkben. Megtapsztaltatjuk a gyerekekkel, hogy ő igenis tud valamit. Megtanulja önmagát megítélni és értékelni, és lassanként megtanulja önállóan irányítani is saját magát.

### 3. Szociális tréning

Cél: megtanítani különböző helyzetekben való viselkedésre – dramatikus technikával, szituációs játékok, megélt élmények segítségével.

A szociális kapcsolatok terén analóg alternatív viselkedési mintákat kell megbeszélni és begyakorolni. A szerepjátékok komoly segítséget nyújthatnak, hogy a konfliktusokat megvizsgáljuk, és másféle megoldási stratégiát keressünk. Jó, ha ezeket reális körülmények között gyakoroltatjuk: más személyek, zavaró külső ingerek jelenlétében.

### 4. Szokás tréning

Cél: önmegfigyelés, tudatosítás, konkretizálás gyakorlása, elsajátítása.

- szokások aktusok megfigyelése (pl. körömrágás),
- táblázat készítése: mikor, hol, hányszor történik,
- helyettesítő eszköz keresése,
- annak megvizsgálása, hogy a próbasorozat bevált-e.

### 5. Kognitív terápia

Csak annál lehet használni, aki fogékony rá.

1. Mi a probléma? – a probléma meghatározása;
2. Milyen alternatívák vannak? – különböző tervek kidolgozása;
3. Melyik a legjobb terv? – a legjobbnak ítélt kiválasztása;
4. A terv végrehajtása;
5. Elemzés – működik-e a terv.

### 6. Családi konfliktus kezelése

Cél:

- megtanítani a családnak a harag és konfliktus jegyeit;

- megtanítani a szülőket a gyerek viselkedésének leírására, mert csak azt lehet módosítani;
- megtanítani a viselkedésmódosítás alapelemeit.

### 7. Szülőcsoport

A szülők teljesen tanácstalanok, elbizonytalanodottnak érzik magukat. Naponta szembesülnek azzal, hogy azokkal a nevelési mintákkal, amit ők tanultak saját családjukban, kudarcot vallanak. Próbálkoznak a kudarcaik, tévedéseik sorozata árán egyéni gyermeknevelési módszerek kikísérletezésére. Úgy érzik, magukra maradtak problémáikkal. Gyakori, hogy férj, feleség egymást hibáztatja, a másik helytelen nevelési módszereivel próbálja magyarázni a gyerek tüneteit. A párkapcsolatok nap mint nap erős szakítópróbának vannak kitéve, és ezt a próbát nagyon gyakran nem is állja ki sértetlenül a házasság.

Szükség van arra, hogy a szülők érzelmi, pszichés feltöltődést biztosító programokon vehessenek részt.

Hasonló problémával küzdő szülőkkel való közös beszélgetések segítséget nyújthatnak abban is, hogy megérezhessék, nincsenek egyedül gondjaikkal, másoknál is vannak hasonló problémák. Ez egyben feloldozás is az alól a teher alól, hogy nem az ők rossz nevelési módszereik okozzák gyerekeik problémáját.

### 8. Pedagógusokkal való munka

Nagyon fontos feladat a gyerekekkel foglalkozó pedagógusok továbbképzése, esetmegbeszélő csoportokon a problémák közös megbeszélése, ezáltal némi szemléletmódosítás elérése.

Cél: elfogadtatni mindenkivel, hogy az előtte álló, néha pimasz, kihívó magatartású, vagy az állandóan izgó-mozgó, folyton beszélő gyerek nem tehet a viselkedéséről. Ha elfogadjuk, szeretettel fordulunk felé, de mindig következetesek vagyunk, tudunk segíteni, ha ellenségnek tekintjük vagy direkt módszerekkel próbáljuk megváltoztatni, az ellenkezőjét érzük el annak amit akarunk.

Az időben nem kezelt hiperaktivitás, amire ráakodik a környezet elutasító magatartása, átfordulhat nyílt oppozíciós zavarrá, ami 18 éves kor után antiszociális zavarként is folytatódhat.

## Felhasznált irodalom:

Fodorné Földi Rita: *Hiperaktivitás és tanulási zavar*. 2003, Volán Humán Oktatás és Szolgáltató BT.

Gyarmati Éva: A hiperaktivitás kezelése. *Új Pedagógiai Szemle*.

László Zsuzsanna: *Az örökmozgó gyerek*. Ton-Ton Könyvek

László Zsuzsanna: *Figyelemzavar, hiperaktivitás, tanulási nehézségek viselkedésterápiás kezelése*. Előadás – Klinikai szakpszichológusképzés, 2003. 02. 19.

Neuhaus, C.: *Hiper- és hipoaktivitás figyelemzavar*. Budapest, 1999, Kairosz.