

A gyermekkori figyelemzavar és hiperaktivitás (ADHD) gyógyszeres kezelésének megítélése pedagógusok körében

A tanulmány az ADHD gyógyszeres kezelésének megítélésével, a pedagógusok és a szülők körében történő elfogadottságával, valamint a diagnózis és a kezelés konzisztenciájának mértékével foglalkozik. Elvégzett felmérésünk alátámasztja, hogy az ADHD-val és annak az egyén életére, környezetére gyakorolt hatásaival neveléstudományi szempontból is bővebben és mélyebben érdemes foglalkozni. 2018-ban lezajlott, kevert módszertant alkalmazó kutatásunk rámutat arra is, hogy a szakemberek és a szülők közötti információcsere nem hatékony, a pedagógusok ismeretei a legújabb kutatások eredményeit beépítve jelentős bővítésre szorulnak, és egyre nagyobb szükség van megfelelő módszertani apparátus kidolgozására. Az ADHD gyógyszeres kezelése szükségességének megítélése az érintett diszciplínák szoros együttműködését és információcseréjét kívánja meg.

Bevezetés

Sokan vélekednek úgy, hogy a magatartászavar vagy hiperaktivitás pusztán a nevelésen múlik, ezért gyakran az elhibázott szülői nevelési elveket emelik ki. Az ADHD kellő alaposágú kivizsgálásához és a neurofunkcionális zavar hatékony kezeléséhez megfelelő felkészültségű szakemberekre, hozzáértő pedagógusokra, illetve a szakmák és a szülők együttműködésére van szükség. A beavatkozások sikerét növeli, ha a gyermekre is partnerként tekinthetnek. A sikerhez komplex vizsgálatok – részletes protokollok által garantált – megfelelő színvonalú végrehajtására van szükség (Szabó és Vámos, 2012). Ugyanakkor a pszichiátereket a mai napig gyakran éri az a vád, hogy „legálisan drogozzák” a hiperaktív, figyelemzavarral küzdő gyermekeket (Gádos, 2001). A vádak megfogalmazói úgy vélik, hogy a gyermekkori hiperaktivitás pusztán érzelmi zavar, illetve nevelési probléma okán alakul ki, ami változatos pedagógiai módszerekkel önmagában is hatékonyan orvosolható. Nem ismerik az evidencia alapú orvoslás eredményeit. Ezek a nézetek tudományosan megalapozatlanok, és sok esetben hátráltatják vagy teljesen meg is akadályozzák a hiperaktív gyermekek megfelelő segítséghez jutását. A statisztikai adatok alapján a számok megdöbbentők: ma Magyarországon mintegy 70 ezer ADHD-s gyermekkel számolhatunk, azaz minden általános és középiskolai osztályra átlagban jut egy fő. Közülük 50 ezren nem kapnak semmiféle ellátást, és a többiek körében is kevesebb mint 5000-en jutnak megfelelő kezeléshez (Csiky, 2016).

Mindennek ára van: a nem kezelt gyerekek 60%-ának lesz 16 éves korára legalább egy diagnosztizálható pszichiátriai kórképe. 18 év felett még drámaibb a helyzet: 80%-nak legalább egy, 60%-nak legalább kettő, 30%-nak legalább három, az ADHD mellé társuló pszichiátriai betegség alakul ki (Süveges, 2017).

Az ADHD összetett jellemzője

A figyelemzavar és hiperaktivitás szindróma (ADHD) (illetve a Betegségek Nemzetközi Osztályozása 10. verziója [BNO-10.] szerint megnevezve a hiperkinetikus zavar) a viselkedés, a figyelem, a gondolkodás és az érzelmszabályozás terén komoly károsodásokat okozó zavar. A viselkedés gátlásának (*behavioral inhibition*) problémája a viselkedés, önirányítás és a célorientált cselekvések megszervezésének a nehézségében jelentkezik (Szabó és Mészáros, 2014). Már önmagában ellentmondásosnak tűnhet, hogy egy kategóriába soroljuk a hiperaktív/hipermotilis, izgómozgó, sokbeszédű, heves reakciójú, többnyire indulatos, valamint a figyelemzavaros, szétszórt, gyakran merengő, álmodozó, esetenként lassú gyermekeket. A szertelen gyermekek is általában szétszórtak, kitartó munkára éppúgy képtelenek, mint álmodozó, elrövedő társaik (Csiky, 2016).

A figyelemzavar és hiperaktivitás szindróma rendkívül összetett, mindmáig nem teljesen ismert neurofunkcionális tünetegyüttes, amelynek pontos diagnosztizálásához és eredményes kezeléséhez több résztvevő szabályozott együttműködése szükséges. Éppen ez az összetettség és nem teljes körű feltérképezettség idézi elő az ADHD különböző, sokszor meglehetősen szélsőséges megítélését hazánkban és nemzetközileg egyaránt.

Erre szemléletes példa az Egyesült Államokban működő gyakorlat: míg az orvostársaságok – az Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia (American Academy of Pediatrics, 2011), az Amerikai Pszichiátriai Társaság (American Psychiatric Association – Parekh, 2017), a Nemzeti Egészségügyi Intézet (National Institutes of Health, 2016) – egységes álláspontja szerint az ADHD esetében kezelésre szoruló kóros elváltozásról van szó, egyre nagyobb népszerűségnek örvend az a vélekedés is, mely szerint nem létező, kitalált betegségről („*fake disorder*”) beszélünk, és a jellemző tünetegyüttesek tulajdonképpen nem is kórosak (Richard, 2014). Hazánkban sincs ez másképp: egyrészt az orvostudomány egyértelműen betegségként kezeli, másrészt a pedagógiai diszciplína módszereinek korszerűségét sokszor éppen a gyógyszermentes kezelési módok keresésével igyekszik alá támasztani, harmadrészt az interneten, közösségi médiában manapság gyakran jelennek

A figyelemzavar és hiperaktivitás szindróma (ADHD) (illetve a Betegségek Nemzetközi Osztályozása 10. verziója [BNO-10.] szerint megnevezve a hiperkinetikus zavar) a viselkedés, a figyelem, a gondolkodás és az érzelmszabályozás terén komoly károsodásokat okozó zavar. A viselkedés gátlásának (behavioral inhibition) problémája a viselkedés, önirányítás és a célorientált cselekvések megszervezésének a nehézségében jelentkezik (Szabó és Mészáros, 2014). Már önmagában ellentmondásosnak tűnhet, hogy egy kategóriába soroljuk a hiperaktív/hipermotilis, izgómozgó, sokbeszédű, heves reakciójú, többnyire indulatos, valamint a figyelemzavaros, szétszórt, gyakran merengő, álmodozó, esetenként lassú gyermekeket. A szertelen gyermekek is általában szétszórtak, kitartó munkára éppúgy képtelenek, mint álmodozó, elrövedő társaik (Csiky, 2016).

meg – nem egyszer pszichológusok által megfogalmazott – vélemények, amelyek egyenesen a gyorsan meggazdagodni vágyó „gyógyszermaffia” kitalációjaként határozzák meg az ADHD-t (Szendi, 2016). A „szekértáborok” között egymásnak teljesen ellentmondó állítások fogalmazódnak meg; tipikus példa erre a drogfüggés megítélése: míg a szélsőségesen gyógyszerellenes tábor ezt a stimuláns kezelés lehetséges következményeként állítja be (Szendi, 2016), addig a pszichiáterek éppen ellenkezőleg, gyakran a gyógyszerek drogfüggés-csökkentő hatását hangoztatják (Konova és mtsai, 2013; Wilens, 2007).

Tény, hogy az ADHD-val diagnosztizáltak között szignifikánsan gyakrabban fordul elő felnőttkorban szenvedélybetegség (Bhandari, 2016; Brown, 2013), és közülük gyermekként sokan kaptak stimulánsokat, ám logikailag ebből nem következik, hogy a stimuláns lenne a szenvedélybetegség kiváltó oka.

Sokszor a pszichiáter, pszichológus, (gyógy)pedagógus szakmákon belül sem egységesek az álláspontok az ADHD megítélését, kezelését illetően. Például pedagógus körökben a leginkább közzsájon forgó kérdés: vajon az ilyen gyermekeket kiemeljük-e az osztályból és külön, differenciáltan fejlesszük őket, vagy mindezt integráltan hajtjuk végre? Tovább árnyalja ezt a képet, hogy ha el is fogadjuk az integrált oktatás korszerűségét, létjogosultságát, ehhez megfelelő számú, megfelelő képzettséggel, elhivatottsággal, motiváltsággal és mentalitással rendelkező pedagógust, továbbá többlet anyagi és tárgyi feltételeket is biztosítani kell (Jávorné, 1991).

Ezt a vegyes képet tapasztalhatja meg a szülő, aki a gyermekkel kapcsolatban észlelt probléma megoldási lehetőségeiről próbál hitelesen tájékozódni. Szándékos a „kapcsolatban” szó használata, hiszen az ADHD megítélésének betegség-tagadó ténfelén implicit módon az az állítás bújik meg, hogy itt valójában nem a gyermek, hanem a társadalmi környezet problémájáról van szó, amely intoleráns, türelmetlen és túlzott elvárásokat támaszt az átlagtól eltérő egyénnel szemben. A gyermekével szemben szigorúbb elvárásokat támasztó szülők általában elég korán, maguktól észlelik, hogy „gond van”, míg a toleránsabb szülők számára először a pedagógus fogalmazza meg valós problémaként gyermekük hiperaktív viselkedését, figyelemzavarát. Ez utóbbi szülőtypus szemében egészen addig csak elevenségnek, szertelenségnek látszó jelenségre ekkor kerül rá a rendellenesség, kórosság bélyege. Az is gyakran előfordul, hogy a szülő ugyan észleli a problémát, de igyekszik arról nem tudomást venni, próbálja távol tartani magától; így nem is fordul (idejében) szakemberhez (Eigner, 2012).

Diagnózis

Magyarországon az ADHD diagnosztizálása két intézménytípusban történik: az egészségügyi ellátórendszer szakambulanciáin, osztályain, illetve a köznevelés rendszerébe tartozó, tanulási képességeket vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottságokban (Szabó és Vámos, 2012). A két intézményrendszer együttműködése, átjárhatósága mindmáig nincs országosan megfelelően szabályozva, a gyakorlatban sokszor a szülő jelenti a kapcsolatot, a „hírvivőt” közöttük. Még nagyobb probléma, hogy a két terület egymás diagnosztikai megállapításait, terápiás módjait csak részlegesen fogadja el, így például a pszichiátriai protokoll a neuropszichológiai tesztek eredményeit csupán értékes többlet-információként kezeli (Gádoros, 2010).

Hazánkban a pszichiátria igyekszik követni az amerikai klinikai gyakorlatot, amelynek 2013-tól érvényes szabályozását a Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve ötödik kiadása (Diagnostic and Statistical..., 2013) tartalmazza. Eszerint az ADHD-nak három megjelenési formája lehet:

- figyelemzavaros,
- hiperaktív-impulzív,
- kevert figyelemzavaros és hiperaktív-impulzív.

A korábbi gyakorlattól eltérően eszerint már felnőttek esetében is hivatalosan diagnosztizálhatóvá vált a probléma, ami azért fontos, mert az ADHD tünetei serdülő- és felnőttkorban is számos területen okozhatnak nehézséget: például a tanulásban, a munkában, az autózásban, a napi tevékenységek kivitelezésében, a társas életben, az intim kapcsolatokban, vagy akár a gyereknevelésben is (EMMI, 2017). A felnőtt ADHD diagnózis felállításához a klinikusok a kisiskoláskor kezdete helyett (7 éves kor) a pubertáskorig (12 éves kor) tekintenek vissza.

Az ADHD diagnózisához a rendellenesség hat (tinédzserek és felnőttek esetében öt) vagy több tüneteinek kell fennállnia:

1. figyelemzavaros megjelenési forma:
 - nem kellő odafigyelés a részletekre, figyelmetlenség,
 - figyelemfenntartási nehézség,
 - figyelem látszatának hiánya,
 - utasítás-követési problémák,
 - szervezési nehézségek,
 - sok gondolkodást igénylő feladatok kerülése, háritása,
 - tárgyak elvesztése,
 - könnyű figyelemelterelődés,
 - feledékenység a napi tevékenységekben,
2. hiperaktív-impulzív megjelenési forma:
 - kézzel, lábbal babrálás, fészkelődés a széken,
 - ülve maradási nehézségek,
 - gyerekeknél mértéktelen szaladgálás, mászás, felnőtteknél túlzott nyugtalanság,
 - részvételi nehézség a csendes tevékenységekben,
 - motoros nyugtalanság
 - mértéktelen beszéd,
 - kérdés befejeződése előtti válaszadás,
 - várakozási nehézség, felváltva végzett feladatban részvételi nehézség,
 - mások félbeszakítása, zaklatása,
3. kevert figyelemzavaros és hiperaktív-impulzív megjelenési forma:
 - tünetek mindkét előző megjelenési formából (DSM-5 2013).

Az útmutatás előnye, hogy igyekszik tudományos kontextusba, mérhető alapokra helyezni a vizsgálatot. További szemléletváltozást mutat, hogy segítségével a felnőttkori ADHD is értelmezhetővé, diagnosztizálhatóvá vált.

Az ADHD-ban a leginkább érintett korosztály az alsó tagozatos tanulók köre, akik az idejük jelentős részét az iskolában töltik, így jó eséllyel a tanítókbán merülhet fel először az ADHD gyanúja. Ennek észleléséhez figyelmeztető jelek, ha a gyermek: nem tudja követni az óra menetét; felszerelése hiányos; dolgozatai rendetlenek, olvashatatlanok vagy egész feladatot kihagy, nincs ideje befejezni a munkáját; az utasításokat nem tudja követni; pontatlan, sokat hibázik; óra közben bohóckodik, az osztály középpontjában akar lenni; állandóan kérdez; környezetében káosz van; csúnya szavakat használ; viselkedése agresszív; gyakran grimaszol; provokálja a többieket; szünetben gyakran veszélyeztetni társai testi épségét.

Jó tulajdonságok is jellemezhetik ezeket a gyermekeket, úgymint: kreativitás, humor és empátia (Szigeti, 2017; Gyarmathy, 2015).

Az ADHD-t a sajátos nevelési igény (SNI) megállapítása során 2012 óta már az „egyéb pszichés fejlődési zavar (súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási

zavar)” körébe sorolják be, ami jelzi a jogalkotói törekvést, hogy pedagógiai körökben is a korszerű diagnosztikai szóhasználat, fogalomrendszer honosodjon meg. Ugyanakkor a szakértői bizottságokban sok esetben még mindig nincsenek az ADHD-témakörben megfelelően felkészült szakemberek. Ennek ellenére jó irányba mutat, hogy a bizottságok többségében a figyelemzavar/hiperaktivitás diagnosztikájához rutinszerűen használnak kvantitatív értékelést segítő kérdőíveket (CBCL, ADHD-RS, Connors PRS, stb.) (Szabó és Vámos, 2012).

A komplex neurológiai, belgyógyászati, pszichológiai és egyéb vizsgálatok főbb elemei a következők:

- klinikai interjú a szülőekkel, a gyermekkel,
- szülők, pedagógusok által kitöltött kérdőívek,
- korábbi vizsgálati eredmények, óvodai, iskolai vélemények értékelése,
- fizikai-testi vizsgálat,
- diagnosztikus vizsgálatok,
- a viselkedés, figyelmi funkciók megfigyelése,
- standardizált gyógypedagógiai vizsgálatok, pszichometrikus tesztek fölvétele,
- pozitív diagnózis esetén gyógyszeres, összehasonlító kontrollvizsgálat,
- differenciál-diagnózis, az egyéb ADHD-ra hasonlító tényezők kizárása.

A differenciál-diagnózis alapjául szolgáló tényezők lehetnek organikus eredetűek: hallás, látás, intellektuális képességzavar, autizmus, epilepszia, a beszéd zavarai; illetve külső tényezők: éhség, fáradtság, a családi körülmények és kulturális eltérések.

Az ADHD-problémával kapcsolatban a leggyakrabban gyermekekről esik szó, holott felnőtteket is érint. Egyes vizsgálatok szerint a gyermekkori ADHD előfordulása 3-6%-ra tehető, míg a felnőttkori ennek a fele, azaz 2-3% (Pulay, 2017). Mindemellett

a gyermekkori ADHD-s esetek 90%-a felnőttkorra szubklinikai esetnek felelnek meg. Az USA-ban az utóbbi években a diagnosztizált gyermekkori ADHD aránya – köszönhetően a megváltozott diagnosztizálási gyakorlatnak – 9-11% körüli értékre emelkedett (Visser és mtsai, 2014; Danielson és mtsai, 2018), ami mintegy 40%-kal magasabb, mint ugyanott egy évtizeddel korábban volt (GWUMIS, 2015). Ráadásul az országban belüli megoszlás is meglehetősen heterogén, nyugatról keletre haladva növekvő tendenciát

A hiperkinetikus zavarok előfordulási gyakorisága fiúknál lényegesen nagyobb, mint lányoknál, ami arra enged következtetni, hogy kialakulásukban nagy szerepük van a genetikai komponenseknek (Gádoros, 2010). Az örökleteség szerepe – ikertanulmányok alapján – mintegy 80%-ra tehető. A családi halmozódás nyilvánvaló: egy ADHD-s gyermek testvére 25–35%, anyja 15–20%, apja 25–30% eséllyel szintén ADHD-s, továbbá a szülőknél gyakran jelentkeznek antiszociális személyiségzavarok az ADHD másodlagos károsodásaiként (Csiky, 2016). Az öröklődő faktorok mellett 2-3-szoros kockázatot jelenthetnek a fejlődés korai szakaszában jelentkező környezeti, úgynevezett epigenetikai faktorok is. Így például a hiperaktív gyermekeknél az anyánál nagyobb arányban lelhető fel a terhesség alatti dohányzás, a méhen belüli magzati alkohol- és gyógyszerártalom, illetve az úgynevezett vészes terhességi hányás (hyperemesis gravidarum) (Maródi, 2013).

mutat – így például míg Nevadában 2011-ben mindössze 4,2% volt ez az arány a 4–17 évesek között, addig Kentuckyban ennek három és félszerese, 14,8% (Visser és mtsai, 2014). Ez az extrém földrajzi heterogenitás természetesen felveti a nem egységes elvek mentén történő diagnosztizálás gyanúját.

A hiperkinetikus zavarok előfordulási gyakorisága fiúknál lényegesen nagyobb, mint lányoknál, ami arra enged következtetni, hogy kialakulásukban nagy szerepük van a genetikai komponenseknek (Gádoros, 2010). Az örökletesség szerepe – iker tanulmányok alapján – mintegy 80%-ra tehető. A családi halmozódás nyilvánvaló: egy ADHD-s gyermek testvére 25–35%, anyja 15–20%, apja 25–30% eséllyel szintén ADHD-s, továbbá a szülőknél gyakran jelentkeznek antiszociális személyiségzavarok az ADHD másodlagos károsodásaiként (Csiky, 2016). Az öröklődő faktorok mellett 2-3-szoros kockázatot jelenthetnek a fejlődés korai szakaszában jelentkező környezeti, úgynevezett epigenetikai faktorok is. Így például a hiperaktív gyermekeknél az anyánál nagyobb arányban lehetséges a terhesség alatti dohányzás, a méhen belüli magzati alkohol- és gyógyszerártalom, illetve az úgynevezett vészes terhességi hányás (*hyperemesis gravidarum*) (Maródi, 2013).

Az ADHD orvosi-diagnosztikai eljárásai közül az MR-vizsgálatok gyakran a kérges-test megkisebbedését mutatják, PET- és SPECT-vizsgálatokkal különböző agyi vérellátási eltérések tárhatók fel, míg EEG-vizsgálatokkal (*Brain-mapping*) a frontális lebeny aktivitás-fokozódása igazolható. Ezen elváltozások, illetve a nyomukban megjelenő tünetek mögött az úgynevezett neuro-transzmitter rendszer diszfunkciós zavara áll, amelyet megfelelő gyógyszeres kezeléssel normál szintre lehet mérsékelni (Maródi, 2013). Az ADHD-s pácienseknél a korábbi tanulmányokban olvasható anatómiai és funkcionális eltérések még a kis vizsgált egyedszám okán nem voltak szignifikánsnak tekinthetők, azonban egy 2017-ben publikált, 1713 fős ADHD-val diagnosztizált és 1529 fős kontrollcsoporton végzett koponya-MR vizsgálatok adatait összegző nemzetközi multicentrikus dolgozat már egyértelműen bizonyította, hogy léteznek ezek a különbségek: a teljes agy és 5 agyi régió térfogata – kismértékű, de – szignifikáns eltérést mutatott (Hoogman és mtsai, 2017).

Terápia

Az ADHD korszerű terápiája több módszer együttes alkalmazását igényli. A tudományosan megalapozott kezelési módok közé sorolhatjuk a gyógyszeres kezelést, valamint bizonyos pszichoterápiás módszereket, mint például a kognitív viselkedésterápia (CBT) vagy egyéb, mediátor (szülő, tanár) által irányított tréningek. Ezekon kívül még számos egyéb módszer (pl. neuro-feedback tréning, vitaminterápia, ásványianyag-terápia, gyógynövény-terápia, homeopátia) hatékonyságát vizsgáló tanulmányt találhatunk a szakirodalomban, azonban ezek többségéről megállapítható, hogy nem kellő alaposságúak, így a belőlük levonható konzekvenciák is erősen korlátozottak (Catalá-López és mtsai, 2017).

Fontos megjegyezni, hogy e lehetőségek nem egymás alternatívái, a hatékony kezelésekhöz gyakran együttesen kell ezeket alkalmazni (Bhat és Hechtman, 2016). Már egy 1999-es randomizált vizsgálat révén világos igazolást nyert, hogy a gyógyszeres kezelés önmagában hatékonyabb, mint a nem-gyógyszeres terápia, ha pedig kombináljuk a gyógyszeres kezeléssel a viselkedésterápiát, az további hatékonyságfokozódással jár a csak gyógyszeres kezeléshez képest (MTA Cooperative Group, 1999). Ugyanakkor a gyógyszeres kezelés körülményei sem mellékesek: amennyiben a használata növeli a társadalmi stigmatizáció veszélyét vagy az adagolása nem kellő körültekintéssel történik, illetve a szedés során jelentkező pozitív változások csökkentik az egyéb szükséges terápiás segítség megadásának valószínűségét, akkor alkalmazása könnyen kontraproduktív is válhat (Currie, 2014).

Gyógyszeres kezelés

Az ADHD gyógyszeres terápiájában világviszonylatban három fő hatóanyag terjedt el: az ún. pszichostimulánsok közé sorolható metilfenidát és dexamfetamin, valamint a nem stimuláns atomoxetin. Hazánkban a metilfenidát és az atomoxetin törzskönyvezték.

A metilfenidát az úgynevezett pszichostimulánsok közé tartozó gyógyszer (hasonlóan a külföldön alternatívájaként használatban lévő dexamfetaminhoz és pemolinhoz). 6 éves kor felett alkalmazható diagnosztizált ADHD esetén. Számos tünet azonban kizárhatja a használatát, többek között a súlyos szorongásos tünetek, agitáció, tic-tünetek, Tourette szindróma, szívritmuszavar, epilepszia, stb. Magyarországon 1936 óta alkalmazzák a figyelemzavar kezelésére, gyógyszerként (Ritalin) 1955-ben törzskönyvezték. Bevételét követően kb. fél óra múlva már jelentkezik a hatása: csökkenti a hiperaktivitás, a figyelemzavar és az impulzivitás tüneteit. Ez a hatás kb. 4 órán át tart, azonban vannak a gyógyszernek hosszabb távon ható változatai is (Ritalin-SR: 6-8 óra hatás, Concerta: 10-12 óra hatás). Ez utóbbiak azért fontosak, mert a gyermeknek nem kell az iskolában mások előtt gyógyszert bevennie, ami esetleges megbélyegzéssel járhat együtt. Mellékhatásai közül ki kell emelni az alvászavart, különösen az elalvási szakasz hosszabbodását (Pringsheim, Hirsch, Gardner és mtsaik, 2015; Kidwell, Van Dyk, Lundahl és Nelson, 2015). Ezen kívül a terápia elején felléphet idegesség, levertség, étvágycsökkenés. Ritkán fejfájás, hányinger, szédülés, hasfájás, súlycsökkenés, vérnyomásváltozás, motoros tic-ek is. Felmerült, hogy használata növekedés-elmaradást eredményezhet, ez azonban nem nyert igazolást (Harstad és mtsaik, 2014). A gyógyszer kiürülési szakaszában pedig fokozódó nyugtalanság, hiperaktivitás, impulzivitás léphet fel („rebound” időszak). Az esetek 10–13%-ában ugyanakkor az ADHD-val diagnosztizált gyermek szignifikánsan nem reagál a gyógyszerre (Goldman, Genel, Bezman és Slanetz, 1998).

Az atomoxetin biztonságos és jól tolerálható, a hiperaktivitás, figyelemzavar, impulzivitás tüneteit gyermekeknél és serdülőknél egyaránt csökkentő, úgynevezett szelektív noradrenalin újrafelvételt gátló hatóanyag. Kezdő adagját folyamatosan növelve kb. egy hét alatt lehet a hatékony dózísig eljutni. 24 órán át kifejti hatását, elegendő naponta egyszer (reggel) adni. Kedvező mellékhatás-profilú gyógyszer, szedése mellett ritkán fordul elő étvágycsökkenés, felhasi puffadás, szédülés, szedáció, hányinger, hangulatingadozás, növekedéselmaradás (Spencer, 2003). Hosszú távú használata során az első három hónapban jelentős ADHD-tünetmérséklő hatása van, amely javulás ezt követően a gyógyszerrel fenntartható, a gyógyszer elhagyásakor viszont visszaerősödhetnek a tünetek. Magyarországon 2003-ban jelent meg az atomoxetin (Strattera).

A Ritalin és a Strattera egyaránt TB-támogatott gyógyszer. Használatuk során előírás a szoros utánkövetés: gyógyszeres terápiát csak havi rendszerességű pszichiátriai kontrollal lehet folytatni. Ennek során fel kell mérni a gyermek gyógyszerre adott válaszát (hatás, mellékhatás), másrészt az óvodai/iskolai/otthoni helyzetét, állapotát is ellenőrizni kell (EMMI, 2017).

Végül sarkalatos kérdés, hogy ezek a gyógyszerek vajon okozhatnak-e függőséget. A pszichostimulánsoknál függőség csak nem rendeltetésszerű használatnál alakulhat ki, a megvonási tünetei is általában enyhék. Ezzel szemben az atomoxetin esetén egyáltalán nem kell függőségtől tartani, így komorbid szerhasználati zavar esetén ez a készítmény ajánlott (Pulay, 2017). Hogy mennyire nem kell tartani hosszú távon sem káros következményektől, arra tanulságos példa a gyermekjogokra fokozottan érzékeny Egyesült Államok, ahol az 1990-es évektől az ADHD-val diagnosztizált betegek 90%-a kap gyógyszeres kezelést, ezen belül 70% valamilyen stimulánst (Csiky, 2016).

Az ADHD-hoz gyakran társuló szorongást, hangulatingadozást, depressziót is kell kezelni: ehhez a bupropion nevű készítmény a nemzetközi ajánlások szerint jó választás, amely az ADHD-gyógyszerekhez hasonlóan a dopamin- és noradrenalin-szabályozásban is segítséget jelent (Venkat és Hechtman, 2016).

Pedagógiai módszerek

Az integrált osztálytermi pedagógiai tevékenységek hatékonysága a pedagógusok szakmai, módszertani felkészültségén múlik. Nehezíti a jelen helyzetet, hogy az ADHD-val kapcsolatos területen kevés a képzett gyógypedagógus/pedagógus, akik a tanítást és a foglalkoztatást szakszerűen irányíthatják, illetve a tantestület attitűdjét is formálják. Napjainkban égető hiány mutatkozik ezen a módszertani területen, ami rontja a tanulók és a szülők iskolába vetett bizalmát és a pedagógusok szakmai sikerességét. Az alábbi pedagógiai eszközöket minden érintett pedagógus igyekszik bevetni a napi munkában, de ezek hatékonysága kiszámíthatatlan, mert a szakmai felelősség nagy hányada olyan pedagógusokra hárul, akiket nem készítettek fel célzottan pszichológiai, pedagógiai és terápiás ismeretekkel az ADHD-s gyermekek integrált fogadására.

Az ADHD-s gyermekek pedagógiai eszközökkel fejlesztésének hatékonyságát növelő tényezők az alábbiak: foglalkozásokon lehetőség szerint kétszemélyes jelenlét; a pedagógus elfogadó magatartása; kevés szabály; érdekes környezet; világos utasítások; rutin-tevékenységek (ismétlődés); pozitív megerősítés.

Korai felismerés esetén mindenképpen javasolt a késleltetett iskolakezdés, illetve az iskolaérettségi vizsgálat.

További iskolai javaslatok: első sorba ültetés; megfelelő padtárs kiválasztása; tanórán végezhető mozgásos feladatok; forgószékre ültetés; utasítások előtti szemkontaktus; az elvárt viselkedés pontos megfogalmazása; rutinok kialakítása; az idő strukturálása, óra figyelése; házi feladat mennyiségének csökkentése; tanulási útmutató; lehetőség szerint írásbeli számonkérés több időráfordítással; önkontroll fejlesztése; pozitív megerősítés; kifárasztás elkerülése (Szigeti, 2017).

Kutatási célkitűzések, hipotézisek, módszerek

A hiperaktivitás és figyelemzavar témakörében az ADHD konzervatív becslés szerint is relatíve magas (3% körüli) előfordulási gyakorisága miatt a köznevelési intézmények és a szülők is jelentős számban érintettek. Mivel összetett jelenségről van szó, a pedagógusok a gyanú megfogalmazódásának, a felismerésnek és a terápiának is kulcsszereplői; ismereteik, felkészültségük kiemelten fontos.

A szakirodalom és tapasztalat alapján az a benyomás alakult ki bennünk, hogy törésvonal húzódik a pedagógusok és a pszichiáterek között: míg az előbbieket inkább fejlesztendő rendellenességként, az utóbbiak inkább gyógyítandó betegséggént tekintenek az ADHD-ra. Ha ez így van, akkor a pedagógusok előítéletesek is lehetnek a gyógyszeres kezeléssel szemben, illetve annak hatékonyságával, mellékhatásaival, következményeivel kapcsolatban is.

Elsődleges célkitűzésünk az volt, hogy feltérképezzük az általános iskolai tanítók ADHD-val és kiemelten annak egyik terápiás modalitásával, a gyógyszeres kezeléssel kapcsolatos ismereteit, véleményeit. Kutatásunk másik célja az ADHD diagnosztikájában és terápiájában szerepet vállaló szakemberek és a szülők gyógyszeres terápiával kapcsolatos véleményének megismerése volt.

Hipotéziseink voltak:

- A pedagógusok az ADHD-ra fejlesztendő rendellenességként tekintenek.
- A pedagógusok elsődlegesen a hiperaktivitással azonosítják a fogalmat.
- A szakmáknak egymással, illetve a szülőkkel történő együttműködésének, az ADHD vizsgálatával és kezelésével kapcsolatos információ átadásának és felhasználási módjának szervezetsége még hiányosságokat mutat.
- Az ADHD-s gyermekek száma – a szakirodalmi értékekhez képest – aluldiagnosztizált.
- A pedagógusok a pszichiátriai vélekedéshez képest alulértékelik a kezeletlen ADHD felnőttkori következményeit.
- A terápiában részt vevő szakmák kvantitatív módon nem értékelik a kezelések előmenetelét, hatékonyságát.
- A pedagógusok a viselkedésterápiát hatékonyabbnak tartják a gyógyszeres terápiánál.
- A pedagógusok többnyire elkerülhetőnek tartják a gyógyszeres terápiát és túlbecsülik a gyógyszerek mellékhatásait.

Anyag és módszer

A kutatás saját készítésű kérdőívet (online és papíralapú) és strukturált interjút tartalmazott. A kérdőíves adatgyűjtésre 2018-ban került sor, statisztikai elemzéssel vizsgálva az adatokat. A kiegészítő interjúkat egy gyermekpszichiáterrel, egy pszichológussal és kettő érintett szülővel rögzítettük, majd tartalomelemzéssel összesítettük.

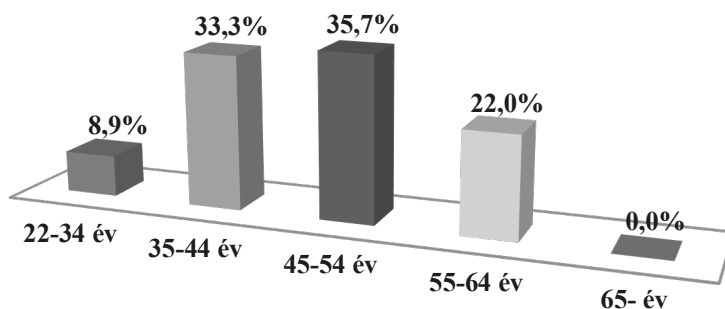
168 db statisztikai értékelésre alkalmas kérdőív érkezett vissza. A kérdések, illetve a különböző lehetséges válaszkombinációk magas száma lehetővé tette, hogy az elektronikus visszaérkezett kérdőíveket véletlenszerű sokszorozódás tekintetében is ellenőrizni tudjuk.

A következőkben sorra vesszük az egyes kérdésekre adott válaszok megoszlását, illetve az azokból levonható következtetéseket.

Miután a válaszadók túlnyomó többsége alsó tagozatos tanító, ezen belül 94,8% nő és csak 5,2% férfi, felmérésünk a nemek tekintetben reprezentatívnak mutatkozik, hiszen a férfi tanítók aránya országosan 4% körül van (KSH, 2012).

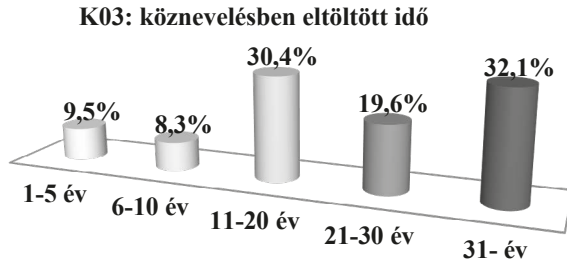
Az életkor szerinti megoszlás (1. ábra) is nagyon hasonló az országos statisztikai értékekhez (Köznevelés-fejlesztési stratégia, 2013), miszerint a 45–54 éves korosztály képviselteti magát a legnagyobb számban.

K02: életkor szerinti megoszlás



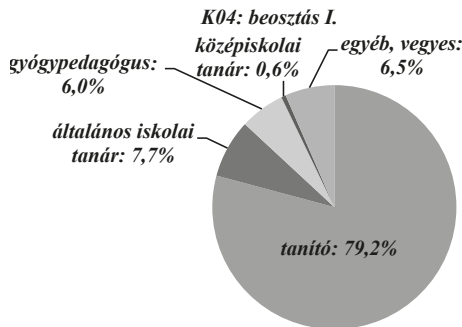
1. ábra. A minta életkor szerinti megoszlása

A köznevelésben eltöltött idő oszlopdigramja (2. ábra) megmutatja, hogy a válaszadók több mint 80%-a legalább 10, 50% feletti hányada legalább 20 éves szakmai tapasztalattal rendelkezik. Az egyes tartományokon belüli egyenletes eloszlás feltételezésével ezekből az adatokból könnyen kiszámítható, hogy a megkérdezettek átlagos szakmai tapasztalata meghaladja a 20 évet.

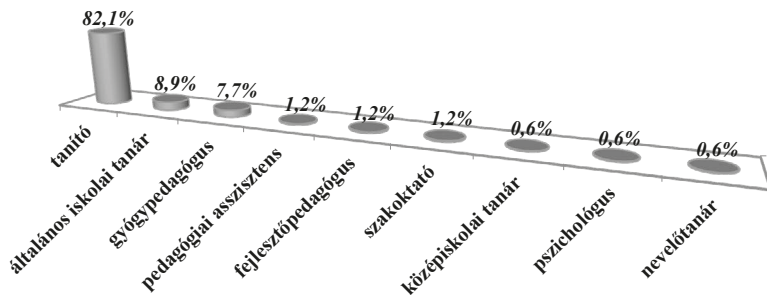


2. ábra. A minta köznevelésben eltöltött idő szerinti megoszlása

A 3. ábra és 4. ábra a válaszadók beosztás szerinti százalékos megoszlását mutatja. A 3. ábra „egyéb, vegyes”-ként tünteti fel azon válaszolókat, akik a kérdőív „egyéb” pontjához írták beosztásukat, vagy azért, mert egynél több területen is dolgoznak, vagy azért, mert a lehetséges válaszok között beosztásuk nem szerepelt. A gyógypedagógusoknál kivételt tettünk a viszonylag magas (6%) arányuk miatt – külön szerepeltettük. Itt tehát minden válaszadó pontosan egy kategóriában szerepel.

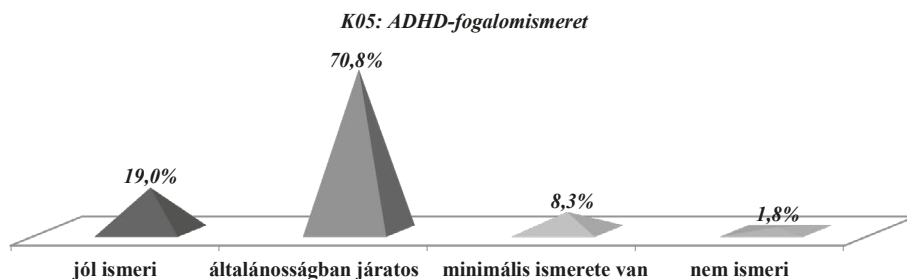


3. ábra. A minta beosztás szerinti megoszlása I.



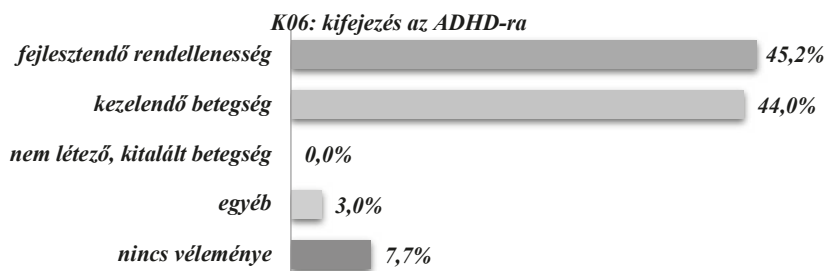
4. ábra. A minta beosztás szerinti megoszlása

A válaszadók jelentős többsége az ADHD általános ismeretéről nyilatkozott, míg kb. egyötödük állította, hogy jól ismeri a fogalmat (5. ábra). E két kategória összesen mintegy 90%-ot tesz ki, ami alapján okkal várhatjuk, hogy az ADHD-val kapcsolatos kérdésekre adekvát válaszokat kapunk (6. ábra).



5. ábra. A minta ADHD-fogalomismeret szerinti megoszlása

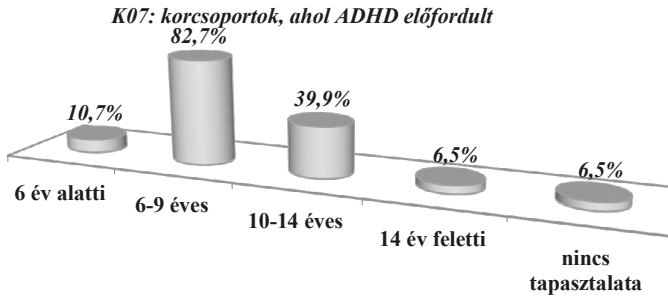
A következő kérdésre adott válaszokkal az ADHD megítéléséről nyilatkoztak a válaszadók (6. ábra). Nagyjából fele-fele arányban határozták meg fejlesztendő rendellenességként, illetve kezelendő betegségként. A pontosabb és mély fogalomismeret feltérképezése jelen felderítő kutatásunknak nem volt célja, de a továbbiakban a 11. ábra, amely az ADHD tüneteinek felismerésével foglalkozik, mutatja, hogy a probléma azonosítása főleg a pszichomotoros, motoros funkciók területén jellemző, amelyek a hiperaktív gyermekekre érvényesek. Vagyis mondhatjuk, hogy a pedagógusok ismereteiben az ADHD és a hiperaktivitás tünetegyüttese jellemzően összemosódik.



6. ábra. Az ADHD megítélésének aránya a válaszadók körében

Összességében látjuk, hogy heterogén az ADHD megítélése a rendellenesség kontra betegség „erőtérben”, ami prediktív értékkel bír a gyógyszerrel kapcsolatos ellentmondásos véleményekre vonatkozóan.

Az ADHD érintett korcsoportjaira adott válaszok visszatükrözik az általános tapasztalatokat, azaz, hogy az alsó tagozatos korosztály kiemelten érintett a problémában (7. ábra).

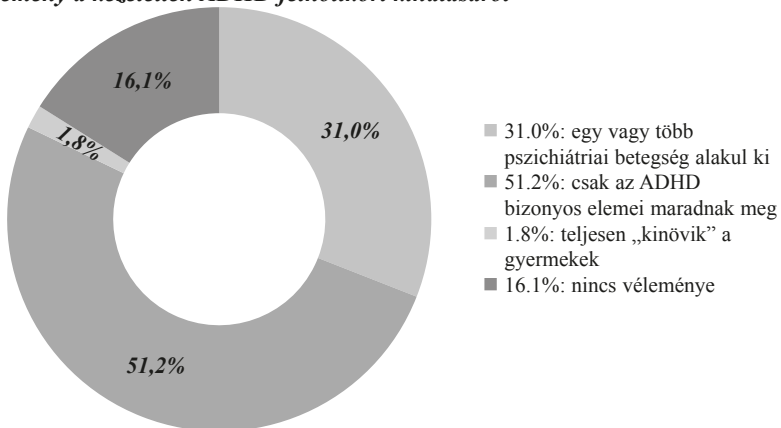


7. ábra. Korcsoportok, ahol ADHD előfordult

Ugyanakkor ennek a grafikonnak a valós statisztikai értékét mértéktartással kell kezelnünk, hiszen a válaszadók zöme alsó tagozaton tanít, így a legnagyobb valószínűséggel ADHD-val ebben a korcsoportban találkozhatnak.

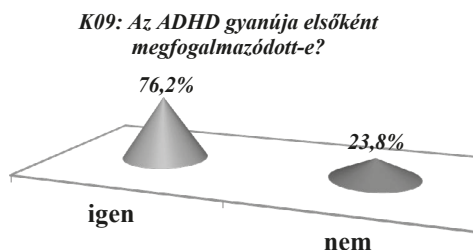
A nyolcadik ábra szerint, szemben a pszichiátriai szakmai vélekedéssel, a válaszadók mindössze kevesebb mint harmada véli úgy, hogy kezelés nélkül felnőttkorra az ADHD egy vagy több pszichiátriai betegség kialakulásához vezethet, 51% szerint részben, további 2% szerint teljesen „kinövik” a gyermekek ezt a problémát.

K08: vélemény a kezeletlen ADHD felnőttkori kihatásáról

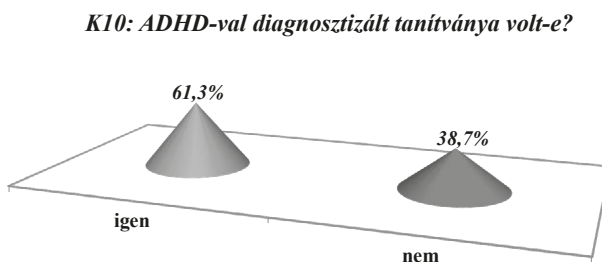


8. ábra. Vélemények a kezeletlen ADHD felnőttkori kihatásáról

Az ADHD gyanúja a válaszolók mintegy háromnegyedénél fordult már elő (9. ábra), ugyanakkor alig több mint 60% állította, hogy volt már ADHD-val diagnosztizált tanítványa (10. ábra).



9. ábra. Az ADHD gyanúja elsőként megfogalmazódott-e?

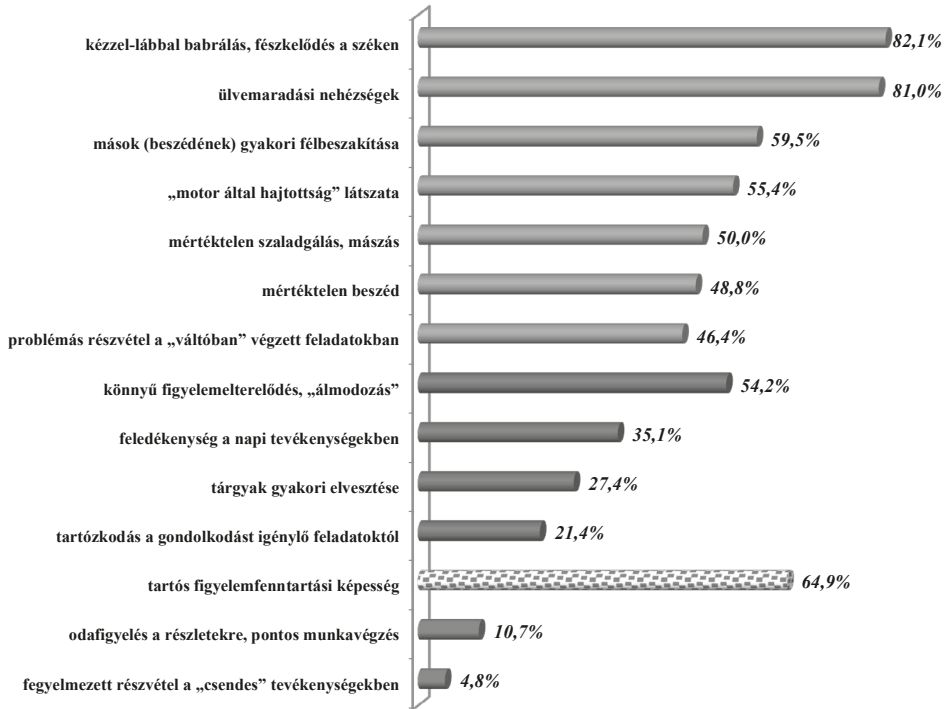


10. ábra. ADHD-val diagnosztizált tanítványa volt-e?

Ha feltételezzük, hogy a válaszadók a két kérdésre következetesen válaszoltak, abból több dolog is következik. Ha ezek mellé még odatesszük az ADHD – szakirodalomból megismert – feltételezett előfordulási gyakoriságát, valamint a válaszolók korábban már megállapított elfogadható mértékű ADHD fogalomismeretét és átlagosan több mint 20 éves szakmai tapasztalatát, akkor kijelenthetjük, hogy az ADHD-t nagyon magas arányban egyáltalán nem diagnosztizálják (közel 40% nyilatkozik úgy, hogy pályafutása során nem volt még ADHD-s tanítványa), és számtalan esetben a pedagógusokban a gyanú sem fogalmazódik meg. Ha pedig mégis megfogalmazódik, azon esetekben sem mindig igazolódik: vagy azért, mert valóban nem ADHD-ról van szó, vagy azért, mert nem jut el a gyermek a következetes kivizsgálásig – hogy e két lehetőség miképpen oszlik meg, azt a válaszokból nem tudjuk kiolvasni.

Fontosnak tartottuk vizsgálni, hogy az ADHD konkrét tüneteivel kapcsolatban mennyire járatosak a kérdőív túlnyomórészt tanítói munkakörben dolgozó kitöltői. A 14. számú kérdésben azt vizsgáltuk, hogy felismerik-e a kóros hiperaktivitás tüneteinek mellett a kóros figyelemhiány tüneteit is, illetve el tudják-e különíteni azokat a „normálisnak” gondolt tulajdonságoktól. Az eredményeket a 11. ábra szemlélteti.

K14: Az ADHD lehetséges tünetei

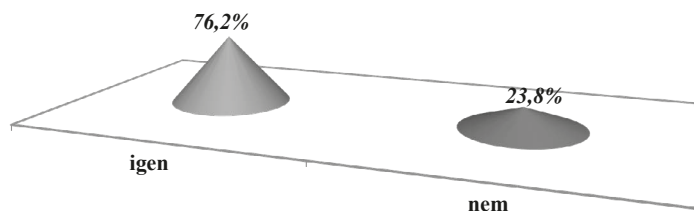


11. ábra. Az ADHD lehetséges tünetei

A megjelölhető 14 tulajdonság közül voltak, amelyek jellemzően a hiperaktív gyermekekre érvényesek – ez a felső hét diagram; voltak, amelyek elsősorban a figyelemhiányos ADHD tünetei – ez a soron következő négy diagram; és volt egy harmadik csoport, a nem ADHD-s gyermekek néhány tulajdonságával – ez a legalsó három diagram. Az eredmények tanulságosak. A hiperaktivitás 7 db választható jellemzőjéből mindössze kettőt ismertek fel a válaszadók 80%-os pontosság felett, 3 esetben még az 50%-ot sem haladta meg a felismerés. A figyelemhiány esetében még rosszabb a helyzet: a négy közül egy tulajdonság felismerése haladja meg alig valamivel az 50%-ot, 1 esetben pedig alig 20% feletti a kategorizálás sikeressége. A választható „átlagos” tulajdonságok közül kettő 5-10% körül jelölt – tévesen – az ADHD jellemzőjeként, viszont a harmadik („tartós figyelem-fenntartási képesség”) meglepő módon magas százalékban kapta ugyanezt a téves kategorizálást (az ábrán pöttyözötten kiemelve).

A válaszadók közel negyede úgy nyilatkozott, hogy az ADHD gyanújának megfogalmazódása esetén nincs tisztában a teendővel (12. ábra).

K12: Eljárásrend ismerete ADHD gyanúja esetén

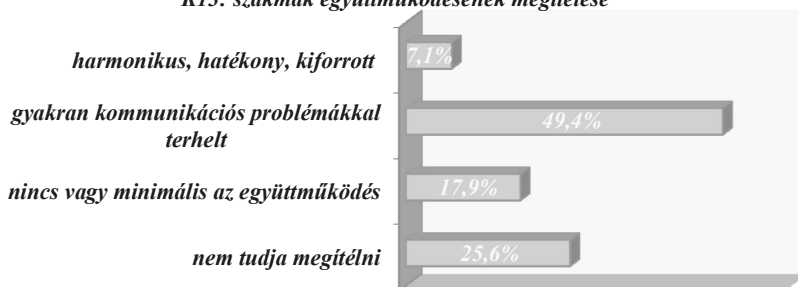


12. ábra. Eljárásrend ismerete ADHD gyanúja esetén

Ez magas szám abból a szempontból, hogy a szülő joggal várhatja el, hogy a gyermekével kapcsolatos probléma felismerésében, kivizsgálásában, szükség esetén az adekvát terápiához jutásban segítségére lesz a pedagógus.

Az érintett szakmák közötti együttműködés megítélése is vegyes. A válaszadók mindössze 7,1%-a nyilatkozott harmonikus viszonyról, közel 50% emlegetett kommunikációs problémákat, és majdnem 18% megítélése szerint nincs, vagy csak minimális a kooperáció mértéke (13. ábra).

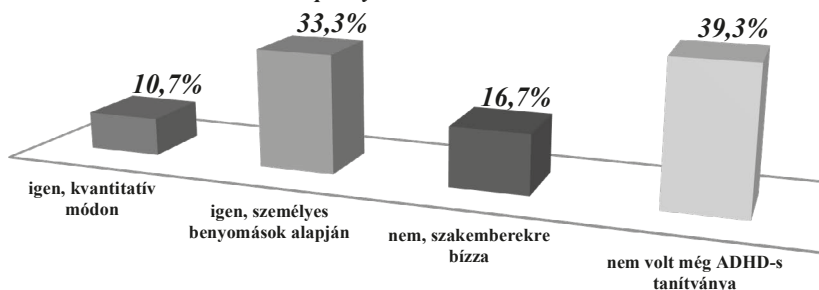
K13: szakmák együttműködésének megítélése



13. ábra. Szakmák együttműködésének megítélése

A szakmák együttműködésének minősége befolyásolja a kezelés eredményességét is. Bármilyen terápia mellett is teszünk hitet, ahhoz, hogy annak hatékonyságát objektíven ítélhessük meg, szükség van rendszeres időközönként mérésekre.

K11: Az ADHD-terápia nyomon követése



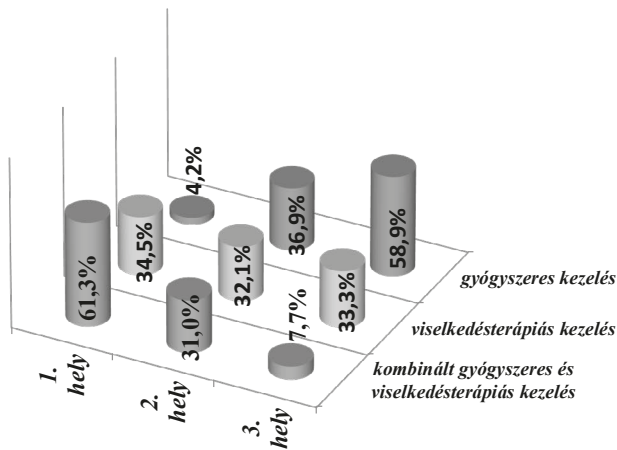
14. ábra. Az ADHD-terápia nyomon követése

Ehhez képest a válaszadók mindössze alig több mint 10%-a nyilatkozott úgy, hogy számszerűsíthető módon követi nyomon az érintett gyermekek állapotváltozását, kevesebb, mint 17% más szakemberekre bízta az értékelést, míg egyharmaduk pusztán személyes benyomások alapján értékelt (14. ábra).

Ez utóbbi – eltekintve az itt is visszaköszönő közel 40%-os csoporttól, akiknek állításuk szerint még sosem volt ADHD-s tanítványa – az érdeemben válaszolóknak már közel 55%-át jelenti.

Megvizsgáltuk az imént említett három különböző kezelésfajtról tudományosan bizonyítottan vélt hatékonysági sorrendet, amihez a válaszadóknak sorba kellett rendezni e három módszert. Ha csak az egyes kezelésfajták adott helyre sorolásának megoszlását nézzük (15. ábra), abból is kirajzolódik, hogy az általános vélekedés szerinti sorrend: kombinált, viselkedésterápiás, gyógyszeres (a kombinált kezelés több mint 60%-ban az első helyre került, a gyógyszeres pedig közel 60%-ban az utolsóra).

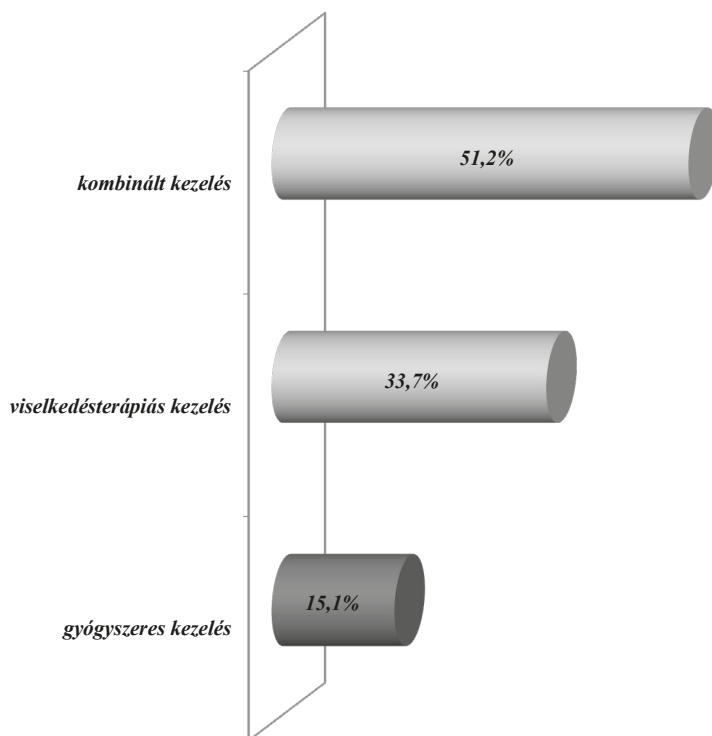
K15: kezeléstípusok hatékonyságának rangsorolása I. („helyezések”)



15. ábra. Kezeléstípusok hatékonyságának rangsorolása I. („helyezések”)

Ahhoz, hogy e módszerek hatékonysági megítélésének mértékét is számolni tudjuk, a visszaérkezett válaszok alapján pontértékeket rendeltünk hozzájuk olyan módon, hogy az adott módszert első helyre soroló válaszok darabszámát 2-vel szoroztuk, a második helyre sorolókat 1-szeres szorzóval vettük figyelembe, míg az utolsó helyre rangsoroló kérdőív-darabszámot nullás szorzóval számoltuk (tehát az utolsó helyezésekért nem járt pont). E számokat összeadtuk és a módszernél elméletileg elérhető maximális pontszámmal (ami a kitöltött kérdőívek száma szorozva kettővel – azaz, mintha minden kérdező az adott módszert első helyre rangsorolta volna) visszaosztva rendeltük hozzá a módszerekhez egy-egy százalékos értéket. Az így kapott eredményeket szemlélteti a 16. ábra.

K15: kezeléstípusok hatékonyságának rangsorolása II. („pontozás”)

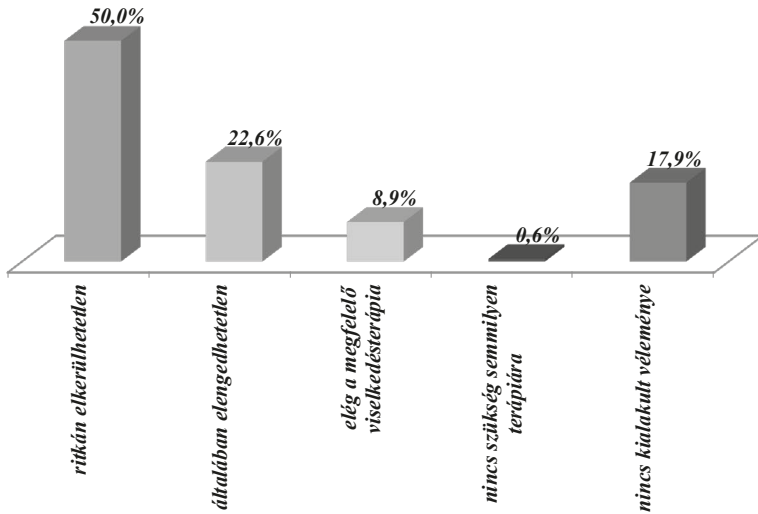


16. ábra. Kezeléstípusok hatékonyságának rangsorolása II. („pontozás”)

A gyógyszeres kezelést a válaszadók az ADHD kezelése messze legkevésbé hatékony módjának gondolják, szemben a szakirodalommal, ahol az egyedüli gyógyszeres kezelés – kombinált mögötti – második helyére található evidenciát.

Ezek után nem meglepő, hogy a válaszadók 50%-a a gyógyszeres kezelést ritkán elkerülhetetlennek ítélte, további 9%-nyi válaszoló szerint az egyedüli viselkedésterápia a célravezető kezelési módszer és alig több mint ötödük vélte úgy, hogy gyógyszerre szinte minden esetben szükség van (17. ábra).

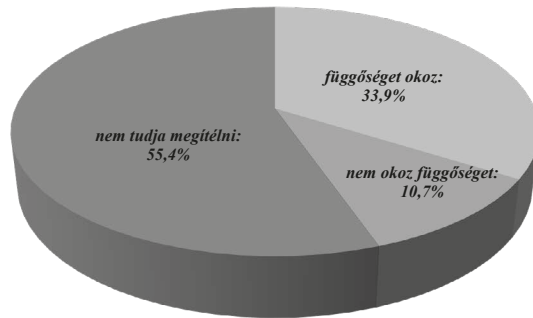
K16: személyes vélemény a gyógyszeres kezeléstről



17. ábra. Személyes vélemény a gyógyszeres kezeléstről

A gyógyszerek függőség-kialakító hatásával kapcsolatban a megkérdezettek több mint 50%-a nem foglalt állást, viszont aki igen, azoknak a háromnegyede úgy vélte, hogy függőséget okoznak ezek a készítmények (18. ábra).

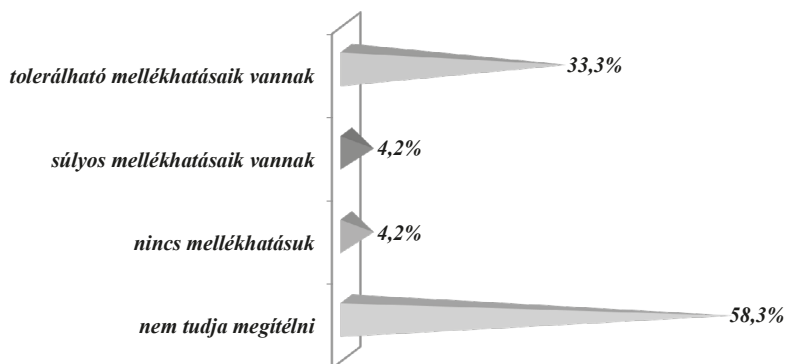
K17: gyógyszerek függőségkialakító hatásáról alkotott vélemény



18. ábra. A gyógyszerek függőségkialakító hatásáról alkotott vélemény

A válaszadók mintegy 58%-a nem tudta megítélni a gyógyszerek mellékhatásainak jellegét. Aki viszont nyilatkozott, az szinte egybehangzóan állította, hogy jól tolerálható mellékhatásokkal kell számolnunk (19. ábra).

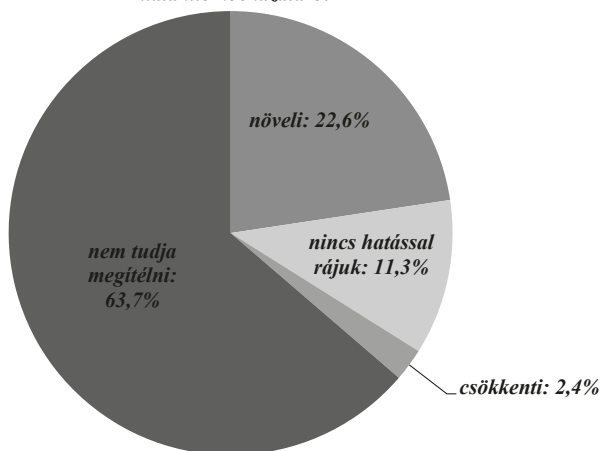
K18: vélemény az ADHD-gyógyszerek mellékhatásairól



19. ábra. Vélemények az ADHD-gyógyszerek mellékhatásairól

A válaszadók majd kétharmadának nem volt véleménye arról, hogy a gyógyszerek hogyan befolyásolják a felnőttkori szenvedélybetegségek kialakulásának kockázatát. Akiknek mégis volt, azoknak kb. kétharmada szerint növeli, kb. egyharmada szerint nem befolyásolja, és csupán 7%-a gondolta úgy, hogy csökkenti ezt a rizikófaktort (20. ábra).

K19: vélemény az ADHD-gyógyszerek felnőttkori szenvedélybetegség-kialakító kockázatáról



20. ábra. Vélemények az ADHD-gyógyszerek felnőttkori szenvedélybetegség-kialakító kockázatáról

A kérdőív utolsó kérdése a gyógyszeresedés miatti, kortársaik általi esetleges megbélyegzés valós veszélyének megítélésére kérdezett rá. Itt valamelyest visszánövekedett a válaszadói kedv (60,1%-ra), és a megkérdezettek jelentős többsége szerint a korszerű, hosszú hatótávú gyógyszerek használatával a stigmatizáció elkerülhető, és az érdemben válaszolóknak csupán alig több mint ötöde gondolta úgy, hogy fennáll ez a veszély (21. ábra).

K20: vélemény a gyógyszereszedő gyerekek „stigmatizációjáról”

21. ábra. Vélemények a gyógyszereszedő gyerekek „stigmatizációjáról”

A kérdőívek összetett értékelése

A válaszolók közel 80%-a általános iskolai tanító volt. Ez 133 főt jelent, ami kellően nagy szám ahhoz, hogy ezen homogén foglalkozási csoport válaszait külön is érdemes legyen értékelni. Összességében elmondhatjuk, hogy a 168 fő vegyes válaszadói csoport eredményeinek értékelése lényegében ugyanazt az eredményt tükrözi, mintha a tanítói csoport adatait dolgoztuk volna csak fel.

A kérdőív bizonyos kérdései tartalmukat tekintve nem teljesen függetlenek egymástól. A köztük lévő kapcsolatok lehetnek közvetlenek és közvetettek is. Az elsőre példa: aki a gyógyszeres kezelést általában elkerülhetőnek véli, az valószínűleg hatékonyságban is a viselkedésterápiás kezelés mögé sorolja azt, míg az utóbbira: aki az ADHD-t rendellenességként és nem betegségként határozza meg, az valószínűleg a kezeletlen ADHD felnőttkori következményeit is alulértékeli. Kutatásunkban a válaszok között kerestünk szignifikáns korrelációt. Az SPSS statisztikai elemző szoftver segítségével a Pearson-féle korrelációs együtthatókat számoltuk ki, illetve a kérdéspárok keresztábrázataiból vontuk le következtéseinket.

A feltételezett összefüggéseinkre kapott statisztikai eredményeink:

Sem a pedagógusok ismeretértékelése (5. ábra) és életkora (1. ábra), sem ismeretértékelése és köznevelésben eltöltött ideje (2. ábra) nem mutatott korrelációt.

- A köznevelésben eltöltött idő (2. ábra) általában nem korrelált a gyógyszeres kezeléssel kapcsolatos kérdésekkel, kivéve a függőségre vonatkozót (18. ábra), ebből szignifikánsan (99%) igazolódott, hogy míg az 5 évnél kevesebb ideje pályán lévők 60%-a, addig a 30 évnél régebb óta tanítók kevesebb mint 25%-a tart a gyógyszerek függőségkialakító hatásától.
- Az ADHD-t fejlesztendő rendellenességként (6. ábra) választók 30%-a, míg a kezelendő betegségként meghatározóknak viszont csak 11%-a tartja elkerülhetőnek a gyógyszeres kezelést (16. ábra) – a szignifikánsnak tekintettől alig elmaradó (99,8%) valószínűségi szint mellett.
- A 133 tanító válasza alapján gyenge, szignifikáns korreláció (0,307) felerősödött (0,511) az érdemben mindkét kérdésre válaszoló alcsoportban (49 fő): aki általában szükségesnek ítélte a gyógyszeres kezelést (16. ábra), egyáltalán nem tartott komolyabb mellékhatásoktól (18. ábra), a terápiaellenességgel párhuzamosan viszont fokozódott a mellékhatásoktól való félelem. A gyógyszeres kezelés (16. ábra) és stigmatizáció (20. ábra) között is szignifikáns volt a korreláció (0,377), ami viszont az érdemben válaszoló alcsoportban (77 fő) a szignifikáns szint alá esett (78,7%): az értékekből az olvasható ki, hogy a gyógyszeres kezelés megítélésétől függetlenül a válaszadók többsége nem tart a stigmatizációtól.

- A gyógyszeres kezelés (16. ábra), illetve a felnőttkori következmények (8. ábra) megítélése között csak gyenge korrelációt sikerült találni, ami az érdemi választ adó csoportra (88 fő) szűkítéssel egy kicsit erősödött (0,254 → 0,315): itt akik jobban tartanak a felnőttkori következményektől, azok nagyobb szükségét is látják a gyógyszerek használatának (pl. míg a pszichiátriai tünetek miatt aggódnak közel fele – 37-ből 12 fő –, addig az ettől nem tartóknak mindössze 14%-a – 50-ből 7 fő – véli elkerülhetetlenek a gyógyszeradást).

A kérdőív utolsó négy kérdése – a gyógyszerek függőségkialakító hatására, mellékhatásaira, szenvedélybetegség-fokozó kockázatára, valamint stigmatizációs következményére vonatkozó – tartalmilag mind a gyógyszeres kezelés következményeire vonatkozik, így itt okkal várunk kapcsolatot a válaszok között. Az e kérdések között elvégezhető $(4 \times 3) / 2 = 6$ -féle vizsgálható párosításból 5 gyenge korrelációt ($>0,3$) mutatott, viszont magas, 99,9%-os valószínűségi szint mellett. Azonban e kérdések némelyikére vagy az összesre a tanítók jelentős hányada a „nem tudom megítélni”, „nincs ismeretem”, „nincs kialakult véleményem” válaszokat adta. Célszerű csak azokat a válaszadókat bevonni az értékelésbe, akik „érdemi” válaszokat adtak. Az így elvégzett elemzés eredményeit foglalja össze az 1. táblázat, ahol a számok közül az első az adott két kérdésre érdemben válaszolók számát, a második a válaszok közötti korreláció mértékét, a harmadik pedig annak szignifikanciaszintjét mutatja (1. táblázat).

1. táblázat. A gyógyszeres kezelés különböző hatásaira vonatkozó kérdésekre adott válaszok közötti kapcsolatok (mindkét kérdésre válaszolók száma/korreláció mértéke/szignifikanciaszint).
(A szoros kapcsolatot a magas korreláció- és alacsony szignifikanciaszint mutatja.)

	Függőségkialakító hatás	Mellékhatás	Szenvedélybetegségkialakító hatás	Stigmatizáció
Függőségkialakító hatás		37 / 0,516 / 0,001	34 / 0,345 / 0,046	47 / 0,180 / 0,226
Mellékhatás			30 / 0,352 / 0,047	44 / 0,371 / 0,013
Szenvedélybetegségkialakító hatás				34 / 0,091 / 0,0607

Látható, hogy így az ötből már csak két korreláció maradt, az egyik továbbra is gyenge (0,371 a táblázatban kiemelve), a másik viszont közepesre erősödött (0,516 a táblázatban kiemelve). E két eset számított kereszttáblázataiból az alábbi következtetések vonhatók le:

- Akik szerint a gyógyszerek függőséget okoznak, azok úgy vélik, a mellékhatásaik is súlyosak.
- Akik szerint a gyógyszereknek súlyos mellékhatásaik vannak, azok úgy gondolják, a gyógyszereszedés miatti stigmatizáció is elkerülhetetlen.

A következtetések mögött az rejlik, hogy a tanítók tartanak a mellékhatásoktól, a későbbi függőség kialakulását valós veszélynek érzik, és az iskolaidőben (szintén tévesen) elkerülhetetlennek vélt gyógyszereszedés mellett e mellékhatások megjelenését is stigmatizációt kiváltó (vagy erősítő) indoknak vélik.

Interjúk elemzése

A továbbiakban a témában érintett többi szakma – pszichológus, pszichiáter – egy-egy képviselőjével, valamint két szülővel készített interjú válaszait, illetve az ezekből levonható következtetéseket mutatjuk be.

A strukturált interjú első kérdései között szerepelt, hogy általánosságban melyik korosztályt érinti leginkább a problémakör, továbbá hol és milyen módon derül(t) fény a gyermekek állapotára.

A válaszok minden területen szinte azonosak voltak, megfeleltek a szakirodalomban olvasottaknak. A pszichológus elmondása alapján ma Magyarországon a legtöbb ADHD-s gyermeket 5-6 éves kortól 8 éves korig diagnosztizálják, ez tehát a legkritikusabb időszak. Később, kamaszkorban a tünetek átalakulnak és más diagnosztikus kategóriába (például oppozíciós magatartászavar, serdülőkori depresszió) kerülnek.

A következő kérdések arra irányultak, hogy észreveszik-e a pedagógusok, tisztában vannak-e az ADHD-val mint SNI kategóriával, annak tüneteivel stb. Itt szinte mindenki egybehangzón azt válaszolta, hogy a pedagógusok számára elsősorban a magatartásproblémák, az impulzivitás, az aktivitátszabályozás jelzésértékű, a figyelemkapacitásbeli problémák kevésbé. Elmondhatjuk, hogy sok minden a szülőn múlik: ő dönti el, kihez viszi a gyermekét, egyedül ő képviseli az érdekeit, ő tartja a kapcsolatot a szakemberekkel, ő viszi az információt egyik hely-

ről a másikra. Erdemi tanácsot alig kap, ezért ő maga próbál tájékozódni. Ezek után a diagnosztizálás folyamatát tekintettük át: milyen szakemberek, hol és hogyan vizsgálják a gyermeket, mennyire gyors ez az eljárás, milyen szerep jut ebben a szülőknél? A szülők és szakemberek között megoszlottak a vélemények, mert a pszichológus és a pszichiáter a szakértői bizottságot jól működő rendszerként tüntette fel, pozitív képet festve a teammunkáról, a szülő és szakember közti kapcsolatról. Ezt árnyalja az egyik szülő elmondása, aki szerint egy néhány perces vizsgálatra akár hónapokat is kell várni. Véleménye szerint a diagnózis felállítása nem volt kellően megalapozva.

A gyógyszeres kezelésre vonatkozó kérdésekre adott válaszok széles spektrumon mozogtak. A pszichiátereket nagyon sok vád éri a gyógyszeres kezelés miatt. A pszichiáter elmondása alapján a gyermekgyógyászatban éves szinten ők írhatnak és írják is fel a legkevesebb gyógyszert. Ő csak javasolhatja a gyógyszer szedését, de mindent a szülő dönt el. Csak abban az esetben ír fel gyógyszert, ha mindkét szülő beleegyezik.

Arra a kérdésre, hogy a pedagógus vagy a szülő mérlegelheti-e, hogy egy adott időpontban beadja-e a gyermeknek a gyógyszert, a válasz az volt, hogy a pedagógus nem,

A következő kérdéskör arra vonatkozott, hogy részesülnek-e a gyermekek a gyógyszeres kezelés mellett egyidejűleg más terápiában is, illetve a pszichológusok, pszichiáterek javasolják-e azt, a kombinált kezelés nagyobb hatékonyságával indokolva. Ha az iskolában vagy az otthoni környezetben a gyermek élete a magatartási gondok vagy a társas kapcsolatok terén problémás, akkor a szakemberek általában a pszichológiai terápiát szokták még javasolni, ami segíti a gyermek szocializációját, beilleszkedését, viselkedését. Ezen felül kaphat a gyermek gyógypedagógiai fejlesztést akkor is, ha nincs társuló tanulási nehézség vagy zavar, ami sok esetben ugyancsak probléma a gyermekeknél. Ez lehet például figyelemtréning vagy diszlexia, diszgráfia, diszkalkulia esetén az ezeknek megfelelő terápia.

a szülő viszont igen. Sokszor maga a pszichiáter – a gyógyszerrel szembeni ellenállás kompromisszumos feloldásaként – javasolja a gyógyszer időszakos szüneteltetését, például hétvégén vagy hosszabb iskolai szünetekben.

A szülők elmondták, hogy tartanak a gyógyszertől, és azon vannak, hogy ne kelljen sokáig szedniük. Interneten is utánajártak a konkrét gyógyszernek, barátoktól, ismerősöktől is informálódtak. A legtöbb támogatást azoktól az ismerősöktől kapták, akik – gyermekeik révén – ténylegesen ismerték a gyógyszert. Mindkét megkérdezett családnál rendszeresen szedik a gyermekek a gyógyszert, és számos pozitív hatásról, fejleményről számoltak be.

Egy szülő arról számolt be, hogy a gyógyszernek vannak mellékhatásai, ami nehezíti a mindennapos szedését. Étvágytalanságot, fejfájást okoz, amit a gyermek összeköt a gyógyszerrel, így azt sok esetben nem hajlandó bevenni. Viszont azt ő is érzi, hogy ha szedi, akkor sokkal nyugodtabb, összerendezettebb a figyelme, indulatait képes megfékezni. E szülő elmondása szerint tehát a Ritalin leginkább az impulzuskontroll zavarban segít.

A pszichiáter és a pszichológus válasza arra vonatkozóan, hogy ezek a gyógyszerek csökkentik vagy növelik a későbbi szenvedélybetegségek kialakulásának kockázatát, egybehangzóan az volt, hogy biztosan csökkentik, de legalábbis nem növelik a későbbi szenvedélybetegség (pl. drogfüggés) kockázatát az adott korosztály általánosan meglévő kockázatához képest. Mi több, azok vannak fokozottan veszélyeztetve, akik nem kapnak semmiféle kezelést gyermekkorukban, azaz a kezeletlen ADHD-sok.

A következő kérdéskör arra vonatkozott, hogy részesülnek-e a gyermekek a gyógyszeres kezelés mellett egyidejűleg más terápiában is, illetve a pszichológusok, pszichiáterek javasolják-e azt, a kombinált kezelés nagyobb hatékonyságával indokolva. Ha az iskolában vagy az otthoni környezetben a gyermek élete a magatartási gondok vagy a társas kapcsolatok terén problémás, akkor a szakemberek általában a pszichológiai terápiát szokták még javasolni, ami segíti a gyermek szocializációját, beilleszkedését, viselkedését. Ezen felül kaphat a gyermek gyógypedagógiai fejlesztést akkor is, ha nincs társulási tanulás nehézség vagy zavar, ami sok esetben ugyancsak probléma e gyermekeknél. Ez lehet például figyelemtréning vagy diszlexia, diszgráfia, diszkalkulia esetén az ezeknek megfelelő terápia.

Az egyik szülő elmondta, hogy hetente egyszer járnak pszichológushoz, ami azért szükséges, mert nehezített a gyermeke önértékelése és tanuláshoz való hozzáállása, amiben a szakember kellően meg tudja erősíteni. Emellett a pszichológus a

Az egyik szülő elmondta, hogy hetente egyszer járnak pszichológushoz, ami azért szükséges, mert nehezített a gyermeke önértékelése és tanuláshoz való hozzáállása, amiben a szakember kellően meg tudja erősíteni. Emellett a pszichológus a személyiségfejlődésében is segíti a gyermeket, valamint a szüleivel való kapcsolatában és az iskolai viselkedésében. A szülő úgy vette észre, hogy a gyógyszeres kezelés és a pszichológusi foglalkozás együtt jóval hatékonyabb terápiát eredményez. Ugyanakkor a pszichológus felkeresése az anyuka saját ötlete volt, azt nem szakember javasolta. Ezt a szülő nehezményezte, ahogy azt is, hogy a kezdeti szakértői vizsgálat után rendszeres állapotfelmérésre, a változások megbeszélésére, véleményeztetésére nincs mód – komplex felülvizsgálat legközelebb csak egy év elteltével van.

személyiségfejlődésében is segíti a gyermeket, valamint a szüleivel való kapcsolatában és az iskolai viselkedésében. A szülő úgy vette észre, hogy a gyógyszeres kezelés és a pszichológusi foglalkozás együtt jóval hatékonyabb terápiát eredményez. Ugyanakkor a pszichológus felkeresése az anyuka saját ötlete volt, azt nem szakember javasolta. Ezt a szülő nehezményezte, ahogy azt is, hogy a kezdeti szakértői vizsgálat után rendszeres állapotfelmérésre, a változások megbeszélésére, véleményeztetésére nincs mód – komplex felülvizsgálat legközelebb csak egy év elteltével van.

A másik szülő ugyanakkor azt nyilatkozta, hogy gyermeke szedi a gyógyszert, amit úgy ítél meg, hogy jó a gyermeknek, viszont ő egyáltalán nem tartja fontosnak a pszichológus segítségét. Tanulási problémák nincsenek, a gyermek állapota kielégítő, pszichiátriai kontrollvizsgálat keretében csupán évente egyszer látja őt orvos. A szülők és a szakemberek véleménye szerint a pedagógusok nem ismerik kellően az ADHD tüneteit és kezelését. Arra a kérdésre, hogy a szakemberek kérnek-e írásos tájékoztatást a gyermek állapotváltozásáról, a pszichiáter úgy válaszolt, hogy ő nem kér. A szülőket nagyon érdekli gyermekük napközbeni állapota. A szülő-pedagógus párbeszéd minőségét firtató kérdésre a szülőktől ellentmondásos válaszokat kaptunk: egyikük azt mondta, hogy nagyon jól működik és a gyermek viselkedésével kapcsolatos dolgokat a pedagógussal egyenlő partnerként tudják megbeszélni, míg a másik szülő jóval kritikusabb volt. Ő épp a partnerséget, a párbeszédet, a kölcsönös referálásokat hiányolja, minimális empátiát tapasztal, úgy érzi, hogy – bár gyermekének „papírja” van a problémájáról – a pedagógusok nem tudnak ezzel a helyzettel mit kezdeni. Arra a kérdésre, hogy mennyire elégedett a vizsgálat eljárásokkal, azok alaposságával, illetve a kezelés minőségével és hatékonyságával, ez utóbbi szülő egyértelműen elégedetlenségének adott hangot.

Következő kérdés volt, hogy milyen későbbi hatása, következménye lehet a gyermekkori ADHD gyógyszeres kezelése elmaradásának, és ennek következtében milyen pszichiátriai jellegű problémákkal kell számolni. A pszichológus szerint biztos, hogy az ilyen gyermekek később hajlamosabbak a depresszióra, a borderline személyiségzavarra, a szorongásra, a pánikbetegségre, tehát mindenfajta szorongásos kórképre. A pszichiáter nem ismert ezzel kapcsolatos kutatást, csak feltételezte, hogy ez életvezetési válsághelyzetben, akár munkahelyi, akár magánéleti válságban depresszióra, szorongásra hajlamosító tényező lehet.

Az utolsó kérdések arra irányultak, hogy milyen módon történik a gyermekek további életének nyomon követése. A pszichológus szakember úgy nyilatkozott, hogy ők a terápiát követően is tartják a kapcsolatot a szülővel. Ezenkívül a terápia után egy hónappal van egy találkozó, amikor a gyermek és a szülő is beszámol a változásokról.

A pszichiáter úgy nyilatkozott, hogy tervszerű nyomon követés nincs. Sok esetben elmaradnak a kontrollok, a serdülő korosztályban pedig már a gyermek maga is dönthet arról, hogy beveszi-e a gyógyszert vagy sem.

Az interjúk alapján arra következtethetünk, hogy a pedagógusok nem tudnak az ADHD-s gyermekeknek, illetve családjuknak érdemben segíteni. A szülőnek sokszor magának kell menedzselni gyermeke kivizsgálását és kezelését, neki kell felkutatni a megfelelő(nek vélt) szakembereket. A felismerésnek, a diagnózis-felállításnak és a terápiának nincs meg a protokollja. Ezért sok ADHD-s gyermek vagy el sem jut a diagnózisig, vagy ha igen, nem kellően hatékony kezelést kap, aminek következtében könnyen elkallódik az iskolás éveit alatt, kudarcra ítélve, önértékelési problémával küzdve.

Összegzés

Hipotézisek megválaszolása

- A pedagógusok az ADHD-ra nem csak fejlesztendő rendellenességként tekintenek, hanem betegségként is.
- A pedagógusok elsődlegesen a hiperaktivitással azonosítják a fogalmat, a figyelemzavar tüneteit ritkábban sorolják ide.
- A szakmáknak egymással, illetve a szülőkkel történő együttműködésének, az ADHD vizsgálatával és kezelésével kapcsolatos információ átadásának és felhasználási módjának szervezettsége még hiányosságokat mutat. Hiába nyilatkozott a pedagógusok kb. háromnegyede az ADHD-vel kapcsolatos eljárásrend ismeretéről, ha a szülők egy része úgy érzi, hogy nem kap problémájához kellő tanítói támogatást.
- Az ADHD-s gyermekek száma – a szakirodalmi értékekhez képest – aluldiagnosztizált.
- A pedagógusok a pszichiátriai vélekedéshez képest alulbecsülik a kezeletlen ADHD felnőttkori következményeit.
- A terápiában részt vevő szakmák kvantitatív módon nem értékelik a kezeléseket előmenetelét, hatékonyságát.
- A pedagógusok a viselkedésterápiát hatékonyabbnak tartják a gyógyszeres terápiánál. A különböző kezelési módok tekintetében a válaszolók a kombinált kezelést vélték a leghatékonyabbnak, viszont az irodalmi adatokkal ellentétben a viselkedésterápiát önmagában sikeresebbnek vélték, mint a gyógyszeres kezelést. A pedagógusok többnyire elkerülhetőnek tartják a gyógyszeres terápiát, túlbecsülik az ADHD-gyógyszerek mellékhatásait, függőség- és későbbi szenvedélybetegség-kialakító hatásait.

A pedagógusok a viselkedésterápiát hatékonyabbnak tartják a gyógyszeres terápiánál.

A különböző kezelési módok tekintetében a válaszolók a kombinált kezelést vélték a leghatékonyabbnak, viszont az irodalmi adatokkal ellentétben a viselkedésterápiát önmagában sikeresebbnek vélték, mint a gyógyszeres kezelést. A pedagógusok többnyire elkerülhetőnek tartják a gyógyszeres terápiát, túlbecsülik az ADHD-gyógyszerek mellékhatásait, függőség- és későbbi szenvedélybetegség-kialakító hatásait.

A vizsgálat eredménye azt sejteti, hogy az ADHD problémakörének ismertségével, a kezelésével kapcsolatos eljárásrend ismeretével, a gyógyszeres kezeléséről alkotott elképzelésekkel összefüggésben a statisztikákból kiolvasható eredmények, következtetések többé-kevésbé általános érvényűeknek tekinthetők.

Eredményeink arra engednek következtetni, hogy a korszerűség érdekében a tanár- és pedagógusképzéseknek, továbbképzéseknek jóval nagyobb hangsúlyt kell a jövőben fektetniük a kognitív tudományok eredményei és a speciális pedagógiai tartalmak közvetítésére.

Di Blasio Barbara
Kaposvári Egyetem

Antalné Farkas Ildikó
Kaposvári Egyetem

Irodalom

- American Academy of Pediatrics (2011). ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 128(5), 1–16. DOI: 10.1542/peds.2011-2654
- Bhandari, S. (2016). *ADHD and Substance Abuse*. WebMD, <https://www.webmd.com/add-adhd/adhd-and-substance-abuse-is-there-a-link#1> Utolsó letöltés: 2017. 11. 23.
- Bhat, V. & Hechtman, L. (2016). Considerations in selecting pharmacological treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *The Pharmaceutical Journal*, 296(7886).
- Brown, Th. E. (2013). *A New Understanding of ADHD in Children and Adults*. New York: Routledge. DOI: 10.4324/9780203067536
- Catalá-López, F., Hutton, B., Núñez-Beltrán, A., Page, M. J., Ridao, M., Saint-Gerons, D. M., Catalá, M. A., Tabarés-Seisdedos, R. & Moher, D. (2017). The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised trials. *PLoS One*, Vol 12(7). Utolsó letöltés: 2018. 01. 23. DOI: 10.1371/journal.pone.0180355
- Csiky Miklós (2016). *A hiperaktivitás és figyelemzavar tünetegyüttese*. Faludi Ferenc Akadémia, <http://faludiakademia.hu/dr-csiky-miklos-a-hiperaktivitas-es-figyelemzavar-tunetegyuttese/> Utolsó letöltés: 2017. 10. 12.
- Currie, J., Stabile, M. & Jones, L. (2014). Do Stimulant Medications Improve Educational and Behavioral Outcomes for Children with ADHD? *Journal of Health Economics*, 37. 58–69. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2014.05.002
- Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Ghandour, R. M., Holbrook, J. R., Kogan, M. D. & Blumberg, S. J. (2018). Prevalence of Parent-Reported ADHD Diagnosis and Associated Treatment Among U.S. Children and Adolescents, 2016. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 199–212. DOI: 10.1080/15374416.2017.1417860
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)* (2013) Fifth Edition. American Psychiatric Association.
- Eigner Bernadett (2012). Érzelmi- és viselkedészavarok gyökerei: a korai szülői hatások szerepe. *Gyógy- és pedagógiai Szemle*, 40(1), 14–24.
- EMMI (2017). Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a hiperkinetikus zavar (figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar) kóriszűzéséről, kezeléséről és gondozásáról gyermek, serdülő és felnőttkorban. *Egészségügyi Közlöny*, 66(3), 1027–1051.
- Farkas Margit (é. n.). *Hiperkinetikus zavar, tanulási nehézségek és viselkedési problémák*. ADHD Magyarország Alapítvány honlapja. <http://www.adhd-magyarorszag.com/a-hiperaktivitasrol/orvostajekoztato/34> Utolsó letöltés: 2017. 10. 12.
- Gádosor Júlia (2001). A magatartászavar kezeléséről. *Család, Gyermek, Ifjúság*, 10(3), 23–27.
- Gádosor Júlia (2010). Újabb ismereteink a gyermekkori hiperkinetikus zavar klinikumáról. *Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle*, 3, 110–114.
- George Washington University Milken Institute School of Public Health (2015, December 8). New report finds 43 percent increase in ADHD diagnosis for US schoolchildren: Girls showed a sharp rise in ADHD diagnosis during eight-year study period. *ScienceDaily*, www.sciencedaily.com/releases/2015/12/151208150630.htm Utolsó letöltés: 2018. 04. 16.
- Goldman, L. S., Genel, M., Bezman, R. J. & Slanetz, P. J. (1998). Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *JAMA*, 279(14), 1100–1107. DOI: 10.1001/jama.279.14.1100
- Gyarmati Éva (2015). *Diszlexia a digitális korszakban*. Budapest: Műszaki Könyvkiadó.
- Harstad, E. B., Weaver, A. L., Katusic, S. K., Colligan, R. C., Kumar, S., Chan, E., Voigt, R. G. & Barbaresi, W. J. (2014). ADHD, Stimulant Treatment, and Growth: A Longitudinal Study. *Pediatrics*, 134(4). DOI: 10.1542/peds.2014-0428
- Hoogman, M., Bralten, J., Hibar, D. P. et al. (2017). Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 310–319. DOI: 10.1016/S2215-0366(17)30049-4
- Jávorné Kolozsváry Judit (1991). Tanulási és viselkedési zavarok kezelése az iskolában. *Új Pedagógiai Szemle*, 41(1), 45–49. pp.
- Kidwell, K. M., Van Dyk, T. R., Lundahl, A. & Nelson, T. D. (2015). Stimulant Medications and Sleep for Youth With ADHD: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 136(6), 1144–1153. DOI: 10.1542/peds.2015-1708
- Konova, A. B., Moeller, S. J., Tomasi, D., Volkow, N. D. & Goldstein, R. Z. (2013). Effects of Methylphenidate on Resting-State Functional Connectivity of the Mesocorticolimbic Dopamine Pathways in Cocaine Addiction. *JAMA Psychiatry*, 70(8), 857–868. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.1129
- Maródi László (2013, szerk.). *Gyermekgyógyászat*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for

- attentiondeficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073–1086. DOI: 10.1001/archpsyc.56.12.1073
- National Institutes of Health (2016). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. National Institutes of Health, <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd/index.shtml> Utolsó letöltés: 2018. 02. 13.
- Parekh, R. (2017). *What is ADHD?* American Psychiatric Association, <https://www.psychiatry.org/patients-families/adhd/what-is-adhd> Utolsó letöltés: 2018. 01. 21.
- Pringsheim, T., Hirsch, L., Gardner, D. és mtsai (2015). The Pharmacological Management of Oppositional Behaviour, Conduct Problems, and Aggression in Children and Adolescents With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Part 1: Psychostimulants, Alpha-2Agonists, and Atomoxetine. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60, 42–51. DOI: 10.1177/070674371506000202
- Pulay Attila József (2017). *Felnőttkori ADHD: tünettan, komorbiditás, kórlefolyás és terápia*. [Előadás ppt-je.] Semmelweis Egyetem, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika Felnőtt ADHD Ambulancia, 2017. 04. 03.
- Saul, R. (2014). *ADHD Does Not Exist: The Truth About Attention Deficit and Hyperactivity Disorder*. New York: Harper Wave Publisher. 336.
- Spencer, T. J. (2003). Improving outcomes with non stimulants. *Contem Pediatrics*, 1, 11–13.
- Süveges Gergő (2017, szerk.). Az ADHD-ról. In A tudomány hangjai [rádióinterjú] – Csiky Miklóssal. *Kossuth Rádió*, 2017. 11. 04. 14:32–15:00
- Szabó Csilla & Vámos Éva (2012). Egyéb pszichés fejlődési zavarral küzdő gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja: Figyelemzavar és hiperaktivitás. In Torda Ágnes (szerk.), *Diagnosztikai kézikönyv*. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. 39.
- Szabó Csilla & Mészáros Andrea (2014). A figyelemszabályozás megítélésének újabb lehetőségei. *Gyógypedagógiai Szemle*, 42(3), 220–225.
- Szigeti Mónika (2017). *Gyermekek a viselkedés és megismerés fejlődésének rendellenességeivel*. Egyetemi előadás: Kaposvári Egyetem, 2017. november 10.
- Visser, S. N., Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Holbrook, J. R., Kogan, M. D., Ghandour, R. M., Perou, R. & Blumberg, S. J. (2014). Trends in the Parent-Report of Health Care Provider-Diagnosed and Medicated Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: United States, 2003–2011. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(1), 34–46. DOI: 10.1016/j.jaac.2013.09.001
- Wilens, T. (2007). Does Stimulant Medication Cause Addiction? *Additude*. <https://www.additudemag.com/adhd-stimulant-medication-addiction-side-effects/> Utolsó letöltés: 2018. 01. 23.

Absztrakt

A tanulmány az ADHD gyógyszeres kezelésének megítélésével, a pedagógusok és a szülők körében történő elfogadottságával, valamint a diagnózis és a kezelés konzisztenciájának mértékével foglalkozik. Elvégzett felmérésünk alátámasztja, hogy az ADHD-val és annak az egyén életére, környezetére gyakorolt hatásaival neveléstudományi szempontból is bővebben és mélyebben érdemes foglalkozni. A köznevelés intézményeiben a pedagógusok körében gyakori téma a magatartászavarok felismerése, diagnosztizálása és a megfelelő pedagógiai kezelése, tanulmányunk ráirányítja a figyelmet arra, hogy a pedagógusképzésben a speciális pedagógiai/gyógypedagógiai korszerű tartalmak hangsúlyos megjelenése időszerű és hiánypótló volna. A magatartászavarok között kiemelkedő jelentőségű a gyermekkori figyelemzavar és hiperaktivitás szindróma (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder – ADHD), amely Magyarországon és világszerte is napjaink talán legtöbbet vitatott, egyúttal legnagyobb közérdeklődést és médiavisszhangot kiváltó tünetegyüttese. A 2018-ban lezajlott, kevert módszertant alkalmazó kutatásunk rámutat arra is, hogy a szakemberek és a szülők közötti információcsere nem hatékony, a pedagógusok ismeretei a legújabb kutatások eredményeit beépítve jelentős bővítésre szorulnak, és egyre nagyobb szükség van megfelelő módszertani apparátus kidolgozására. Az ADHD gyógyszeres kezelése szükségességének megítélése az érintett diszciplínák szoros együttműködését és információcserejét kívánja meg.