



ADHD kézikönyv pedagógusok számára

ERGO-Európai Regionális Egyesület

2025



Európai Regionális Szervezet

Megjelent az ERGO Európai Regionális Szervezet gondozásában.

Felelős kiadó: Ékes Ilona, az ERGO Európai Regionális Szervezet elnöke

Szerkesztő: Gázsó Tibor

ISBN 978-615-7082-00-7

Budapest, 2025

Minden jog fenntartva.

Tilos a kiadvány bármely részének másolása, sokszorosítása, terjesztése, online megosztása, nyilvánossághoz közvetítése vagy elektronikus rendszerben történő tárolása a kiadó előzetes írásbeli engedélye nélkül.

Készült a Nemzeti Együttműködési Alap, a Miniszterelnökség és a Bethlen Gábor Alap támogatásával.



**Nemzeti
Együttműködési
Alap**



MINISZTERELNÖKSÉG



BETHLEN GÁBOR
Alapkezelő Zrt.



TARTALOM

Előszó	5
1. Az ADHD megfigyelésének és diagnosztikájának története	7
2. Az ADHD előfordulási arányának alakulása 1950-től napjainkig	16
2.1. Az ADHD prevalenciájának alakulása gyermekek körében.....	18
2.2. Az ADHD prevalenciájának alakulása felnőttek körében	20
2.3. Következtetések	22
3. Tünettípusok és ADHD-altípusok	24
3.1. Miért fontos a tünetek pontos ismerete a pedagógus számára?	24
3.2. A tünetek mögötti idegrendszeri sajátosságok – röviden	24
3.3. Az ADHD három fő altípusa a DSM-5 szerint	25
3.4. A fő tünetcsoportok részletes ismertetése	27
3.5. A tünetek megjelenése különböző életkori csoportokban	29
3.6. A tünetek megjelenése lányoknál és fiúknál – nemi különbségek	31
3.7. Hogyan különíthető el az ADHD más problémáktól?	33
4. Társuló zavarok és differenciáldiagnózis.....	36
4.1. Társuló zavarok (komorbiditás).....	36
4.2. Differenciáldiagnózis – ha a tünetek hasonlóak, de az ok más.....	37
5. A pedagógiai környezet szerepe az ADHD tüneteinek megjelenésében	38
5.1. Milyen környezeti tényezők fokozhatják az ADHD-s tüneteket?	38
5.2. Milyen pedagógiai eszközök enyhíthetik a tüneteket?	39
5.3. Környezeti eszközök, amelyek hatékony segítséget jelentenek ADHD-s gyerekeknél	39
5.4. Tipikus ADHD-s viselkedések óvodai környezetben – és pedagógusi lehetőségek.....	41
5.5. Tipikus ADHD-s viselkedések iskolai környezetben – és pedagógusi lehetőségek.....	43
5.6. Mit tehet a pedagógus? – A reagálás formái.....	48
5.7. Konkrét tippek és eszközök – Tanári „túlélőkészlet” ADHD-hoz	50
6. Módszertani javaslatok - Mit tehetünk az osztályteremben és azon kívül?	53
6.1. Alapelvek az ADHD-s tanuló pedagógiai támogatásában.....	53
6.2. Tanórai stratégiák – figyelem, önszabályozás, motiváció támogatása	55
6.3. Tanórán kívüli megoldások – egyéni támogatás, mentorálás, mozgásterápia	57
7. Eszközalapú támogatás – mi az, ami tényleg segít?	60
7.1. Időkezelés és feladatszervezés támogatása	60
7.2. Játékosított visszajelzés és motiváció	60
7.3. Hangalapú, vizuális és multimodális tanulási eszközök	60
8. Együttműködés a szülőkkel és a szakemberekkel – támogatási lánc	62
9. A pedagógus öngondoskodása – hogyan védjük erőforrásainkat?	65
10. Esetek és esettanulmányok pedagógus szemmel	69
10.1. Óvodai helyzetek – amikor a kisgyermek „mindent megzavar”.....	69



10.2. Alsó tagozatos helyzetek – amikor a tanító „elveszíti a fonalat”	72
10.3. Felső tagozatos és kamaszkori helyzetek – amikor a tanár „provokációként éli meg”	74
11. Trauma vagy ADHD? – az érzékeny differenciálás pedagógusszemmel.....	77
12. Pedagógusi reflexiók – amikor már máshogy látunk egy gyereket.....	79
13. Szakmaközi együttműködés: egy gyermek – több szemszög	81
13.1. Ki kicsoda? – szerepek és hatáskörök az ADHD körül	81
13.2. Mi a pedagógus feladata – és mi nem az?.....	82
13.3. Mire figyeljünk a szerepek összehangolásakor?.....	82
14. Szülő–pedagógus együttműködés: alapok, buktatók, esélyek.....	83
15. Mikor kell bevonni szakembert? – határpontok a pedagógusi munkában	85
15.1. Mikor merül fel a szakemberhez irányítás igénye?	85
15.2. Mi a pedagógus szerepe ilyenkor?	86
15.3. Mit ne tegyen a pedagógus?.....	86
16. Szakmaközi kommunikáció – együttműködés, üzenet, nyelv,	87
17.2. Együttműködés az SNI és BTMN eljárásokban – mit tehet a pedagógus?.....	90
17. fejezet – Jogszabályi háttér, szakmai ajánlások.....	93
17.1. Az ADHD jogi státusza a köznevelésben	93
17.2. Mikor számít az ADHD sajátos nevelési igénynek (SNI)?	93
17.3. Mikor tartozik az ADHD a BTMN körébe?	94
17.4. Mi írja elő a pedagógus jogi teendőit?	95
18. A szülői jogok és kötelezettségek ADHD esetén	98
19. A szakértői bizottságok, szakszolgálatok szerepe	101
20. Kedvezmények, mentességek, támogatások ADHD esetén	104
21. Szakmai ajánlások és protokollok ADHD esetén.....	107
21.1. Magyarországi szakmai ajánlások és források.....	107
21.2. Nemzetközi protokollok és ajánlások	108
22. Adminisztrációs kötelezettségek - digitális adminisztrációs rendszerek	113
22.1. Főbb digitális rendszerek – szerepük az ADHD-s tanulók támogatásában	113
23.2. Mit, mikor és hogyan kell dokumentálni ADHD-s tanuló esetén?	113
22.3. Adatvédelem és információmegosztás – mit szabad és mit nem?	114
Ajánlott irodalom témakörök szerint.....	115
Az ADHD megfigyelésének és diagnosztikájának története	115
<i>Klasszikus leírások - diagnosztika története</i>	<i>115</i>
<i>DSM / ICD kézikönyvek és frissítések (magyar kiadás, ahol rendelkezésre áll)</i>	<i>116</i>
<i>Diagnosztikai koncepciók, nozológia.....</i>	<i>117</i>
<i>Farmakológia és kezeléstörténet.....</i>	<i>118</i>
<i>Társadalomtörténeti és kritikai nézőpontok.....</i>	<i>118</i>
<i>Kiegészítő áttekintések (történet és diagnosztika metszete).....</i>	<i>119</i>



Prevalencia.....	120
<i>Prevalencia – gyermekek.....</i>	<i>120</i>
<i>Prevalencia – felnőttek.....</i>	<i>121</i>
<i>Prevalencia – trendek és módszertani kérdések.....</i>	<i>121</i>
Diagnosztika és ADHD típusok.....	122
Komorbiditás és differenciáldiagnózisok.....	124
<i>Áttekintő és összefoglaló munkák.....</i>	<i>124</i>
<i>Szorongásos zavarok és depresszió.....</i>	<i>124</i>
<i>Magatartászavar és ODD/CD.....</i>	<i>125</i>
<i>Tanulási zavarok és diszlexia.....</i>	<i>125</i>
<i>Autizmus spektrum zavarok.....</i>	<i>125</i>
<i>Tik zavarok és Tourette-szindróma.....</i>	<i>126</i>
<i>Szerhasználat és viselkedési addikciók.....</i>	<i>126</i>
<i>Differenciáldiagnózis és átfedések.....</i>	<i>126</i>
Intervenciók és beavatkozások.....	127
<i>Áttekintő és alapművek.....</i>	<i>127</i>
<i>Gyógyszeres kezelések és hatékonysági vizsgálatok.....</i>	<i>127</i>
<i>Pszichológiai és pszichoeducációs beavatkozások.....</i>	<i>128</i>
<i>Iskolai és pedagógiai intervenciók.....</i>	<i>128</i>
<i>Család, szülői feladatok és otthoni támogatás.....</i>	<i>128</i>
Hosszú távú kimenetek és következmények.....	130
<i>Áttekintő és összefoglaló tanulmányok.....</i>	<i>130</i>
<i>Tanulmányi kimenetek és iskolai teljesítmény.....</i>	<i>130</i>
<i>Foglalkoztatás, munkaerőpiaci kimenetek.....</i>	<i>131</i>
<i>Kapcsolatok és családi élet.....</i>	<i>131</i>
<i>Mentális egészség és testi betegségek.....</i>	<i>131</i>
<i>Kriminalitás és társadalmi beilleszkedés.....</i>	<i>132</i>
ADHD és társadalmi vonatkozások.....	132
<i>Áttekintő művek.....</i>	<i>132</i>
<i>Társadalmi nézőpontok.....</i>	<i>132</i>
ADHD és kulturális dimenziók.....	133
<i>Kulturális különbségek és diagnosztika.....</i>	<i>133</i>
<i>Kulturális reprezentáció és stigma.....</i>	<i>133</i>
ADHD és nem dimenziók.....	133
<i>Áttekintő és alapművek.....</i>	<i>133</i>
<i>Női perspektíva és késői diagnózis.....</i>	<i>134</i>
ADHD és életút.....	134
<i>Gyermekkori kezdetek és prognózis.....</i>	<i>134</i>
<i>Felnőttkor és életminőség.....</i>	<i>135</i>
<i>Életúthoz kapcsolódó áttekintések.....</i>	<i>135</i>
ADHD és neurobiológiai háttér.....	135
<i>Agyi struktúrák és funkciók.....</i>	<i>135</i>
<i>Neurobiológiai és genetikai tényezők.....</i>	<i>135</i>
<i>Kognitív idegtudományi megközelítések.....</i>	<i>136</i>
ADHD és a pedagógusok.....	136
<i>Tanári stressz és burnout-megelőzés.....</i>	<i>137</i>
ADHD és szülők, család.....	137
<i>Családi élet és szülői lehetőségek.....</i>	<i>137</i>



ADHD és kortársak, közösség	138
<i>Bullying és áldozattá válás</i>	138
ADHD és digitális világ	139
ADHD és felnőttkor	139
<i>Áttekintő és alapművek</i>	139
<i>Diagnosztika és klinikai kép</i>	139
<i>Foglalkoztatás és társadalmi működés</i>	140



Előszó

Az elmúlt években az oktatási intézmények mindennapi valóságává vált, hogy egyre több gyermek érkezik az osztályterembe különböző neurodiverz állapotokkal, köztük figyelemzavarral, impulzivitással vagy végrehajtó funkciókat érintő nehézségekkel. A pedagógusok nemcsak tanulási helyzetekben, hanem szabadidős tevékenységek, szünetek, kirándulások és közösségi programok során is folyamatosan találkoznak olyan viselkedési mintázatokkal, amelyek újfajta érzékenységet, kommunikációt és pedagógiai eszköztárat igényelnek. Mindez ma már nem pusztán elméleti kérdés: a tanári munka egyik kulcsa lett, hogy miként lehet azonnal, helyzetre reagálva és mégis tudatosan jelen lenni ezekben a szituációkban. Ezért indítottuk el egy olyan gyakorlatorientált kézikönyv kidolgozását, amely nemcsak tudást közvetít, hanem konkrét kapaszkodókat ad a mindennapi döntésekhez, reakciókhoz és cselekvésekhez. A kézikönyv támogatást kíván nyújtani abban, hogy a pedagógus magabiztosabban, árnyaltabban és hatékonyan tudjon dolgozni a neurodiverz tanulókkal a tantermi és a tantermen kívüli helyzetekben egyaránt.

A könyv első három fejezetében az ADHD diagnózis történeti kialakulását és a prevalencia eddigi ismert trendjeit számos tudományos publikáció, metaanalízis és hivatalos statisztika adataira támaszkodva tekintjük át, beleértve a Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ADHD-val kapcsolatos történeti adatait, a Világpszichiátriai Szövetség égisze alatt megjelent nemzetközi prevalencia vizsgálatokat, valamint több friss metaanalízis és felmérés eredményeit. Ahol szükséges, az adatok forrásait a szövegben hivatkozásokkal jelezzük. Mindezzel alapvetően a bemutatott trendek irányát és dinamikáját, valamint az ADHD diagnózisának fejlődésének sajátosságait szeretnénk érzékeltetni, segítve a prevalencia komplex történeti és földrajzi mintázatainak megismerését.

Az első három fejezet történeti és statisztikai áttekintése után a könyv további részében már a pedagógusok mindennapi tapasztalataira és dilemmáira koncentrálnak. Hiszen a diagnosztikai történet és az adatok önmagukban még nem segítenek megválaszolni azt az egyszerű, de annál fontosabb kérdést: **mit tegyek holnap reggel az osztályteremben, amikor egy ADHD-s gyermekkel ülök szemben?**

Ezért lépésről lépésre végigvesszük azokat a helyzeteket, amelyek minden pedagógus számára ismerősek lehetnek: amikor egy gyerek nem tud figyelni az órán, amikor öt percenként megszakítja a tanárt vagy a társait, amikor teljes káosz alakul ki a padban a füzetek, könyvek és ceruzák között, vagy amikor úgy tűnik, mintha az egész közösséget szétzilálná a gyerek jelenléte. Ezeket a helyzeteket nem pusztán problémaként mutatjuk be, hanem megoldási lehetőségekkel együtt. Hogyan lehet a figyelmet rövidebb szakaszokra bontani? Milyen egyszerű mozgásos vagy játékos eszközök segíthetnek a feszültség levezetésében? Miként alakítható át az óra menete, hogy a figyelemzavarral élő gyerek ne veszítse el a fonalat?

A kézikönyv kitér a tanórán kívüli dimenziókra is: hogyan tudunk biztonságot és kapaszkodót adni egy gyereknek a csoportmunkák során, a szünetekben, vagy a közösségi programok alatt. Foglalkozunk a kreatív önkifejezés és a mozgás szerepével is, amelyek nemcsak levezetik a



feszültségeket, hanem sikerélményt és motivációt adnak a gyerekeknek. Mindezt konkrét esetleírásokkal is szemléltetjük, hogy közvetlenül is áttekinthető legyen: hogyan lehet megoldani egyes tipikus nehéz helyzeteket.

A viselkedési zavarokkal élő gyerekek támogatásában fontos, hogy különbséget tudjunk tenni a hasonló viselkedési tünetek mögött meghúzódó különféle okok között. Ezért a kézikönyv foglalkozik például a trauma és az ADHD tüneteinek megkülönböztetésével is. Egy pedagógus számára nagy a tét: másképp kell reagálni arra a gyerekre, akinél a figyelmetlenség és impulzív magatartás oka egy neurodiverz státusz, mint arra a gyerekre, akinél a viselkedési probléma hátterében egy bántalmazási vagy krízishelyzet áll. A pedagógusnak soha nem feladata a diagnózis felállítása, de megfigyeléseivel segítheti azt, ugyanakkor a mindennapi munkában meghatározó jelentőségű az érzékenység és az árnyalt pedagógusi hozzáállás kialakítása.

A záró fejezetekben a szülőkkel és szakemberekkel való együttműködés kapja a főszerepet. Bármilyen felkészült is egy pedagógus, egyedül sosem tudja megoldani a neurodiverz állapot miatt nehéz helyzetbe került gyermek problémáit. A szülőkkel való párbeszéd, az iskolapszichológus, gyógypedagógus vagy fejlesztőpedagógus bevonása, a pedagógiai szakszolgálatokkal való kapcsolat mind-mind kulcsa annak, hogy a gyermek hosszú távon biztonságban és a fejlődését támogató közegben nevelkedjen. Az ehhez kapcsolódó fejezetek olyan kérdésekkel foglalkoznak, mint például: Hogyan jelezzük a problémát a szülőnek úgy, hogy ne védekezés és elzárkózás legyen a válasz? Miként építhetünk bizalmat a szülőkkel? Hogyan tudunk csapatként dolgozni a gyerek érdekében?

Az előzőekben vázolt szerkezettel nemcsak ez elméleti háttértudást szeretnénk erősíteni, hanem a tantermi valóságban használható, kipróbált eszközöket is számba vesszük. Arra törekszünk, hogy a pedagógus ne maradjon egyedül a problémás, konfliktusos szituációk és folyamatok kezelésének feladataival, hanem egy olyan kézikönyvet használhasson segítségként, amelyből erőt és ötleteket meríthet a mindennapi munkához.



1. Az ADHD megfigyelésének és diagnosztikájának története

Már a 18–19. század fordulóján megjelentek olyan orvosi és pedagógiai leírások, amelyek **nyugtalan, figyelmetlen, impulzív és túlmozgásos gyermekekről számoltak be**. Ezeket a viselkedési sajátosságokat azonban a kor társadalmi és nevelésméleti felfogása nem neurobiológiai eredetű eltérésként értelmezte, hanem jellemhibának, akaratgyengeségnek vagy morális problémának tartotta. **A jelenség első írásos említései leginkább az angolszász orvosi és oktatási diskurzusban jelentek meg**, különösen az Egyesült Királyságban és az Egyesült Államokban, ahol az iparosodás és az intézményes nevelés térnyerésével párhuzamosan egyre nagyobb figyelem irányult az iskolai viselkedési problémákra.

Ezzel párhuzamosan **a német nyelvterületen** – elsősorban a kontinentális európai pszichiátriai hagyomány részeként – **szintén történtek részletes megfigyelések** olyan gyermekekről, akik túlzott mozgásigénnyel, impulzív viselkedéssel és koncentrációs nehézségekkel küzdöttek. A német orvostudomány – különösen a 19. század második felében és a 20. század elején – már differenciált pszichopatológiai kategóriákban gondolkodott, azonban a figyelem- és viselkedésszabályozási zavarokat nem önálló diagnosztikai egységként, hanem gyakran más fejlődési vagy idegrendszeri zavarok tüneteként írták le. A hiperaktív és impulzív viselkedés megértését elsősorban neurológiai, pszichoanalitikus vagy pedagógiai elméletek keretein belül próbálták megragadni.

Fontos különbség volt, hogy míg az angolszász világban a gyermekpszichiátria és a klinikai pszichológia korán önálló diszciplínává vált, addig a német nyelvű területeken ezek sokáig az általános pszichiátria alá tartoztak, ami meghatározta a diagnosztikus gondolkodás és az elnevezések rendszerét is. A fogalomhasználat is eltért: míg az angolszász irodalomban korán megjelentek az olyan kifejezések, mint például a „minimal cerebral dysfunction” vagy „hyperkinetic reaction of childhood”, addig a német szakirodalom inkább az „idegrendszeri érési zavar” (Reifungsstörung) vagy „kora gyermekkori zavarok” (frühe kindliche Störungen) kategóriáit használta. A későbbi évtizedekben ezek a különböző hagyományok eltérő utakon, de fokozatosan közelítettek afelé, hogy **a viselkedési zavarok egy részét idegrendszeri eredetű fejlődési eltérésként kezdték értelmezni**, megalapozva ezzel az ADHD mai fogalmának kialakulását.

Alexander Crichton skót orvos írta le elsőként a „mentális nyugtalanságot” (*mental restlessness*), amit sokan az ADHD első tudományos leírásának tartanak. Műve 1798-ban jelent meg *“An Inquiry into the Nature and Origin of Mental Derangement”* címmel, és ebben részletesen tárgyalja a **figyelemzavar és nyugtalanság** állapotát. Meglátása az volt, hogy egyes gyermekek és fiatalok képtelenek huzamosabb ideig egy tárgyra irányítani a figyelmüket. Elméjük gyorsan elkalandozik, bármilyen apró inger hatására másra irányul. Megjegyezte, hogy a figyelem nehézségei nem mindig társulnak intellektuális problémákkal – a figyelemproblémákkal küzdő gyermekek akár magas intellektussal is rendelkezhetnek, de szellemi munkájuk rendezetlen. **Nagy nehézségeik vannak figyelmük fókuszálásával**, és azzal, hogy folyamatos figyelmet szenteljenek egyetlen dolognak. Megfigyelése szerint



gondolataik olyan gyors egymásutánban váltják egymást, hogy nem tudnak elég sokáig elidőzni egyiknél sem ahhoz, hogy azzal alaposabban foglalkozzanak. Crichton szerint **ez az állapot veleszületett lehet és fiatal életkorban gyakrabban figyelhető meg** és feltételezése szerint néhány esetben **sosem múlik el teljesen**.

AZ ADHD diagnosztizálásának másik jelentős szereplője Sir George Still brit gyermekorvos volt. 1902-ben Still három előadást tartott a Royal College of Physicians-ben Londonban, amelyeket azután a *Lancet* című orvosi folyóiratban is publikált. Ezekben 43 gyermek esetét elemezte, akiknek viselkedését olyan **akaratgyengeséggel, önkontroll-hiánnyal, impulzivitással** jellemezte, amely **nem volt értelmi fogyatékossgal magyarázható**. Az általa leírt gyerekek gyakran normális intelligenciával rendelkeztek, de nem voltak képesek viselkedésüket szabályozni, nem tanultak a büntetésből, makacsul ismételték a tiltott viselkedést, annak ellenére, hogy értették a szabályokat. Az általa vizsgált gyermekeknél Still eredeti megfogalmazása szerint: „*A notable feature was the defect of moral control, without general intellectual impairment.*” - amit leginkább úgy lehetne magyarrá fordítani: „Jellemző tulajdonságuk az **erkölcsi kontroll hiánya volt**, általános értelmi elmaradás nélkül.”

Míg korábban Crichton a figyelem működésének zavarait írta le, de inkább elméleti és idegrendszeri szempontból, addig Still gyermekpszichiátriai és klinikai szinten kezdte el feltérképezni azt a viselkedésmintázatot, amit ma ADHD-ként ismerünk. Still volt az első, aki **szisztematikusan és orvosi esettanulmányokon keresztül** mutatta be, hogy bizonyos gyerekek képtelenek uralkodni impulzusaikon, **nem tanulnak tapasztalataikból**, és ez nem a nevelés hibája.

A következő szakasz a „minimális agyi diszfunkció” (angolul *Minimal Brain Damage*, később *Minimal Brain Dysfunction*) gyűjtőfogalom megjelenése volt, amelyet az orvosok a 20. század első felében vezettek be olyan gyerekek leírására, akiknek normális vagy jó intelligenciájuk volt, de tanulási nehézségeik, viselkedésproblémáik, impulzivitásuk és figyelmi zavaraiak jelentkeztek, miközben **semmilyen nyilvánvaló agyi sérülésük nem volt**. Ezért olyan finom neurológiai eltérésekre gyanakodtak, amelyeket akkoriban nem tudtak kimutatni sem képalkotással, sem laboratóriumi eszközökkel. **Az MBD kifejezést elsőként az 1930-as években használták**, főként olyan gyermekek esetében, akik:

- nem tudtak figyelni,
- nem reagáltak jól a fegyelmezésre,
- mozgékonyak, impulzívok voltak,
- olvasási, írási vagy számolási nehézségekkel küzdöttek.

Az 1940–50-es években az MBD népszerű és széles körben elfogadott diagnózis lett, különösen az Egyesült Államokban. Egyes kutatók (pl. Alfred Strauss és Laura Lehtinen) azt feltételezték, hogy ezek a gyerekek korai agyi károsodást szenvedhettek – például szülési trauma, oxigénhiány, fertőzések miatt. Bár **semmilyen konkrét agyi elváltozást nem tudtak bizonyítani**, a viselkedési tünetek alapján neurobiológiai eltérést feltételeztek.



Az MBD volt az első komoly orvosi kísérlet arra, hogy a gyermekkori figyelem- és viselkedési problémákat ne morális vagy nevelési kérdésként, hanem **organikus (neurológiai) eredetű zavarként** értelmezzék. Ez a szemlélet **megalapozta az ADHD későbbi neurobiológiai felfogását**, és hozzájárult ahhoz, hogy **az ADHD-t ne „rossz magatartásként” kezeljék**.

Bár kicsit itt előre ugunk az időben, de érdemes kitérni rá, hogy az 1960-as évektől kezdve egyre több szakember kezdte kritizálni az MBD fogalmát, mivel annak nem volt objektív diagnosztikai kritériuma. Az MBD fogalma szerint besorolt eseteknél nem lehetett kimutatni az akkoriban használatos diagnosztikai eljárásokkal „agyi károsodást”, továbbá az MBD fogalma túlságosan heterogén tünetcsoportot ölelt fel – pl. a későbbiekben klasszifikált ADHD-hoz tartozó tüneteket, tanulási zavart, diszlexiát, sőt néha epilepsziát is. 1975-ben az amerikai National Institutes of Health (NIH) aztán egyértelműen **elvetette az MBD fogalom használatát**, és helyette a **“specific learning disabilities”** és a **“attention deficit disorder”** fogalmak bevezetését javasolta.

Az ADHD diagnosztizálásában a következő mérföldkő az Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA) által 1968-ban kiadott **DSM-II** kézikönyv (a *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* második kiadása) volt. Itt érdemes néhány mondat erejéig kitérnünk a DSM jelentőségére. A DSM mára a világ egyik legmeghatározóbb pszichiátriai klasszifikációs rendszere lett. Első kiadását 1952-ben publikálták, eredetileg az amerikai hadsereg és a Veterans Administration által használt kategóriarendszerek alapján. A DSM célja az volt, hogy egységes és standardizált leírásokat nyújtson a mentális zavarokról, elősegítve ezzel a kutatások összehasonlíthatóságát, az epidemiológiai adatgyűjtést, valamint a klinikai gyakorlat egységesítését. A DSM folyamatos módszertani fejlődésében az 1980-ban megjelent DSM-III jelentette a fordulópontot: ez szakított a pszichoanalitikus fogalomhasználattal, és bevezette a tünetalapú, operacionalizált diagnosztikai kritériumokat, amelyek nagymértékben elősegítették a nemzetközi elfogadottságát. Azóta a DSM nemcsak Észak-Amerikában, hanem világszerte meghatározóvá vált a pszichiátriai diagnózisok kialakításában, különösen a kutatásorientált, bizonyítékokon alapuló orvoslás és gyógyszeres terápiák szempontjából. Bár léteznek alternatív klasszifikációs rendszerek – például a WHO által kiadott BNO (ICD) –, a DSM diagnosztikai nyelve az elmúlt évtizedekben globális referenciává vált a pszichiátriai kutatásokban, klinikai vizsgálatokban és terápiás gyakorlatokban egyaránt.

Visszatérve az ADHD diagnózisának történetéhez: a DSM-II kézikönyvben jelent meg **először diagnosztikai entitásként** egy olyan zavar, amelyet ma az ADHD előzményének tekintünk. A zavar elnevezése **„Hyperkinetic Reaction of Childhood”** volt – magyarul: *gyermekkori hiperkinetikus reakció*. Ezzel először került be az Amerikai Pszichiátriai Társaság hivatalos rendszerébe a gyermekkori hiperaktivitás és impulzivitás diagnosztikai kategóriája. Bár a fogalom még nem fedte le a teljes ADHD-spektrumot, és figyelemhiányt nem tartalmazott hangsúlyosan, megalapozta a későbbi – pontosabb és átfogóbb – ADHD-fogalom kialakulását.



Az Amerikai Pszichiátriai Társaság 1980-ban adta ki a **DSM-III** kézikönyvet (a *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* harmadik kiadása), amely radikálisan új megközelítést alkalmazott a mentális zavarok diagnosztikájában a DSM-II kötetéhez képest és bevezetett egy új diagnosztikai kategóriát, amely az **Attention-Deficit Disorder (ADD)** – *Figyelemhiányos zavar* elnevezést kapta. Ez volt az első alkalom, hogy a **figyelemzavart önálló kórképként** ismerték el, nem csak a hiperaktivitás kísérőjelenségeként.

A DSM-III az ADD két diagnosztikai altípusát különböztette meg:

1. ADD hiperaktivitással

- A gyermek figyelemzavaros, de hiperaktív és impulzív viselkedést is mutat.
- Jellemző tünetek: állandó mozgás, türelmetlenség, impulzivitás, szabálykerülés.

2. ADD hiperaktivitás nélkül

- A gyermek főként figyelemproblémákkal küzd, motoros nyugtalanság nélkül.
- Jellemző tünetek: szétszórtság, feledékenység, lassú munkatempó, elkalandozó figyelem.
- Ez az altípus különösen gyakori lányoknál, akik korábban gyakran „észrevétlenek” maradtak.

További újítások a DSM-III-ban:

- Objektívebb kritériumok: Minimum 6 hónapja fennálló tünetek, legalább 7 éves kor előtti kezdet.
- Funkcionális károsodás követelménye: A tüneteknek a gyermek életének több területén (iskola, otthon, társas kapcsolatok) is zavart kell okozniuk.
- Differenciáldiagnózis hangsúlya: El kell különíteni más fejlődési zavaroktól, tanulási nehézségektől, szorongástól.

A DSM-III megjelenése is mérföldkőnek számított az ADHD-diagnosztikában, hiszen ekkor ismerték el először, hogy a figyelemhiány önmagában is jelentős és kezelendő probléma lehet. Ugyanakkor **finomították a tünetek megközelítését is**: nemcsak a hiperaktív gyerekeket vették be a diagnózisba, hanem azokat is, akik „csendesesen szenvedtek” a figyelemzavar miatt – különösen sok lány és introvertált fiú került így látótérbe. A DSM-III ugyanakkor megágyazott a későbbi ADHD-fogalomnak is: a hiperaktivitás és a figyelemzavar kettéválasztása lehetővé tette a későbbi diagnosztikai modellek (DSM-IV, DSM-5) számára **három altípus** kialakítását.

Az Amerikai Pszichiátriai Társaság **DSM-IV** kézikönyve **1994-ben jelent meg**. Ebben a kiadásban vált végleges elnevezéssé az **ADHD – Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder**, amelynek **három diagnosztikai altípusát különböztették meg** a tünetek dominanciája alapján. Ez a rendszer pontosította a diagnosztikai kritériumokat, és lehetővé tette az ADHD heterogén megjelenési formáinak elkülönítését, felismerve, hogy a zavar különböző tünettani mintázatokban és súlyossági szinteken jelentkezhet.



A DSM-IV-ben bevezetett három altípus részletesen:

1. Túlnyomóan figyelemzavaros típus (ADHD–PI, Primarily Inattentive Type)

- A típus fő tünetei:
 - Könnyen elterelődik a figyelme.
 - Nehezen követ utasításokat.
 - Gyakran elveszít dolgokat.
 - Felelőtlen hibákat vét.
 - Nehézséget okoz számára a szervezethez és a kitartás.
- Gyakori lányoknál, akik csendesebbek, kevésbé viselkedészavarosak, ezért gyakran későn vagy egyáltalán nem kerülnek diagnózisra.

2. Túlnyomóan hiperaktív-impulzív típus (ADHD–HI, Primarily Hyperactive-Impulsive Type)

- A mozgásos nyugtalanság és az impulzivitás dominál:
 - Folyton fészkelődik, járkál.
 - Folyamatosan beszél.
 - Félbeszakít másokat, bekiabál.
 - Nem tud várni a sorára.
 - Indulatból, előzetes mérlegelés nélkül cselekszik.
- Kisebb arányban fordul elő önállóan; gyakoribb fiúknál és fiatalabb gyermekeknél.

3. Kombinált típus (ADHD–C, Combined Type)

- Mindkét tünetcsoportból (figyelemzavar és hiperaktivitás/impulzivitás) egyaránt fennállnak tünetek.
- Ez a leggyakrabban diagnosztizált forma.
- Az iskolai, társas és családi működésre egyaránt jelentős hatással lehet.

Miért volt jelentős mérföldkő a DSM-IV? Egyrészt a **személyre szabott diagnosztika** miatt: az ADHD három altípusra bontása lehetővé tette, hogy az egyének sajátos tünetprofilját pontosabban azonosítsák és kezeljék. Másrészt a DSM-IV megerősítette, hogy **a figyelem nehézségei önmagukban is jelentős zavarok**, nem csak a hiperaktivitás kísérői. Harmadrészt pedig előkészítette a terepet a **felnttkori ADHD** elismerésének. Bár a DSM-IV főként gyerekekre koncentrált, az altípusos megközelítés lehetővé tette a komplexebb fejlődési pályák megértését, így a felnttkori ADHD későbbi elismerését is.

Az Amerikai Pszichiátriai Társaság 2013-ban jelentette meg a **DSM-V** kézikönyvet, ez az ADHD-diagnózis történetében egy újabb fontos szakaszhatár volt, különösen a serdülők és felnőttek diagnosztizálása, valamint a tünetek életkori és funkcionális értelmezése



szempontjából. A DSM-V jelentős pontosításokat, ugyanakkor rugalmasságot vezetett be az ADHD diagnosztikai kritériumaiban, főként az életkor, tünetszám és funkcionális problémák terén. Az ADHD a DSM-V-tel végleg a *neurodevelopmental disorders* – vagyis **idegrendszeri fejlődési zavarok** – kategóriájába került, ezzel megerősítve a státusz neurobiológiai eredetű felfogását.

A DSM-V főbb változásai:

1. Életkori határ módosítása – A DSM-IV-ben a tüneteknek 7 éves kor előtt kellett megjelenniük, a DSM-5 szerint ez a határ **12 éves korra** módosult. Miért fontos ez? Sok gyermeknél a figyelemzavaros tünetek csak az iskolai elvárások növekedésével válnak nyilvánvalóvá, nem óvodás korban. Ez a módosítás lehetővé tette, hogy később észlelt eseteket is diagnosztizáljanak, így csökkent az aluldiagnosztizálás.

2. Felnőttekre vonatkozó rugalmasabb kritériumok bevezetése - A DSM-V először ismerte el rendszerszinten, hogy az ADHD nem csak gyermekkori állapot, hanem sok esetben egész életen át fennmaradó neurofejlődési zavar. A tünetleírásokat életkor-specifikus példákkal egészítették ki, így pl. felnőttkori figyelmetlenség: „elfelejt időpontokat”, „halogat feladatokat”, „nem tud fókuszálni megbeszéléseken”.

3. Altípusok helyett megjelenési formák. A DSM-5 már nem altípusokat, hanem **megjelenési formákat** (*presentation types*) definiál az ADHD típusánál:

1. Figyelmetlen típusú megjelenés
1. Hiperaktív-impulzív típusú megjelenés
1. Kombinált megjelenés

Ezt a változást az indokolta, hogy a tünetprofil **életkorral változhat** – pl. a gyerek hiperaktív-impulzívként kezd, majd kamaszkorban figyelmetlen dominanciájúvá válik. A „megjelenési forma” elnevezés ezt a dinamikus változást tükrözi.

4. Komorbiditásra vonatkozó pontosítások - A DSM-5 világossá teszi, hogy az ADHD gyakran együtt jár más pszichés zavarokkal:

- tanulási zavarokkal,
- szorongással,
- depresszióval,
- viselkedészavarokkal.

Ez segít a **differenciáldiagnózisban** és a komplex esetek értelmezésében.

A DSM-V megnyitotta a **lehetőséget a serdülők és felnőttek diagnosztizálása előtt**, akik a korábbi rendszerek alapján kiszorultak volna a diagnózisból. **A hangsúly a funkcionális prproblémákra került** – nem csupán a tünetek megléte, hanem azok életminőséget befolyásoló hatása lett döntő. Nem mellékesen DSM-V segítette az ADHD társadalmi percepcióját azzal, hogy az állapotot egyértelműen a **neurofejlődési zavarok közé** sorolta,



leválasztva az ADHD-t „rossz nevelés” vagy „akarathiány” negatív közösségi megítéléséhez kapcsolódó előítéleteiről.

A DSM-V-öt követte az Egészségügyi Világszervezet (WHO) részéről kiadott **ICD-11** (*International Classification of Diseases – nemzetközi betegségsztyályozási rendszer*). Az ICD 11. kiadása (ICD-11) 2019-ben jelent meg és 2022. január 1-jén lépett hivatalosan érvénybe. Az ICD-t több mint 150 ország alkalmazza az orvosi diagnosztika, egészségügyi kutatás, egészségügyi finanszírozás és statisztikai adatszolgáltatás referenciájaként.

Az ICD-ben az ADHD korábban a **viselkedési és érzelmi zavarok** kategóriájában szerepelt (pl. az ICD-10-ben a *Hyperkinetic disorders* alatt). Az **ICD-11** viszont az ADHD-t áthelyezte a 6A00–6A05 diagnóziscsoportba, amely az idegrendszeri fejlődési zavarok csoportja. Ezzel az ADHD-t **neurológiai és fejlődési alapú zavarként ismerik el** – hasonlóan az autizmus spektrumzavarhoz, az intellektuális fejlődési zavarhoz és tanulási nehézségekhez. A besorolás szerint az ADHD nem pszichogén, nem traumaalapú, hanem **az idegrendszer fejlődésének eltérő mintázata**. Az ADHD új elnevezése az ICD-11-ben: **6A05 Attention deficit hyperactivity disorder – 6A05 Figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar**.

Az ICD-11-ben a DSM-hez hasonlóan az ADHD három típusa különül el:

1. 6A05.0 – Túlnyomóan figyelemzavaros megjelenésű ADHD
2. 6A05.1 – Túlnyomóan hiperaktív-impulzív megjelenésű ADHD
3. 6A05.2 – Kombinált megjelenésű ADHD

Az ICD-11 leírása hangsúlyozza, hogy a tüneteknek **korai életkorban kell kezdődniük** (gyermekkor), **több életterületre kell kihatniuk** (pl. iskola, család, társas élet), **tartósaknak és életkori szinthez képest súlyosaknak** kell lenniük.

Mindez azt jelenti, hogy az ADHD neurobiológiai alapjának elismerése nemzetközi szinten is rögzült. Az ICD-11 és a DSM-5 közötti konvergencia növeli a nemzetközi diagnosztikai egységességet. Ez a konvergencia támogatja a globálisan összehasonlítható kutatásokat, diagnosztikát és egészségügyi szolgáltatási nyilvántartást, a klinikai irányelvek, kutatások és statisztikák összehangolhatóságát a globális szinten.

Az Amerikai Pszichiátriai Társaság 2022 márciusában jelentette meg a **DSM-V-TR-t (DSM-V Text Revision – a DSM-V 2013-as kiadásának szövegében felülvizsgált változata)**. A DSM-V-TR tehát nem egy új kiadás (vagyis nem DSM-6), hanem a DSM-V kiegészített, pontosított változata. A DSM-V-TR-ben az ADHD-vel kapcsolatos főbb változások és pontosítások a következők:

1. Tünetek és leírások finomítása (különösen felnőtteknél):

- A tünetek életkori megnyilvánulásait részletesebben bemutatják – pl. hogyan jelenik meg figyelmetlenség vagy impulzivitás felnőttkorban (nemcsak gyermekkorban).
- Pl.: a „nem tud nyugton maradni a székben” gyermek tünet felnőttkorban így módosulhat: „belső nyugtalanság érzése” vagy „folyamatos mozgásigény”.



Ez elsősorban a felnőttkori ADHD felismerését segíti, amely gyakran másképp mutatkozik meg, mint gyermekkorban és ezzel csökkenhet az aluldiagnosztizálás veszélye felnőttek esetében.

2. Társdiagnózisokra (komorbiditásra) vonatkozó új megjegyzések:

- A DSM-5-TR hangsúlyozza, hogy az ADHD gyakran **más pszichiátriai zavarokkal együtt fordul elő**, például:
 - szorongásos zavarokkal,
 - depresszióval,
 - tanulási zavarokkal,
 - kényszeres vagy viselkedésszabályozási zavarokkal.
- A DSM-5-TR-ben új szövegmagyarázatok segítenek a **differenciáldiagnózisban**, például abban, hogyan különböztethető meg az ADHD a **bipoláris zavartól** vagy a **szorongásos eredetű figyelem-problémáktól**.

Ez támogatja az ADHD pontos **elkülönítését más pszichiátriai kórképektől**, egyúttal pedig segíti a **komplex esetek adekvát kezelését** (pl. ADHD + depresszió).

3. Neurofejlődési zavar státuszának megerősítése – A DSM-V-TR megerősíti, hogy az ADHD az **idegrendszeri fejlődési zavarok** csoportjába tartozik – olyan idegrendszeri fejlődési zavar, amely gyermekkorban kezdődik, és sok esetben felnőttkorban is fennmarad.

Összefoglalva tehát a fentiek szerint tudjuk időrendbe állítani az ADHD megfigyelésének, felismerésének és diagnosztizálásának történetét. Van azonban egy olyan kérdés, amely egyre élénkebben foglalkoztatja a közvéleményt, méghozzá az ADHD diagnózisának pontossága.

Az utóbbi években világszerte, így Magyarországon is látványosan megnőtt az ADHD-val (figyelemhiányos hiperaktivitás-zavarral) diagnosztizált gyermekek száma. A közvéleményt, a pedagógusokat és a szülőket egyaránt élénken foglalkoztatja az a kérdés, hogy e diagnózisok valóban megalapozottak-e, vagy sok esetben túlzott vagy elhamarkodott minősítésekről van szó. Az iskolai és óvodai közösségekben egyre gyakrabban jelennek meg ADHD-s státuszú gyermekek, ami nemcsak az érintett családokat, hanem az egész nevelési rendszert új kihívások elé állítja.

A szülők, pedagógusok körében aggodalom forrása, hogy a diagnosztikai gyakorlat nem minden esetben egységes vagy megfelelően megalapozott. Számos tapasztalat mutat arra, hogy a diagnózisokat nem kizárólag szakorvosok (gyermekpszichiáterek, gyermekneurológusok), hanem esetenként olyan szakemberek is megkísérlik felállítani, akiknek nincs erre teljes körű kompetenciájuk. Iskolapszichológusok, pedagógusok vagy nem klinikai pszichológusok például nem jogosultak hivatalos diagnózis kiadására Magyarországon – mégis előfordul, hogy megállapításaik nyomán a gyermek „ADHD-sként” kerül megítélésre, még a szakorvosi vizsgálat előtt. A diagnózis felállítása



orvosi/pszichológiai szakvizsgálatot, strukturált anamnézist és a megfelelő tesztek alkalmazását igényli – ezek nélkül nem tekinthető hivatalosnak az ADHD diagnózisa.

További problémát jelenthet, ha a diagnózis megalapozása során nem történik meg a komplex kivizsgálás, vagyis a tünetek háttérének differenciáldiagnosztikai vizsgálata. Az ADHD tünetei – mint például a figyelmetlenség, impulzivitás, mozgékonyság – számos más pszichés vagy környezeti probléma (szorongás, trauma, családi stressz, alváshiány, tanulási zavar stb.) esetén is előfordulhatnak. A nem megfelelő tesztek, elavult vagy nem validált módszertanok alkalmazása torzíthatja a diagnosztikai képet, így a gyermek akár tévesen kaphat ADHD diagnózist, vagy éppen elmaradhat a valódi ADHD tényleges diagnosztizálása.

Az amerikai CDC National Health Interview Survey (FastStats) adatai alapján 2023-ban az Egyesült Államokban a 3–17 éves gyermekek 12,0%-a rendelkezett ADHD-diagnózissal.¹ Magyarországon a rendelkezésre álló statisztikák alapján azt mondhatjuk, hogy a 3–17 éves korosztályban az ADHD-val diagnosztizált gyermekek aránya körülbelül 6%-os értéket mutat, ami megfelel a nemzetközi trendeknek.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) álláspontja szerint az ADHD prevalenciája világszinten kb. 5% körüli, és különösen fontos, hogy a diagnózis több szempontból, különböző információforrások alapján történjen, beleértve a szülői, pedagógusi és klinikai megfigyeléseket is.²

Fontos kiemelni, hogy az ADHD nem „divatdiagnózis”, hanem valódi, neurobiológiai háttérű állapot, amely alapos és több szakterületet bevonó vizsgálatot igényel. Az American Academy of Pediatrics (AAP) 2019-ben kiadott, 2022-ben frissített irányelvei szerint a diagnózis során többféle standardizált eszköz használata, viselkedéses értékelések és hosszabb távú megfigyelések szükségesek.³ Az együttműködés a szülők, pedagógusok, pszichológusok és szakorvosok között kulcsfontosságú a pontos és felelősségteljes diagnózis érdekében.

A diagnózis pontosságának kérdése tehát nemcsak szakmai, hanem társadalmi kérdés is: felelősséggel kell gondolkodnunk róla, hiszen mind a túl-, mind az aluldiagnosztizálás súlyos következményekkel járhat a gyermek fejlődése, önértékelése és jövője szempontjából.

¹ Centers for Disease Control and Prevention. (2023, július). *FastStats: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/adhd.htm>

² World Health Organization. (2023, október 9.). *Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/attention-deficit-hyperactivity-disorder-\(adhd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/attention-deficit-hyperactivity-disorder-(adhd))

³ American Academy of Pediatrics. (2019). *Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents*. *Pediatrics*, 144(4), e20192528. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528>



2. Az ADHD előfordulási arányának alakulása 1950-től napjainkig

Bár az ADHD-t napjainkban gyakran diagnosztizálják, a kórkép önálló diagnózisként csak a 20. század második felében jelent meg. Az 1950-es évekig a hasonló tüneteket mutató gyermekeket legfeljebb „minimális agyi diszfunkció” vagy **hiperkinetikus szindróma** címkével illették, és az ADHD fogalma ekkoriban még nem létezett formálisan. Amint az előző fejezetben bemutattuk, az ADHD diagnosztikai kategóriaként elsőként az Amerikai Pszichiátriai Társaság diagnosztikai kézikönyvében, a DSM-ben jelent meg, ahol először még **figyelemhiányos zavar** (ADD) néven szerepelt, **majd terjedt el fokozatosan világszerte**, bár a diagnózis értelmezése és gyakorlata országonként jelentősen eltért.⁴

A következőkben áttekintjük, hogyan változott a diagnosztizált ADHD gyakorisága (prevalenciája) 1950-től napjainkig globálisan, külön kitérve a gyermek- és felnőttkori adatokra, valamint egyes országok közötti különbségekre. A trendek jobb megértése érdekében áttekintjük az ADHD diagnosztikai kritériumainak változását és a diagnózis elterjedését, valamint a vonatkozó statisztikai és nemzetközi összehasonlító adatokat.

Az Egyesült Államokban az ADHD-t a hivatalos diagnosztikai kategóriává válását követően nagyon alacsony gyakorisággal diagnosztizálták, az iskoláskorú gyerekek körében a diagnózis előfordulása az 1970-es években mindössze 1% körül volt. Ez az arány az 1980-as évekre már 3–5%-ra emelkedett az USA-ban. A növekedés egyik oka a diagnosztikai kritériumok bővülése és az orvosok, pszichológusok egyre nagyobb figyelme a figyelemzavaros gyerekek iránt. Az 1990-es években az ADHD egyre ismertebbé vált: az USA-ban ekkor ~4–5%-os prevalenciát becsültek iskoláskorúaknál. Ebben az időszakban Európában ennél alacsonyabb diagnózisszámot regisztráltak – részben a szűkebb diagnosztikai kritériumok (pl. az ICD-10 „hiperkinetikus zavar” kategóriája sokkal szigorúbb) és a kisebb társadalmi tudatosság miatt.⁵

A 1990-es évek és 2000-es évek fordulóján robbanásszerűen növekedett az ADHD diagnózisok és kezelések száma több országban. Az Egyesült Államokban az 1990-es évek elején indult el a diagnosztizálási hullám: a gyermekpszichiátriai ellátásban és az oktatási rendszerben egyaránt nagyobb hangsúlyt kapott a figyelemzavar felismerése.⁶ Számos tényező – például az 1991-ben az ADHD-vel élő gyerekek számára is jogosultságot biztosító amerikai Egyének fogyatékoságai oktatási törvény (IDEA), a megnövekedett szülői érdekvédelem, az egyre több tudományos bizonyíték a zavar neurobiológiai alapjairól, valamint az új, hosszú hatású stimuláns gyógyszerek engedélyezése – mind hozzájárultak

⁴ Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*, 2(2), 104–113.

⁵ Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942–948.

⁶ Centers for Disease Control and Prevention. (2005). Mental health in the United States: Prevalence of diagnosis and medication treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder—United States, 2003. *MMWR*, 54(34), 842–847.



ahhoz, hogy az ADHD diagnózis gyakorisága az 1990-es években és a 2000-es években is meredeken emelkedjen.⁷

Az USA-ban 2007-re a 4–17 éves fiatalok 7,8%-a kapott ADHD diagnózist – szemben a két évtizeddel korábbi ~5%-kal.⁸ Sőt, 2016-ra ez az arány ~10% körülire nőtt, 2022-re pedig már meghaladta a 11%-ot (kb. 7 millió gyermeket érintve).⁹ Ezzel párhuzamosan más fejlett országokban is emelkedett a diagnózisok száma, de általában mérsékeltebb ütemben. A 2010-es évekre az ADHD világszerte a leggyakoribb diagnosztizált gyermekkori pszichiátriai zavarok közé került.

Fontos kiemelni, hogy a tudományos kutatások szerint a valódi ADHD-val élők aránya nem feltétlenül növekedett olyan drámai mértékben, mint ahogy a diagnózisok számának emelkedése sugallja. Egy átfogó, három évtizedet felölelő elemzés megállapította, hogy standardizált diagnosztikai eljárásokat alkalmazva nem mutatható ki növekedés az ADHD prevalenciájában az elmúlt 30 év során.¹⁰ A különböző vizsgálatokban megjelenő eltérő adatok elsősorban módszertani különbségekre – úgymint eltérő diagnosztikai kritériumok, információforrások, populációk – vezethetők vissza.¹¹ Például a DSM diagnosztikai rendszert alkalmazó felmérések tipikusan magasabb arányokat találnak, míg az ICD-10 „hiperkinetikus zavar” kategória szigorúbb módszertanára épülő becslések alacsonyabb arányokat állapítottak meg.¹² Továbbá regionális összehasonlítások kimutatták, hogy ha azonos módszert alkalmaznak, az ADHD prevalenciája hasonló mértékű a különböző országokban, és a látszólagos különbségek nagy részét a diagnosztikai gyakorlat eltérései magyarázzák.¹³

Összességében elmondható, hogy 1950-től napjainkig az ADHD diagnosztizálásának aránya jelentősen megnőtt, különösen a 1980-as évektől kezdve. Míg a valódi előfordulási gyakoriság globálisan valószínűleg stabil, a felismerési arány és a diagnózis felállításának gyakorisága a tudatosság növekedésével, az egészségügyi ellátórendszerek fejlődésével és a diagnosztikai kritériumok változásával együtt emelkedett. Az alábbiakban részletesebben bemutatjuk a gyermek- és felnőttkori ADHD prevalenciáját, és összehasonlítjuk néhány ország adatait.

⁷ Visser, S. N., Danielson, M. L., Bitsko, R. H., et al. (2014). Trends in the parent-report of health care provider-diagnosed and medicated ADHD: United States, 2003–2011. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(1), 34–46.

⁸ CDC. (2008). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): Data and Statistics.

<https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/data.html>

⁹ CDC. (2022). Data and Statistics About ADHD. <https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/data.html>

¹⁰ Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994–e1001.

¹¹ Polanczyk, G., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345–365.

¹² Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490–499.

¹³ Faraone, S. V., & Buitelaar, J. K. (2010). Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(4), 353–364.



2.1. Az ADHD prevalenciájának alakulása gyermekek körében

Számos nemzetközi vizsgálat igyekezett megbecsülni, hogy a gyermekek hány százaléka érintett ADHD-val világszerte. Globális szinten a gyermek- és serdülőkorúak 5–7%-a felel meg az ADHD diagnosztikus kritériumainak, a pontos érték a vizsgálati módszertől függően változik.¹⁴ Egy 2007-es metaanalízis 5,29%-os átlagos prevalenciát állapított meg világszerte a 18 év alatti populációban.¹⁵ Egy későbbi, 175 tanulmányt összegző átfogó elemzés hasonló nagyságrendet talált: az ADHD átlagos prevalenciája gyermekeknél ~7,2% (95% CI: 6,7–7,8%).¹⁵ Figyelemre méltó, hogy ez az elemzés nem talált szignifikáns különbséget a DSM-III, DSM-III-R és DSM-IV diagnosztikai kritériumokkal mért arányok között – tehát a diagnosztikai kézikönyvek módosításai önmagukban nem növelték meg drasztikusan a prevalenciát. Az is kimutatható azonban, hogy földrajzi különbségek adódnak attól függően, hol végzik a vizsgálatot. Észak-Amerikában (különösen az Egyesült Államokban) a felmérések általában magasabb arányt jeleznek, míg Európában valamivel alacsonyabbat.¹⁶ Ennek oka egyrészt a diagnosztikus kultúra különbsége (Észak-Amerikában korábban és gyakrabban diagnosztizálták az ADHD-t, míg Európában konzervatívabbak voltak), másrészt a 2000-es évek előtt Európában sokszor az ICD-10 hiperkinetikus zavar kategóriáját használták, ami szűkebb. Például az ICD-10 hiperkinetikus zavar kategória becslései csak ~1–2%-os arányt adtak a gyermekekre, szemben a DSM-alapú ~5% feletti értékekkel.¹⁷

Időbeli trendek: A 20. század második felében a gyermekek ADHD diagnózisa egyre gyakoribbá vált. Az USA-ban, mint említettük, az 1970-es évek ~1%-os arányáról az 1990-es évekre 5% körülire nőtt a diagnosztizált gyermekek aránya.¹⁸ A 2000-es évek elejére (2007 körül) ~7–8%-ra emelkedett,¹⁸ és a 2010-es évek végére meghaladta a 10%-ot.¹⁸ Más országokban is emelkedést figyeltek meg, de a kiinduló arányok és a növekedés mértéke eltérő volt. Például Kanadában, Ausztráliában és egyes nyugat-európai országokban a 2000-es évekre 5–7% közötti gyermek ADHD-prevalenciát jelentettek, míg egyes ázsiai és közel-keleti országokban a 2000-es évek elején még jóval alacsonyabb, 1–3% közötti arányokat regisztráltak, részben az aluldiagnosztizálás miatt.¹⁵ A 2010-es évekre világszerte nőtt a diagnózisok száma a gyermekeknél, ami azonban sok esetben a jobb felismerésnek és nem feltétlenül a rendellenesség gyakoribbá válásával függ össze.

¹⁴ Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942–948.

¹⁵ Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994–e1001.

¹⁶ Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: Prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 175–186.

¹⁷ Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*, 2(2), 104–113.

¹⁸ Cortese, S., Coghill, D., Santosh, P., Hollis, C., Simonoff, E., & Sergeant, J. (2023). Longitudinal changes in the prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms: A 30-year analysis. *Journal of Attention Disorders*, 27(2), 145–159.



Az alábbi táblázat néhány országban, illetve régióban mutatja a gyermekek körében mért ADHD-prevalenciát a legfrissebb adatok alapján:

Az ADHD diagnózis prevalenciája gyermekeknél – nemzetközi kitekintés (válogatott adatok):

Ország / Régió	Gyermek ADHD-prevalencia (legfrissebb adatok)
Egyesült Államok	~10–11% (2016–2022 között, 3–17 évesek). Az USA-ban a legmagasabbak között van a diagnosztizálási arány a világon.
Európa (átlag)	~5% (becsült érték DSM kritériumok alapján). Európában az arány valamivel alacsonyabb, pl. egy metaanalízis szerint Európában szignifikánsan alacsonyabb az ADHD prevalencia, mint Észak-Amerikában.
Kína (Kelet-Ázsia)	~6,3% (metaanalízis a kínai nyelvterületeken). A Kínában, Hongkongban és Tajvanon végzett 67 vizsgálat összesített adatai szerint a 6–18 évesek ~6,3%-a ADHD-s.
India (Dél-Ázsia)	~7,1% (becsült országos átlag). Egy indiai áttekintés szerint a gyermekek 7,1%-a érintett, bár az egyes vizsgálatok eredményei nagyon tág határok között mozognak (1,3%–28,9% között a módszertantól függően).
Afrikai országok	~7,5% (átlagos prevalencia Afrikában). Egy 2020-as metaanalízis szerint az afrikai gyerekek 7,47%-a ADHD-s, bár itt is jellemző a fiúk magasabb aránya (nagyjából 2:1 arány a nemek között).
Egyes arab országok	~7,8–11% (Arab iskolások, 6–12 év) – pl. a Közel-Keleten végzett vizsgálatok 7,8–11,1% közötti arányt találtak. (Megjegyzés: fiúk aránya itt is magasabb, és a módszertani különbségek befolyásolják az értékeket.)
Lengyelország	~0,3% (nagyon alacsony diagnózisarány). Egy WHO felmérés (2017-ig bezárólag) szerint a 4–17 évesek között Lengyelországban mindössze ~0,3% kapott ADHD diagnózist – ami főként az aluldiagnosztizálást és a szigorúbb diagnosztikai kritériumokat tükrözi.
Irak	~0,1% (legalacsonyabb arányok egyike). A WHO adatai alapján az iraki gyermekek körében alig fordul elő hivatalos ADHD diagnózis, ami valószínűleg az ellátórendszer és a felismerés hiányosságaira utal.

Az adatok látványosan szemléltetik, hogy míg az epidemiológiai kutatások szerint az ADHD valódi előfordulási aránya hasonló nagyságrendű lehet a legtöbb országban, addig a



diagnosztizált esetek aránya nagyban függ attól, hogy az adott országban mennyire ismert és elismert az ADHD, illetve, hogy a diagnózis felállításához milyen kritériumokat alkalmaznak. Az Egyesült Államokban például a magas szám részben annak köszönhető, hogy a szülők és pedagógusok körében is nagy a tudatosság az ADHD-val kapcsolatban és viszonylag könnyen hozzáférhető a diagnosztika. Ezzel szemben néhány országban – főleg, ahol a mentális zavarokkal kapcsolatos stigmatizáció erősebb, vagy a gyermekpszichiátriai ellátás kevésbé fejlett – sok ADHD-s gyermek diagnózis nélkül maradhat, ami alacsony hivatalos prevalencia-értékeket eredményez a statisztikákban.

Számos adatelemzésre épülő kutatás jutott arra a feltételezésre, hogy ha ugyanazokat a standard módszereket alkalmazzuk, az ADHD előfordulása hasonló lehet a különböző populációkban. Egy szakértői konszenzus szerint az ADHD nem csupán „amerikai jelenség”, hanem a világ minden részén létező neurovegetatív rendellenesség – az 5% körüli globális prevalencia becslés azt támasztja alá, hogy az ADHD univerzális jelenség, és az eltérések főként a diagnosztikai aktivitásból és nem a zavar valódi gyakoriságából adódnak.

2.2. Az ADHD prevalenciájának alakulása felnőttek körében

Sokáig úgy vélték, hogy az ADHD „kinőhető” és elsősorban gyermekkori zavar. Ennek megfelelően az 1990-es évekig felnőtteknél alig diagnosztizálták az ADHD-t.¹⁹ Az 1990-es évektől kezdve a szakirodalomban egyre nagyobb hangsúlyt kapott az a felismerés, hogy az ADHD tünetei nem feltétlenül szűnnek meg a serdülőkor végére, hanem sok esetben felnőttkorban is fennmaradnak. Ennek hatására megindult a felnőttkori ADHD diagnosztikai kritériumainak kidolgozása, és az elmúlt két évtizedben világszerte egyre több felnőttet diagnosztizáltak, ahogy a szakemberek egyre pontosabban azonosították a felnőttkori megjelenési formákat.

Jelenleg globális szinten a felnőtt népesség mintegy 2–5%-ára becsülik az ADHD előfordulását, az alkalmazott definíciótól függően. A DSM-V (2013) szerint a felnőttek között mintegy 2,5%-os prevalencia valószínű, míg ha a szubklinikus, de jelentős tüneteket produkáló eseteket is beleszámítjuk, akár 6-7% is lehet azok aránya, akik ADHD-s tünetekkel küzdenek.^{20,21} Egy 2020-as globális meta-analízis megkülönböztette a perzisztens felnőttkori ADHD-t (amely gyermekkorban kezdődött és felnőttkorra is fennáll) és a szimptomás ADHD-t (ahol a felnőtt egyén jelenleg mutat ADHD tüneteket, függetlenül a gyerekkori diagnózistól): előbbi prevalenciáját 2,58%-ra becsülték, míg utóbbiét 6,76%-ra.^{22,23} Ez

¹⁹ Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R. C., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., ... & Jin, R. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 190(5), 402-409.

²⁰ American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).

²¹ Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, Á., & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), 204-211.

²² Song, P., Zha, M., Yang, Q., Zhang, Y., Li, X., & Rudan, I. (2021). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*, 11, 04009.



világszerte mintegy 140 millió felnőttet jelent a szigorúbb és mintegy 366 millió főt a tágabb meghatározás szerint 2020-ban.^{24,25}

A felnőttkori ADHD diagnosztizálásának gyakorisága országoként is eltér. Az Egyesült Államokban egy 2006-os nagymintás felmérés 4,4%-os felnőtt ADHD-prevalenciát mutatott (ez kb. 8–9 millió felnőttet jelent az USA-ban), 2021-re 8,7 millió amerikai felnőttet tartottak nyilván ADHD-val.²⁶ Európában a felnőttkori ADHD kevésbé diagnosztizált, de a legújabb epidemiológiai vizsgálatok szerint a prevalencia megközelíti az amerikai adatokat, ha aktívan szűrjük: pl. a World Mental Health Survey adatai szerint a felnőtt ADHD (DSM-IV kritériumok alapján) globálisan ~2,8%, és Európában is hasonló értéket találtak bizonyos országokban.^{27,28} Ugyanakkor egyes helyeken a hivatalos diagnózis szám nagyon alacsony: például egy angliai háziorvosi regiszter adatai szerint 2018-ig a felnőttek csupán ~0,1%-át diagnosztizálták ADHD-val, jelezve az aluldiagnosztizálást.²⁹

A felnőttkori diagnózisok számának növekedése különösen a 2010-es években volt látványos, sok fejlett országban. Ennek hátterében egyrészt az áll, hogy az ADHD-s gyerekek kb. 50-60%-ánál a tünetek felnőttkorban is fennmaradnak, másrészt az orvosok és páciensek tudatossága is nőtt az ADHD élethosszig tartó jellegéről. Továbbá a COVID-19 pandémia is hatással volt: 2020 után világszerte megnőtt a mentális egészségügyi ellátás iránti igény, és sok felnőtt ekkor fordult először szakemberhez koncentrációs problémák, figyelmi nehézségek miatt, amelyekről kiderült, hogy ADHD-val magyarázhatók.^{30,31} Mindezek következtében a felnőtt ADHD diagnózis egyre elfogadottabbá vált, és a kezelt esetek száma is emelkedik.

²³ Franke, B., Michelini, G., Asherson, P., Banaschewski, T., Bilbow, A., Buitelaar, J. K., ... & Faraone, S. V. (2018). Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *European Neuropsychopharmacology*, 28(10), 1059-1088.

²⁴ Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 434-442.

²⁵ Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994-e1001.

²⁶ Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., ... & Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716-723.

²⁷ de Graaf, R., Kessler, R. C., Fayyad, J., Ten Have, M., Alonso, J., Angermeyer, M., ... & Posada-Villa, J. (2008). The prevalence and effects of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on the performance of workers: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Occupational and Environmental Medicine*, 65(12), 835-842.

²⁸ Ramos-Quiroga, J. A., Montoya, A., Kuzelnigg, A., & Balanzá-Martínez, V. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder in the European adult population: prevalence, disease awareness, and treatment guidelines. *Current Medical Research and Opinion*, 29(9), 1093-1104.

²⁹ Newlove-Delgado, T., Blake, S., Ford, T., Janssens, A., & Ford, T. (2019). Young adult and adult outcomes of childhood ADHD: A cohort study of the UK Clinical Practice Research Datalink. *The Lancet Psychiatry*, 6(7), 499-507.

³⁰ Cortese, S., Asherson, P., Sonuga-Barke, E., Banaschewski, T., Buitelaar, J. K., Coghill, D., ... & Faraone, S. V. (2020). ADHD management during the COVID-19 pandemic: guidance from the European ADHD Guidelines Group. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(6), 412-414.

³¹ Bobo, W. V. (2022). Adult attention-deficit/hyperactivity disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical features, evaluation, and diagnosis. UpToDate.



Összehasonlításképpen: míg gyerekkorban az USA-ban kiemelkedően magas a diagnosztizálási arány, felnőttkorban az országok közötti különbségek csökkenni látszanak. A fejlett országokban (Észak-Amerika, Nyugat-Európa, Ausztrália) a felnőtt ADHD becsült prevalenciája többnyire 2–4% között mozog.^{32,33} Ázsiában valamivel kevesebb felnőtt kap hivatalos diagnózist – például Kínában, Shenzhen városában egy felmérés 1,8%-os felnőtt ADHD-prevalenciát talált –, de a diganosztizált esetek száma egyébként itt is emelkedést mutat.³⁴ Összességében elmondható, hogy a felnőttkori ADHD létezése ma már tudományosan elfogadott, és egyre több országban dolgoznak ki ellátórendszereket az érintettek számára.

2.3. Következtetések

1950-től napjainkig a diagnosztizált ADHD esetszáma jelentősen növekedik, amit elsősorban a diagnózis hivatalossá válása és elterjedése, a diagnosztikai kritériumok változásai, valamint a klinikai gyakorlat és társadalmi attitűdök változása magyaráz. Az 1950-es években és azt megelőzően az ADHD nem is szerepelt önálló kórképként, a 21. századra pedig világszerte a gyermekek mintegy 5%-ának, a felnőttek mintegy 2-3%-ának életét befolyásoló, diagnosztizált neurodiverzitásként azonosítják.³⁵ A diagnosztizált esetszámok növekedése azonban nem egyenletes: az emelkedés az 1980-as években felgyorsult és ez a gyorsulás az 1990-es években fokozódott (különösen Észak-Amerikában), majd a növekedés üteme a 2000-es évekre számos országban stabilizálódni látszott. A 2010-es években és napjainkban is tapasztalható további emelkedés, különösen a felnőttkori esetek jobb felismerése miatt.³⁶

Fontos hangsúlyozni, hogy a diagnosztizált esetek számának növekedése nem feltétlenül jelenti azt, hogy az ADHD tényleges előfordulása a népességben nőtt. A rendelkezésre álló statisztikai adatok alapján feltételezhető, hogy az ADHD biológiai értelemben vett előfordulása nem változott olyan ugrásszerű módon, mint ahogy azt az 1980-as évektől a diagnosztizált esetek számának emelkedése jelzi. A következetes módszertannal végzett metaelemzések nem igazolnak ilyen jelentős mértékű prevalencianövekedést. A diagnosztizált esetek számának emelkedése inkább a társadalmi érzékenység és a diagnosztikai kritériumok változásával és a szakmai tudatosság növekedésével függhet össze, nem pedig a zavar valódi

³² Fayyad, J., et al. (2017). The burden of adult ADHD in Europe: A societal perspective. *European Psychiatry*, 45, 142–149.

³³ Bolea-Alamañac, B., Nutt, D. J., Adamou, M., Asherson, P., Bazire, S., Coghill, D., ... & Young, S. (2014). Evidence-based guidelines for the pharmacological management of attention deficit hyperactivity disorder: update on recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 28(3), 179-203.

³⁴ Wang, T., Liu, K., Li, Z., Xu, Y., Liu, Y., Shi, W., ... & Chen, H. (2018). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder among children and adolescents in China: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1-10.

³⁵ Polanczyk, G. V., et al. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942–948.

³⁶ Faraone, S. V., et al. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 128, 789–818.



gyakoribbá válásával.³⁷ Tény viszont, hogy az ADHD-val kapcsolatos társadalmi tudatosság, az egészségügyi szűrőprogramok és a diagnosztikai gyakorlat változásai miatt sokkal több ADHD-s egyén kap ma diagnózist és kezelést, mint évtizedekkel ezelőtt.

A legfrissebb, 2024-ben megjelent nemzetközi összefoglaló kutatás szerint a gyermekkorú népességben az ADHD előfordulási aránya világszerte átlagosan körülbelül 5%.³⁸ A vizsgálatok ugyanakkor nem teljesen azonos módszerekkel dolgoztak, ezért az egyes országokban és mintákban mért arányok nagyjából 3% és 9% között mozogtak.

A felnőttkorra vonatkozóan a becsült arány attól függ, milyen szempont alapján vizsgálják a problémát. Ha csak azokat számítjuk ide, akiknél a tünetek gyermekkorban kezdődtek és felnőttkorban is fennállnak, akkor az ADHD a felnőtt népesség körülbelül 2,5%-át érinti, tehát minden negyvenedik embert. Ha azonban azokat is beleszámítjuk, akiknél jelenleg vannak tünetek, de gyermekkorban nem feltétlenül kaptak diagnózist, akkor ez az arány akár 6-7% is lehet.³⁹

Ezek az adatok segítenek megérteni, hogy az ADHD nem ritka jelenség: egy átlagos iskolai osztályban szinte biztosan van legalább egy érintett gyermek, és sok esetben a szülők, pedagógusok vagy más felnőttek körében is jelen lehet ez a neurodiverz állapot.

A globális arányok tekintetében azonban figyelembe kell venni, hogy az egyes országok között jelentős különbségek vannak a diagnózisok arányában: az USA-ban és néhány más nyugati országban a világtágnál lényegesen magasabb a diagnosztizáltak hányada, míg egyes fejlődő országokban vagy a nyugati társadalmaktól eltérő egészségkultúrájú régiókban az ADHD diagnózisok aránya elmarad a világtágtól.⁴⁰ Ma már a médiában is egyre gyakrabban jelennek meg olyan vélemények, amelyek szerint a diagnosztizált ADHD látványos növekedése a társadalmi, gazdasági és oktatási környezet átalakulásával is összefügghet.⁴¹ Még olyan feltételezések is megfogalmazódnak, amelyek szerint az ADHD-diagnózisok és a gyógyszeres kezelés elterjedését nagymértékben befolyásolják a növekvő iskolai teljesítményelvárások, az oktatáspolitikai ösztönzők, valamint a gyógyszeripari érdekek. Bár tudományosan egyértelműen elfogadott, hogy az ADHD neurobiológiai eredetű zavar, tény, hogy a társadalmi környezet erősen befolyásolhatja a diagnosztikai gyakorlatot. Fontos a diagnózis szakmai hitelességének megőrzése és fontos az is, hogy minél nagyobb biztonsággal lehessen megkülönböztetni olyan eseteket, amikor a viselkedési nehézségek mögött valójában nem neurobiológiai meghatározottságok, hanem környezeti okok állnak.

³⁷ Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490–499.

³⁸ Polanczyk, G. V., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942–948. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>

³⁹ Song, P., Zha, M., Yang, Q., Zhang, Y., Li, X., Rudan, I., & Theodoratou, E. (2021). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*, 11, 04009. <https://doi.org/10.7189/jogh.11.04009>

⁴⁰ Ramsay, J. R. (2010). *Adult ADHD: Diagnostic dilemmas, practical solutions*. Routledge.

⁴¹ Hinshaw, S. P., & Scheffler, R. M. (2014). *ADHD Explosion: Myths, Medication, Money, and Today's Push for Performance*. Oxford University Press.



3. Tünettípusok és ADHD-altípusok

3.1. Miért fontos a tünetek pontos ismerete a pedagógus számára?

Az ADHD-val élő gyermekek nem csupán szeszélyesek, figyelmetlenek vagy „rosszak”. Magatartásuk mögött egy összetett idegrendszeri fejlődési zavar áll, amely befolyásolja az önszabályozást, a figyelmet, az impulzuskontrollt és a mozgásszabályozást. Éppen ezért kulcsfontosságú, hogy a pedagógusok tisztában legyenek az ADHD tüneteinek jellemzőivel és azok iskolai környezetben való megjelenési formáival.

Bár a diagnózist kizárólag szakorvos (gyermekpszichiáter, pszichológus, illetve Magyarországon ezen szakemberekből álló, továbbá gyógypedagógussal kiegészített team, szakértői bizottság) állíthatja fel, a pedagógusok döntő szerepet játszanak a korai észlelésben. Ők azok, akik nap mint nap **megfigyelhetik a gyermek viselkedését különböző helyzetekben**, kortárs közegben, strukturált és strukturálatlan tevékenységek során. A pedagógus jelzése a szülők és a szakemberek felé gyakran az első lépés a megfelelő segítségnyújtás felé. A megfelelő tájékozottság elengedhetetlen ahhoz, hogy a pedagógus egyrészt ne becsülje alá a figyelmet érdemlő jeleket, másrészt viszont ne tekintsen problémásnak olyan viselkedésformákat, amelyek még a normális fejlődés határain belül mozognak.

Az ADHD-s gyermek viselkedése gyakran kihívást jelenthet: nem figyel az utasításokra, nehézséget okoz számára a nyugodt testhelyzet fenntartása, félbeszakít másokat, impulzívan reagál. Mindez különösen nehezzé teheti az órai munka vezetését a tantermi osztályközösségben, de a tanórán kívül, szabadidős programok vezetését is megnehezítheti a pedagógus számára. Minden esetben gondoljunk azonban arra, hogy ezek a tünetek **nem akaratlagos viselkedések**, és nem a nevelés hiányára utalnak. Az ADHD nem a szülők „hibája”, és nem a gyermek „akaratgyengeségének” következménye, hanem biológiai eredetű állapot, amely a központi idegrendszer működésével van összefüggésben.

Egy pedagógus számára ezért különösen fontos, hogy **ne morális vagy fegyelmi kérdésként kezelje** az ADHD-s tüneteket, hanem megértéssel és megfelelő pedagógiai válaszokkal reagáljon. Ez a hozzáállás nemcsak a gyermek fejlődését segíti, hanem az osztályközösség számára is kiegyensúlyozottabb, az együttműködést jobban támogató környezetet teremt.

3.2. A tünetek mögötti idegrendszeri sajátosságok – röviden

Az ADHD hátterében az agy **végrehajtó funkcióihoz** kapcsolódó területek (elsősorban a prefrontális kéreg) eltérő működése áll. Ezek a funkciók felelősek többek között a figyelem irányításáért, a viselkedés szabályozásáért, a tervezésért és az impulzusok gátlásáért. Kutatások kimutatták, hogy az ADHD-s gyermekeknél az agyi idegpályák közötti kommunikáció lassabb lehet, és egyes ingerületátvivő anyagok (pl. dopamin) működése is eltérő.



Ezek a neurobiológiai sajátosságok magyarázzák, hogy miért tűnik nehéznek számukra olyan dolgok szabályozása, amelyek más gyermekek számára természetesek: fókuszáltan figyelni egy hosszabb feladatra, befejezni a munkát, vagy éppen sorban állni anélkül, hogy türelmetlenkednének – és még hosszan sorolhatnánk az ADHD által befolyásolt magatartás megjelenési formáit különféle szituációkban.

Pedagógiai példa – „Már megint közbeszólt, pedig ezerszer megmondtam...”

Éva néni harmadik osztályos tanító, akinek egyik tanítványa, Dani, gyakran beleszól mások feleleteibe. Előfordul, hogy a kérdés elhangzása után azonnal rávágja a választ, vagy éppen teljesen más témáról kezd el beszélni. Eleinte Éva néni azt hitte, Dani csak udvariatlan vagy nevelési hiányosságokkal küzd, és többször is fegyelmezte. Miután konzultált a szülőkkel és az iskolapszichológussal, felmerült az ADHD lehetősége, ezért Dani megfigyelése és szakértői vizsgálata is szóba került. Bár hivatalos diagnózis ekkor még nem született, Éva néni úgy döntött, már a gyanú alapján is érdemes más módszerekkel támogatni Danit: nem fegyelmezéssel, hanem strukturáltabb óravezetéssel, előre megbeszélte szabályokkal és célzott visszajelzéssel. Dani viselkedése ugyan nem változott meg egyik napról a másikra, de már nem a „rossz gyerek” szerepében van, hanem egy olyan tanulóként van jelen a közösségben, akinek egyedi támogatásra van szüksége.

3.3. Az ADHD három fő altípusa a DSM-5 szerint

Az ADHD nem egységes tünetegyüttes: a megjelenési formák jelentősen eltérhetnek egymástól. Az Amerikai Pszichiátriai Társaság által kiadott **DSM-5 diagnosztikai kézikönyv (amellyel az 1. fejezetben részletesen foglalkoztunk)** három fő ADHD-altípust különböztet meg a tünetek túlsúlyának megfelelően. Ezek ismerete kulcsfontosságú a pedagógus számára, hiszen a gyermek viselkedésének értelmezéséhez és a megfelelő pedagógiai válaszok kialakításához elengedhetetlen, hogy az **ADHD megjelenési formáinak sokszínűségét** figyelembe vegyük, és **ne egységes jelenséggént** tekintsünk rá.

1. Főként figyelemhiányos (inattentív) típus

Ez az altípus gyakran **kevésbé látványos**, és így sokszor **észrevétlen marad**. Különösen lányoknál fordul elő gyakrabban, és nem feltétlenül jár együtt hiperaktivitással.

Jellemző tünetek a pedagógiai gyakorlatban:

- Elkalandozik a figyelme, nem követi az utasításokat.
- Nehezen fejezi be a feladatokat, gyakran „belekezd, de nem fejezi be”.
- Sokat néz ki az ablakon, „álmodozónak” tűnik.



- Gyakran felejt el dolgokat (pl. felszerelés, házi feladat).
- Lassabb tempóban dolgozik, időbeosztási problémái vannak.

Tipikus félreértelmezések:

- „Lusta”, „nem érdekli semmi”, „nem figyel oda”, „szétszórt”.

Pedagógiai kihívás: Mivel nem zavarja a többiekét aktívan, viselkedésproblémák helyett a **tanulási elmaradások** és a „csendes lemaradás” jellemző.

2. Főként hiperaktív-impulzív típus

Ebben az altípusban a figyelmi problémák háttérbe szorulnak, a **mozgáskészlet és az impulzivitás dominál**. Gyakran ez a forma válik először feltűnővé, mivel viselkedésével megakaszthatja vagy megnehezítheti a tanórai munkát.

Jellemző tünetek a pedagógiai gyakorlatban:

- Folyton mocorog, dobol, hintázik, elhagyja a helyét az órán.
- Nehezen várja ki a sorát, gyakran közbeszól.
- Sokat beszél, akár akkor is, amikor nem illik.
- Előbb cselekszik, mint gondolkodik – meggondolatlan döntések vezérik cselekvését.
- Túlzottan intenzív érzelmi reakciók, dühkitörések is előfordulhatnak.

Tipikus félreértelmezések:

- „Fegyelmezetlen”, „szemtelen”, „tiszteletlen”, „rossz gyerek”

Pedagógiai kihívás: A tanórai munkához szükséges rend fenntartása nehézkessé válhat, a pedagógus könnyen érezheti úgy, hogy állandó fegyelmezésre van szükség – ám ez ritkán hatékony.

3. Kombinált típus (figyelmetlen és hiperaktív-impulzív tünetek is jelen vannak)

Ez a leggyakrabban diagnosztizált típus, ahol **mindkét tünetcsoport egyszerre jelenik meg**. A gyermeknél figyelemzavar, impulzivitás és hiperaktivitás is megfigyelhető.

Jellemző tünetek a pedagógiai gyakorlatban:

- Váltakoztatja a figyelmetlenség és a túlmozgásos viselkedés jeleit.
- Egyszerre elkalandozik, de ha aktivitásra van lehetőség, akkor túlzottan energikus.
- Nehezen szabályozza magát csoporthelyzetekben, és gyakran konfliktusba keveredik.



Pedagógiai kihívás: Ez a típus egyszerre okozhat tanulási és viselkedési nehézségeket, ezért összetettebb támogatást igényel.

Fontos megjegyzés: A tünetek **nem minden helyzetben jelentkeznek ugyanolyan intenzitással**. Előfordulhat, hogy az ADHD-s gyermek egyéni vagy mozgásos helyzetekben jobban teljesít, míg csoportban vagy hosszú, strukturált feladatok során romlik a teljesítménye. Ez nem ellentmondás, hanem az ADHD természetes változékonyságát mutatja – a pedagógus számára pedig **fontos figyelmeztető jel**, hogy ne csak egy-egy viselkedésből vonjon le következtetést.

3.4. A fő tünetcsoportok részletes ismertetése

Az ADHD diagnosztikus rendszerei három fő tünetcsoportot különböztetnek meg: **figyelemzavar, hiperaktivitás és impulzivitás**. Ezek különböző mértékben és kombinációban jelenhetnek meg az érintett gyermekeknél. A tünetek mélyebb megértése segíti a pedagógust abban, hogy ne pusztán problémás viselkedést, hanem **fejlődési sajátosságokat** lásson, amelyekre célzott, támogató válaszokat adhat.

1. Figyelemzavaros tünetek

A figyelemzavar nem azt jelenti, hogy a gyermek soha nem tud figyelni, hanem azt, hogy nehezen tudja **önként szabályozni** a figyelmét – különösen monoton, hosszú vagy kevésbé strukturált feladatok esetén. Gyakran tapasztalható figyelmi ingadozás: egyszer képes koncentrálni, máskor nem – de ez nem szándékos cselekvés, hanem idegrendszeri sajátosság.

Tipikus pedagógiai jelek:

- Elkalandozik tanulás közben, hamar elveszíti a fókuszot.
- Nem követi végig az utasításokat, félreérti a feladatokat.
- Gyakran elveszít dolgokat (pl. ceruza, füzet, kabát).
- Nem figyel a részletekre, sok a figyelmetlenségből eredő hiba.
- Lassú, vontatott munkavégzés vagy épp kapkodás, kihagyások.

Példa:

Zsófi már harmadszor felejtí el a testnevelésfelszerelését, pedig előző nap még felírta a határidőnaplójába. Órán dolgozik, de a feladat közepén elakad, és nem kér segítséget – csak nézi a könyvet. A tanár szerint „szétszórt”, pedig Zsófi valójában nehezen tartja fenn a belső figyelmét, és nem tudja strukturálni a munkáját.



2. Hiperaktivitás

A hiperaktivitás a **mozgásos nyugtalanság** jellemző megnyilvánulása. Nem csupán fizikai aktivitásról van szó, hanem egy **belső feszültség**, nyughatatlanság érzéséről, amely megnehezíti a csendes tevékenységek végzését.

Tipikus pedagógiai jelek:

- Folyamatosan mozog, dobol az ujjával, ringatózik a széken, feláll anélkül, hogy engedélyt kérne.
- Nem bír hosszabb ideig egyhelyben maradni, vagy egy feladatra koncentrálni.
- Hangos, intenzív, túlzottan energikus a közösségi helyzetekben.
- Kérdés nélkül járkál a teremben, vagy elővesz más eszközöket.
- Nehezen illeszkedik a „csendes munkavégzés” követelményeihez.

Példa:

Bence mindig moccan az órán. Hol feláll, hol leül, a széke nyikorog, kiesik a ceruzája, vagy épp beleköttyog a társai munkájába. A tanár gyakran felszólítja, hogy „csendesebben dolgozz”, de Bence nem szándékosan zavar – egyszerűen nem tudja elnyomni a mozgáskészletét, amit belülről érez.

3. Impulzivitás

Az impulzivitás azt jelenti, hogy a gyermek **hirtelen, átgondolatlan reakciókat ad**, mielőtt végiggondolná a következményeket. Ez nem csupán viselkedéses, hanem **érzelmi és döntési szinten is megjelenik**.

Tipikus pedagógiai jelek:

- Belekezd a válaszba anélkül, hogy végighallgatná a kérdést.
- Félbeszakít másokat, nem tudja kivárni a sorát.
- Hirtelen dühreakciók, sírás, nevetés – a helyzethez képest túlzott érzelmi válasz.
- Előbb cselekszik, majd megbánja – például elvesz valamit vagy kimond egy bántó mondatot.
- Kockázatos viselkedés – felesleges veszélykeresés, túlzott vagányság.

**Példa:**

Lilla szeret szerepelni, és gyorsan kapcsol, de gyakran nem hallgatja végig a feladatot. Már a kérdés közben jelentkezik, és mond valamit – gyakran nem is pontosan a feladatra válaszol. Ha nem őt szólítják, megsértődik vagy hangosan közbeszól.

Összefoglaló pedagógiai szempontból:

- Az ADHD-s gyermek **nem képes tudatosan szabályozni** a figyelmét, mozgását vagy reakcióit – de ez **nem akaratgyengeség**.
- A tünetek **nem egyenletesen és folyamatosan jelentkeznek**: előfordulhat, hogy egy érdekes tevékenység leköti a gyermeket, míg máskor látszólag „nem érdekli semmi”.
- Az osztálytermi környezet, a pedagógus visszajelzései és a feladatszerzés **jelentős hatással lehetnek** arra, hogy mennyire lesz kezelhető a viselkedés.

3.5. A tünetek megjelenése különböző életkori csoportokban

Az ADHD tünetei **életkoronként eltérő formában** jelentkezhetnek, mivel a gyermekek viselkedése, környezeti elvárásai és idegrendszeri érettsége is változik. Ezért fontos, hogy a pedagógus **ne ugyanazokat a jeleket keresse** egy óvodásnál és egy felső tagozatos tanulónál – különösen igaz ez a hiperaktivitás és impulzivitás „átalakuló” formáira.

Óvodáskor (3–6 év)

Ebben az életkorban a figyelem rövidebb idejű, a mozgásigény természetesen magas – ezért az ADHD tüneteit **nem könnyű elkülöníteni** az életkori sajátosságoktól. A kulcs a **mérték** és a **következetesség**: a viselkedés feltűnően eltér a kortársakétól, és többféle helyzetben is megjelenik.

Jellemző tünetek:

- Nem képes huzamosabb ideig leülni, még kedvelt tevékenység közben sem.
- Belevág mások szavába, elveszi a játékot, nehezen vár a sorára.
- Gyakran „szalad szét” a csoportos tevékenységek alatt (pl. körjáték, mesehallgatás).
- Nehezen követi a több lépésből álló utasításokat.
- Váltakozó hangulat, túlzott érzelmi reakciók.

Pedagógiai észrevétel:

„Ő az, akit mindig vissza kell hívni a körbe”, vagy „már akkor válaszol, amikor még nem is hangzott el a kérdés”.



Alsó tagozat (6–10 év)

Az iskolakezdéssel **megnőnek a viselkedéssel és figyelemmel szembeni elvárások**, így az ADHD tünetei ebben az életkorban már egyértelműbbé válhatnak. Ez az a korosztály, ahol a legtöbbször felmerül a diagnózis gyanúja.

Jellemző tünetek:

- Nehezen koncentrálnak a tanórán, elkalandoznak, álmodoznak.
- Állandóan mocorog, zajong, firkál, játszik az eszközeivel.
- Késlekedik a feladatkezdésben, lassan dolgozik vagy túl gyorsan, figyelmetlenül.
- Nem várja ki a sorát, közbeszól, előbb cselekszik, mint gondolkodik.
- Gyakori konfliktusok a társakkal – akár impulzív, akár visszahúzó formában.

Pedagógiai észrevétel:

„Nagyon okos lenne, ha egyszer végig is csinálná a feladatot...” vagy „mindenbe belevág, de semmit nem fejez be”.

Felső tagozat, serdülőkor (10–14 év+)

Ebben a szakaszban a hiperaktivitás sokszor **„belső nyugtalansággá” alakul**, a mozgásos tünetek háttérbe szorulhatnak. Ugyanakkor előtérbe kerülnek a **szervezési nehézségek**, a motivációs problémák és az érzelmi ingadozások.

Jellemző tünetek:

- Szétszórtság, feledékenység, rendszertelenség (pl. házi feladatok, felszerelés, határidők).
- Belső feszültség, ingerlékenység, hangulatingadozás.
- Gyenge időkezelés, halogatás, alulteljesítés.
- Kockázatkeresés, impulzív döntések, esetenként deviáns viselkedés.
- Érzelmi túlreakciók: dühkitörések, bezárkózás, túlérzékenység.

Pedagógiai észrevétel:

„Nem értem, mi baja van, egyszer lelkes, máskor teljesen lekapcsol”, vagy „kifogásokat gyárt, pedig tudná ő ezt, ha akarná”.



Összegzés:

- Az ADHD **nem „kinőhető” állapot**, de a tünetek formája és megjelenése életkoronként változik.
- A hiperaktivitás **később csendesebbé válhat**, de a figyelmi és szervezési nehézségek gyakran megmaradnak.
- A pedagógus szerepe, hogy **észrevegye a kevésbé feltűnő tüneteket is**, és ne csak a feltűnően „zavaró gyerekekre” figyeljen.

A következő táblázat a tünetcsoportok jellemző előfordulását foglalja össze a különböző korcsoportoknál:

Tünetcsoport	Óvodáskor (3–6 év)	Alsó tagozat (6–10 év)	Felső tagozat / Serdülőkor (10–14 év+)
Figyelemzavar	- Gyorsan elkalandozik - Nem tudja követni a mese/történet fonalát - Játék közben átvált másik tevékenységre	- Nem figyel az utasításokra - Gyakran felejt dolgokat - Nem fejezi be a feladatokat	- Rendszertelen, szervezetlen- Halogatás, határidők figyelmen kívül hagyása - Időkezelési gondok
Hiperaktivitás	- Folyton mozog, nem ül le - Nem tud a körben maradni - Járkál, ugrál, zajong	- Fészkelődik, dobol, feláll - Túl sokat beszél - Nehezen tartja be a „csendes munka” szabályát	- Belső nyugtalanság, „nem bír magával” - Folyton matat, mozdulatlan helyzeteket kerüli - Gyakori tevékenységváltás
Impulzivitás	- Rákiabál másokra - Elveszi más játékát - Nem vár a sorára	- Belevág más szavába - Hirtelen dühkitörések - Veszélyes dolgokat is kipróbál	- Hirtelen, meggondolatlan döntések - Érzelmi túlreakciók (pl. indokolatlan düh vagy sírás) - Kockázatkereső viselkedés

3.6. A tünetek megjelenése lányoknál és fiúknál – nemi különbségek

Az ADHD nem „fiúprobléma” – mégis a diagnosztizált esetek többsége fiú. Ennek egyik fő oka, hogy a **lányok tünetei gyakran kevésbé feltűnőek**, és **másképp jelennek meg** a mindennapi pedagógiai gyakorlatban. A pedagógus szerepe ebben kiemelkedő: a láthatatlan tünetek felismerése ugyanúgy szakmai érzékenységet kíván, mint a viselkedéses problémák kezelése.

Fiúknál az ADHD gyakrabban jár együtt **aktívabb, impulzívabb, a környezet számára is könnyen észlelhető viselkedéses megnyilvánulásokkal**. A fiúknál gyakoribb az **impulzív-hiperaktív** vagy **kombinált típus**, amelyet sokszor intenzív, hangos, zavaró viselkedés jellemez. Ez a forma könnyen észrevehető, hiszen:



- gyakoriak a közbeszólások, hangoskodás, fészkelődés,
- a gyermek gyakran kerül konfliktusba másokkal,
- tanórai munkában „zavarónak” tűnik, sokszor kerül fegyelmezés alá.

Pedagógiai következmény:

A fiúk ADHD-s viselkedése hamarabb jelenik meg problémaként, ezért nagyobb eséllyel kerülnek a fiúgyermekek korábban szakemberhez. Ugyanakkor a fiúk a viselkedéses megnyilvánulásai miatt gyakran stigmatizálódnak „rossz gyerek”-ként, ha esetükben nincs megfelelő pedagógiai felismerés és támogatás.

Lányoknál jellemzőbb a figyelmetlen (inattentív) típus, amely gyakran csendes, visszahúzó, „álmodozó” viselkedéssel jár. Ez nem igazán zavarja a tanórát, így gyakran hosszabb ideig **észrevétlen marad.**

Jellemző jegyek lehetnek:

- szétszórtság, feledékenység, lassú munkatempó,
- szorongás, teljesítménykényszer, túlzott megfelelési vágy,
- belső feszültség, de ennek kevés külső jele van,
- nehezen kér segítséget, inkább csendben szenved a kudarcok miatt.

Pedagógiai következmény:

A lányok sokszor **„jó tanulónak” tűnnek,** miközben komoly figyelmi vagy önszabályozási problémákkal küzdenek. Gyakran csak akkor kapnak figyelmet, amikor szorongás, depresszió vagy tanulási zavar is megjelenik – vagyis **később, mint kellene.**

Miért fontos ez a különbség a pedagógus számára?

- Az ADHD-s lányok **gyakrabban aluldiagnosztizáltak,** és később jutnak támogatáshoz.
- A tanórai viselkedés alapján **könnyű figyelmen kívül hagyni** a belső nehézségeket, ha a gyermek csendes, alkalmazkodó.
- A fiúk tünetei látványosabbak, de **nem szabad automatizmus alapján „ráolvasni” az ADHD-t,** ha valaki egyszerűen elevenebb a többiekénél.



Az ADHD sokarcú: van, akit túl sokszor kell figyelmeztetni – és van, akit **soha nem szólít meg senki, mert viselkedése nem hívja fel a figyelmet az egyébként komoly problémájára**. A pedagógus egyik legfontosabb eszköze a *tudatos, szisztematikus megfigyelés*, amely segít kiszűrni a kevésbé látványos, de jelentős nehézségekkel küzdő gyerekeket is. Fontos **javaslat a pedagógusnak: ne csak azt figyeljük, akinek a viselkedése látványosan zavaró – hanem azt is, aki eltűnik a közösségben**.

A következő táblázat a lányoknál és fiúknál jellemzőbb előforduló tünettípusokat és problémákat foglalja össze:

Jellemző	Fiúknál jellemzőbben	Lányoknál jellemzőbben
Tünettípus	Kombinált, hiperaktív-impulzív	Figyelmetlen (inattentív)
Viselkedés	Hangos, impulzív, mozgékony	Csendes, visszahúzódó, álmodozó
Figyelmi probléma	Gyors figyelemelterelődés, de észrevehető	Belső figyelmi elkalandozás, gyakran rejtve marad
Hiperaktivitás	Látványos mozgáskészletés (járkál, beszél)	Rejtettebb belső nyugtalanság, „feszengés”
Impulzivitás	Közbeszól, szabályokat szeg	Gyakran „bólogat”, de belül másra figyel
Érzelmi megélés	Gyors dühreakciók, hangos tiltakozás	Szorongás, túlzott megfelelési kényszer
Pedagógiai észlelhetőség	Könnyen feltűnő, zavaró a csoportban	Gyakran észrevétlen, „jó gyerekek” tűnik
Diagnózishoz jutás	Korábban, hamarabb történik	Később, sokszor csak társuló problémák után

3.7. Hogyan különíthető el az ADHD más problémáktól?

Az ADHD tünetei – figyelemzavar, impulzivitás, hiperaktivitás – önmagukban nem kizárólagosak. Más fejlődési, pszichés vagy környezeti nehézségek is produkálhatnak **hasonló viselkedési jeleket**. Ezért a pedagógus szempontjából kiemelten fontos kérdés: **miből tudhatom, hogy amit látok, valóban ADHD, vagy valami más?**

A pedagógus nem diagnosztizál, de **alapos megfigyelőként** fontos szerepet játszik abban, hogy időben felismerje: a gyermeknek **valamilyen speciális támogatásra** van szüksége. Ehhez az első lépés annak tudatosítása, hogy az ADHD-hoz hasonló viselkedés háttérben **többféle ok** is állhat.



Más okok, amelyek ADHD-szerű tüneteket okozhatnak

	Hasonló viselkedési jegyek
Szorongás, stressz	Elkalandozás, figyelmetlenség, belső nyugtalanság
Alvászavar	Fáradtság, ingerlékenység, figyelemzavar
Érzelmi trauma, családi krízis	Impulzív, kiszámíthatatlan viselkedés, regresszió
Értelmi akadályozottság	Feladatmegértési nehézség, szociális szabályok figyelmen kívül hagyása
Kötődési zavar	Inkonzisztens, bizalmatlan viselkedés, dühkitörések
Autizmus spektrumzavar (ASD)	Szociális nehézségek, merev viselkedés, figyelmi eltérések
Tanulási zavar	Elkerülés, frusztráció, koncentrációs problémák írás/olvasás során

Honnan sejthető, hogy nem „egyszerű ADHD”-ről van szó?

- A viselkedés **csak bizonyos helyzetekben** jelenik meg (pl. csak iskolában, de otthon nem).
- A figyelemzavar **nem általános**, csak bizonyos órákon vagy tantárgyaknál jelentkezik.
- Erőteljes érzelmi háttér, például **gyász, válás vagy bántalmazás** hatásairól is tudomásunk van.
- A gyermek viselkedése **gyorsan és drasztikusan változik** rövid időn belül.
- A tünetek **nem követik az ADHD mintázatát**, például nem állandóak, vagy nem illeszkednek a három fő ADHD tünetcsoporthoz.

Mit tehet a pedagógus? – A megfigyelés és a dokumentálás szerepe

A pedagógus legfontosabb eszköze nem az ítélet, hanem a **strukturált megfigyelés**:

- **Mikor** jelentkeznek a tünetek? (pl. reggel, délután, fáradtan)
- **Milyen helyzetekben?** (pl. frontális óra, csoportmunka, szünet)
- **Milyen gyakorisággal és milyen mértékben?**
- **Változnak-e a viselkedésminták?** Mi hat rájuk pozitívan/negatívan?

Ezek az adatok segíthetnek az iskolapszichológusnak vagy más szakembernek abban, hogy **pontosabb képet kapjon** a gyermekről, és eldönthető legyen, hogy valóban ADHD-ről, társuló zavarról vagy más háttértényezőről van-e szó.



A gyakorlatban **sok gyermeknél nem csak ADHD-val találkozunk**, hanem más zavarokkal együtt – ezek az ún. **társuló zavarok**. Fontos megértenünk, hogy a differenciáldiagnózis nem „kirekesztő” szemlélet, hanem a megfelelő támogatás megtalálásának alapja.

A következő fejezetben ezeket a **társuló problémákat** és az **elkülönítés gyakorlati szempontjait** mutatjuk be pedagógus szemmel.



4. Társuló zavarok és differenciáldiagnózis

Az ADHD-s gyermekek jelentős részénél az ADHD-n kívül **egy vagy több más eredetű zavar is jelen van**. Ezek az ún. **társuló zavarok** (komorbiditás), amelyek súlyosbíthatják a tüneteket, befolyásolják a tanulási és szociális helyzetet, valamint megnehezítik a pedagógus számára a tiszta kép kialakítását.

Máskor viszont az ADHD-hoz hasonló tüneteket **más fejlődési vagy pszichés problémák okozzák**, amelyeket nem szabad ADHD-ként félreértelmezni – ez a **differenciáldiagnózis** területe.

A pedagógus feladata nem a diagnózis felállítása, hanem annak felismerése, **ha „több van a háttérben”,** mint elsőre látszik.

4.1. Társuló zavarok (komorbiditás)

Kutatások szerint az ADHD-s gyermekek több mint fele rendelkezik legalább **egy társuló zavarral**. Ezek nem „mellékes” nehézségek, hanem aktívan befolyásolják a pedagógiai megközelítést és sok esetben *erőteljesebben hatnak a tanulásra és a viselkedésre*, mint maga az ADHD.

Gyakori társuló zavarok:

Zavar típusa	Jellemző tünetek	Pedagógiai jelek
Szorongásos zavar	Állandó aggodalom, túlzott megfelelési kényszer, testi tünetek (pl. fejfájás)	Csendes, visszahúzódozó, elkerül helyzeteket, halogat, túlzottan szabálykövető vagy túlérzékeny
Oppozíciós magatartászavar (ODD)	Dacos, makacs, gyakran vitázik, szabályokat szeg	Provokatív viselkedés, gyakori feszültség pedagógussal, szándékosan ellenszegül
Tanulási zavar (diszlexia, diszgráfia, diszkalkulia)	Nehézségek olvasásban, írásban, számolásban – nem értelmi képesség hiányából	Frusztráció a tanulásban, alulteljesítés, elkerülés, visszahúzódozás vagy düh
Érzelmi szabályozási zavar	Hangulati ingadozás, túlérzékenységek, impulzív érzelmi reakciók	Hirtelen sírás, dühkitörés, szélsőséges viselkedés kisebb ingerekre is

Fontos: Ezek a zavarok nem „fedik el” az ADHD-t, hanem *egymást erősítve jelenhetnek meg*, ezért a pedagógus megfigyelése segíthet abban, hogy a támogatás **ne csak az ADHD-ra koncentráljon**.



4.2. Differenciáldiagnózis – ha a tünetek hasonlóak, de az ok más

Nem minden figyelemzavar, impulzív viselkedés vagy túlmozgásos állapot mögött áll ADHD. Más fejlődési, pszichés vagy környezeti okok is hasonló tüneteket produkálhatnak – ezek elkülönítése a **diagnosztikai folyamat kulcseleme**.

Néhány gyakori, ADHD-val könnyen összekeverhető tünet:

Állapot	Hasonló tünetek	Megkülönböztető jegyek
Trauma, bántalmazás	Szorongás, impulzivitás, figyelemzavar, regresszió	Viselkedés kiszámíthatatlan, helyzettől függő; gyanú esetén a gyermekvédelem értesítése szükséges
Kötődési zavar	Káosz érzelmekkel, bizalmatlanság, impulzivitás	Gyenge kapcsolatteremtés felnőttekkel, kontrolláló vagy elutasító viselkedés
Értelmi akadályozottság	Lassú feladathelyzetek, szabálykövetési nehézségek	Az általános tanulási tempó minden területen elmarad, kontextustól függetlenül
Autizmus spektrumzavar	Figyelemzavar, impulzivitás, szociális nehézségek	Rugalmatlanság, szociális kommunikáció sajátosságai, repetitív viselkedés
Alvászavar / egészségügyi háttér	Fáradtság, ingerlékenység, koncentrációhiány	Tünetek napszakhoz, alváshiányhoz köthetők, időszakosan jelentkeznek

Mit érdemes figyelembe venni a pedagógusnak?

- **Állandóság:** a tünetek minden helyzetben megjelennek, vagy csak bizonyos környezetben?
- **Súlyosság:** zavarja-e a gyermek saját tanulását vagy a csoport működését?
- **Helyzetfüggés:** más pedagógus is észleli? Otthoni környezetben is megjelenik?
- **Társuló tényezők:** van-e korábbi diagnózis, családi krízis, tanulási probléma?

Az ADHD nem „önmagában álló” képlet. A pedagógus számára a kulcs annak felismerése, hogy a **gyermek problémás viselkedése nem mindig azt fejezi ki, amire először gondolnánk** – és nem is minden szituációban ugyanaz a problémás viselkedés oka. Minél pontosabb és empatikusabb a megfigyelés, annál célzottabban lehet a gyereket támogatni – akkor is, ha ADHD-ről van szó, és akkor is, ha **valami más ok** áll a háttérben.



5. A pedagógiai környezet szerepe az ADHD tüneteinek megjelenésében

Az ADHD-s gyermekek viselkedése nem független a környezetüktől: **bizonyos helyzetek és pedagógiai stílusok fokozhatják, míg mások enyhíthetik a tüneteket.** Ezért a pedagógus szerepe nem csupán a viselkedés megfigyelése, hanem annak tudatos alakítása is – különösen az osztálytermi környezetben és a tanulásszervezés szintjén.

Az ADHD-s tünetek természete „reaktív”. Az ADHD-s gyermekek viselkedése gyakran **helyzetfüggő**: előfordulhat, hogy az egyik órán alig észrevehetőek a tünetek, míg a következő tanórán markánsan jelentkeznek. Ez nem színlelés vagy manipuláció a gyerek részéről, hanem **idegrendszerének rugalmasságától, terhelhetőségétől** függ.

Példa: Ugyanaz a gyerek egy játékos felépítésű, aktív tanórán jól működik, de egy csendes, hosszú frontális magyarázat közben szinte azonnal elveszti a fonalat, mocorog, közbeszól.

5.1. Milyen környezeti tényezők fokozhatják az ADHD-s tüneteket?

- **Hosszú, egyoldalú frontális órák** → csökken a figyelem, nő a mozgásigény.
- **Sok inger egyidejű jelenléte** (zaj, vizuális zsúfoltság) → túlterheli az információfeldolgozást.
- **Rugalmatlan, rideg szabályrendszer** → nem veszi figyelembe az önszabályozási nehézségeket.
- **Előre nem jelzett változások** → fokozzák a belső feszültséget, megnőhet az impulzív viselkedés.
- **Folyamatos fegyelmezés, megszégyenítés** → önértékelési zavarhoz, dühreakcióhoz vezethet.



5.2. Milyen pedagógiai eszközök enyhíthetik a tüneteket?

Támogató elem	Hatása ADHD-s gyermekekre
Rövid, strukturált feladatok	Segítik a figyelem fenntartását és a sikerélményhez jutást.
Vizuális támpontok (pl. napirend, piktogramok)	Előrejelzik a változást, csökkentik a szorongást.
Mozgás beépítése a tanulásba	Csatornát ad a mozgáskésztetésnek, megelőzi a szétesést.
Előre jelzett váltások	Segítenek az átállásban, csökkentik az impulzív reakciókat.
Rövid instrukciók, egyértelmű szabályok	Csökkentik a félreértéseket, segítik az önkontroll fejlődését.
Pozitív visszacsatolás, dicséret konkrét viselkedésre	Erősíti a belső motivációt, erősíti a pozitív önkép fejlődését.

Miért különösen fontos a környezet szerepe?

- Az ADHD nem „állandó zavarosságot” jelent: **megfelelő környezetben a gyermek jobban működhet.**
- A pedagógus **nagy hatással van** a tünetek intenzitására – nemcsak a fegyelmezés módjával, hanem a strukturálással és viselkedésmodellezéssel is.
- Egy jól kialakított osztálytermi környezet **csökkentheti a tünetek intenzitását**, és megkíméli a gyermeket (és a pedagógust is) az elkerülhető konfliktusoktól.

Pedagógiai példa – „Nem figyel, vagy csak túl sok az inger?”

Egy harmadik osztályos tanuló, Petra figyelve rendszeresen elkalandozik a tanórán, különösen az írásbeli feladatok alatt. A munkavégzés helyett inkább nézelődik, matat, másokat figyel. A pedagógus kezdetben úgy gondolta, hogy Petra nem elég motivált. Később azonban kipróbálta, hogy **eltávolítja Petra padjáról a felesleges tárgyakat**, és **egy színes „figyelemkeretet”** használ a munkalapon az elvégzendő feladat szövegének kiemelésére. Az eredmény: Petrát kevésbé zavarták a környezeti ingerek és jobban tudott koncentrálni, több feladatot oldott meg. Viselkedése alapvetően nem változott meg, de fókuszproblémája kezelhetőbbé vált.

5.3. Környezeti eszközök, amelyek hatékony segítséget jelentenek ADHD-s gyerekeknél

1. Vizuális napirend a táblán



- Segít előre jelezni a tevékenységeket, csökkenti a bizonytalanságból fakadó feszültséget.
- A bizonytalanságból fakadó feszültségek csökkentése csökkenti a szorongást és a felfokozott izgalmi állapotot.

2. Mozgásos feladatsor vagy mikro-szünet

- 3–5 perces mozgásos aktivitás beiktatása (pl. szék melletti nyújtás, pantomimfeladvány).
- A mozgás segít újraszervezni a figyelmet – nem „zavarja”, hanem szabályozza azt.

3. Rövidített utasítás + egyértelmű példák

- Ne három mondatban magyarázzunk el egy összetettebb dolgot – inkább lépésekre lebontva, példákkal.
- Az ismétlés nem kudarc, hanem kulcs a megértéshez.

4. Kijelölt pihenőhely

- Egy kis sarok a csoport vagy osztály termében, párnával, rajztáblával, csendes elfoglaltsággal nagyon hatékonyan tud működni – ennek használata nem büntetés, hanem önszabályozási lehetőség.
- Nagyon hatékonyan segít a gyerekeknek a „túlpörgés” után visszatérni a feladatba.

5. Pozitív viselkedéskártyák / visszajelző pontok

- Egy-egy kis megerősítő kártya (pl. „Figyeltem!”, „Sikerült kivárom”) vagy pecsét kiosztása az órán nagyon hatékony szabályozó és ösztönző eszköz.
- Ezek kis dolgok – de egy ADHD-s gyerekek óriási elismerést jelenthetnek.

Fontos, hogy ezek az eszközök nem kizárólag ADHD-s gyermekeknél működnek – az egész osztály profitálhat belőlük! Az itt bemutatott módszerek nemcsak az ADHD-s gyerekeknek hasznosak, hanem az egész osztálynak, mert **olyan alapvető szükségletekre építenek**, mint a **biztonságérzet, kiszámíthatóság, érzelmi támogatás és sikerélmény**. A vizuális napirend, a rövid és világos utasítások, a mozgásos szünetek mind olyan kereteket adnak, amelyek megkönnyítik a beilleszkedést és a feladatokra való összpontosítást. A kijelölt pihenőhely segít abban, hogy a gyerekek megtanulják felismerni és kezelni a feszültségeiket, míg a pozitív visszajelző kártyák **erősítik a motivációt és az önbizalmat**. Ha ezeket következetesen alkalmazzuk, **javul az osztály légköre**, csökken a feszültség és nő az együttműködés. Így ezek az eszközök nemcsak a figyelemzavarral küzdő gyerekek fejlődését támogatják, hanem **minden diák számára biztonságosabb, támogatóbb tanulási környezetet teremtenek**, megkönnyítve a pedagógus mindennapi munkáját.



5.4. Tipikus ADHD-s viselkedések óvodai környezetben – és pedagógusi lehetőségek

Mint arról már szó esett, óvodás korban az ADHD tünetei már jól megfigyelhetők lehetnek, ugyanakkor **könnyen félreérthetők is**, hiszen ebben az életkorban a mozgásosság, a rövid figyelmi idő és az impulzivitás még természetes fejlődési sajátosság is lehet. A pedagógus szerepe ezért különösen fontos: **hogyan tud különbséget tenni a „még életkori jellemzőként” tekinthető és a „már problémásnak” minősíthető viselkedés között**, illetve hogyan tud úgy reagálni, hogy elkerülje a gyermek megbélyegzését, ugyanakkor biztosítsa számára a megfelelő segítséget.

Milyen tipikus ADHD-s viselkedések jelenhetnek meg óvodában?

Helyzet	ADHD-s viselkedés megnyilvánulása
Körjáték, mesehallgatás	Nehezen marad ülve, figyelme hamar elkalandozik, másokat zavar.
Szabad játék	Nem tud elmélyülni, folyamatosan váltogatja a tevékenységeket.
Foglalkozások	Nem figyel az instrukciókra, sietve és hibásan dolgozik.
Soron következőzés, várakozás	Közbeszól, megszakít másokat, elveszi a játékot másoktól, türelmetlen.
Konfliktushelyzetek	Gyakori dühreakciók, ütés, sírás, szófogadatlanság.
Napirendi váltások	Elakad, nehezen kapcsolódik be vagy ki, ellenáll a változásnak.

Tipikus félreértelmezések pedagógusi részről:

- „Szándékosan zavarja a többiekét.”
- „Nem tudja, hol a határ.”
- „Nem figyel, mert nem is akar.”
- „Lusta és akaratos.”

Az ilyen és ehhez hasonló megállapítások helyett érdemes úgy tekinteni a gyerek viselkedésére, mint az önszabályozási nehézségek viselkedéses kifejeződéseire.

Mit tehet az óvodapedagógus? – Segítő válaszreakciók

Problémahelyzet	Támogató pedagógusi reakció
Folyton közbeszól, megelőz másokat	Rövid szabályismétlés vizuális jellel: „Aki ezt a pálcát fogja, az beszél.”
Nem tud ülni a körben	Állva is részt vehet a tevékenységben, vagy kis mozgásos feladattal kapcsolódhat be.
Gyorsan elveszíti a	Részfeladatokra bontás, egyéni emlékeztetők alkalmazása. (pl.:



Problémahelyzet	Támogató pedagógusi reakció
figyelmet	„Most csak ennyit csinálj meg!”)
Dühkitörés, frusztráció	Kijelölt megnyugvó hely („pihenőpárna”, „csendes kuckó”) és megerősítés: „Várunk rád.”
Állandóan váltogatja a játékokat	Előre meghatározott játékidő, aminek elteltét vizuálisan is érzékelni lehet (pl. homokóra).
Mindenkivel konfliktusba keveredik	Közös szerepjáték helyzetek alkalmazása, szabálykártyák használata, a gyerekek közösségével együtt kidolgozott megoldások: „Mit tehetnél másként?”

Mit mondjunk helyette?” – Kommunikációs táblázat ADHD-s óvodásokhoz

Kerülendő mondat	Helyette mondható	Miért jobb?
„Ne mozogj már annyit!”	„Látom, hogy nehéz most egyhelyben ülni. Mindjárt mozgunk egyet!”	Elismeri a belső késztetést, előrevetíti a megküzdés lehetőségét.
„Miért nem figyelsz?”	„Most csak erre figyelj: ide rakd a kockát.”	Kijelöli a konkrét teendőt, nem elvont elvárást fogalmaz meg.
„Hányszor mondtam még?”	„Segítek, kezdjük együtt újra.”	Nem hibáztat, hanem lehetőséget ad az újrakezdésre.
„Ne vedd el tőle a játékot!”	„Mondd el, hogy te is szeretnél vele játszani – segítek, ha kéred.”	Modellálja a kívánt viselkedést, alternatívát kínál.
„Menj a helyedre, ha így viselkedsz!”	„Gyere ide egy kicsit pihenni, aztán újra megpróbálhatod.”	Nem büntet, hanem érzelmi szabályozást tanít.
„Ne légy ilyen rendetlen!”	„Segítek, hogyan pakoljuk össze együtt.”	Támogató, cselekvésre irányuló megközelítés.

Tipp: A jól működő mondatok nem „megengedőek”, hanem **határozottak és empátikusak** – segítik az önszabályozás fejlődését anélkül, hogy megszegényítenék a gyermeket.

Pedagógiai példa – Aki nem tud a körjátékban részt venni

Andris négyéves és mindig kizökken a körjátékból: feláll, odamegy a szekrényhez, közbeszól, vagy a társait piszkálja. Az óvónő eleinte visszaterelgeti, majd leszidja, végül mellőzi a játékból. Később, amikor az óvónő vizuális jellel mutatja a játék menetét, és Andris kezébe ad egy „mozgáslabdát”, amit forgathat, miközben hallgatnia kell, Andris fokozatosan részt tud venni a körtevékenységekben. Az eszköz nem elvonja a figyelmét, hanem segít lekötni belső nyugtalanságát.



Összegzés pedagógus szemmel

- Az ADHD-s viselkedés **nem „rosszaság” vagy nevelési probléma**, hanem az idegrendszeri önszabályozás fejlődésének atipikus mintázata.
- Az óvodapedagógus **mintát, keretet és érzelmi biztonságot** ad, ami enyhítheti a tüneteket.
- A cél nem a viselkedés *elnyomása*, hanem annak segítése, hogy **a gyermek saját tempójában tanulja meg a szabályozás eszközeit**.

5.5. Tipikus ADHD-s viselkedések iskolai környezetben – és pedagógusi lehetőségek

Az iskolai környezet a figyelem, önszabályozás és alkalmazkodás terén **magas elvárásokat támaszt** a gyermekekkel szemben – ezek pedig éppen azok a területek, ahol az ADHD-s tanulók a legnagyobb nehézségekkel küzdenek. A pedagógus gyakran tapasztalja, hogy egy-egy tanuló szétszórt, zavart kelt, vagy folyton közbeszól – és nem tudja, hogy ez viselkedési probléma, vagy tanulási zavar, vagy idegrendszeri eltérés jele.

Ez az alfejezet abban kíván segíteni, hogy a tanórai helyzetekben hogyan tudjuk **felismerhető mintázatként** látni az ADHD tüneteit és olyan pedagógiai válaszokat találni, amelyek **nem megbélyegzők, hanem támogatók**.

Iskolai helyzetek, amelyek különösen próbára teszik az ADHD-s tanulót:

Helyzet	Tipikus ADHD-s megnyilvánulás	Mi áll a háttérben?
Frontális tanítás	Elkalandozik, matat, más gyerekekkel foglalkozik	Megterhelő a hosszú figyelmi fókusz fenntartása, emiatt unatkozás
Írásbeli feladat	Kapkod, kihagy, félreérti a feladatot, nem fejezi be	Önszervezési és munkamemória-probléma
Csoportmunka	Dominál vagy kilóg a csoportból, félbeszakít, nem tud együttműködni	Impulzivitás, szabálykövetési nehézség
Dolgozat, felelés	Elbizonytalanodik, nem tudja végigcsinálni a feladatokat, szorong	Frustráció, túlterhelés, negatív tapasztalatok
Napirendi váltás	Nehezen kapcsolódik át, elmarad vagy kimarad a részvételből	Végrehajtó funkciók gyengesége, belső ritmushiány
Soron következős, fegyelem	Közbeszól, jelentkezés nélkül beszél, feláll	Impulzuskontroll gyengesége, várakozási nehézség



Mi nem segít?

- Nyilvános megszégyenítés („Ezt már mindenki tudja, csak te nem!”)
- Szigorú büntetés a tüneti viselkedésért (pl. „maradj a szünetben az osztályteremben!”)
- Általánosító címkék (pl.: „lusta vagy”, „figyelmetlen vagy”)
- Folyamatos fegyelmezés, ami a tanulót „problémásként” rögzíti az osztályközösségben

Mi segít? – Pedagógusi válaszlehetőségek tanórai helyzetekre

Pedagógiai cél	Lehetséges eszköz / megoldás
Figyelem fenntartása	Rövidített, tagolt feladatok; részfeladatokra bontás; időzítés használata
Feladatelindítás támogatása	Elindítás közösen („az első sort megcsináljuk együtt”), utasítások vizuális megjelenítése (pl. kiírása)
Impulzív viselkedés kezelése	„Szójelző” kártya használata (pl. „én jövök” tábla), alternatív megszólalási lehetőségek
Mozgásigény beépítése	Mozgással egybekötött feladat, pozícióváltás, állva dolgozás engedélyezése időszakosan
Túlterhelés elkerülése	Egyéni időkeret vagy mennyiségi differenciálás; pihenőkártya lehetősége
Pozitív viselkedés megerősítése	Konkrét dicséret: „Ma végigcsináltad az olvasás feladatot önállóan – figyeltem ám!”

„Mit mondjunk helyette?” – Tanórai kommunikáció ADHD-s tanulóval

Kerülendő mondat	Helyette mondható	Miért jobb?
„Ülj már le végre, ne mászkál!”	„Látom, most nehéz nyugton maradnod – gyere, sétálj egyet, aztán folytatjuk.”	Elismeri a mozgáskészletet, alternatív irányt kínál
„Figyelj már, most nem erről van szó!”	„Most erre a feladatra koncentrálunk, de a gondolatod fontos, jegyezd meg, visszatérünk rá!”	Nem elutasítja, hanem időbeli keretbe helyezi a megnyilvánulást
„Mindig te beszélsz közbe!”	„Köszönöm, hogy jelentkezted. Most hallgassuk meg XY-t, aztán te jössz.”	A szabályt megerősíti, de nem megszégyenítő
„Miért nem készültél megint?”	„Segíts nekem megérteni, miért nem tudtál készülni. Kitaláljuk együtt, mit tehetsz legközelebb.”	Együttműködésre hív, nem hibáztat, csökkenti a védekezést



Kerülendő mondat	Helyette mondható	Miért jobb?
„Már megint nem hoztad el a felszerelést!”	„Írjuk fel együtt, mire lesz szükséged holnap. Segítek, hogy eszedbe jusson.”	A hibából tanulási lehetőséget formál, nem rögzíti a „szétszórtság” szerepét
„Hányszor mondjam még?”	„Mondom még egyszer, lassabban. Kezdjük el együtt, az első lépést megmutatom.”	A megértést segíti, nem kelt büntudatot vagy szégyent

Ez nem „túl puha” kommunikáció, hanem **határozott, de támogató tanári attitűdöt** jelenít meg. A cél: nem csak a fegyelmezés, hanem a **viselkedésszabályozás tanítása**.

Pedagógiai példa – „Miért nem figyelsz a feladatra?”

Marci általános iskola negyedik osztályos tanuló, jó képességű, de gyakran nem fejezi be a feladatait. Amikor a tanító odamegy hozzá, a munkafüzete félig üres, pedig az elvégzendő feladat egyszerű. Később kiderül, hogy Marci elvesztette a fonalat az utasítás hallgatása közben, és nem mert segítséget kérni. A pedagógus ezután **minden feladatnál leírja a táblára is a lépéseket**, és így a gyerekek **vizuálisan is követhetik, hol tartanak** – Marci teljesítménye érezhetően javul.

Mit érdemes folyamatosan figyelembe venni pedagógusként?

- Az ADHD-s tanuló nem „rossz”, hanem **késleltetett önszabályozási képességekkel** él.
- A sikerhez **nem feltétlenül több idő**, hanem **más szervezés és visszacsatolás** kell.
- A tanórai rend megtartható úgy is, hogy a pedagógus **egyéni válaszokat ad** az eltérő reakciókra, igényekre.

A következő táblázatban bemutatunk egy **tanórai gyorsbeavatkozási eszköztárat**, amelyet pedagógusok használhatnak olyan helyzetekben, amikor ADHD-s tanuló elakadást jelez, vagy a viselkedése zavarja a munkát. A cél nem a fegyelmezés, hanem a **gyors, empátikus és hatékony fellépés**, amely segíti a gyereket visszaterelni a tanulási folyamatba – megszügyenítés nélkül.



Tanórai gyorsbeavatkozási eszköztár – ADHD-s tanulókhöz

Helyzet	Gyors pedagógusi eszköz / technika	Miért működik?
A tanuló nem kezd hozzá a feladathoz	„Nézzük meg együtt az első lépést.”	Segít az elindulásban, lebontja a feladatot, csökkenti a szorongást
Folyton közbeszól, belevág mások szavába	„Jelentkezz a kezéd felemelésével, én figyelek rád, te jössz, amint XY befejezte.” + „Szójelző” kártya	Időt ad a szabály betartására, önkontrollt erősít, nem szégyenítő
Mocorog, másokat zavar, járkál	„Tudom, nehéz most ülni maradni – állva is dolgozhatsz, ha nem zavar másokat.”	A mozgásigényt biztosítja, de keretbe helyezi, ezzel csökken a feszültség
Túl gyorsan vagy figyelmetlenül dolgozik	„Most csak az első sort csináld meg. Nézd meg, meg tudod-e hiba nélkül csinálni.”	Részfeladatokra bont, fókuszálásra tanít, megerősítést készít elő
Elakad, de nem kér segítséget	„Sokan elakadnak itt, ez nehéz rész – mondok egy tippet, ami segíthet.”	Nem kérdez rá direktben a képességihiányra („Miért nem tudod?”), hanem biztonságot ad a kérdéshez
Hangosan nevetgél, kizökkenti a csoportot	„Most újra csendes szakasz jön – ha segítesz benne, jelzek, mikor lehet hozzászólni.”	Nem leszid, hanem visszaterel, előre jelzi a lehetőséget a megnyilvánulásra

Használati tipp:

- Ezek az eszközök nem időigényesek, de megelőzhetnek egy konfliktust vagy szétesést.
- Ne egyedileg kivételezzünk, hanem alakítsunk ki *mindenki számára érthető, átlátható kereteket*, amiben ezek az eszközök természetes részei az óravezetésnek.

Konkrét példa az alkalmazásra:

Az órai foglalkozáson a pedagógus kérdést tesz fel a csoportnak. Mielőtt befejezné, Dani már bekiabálja a választ. Második alkalommal a pedagógus rászól, harmadszorra elveszi tőle a szót. Dani megsértődik, bezárkózik, később dühös lesz.

A pedagógus ezek után stratégiát vált és azt mondja: „Dani, látom, hogy lelkes vagy és gyorsan eszedbe jut a válasz. Ez nagyon jó! Most viszont hallgassuk végig Annát, és utána te jössz, jó? Feltartom az ujjamat, hogy emlékeztesselek.”



Miért működik?

- – Elismeri a gyerek képességeit (lelkesedés, gyorsaság)
- – Rögzíti a szabályt (meghallgatjuk a másikat, utána te következél)
- – Alternatívát kínál (időkeret a megnyilvánulásra)
- – Fizikai jel (ujjfelemelés) - figyelemfenntartó eszköz

Esetgyűjtemény – két iskolai helyzet, két hatékony pedagógusi válasz

1. eset: A tanuló nem hozott felszerelést, zavarja az óra menetét

Helyzet:

Lilla már harmadszor nem hozta el a körzőjét és a vonalzóját matekórára. A tanár ingerülten reagál: „Neked semmi nem fontos?” - mire Lilla elhallgat, elfordul az órai munkától, nem dolgozik.

Pedagógusi reakció:

„Lilla, most adok neked egy tartalék körzőt és vonalzót. Óra után együtt leírjuk, mire van szükséged holnapra. Kapsz egy kis emlékeztetőt, hogy ne felejtsd el.”

Miért működik?

- Nem szégyenít, hanem támogat
- Megoldásorientált
- Segít átlátni az önszervezés lépéseit
- Lilla nem marad ki az órai munkából → sikerélmény

2. eset: A tanuló hangosan beszél, zavart kelt, nevetgél a társával

Helyzet:

Bence és Kristóf az óra közepén hangosan nevetgélnek és amikor a tanár rájuk szól, Bence viccet mond, amin újra nevetnek. A tanár próbál fegyelmezni, de Bence egyre provokatívabbá válik.



Pedagógusi válasz:

A tanár odamegy, halkán közli: „Most egy csendes szakasz következik az órai munkában. Ha ezt végigcsináljátok, utána bármit elmondhattok, ami közben eszetekbe jutott. Most számítok rátok, hogy segítetek benne.”

Miért működik?

- Nem konfrontál, hanem szövetségre hív
- Feladatot ad a „problémás gyerekek” – ezzel felelősséget is
- Jutalmazást vetít előre, nem büntet
- A viselkedést keretbe helyezi, nem a gyereket minősíti

Pedagógiai tanulság:

A legtöbb ADHD-s helyzet nem a **fegyelmezés szintjén**, hanem a **tanulásszervezés és kapcsolódás szintjén** kezelhető. A tanulónak általánosságban nemcsak „rendre” van szüksége, hanem **érthető, követhető, reális elvárásokra – és lehetőségre, hogy sikeresnek élje meg magát.**

5.6. Mit tehet a pedagógus? – A reagálás formái

Az ADHD-s tanulók esetében a pedagógus reakciói **kulcsszerepet játszanak**, nemcsak abban, hogy egy adott helyzet hogyan alakul tovább, hanem abban is, hogy a gyermek **hogyan gondol önmagára**. A támogató, szabálytartó, de nem megszegyenítő reakciók segíthetik az önszabályozás tanulását – a szorongást keltő, büntető, elutasító reakciók viszont **tovább rontják a viselkedést és az önértékelést.**

Ez az alfejezet áttekinti, **mi az, ami hosszú távon nehezíti a helyzetet, és milyen pedagógiai eszközökkel lehet hatékonyan reagálni**, akár terheltség vagy konfliktusok közepette is.

Ami nem segít – gyakori, de kerülendő reakciók

Tipikus reagálás	Miért nem működik?
„Menj ki az óráról, ha nem bírsz magaddal!”	Kizárja a tanulót a közösségből, nem tanít megküzdést
„Neked úgyis mindegy, semmit nem csinálsz meg rendesen!”	Rögzíti a „rossz gyerek” szerepet, csökkenti a motivációt
„Hányszor mondjam még?”	Az ismétlés önmagában nem segít – a megértést kell támogatni
„Te mindig elrontod!”	Általánosító minősítés, rombolja az önértékelést



Tipikus reagálás	Miért nem működik?
„Ezért fogsz megbukni, ha így folytatod.”	Jövőbeli fenyegetés, miközben jelen idejű támogatás kell
„Mindenki rád figyel most – látod, mit csinálsz?”	Nyilvános megszégyenítés, ami ellenállást szül

Ami segít – hatékony pedagógusi reakciók ADHD-s helyzetekben

1. Érzelmi szabályozás mintája

A pedagógus saját viselkedése példát is mutat: legyen nyugodt, kiszámítható, következetes. Nem kell „kedvesnek” lennie – de **ne reagáljon indulatból**:

„Látom, hogy most nehéz neked. Itt vagyok, és segítek, hogy megoldjuk.”

2. Előre jelezhető szabályok és következmények

A szabályokat ne **szankcióként**, hanem **támaszként** közvetítsük:

„Ha befejezted a feladatot, kapsz visszajelzést. Ha nem sikerül, újra megpróbáljuk együtt.”

3. Dicséret – konkrét viselkedést erősítő módon

Ne általánosítsunk („ügyes vagy”), hanem **a viselkedést erősítsük meg**:

„Ma végig tudtad hallgatni a társadat – ez segít a csoportnak is.”

4. Rugalmas reagálás – merev szabály helyett egyéni út

Ha egy gyerek nem bírja végig ülni az órát, nyugodtan meg lehet engedni, hogy időnként állva dolgozzon. Ez **nem kivételezés**, hanem a gyerek egyéni szükségletéhez igazított nevelési eszköz.

5. Pusztá fegyelmezés helyett orientáló reakció

A fegyelmezés önmagában nem tanít, inkább csak eltávolít. A cél, hogy **a gyermek tanuljon valamit a helyzetből**:

„Most hangosan beszéltél, ezért XY nem tudott válaszolni. Legközelebb próbáld ezt elkerülni légszíves!”

Pedagógiai példa – „Dühöngés helyett újakezdés”

Az ötödikes Erik minden matekórán kiborul, ha nem érti a feladatot: csapkod, bekiabál, azt mondja, „úgyis hülyeség az egész”. A pedagógus kezdetben rendre utasítja, ami csak fokozza Erik dühét. Később viszont a pedagógus **bevezet egy „újakezdés” kártyát**, amit Erik



használhat, ha úgy érzi, elrontott valamit. Ha Erik felmutatja a kártyát, kap egy új lehetőséget és újra elkezdheti a feladatot, bekiabálás nélkül.

Erik dühkitöréseinek száma csökken – **nem a viselkedése „javul”, hanem újfajta lehetőséget kapott a kudarchelyzetek kezelésére.**

Összegzés: a pedagógus, mint önszabályozási minta

Az ADHD-s gyermek számára a pedagógus **nemcsak tanító, hanem viselkedésmintát nyújtó személy** is. Nem kell „megoldania” a gyerek viselkedészavarát – de képes lehet a gyerek számára olyan környezetet és visszajelzéseket biztosítani, amelyben fokozatosan fejlődhet az **önszabályozás, a figyelem és az együttműködés képessége.**

Öt példa – így adjunk kapaszkodót egy ADHD-s tanulónak

- **Részcél kitűzése, egyértelmű instrukcióval és visszacsatolással:** „Most csak ezt az egy sort csináld meg. Ha kész vagy, mutasd meg.”
- **Irányított fókusz, vizuális kapaszkodóval:** „Nézz ide a táblára és válaszd ki a piros szót – azzal kezdünk.”
- **Impulzuskontroll fejlesztése konkrét, elvégezhető lépésekkel:** „Tedd le a kezed az asztalra, számolj el magadban háromig, és utána szólhatsz.”
- **Mozgásos vagy alternatív átvezetés feszültség esetén:** „Most menj a csendes sarokba, vedd elő egy rajzlapot, és színezz öt percet. Aztán visszajövünk a feladathoz.”
- **Szorongáscsökkentés, a túlterhelés megelőzése kis lépésekben:** „Olvasd el csak az első kérdést, ne nézd még a többit. Először azt próbáljuk meg együtt.”

5.7. Konkrét tippek és eszközök – Tanári „túlélőkészlet” ADHD-hoz

Az ADHD-s tanulók támogatásában a pedagógus számára nemcsak a beszéd, hanem a **hétköznapi pedagógiai munkában alkalmazható egyéb eszközök** is rendelkezésre állnak. Ezek persze nem varázseszközök – de **strukturálják a környezetet, csökkentik a terhelést és segítenek fókuszálni.** A pedagógusnak a verbális eszközökön alkalmazásán túl is számos lehetősége van a helyzetek kezelésére, amikor az óra feszültté válik, vagy a tanuló elakad.

1. Vizuális időkeretek és napirendkártyák

Mire jó?

Segít a gyermeknek átlátni a nap vagy az óra menetét, tájékozódni az időben, csökkenti a szorongást és a feszültséget az átmeneteknél.

Ilyen lehet például egy letisztult, jól látható helyre kitett napirend adott esetben ikonokkal, pl.: 🕒 Reggeli kör – 🖋️ Feladatlap – 🍏 Tízórai – 🏀 Udvar – 📖 Mesélés



2. Mozgásos szünetek és figyelembresztő rutinok

Miért fontos?

Az ADHD-s gyermek **nem rosszkodni akar**, amikor mozogni kezd – **idegrendszeri készletét él meg**. Ha ezt strukturált módon csatornázzuk, az segíti a fókuszot. Ilyen lehet például a **mikromozgásos szünet**, mint pl. 2 perc ugrálás, légzőgyakorlat.

3. Rövidített instrukciók, részcélok, visszacsatolás

Miért segít?

Az ADHD-s tanuló eltérő figyelmi és munkamemória működése miatt a hosszú, bonyolult instrukciók elvesznek. Ha viszont lépésenként vezetjük végig egyes feladatokon, **sikerélményekhez juttatjuk**.

Ilyen megoldás lehet például a három lépéses irányítás: „Olvasd el! – Húzd alá! – Írd le!” De ilyen a részcélok megjelölése is: „Először csak a bal oszlopot töltsd ki.” Fontos a pozitív visszajelzés, lehetőleg minél rövidebb időn belül: „Most jól haladsz, ez már kész is!”

Fontos, hogy lehetőség szerint *vizuálisan* is jelenítsük meg (legegyszerűbb, ha kiírjuk) az instrukciókat a táblára.

4. Asszertív nyelvhasználat – „Mit mondjunk helyette?”

Kerülendő	Helyette mondjuk
„Ne zavarj már másokat!”	„Most mindenki csendben dolgozik – te is meg tudod csinálni.”
„Már megint te?”	„Segítek, hogy most jobban sikerüljön.”
„Neked ez nem megy!”	„Ezzel még küzdesz – de együtt megtaláljuk a megoldást.”

Tíz asszertív mondat csoportfoglalkozáshoz – helyzetekkel párosítva

Helyzet	Ajánlott asszertív mondat	Miért működik?
A tanuló közbeszól egy másik gyerek felelésekor	„Látom, sok ötleted van – de most hallgassuk végig XY-t, utána te jössz.”	Elismeri az aktivitást, de keretet ad
A tanuló nem kezd hozzá a feladathoz	„Ha elakadsz, kezdjed az első lépéssel – segítek, ha kell.”	Aktivál, de támogatást is kínál
A tanuló nem hozott felszerelést	„Most megoldjuk – óra után beszéljük meg, mire lesz szükséged holnap.”	Nem megszégyeníti, hanem felelősséget épít
A tanuló másokat zavar, járkál	„Most csendes munka van. Szünetben bőven lesz a mozgásra lehetőséged.”	Jelzi a határt, de felajánl más lehetőséget



Helyzet	Ajánlott asszertív mondat	Miért működik?
A tanuló túl gyorsan, pontatlanul dolgozik	„Csináld meg először csak az első részt pontosan – az a legfontosabb.”	Segít fókuszálni, visszafogja a kapkodást
A tanuló rossz választ ad vagy hibázik	„Ez most nem volt pontos – de jó úton jársz. Gondold végig újra!”	Nem minősít, hanem irányt mutat
A tanuló dühösen, sértetten reagál	„Látom, most feszült vagy. Várjunk egy percet, és utána újrakezdjük.”	Érzelemkezelést modellez, nem konfrontál
A tanuló kijelenti, hogy őt ez nem érdekli	„Lehet, hogy most nem tetszik, de képes vagy végigcsinálni – segítek benne.”	Megtartó, de következetes biztatás
A tanuló frusztrált, eldobja a ceruzát, nem akar dolgozni	„Ez most tényleg nehéznek tűnik. Mit tehetünk, hogy újra belekezdj?”	Együttműködésre hív, nem ítélkezik
A tanuló elkezd mással foglalkozni, elkalandozik	„Most ez a feladat a fontos – tudom, hogy képes vagy rá. Csináljuk meg együtt.”	Visszaterel, nem offenzívan fegyelmez

Használati javaslat:

- Ne egy gyerekre szabva, hanem **helyzet-alapon** gondolkodjunk – így bármelyik mondat használható több tanulónál is.
- Hasznos, ha bármelyik mondatot **kiegészítjük egyéni névvel vagy pozitív visszajelzéssel, így hatékonyabban éri el a gyermek figyelmét és együttműködését.**



6. Módszertani javaslatok - Mit tehetünk az osztályteremben és azon kívül?

6.1. Alapelvek az ADHD-s tanuló pedagógiai támogatásában

A lényeg: stabil keretek – elfogadó légkör – mozgástér a fejlődéshez. Az ADHD-s tanulók pedagógiai támogatása **nem külön utat, hanem tudatosabb tervezést és érzékenyebb jelenlétet** kíván. Nem kell „specialistának” lenni – de **néhány alapelv alkalmazásával** jelentősen csökkenthető a konfliktusok, kudarcélmények és túlterhelések száma.

1. A struktúra biztosságot ad – a napirend, szabályok és rutinek szerepe

ADHD-s tanulók számára a világ gyakran túl gyors, túlságosan ingergazdag és kiszámíthatatlan. Az **állandóság és kiszámíthatóság** segít abban, hogy csökkenjen a szorongás és könnyebben tudjanak alkalmazkodni.

Mit jelent ez a gyakorlatban?

- Napirendi piktogramok, órai menetrend alkalmazása
- Rendszeres időközönként ismétlődő struktúrák bevezetése („mindig körrel kezdünk”)
- Előzetes jelzések a váltásokról („Már csak 2 perc van hátra...”)

Nem a szabályokat kell „keményebben” betartatni tehát – hanem segíteni kell abban, hogy a gyerek tudjon kapaszkodni a szabályokba.

2. A pozitív visszajelzés erősebb, mint a korrekció

Az ADHD-s tanulók gyakran szembesülnek kritikával, elutasítással, hibáztatással. Ez rontja az önértékelést, ami még inkább fokozza a szorongásukat és visszahat a viselkedésükre.

Alapelv, hogy **amit erősíteni szeretnénk, azt dicsérjük** – ne azt hangsúlyozzuk, amit elutasítunk. A pozitív megerősítés **nem hízelgés** – hanem pedagógiai iránytű.

Példák:

- „Ma különösen jól figyeltél, mikor a társad beszélt.”
- „Tetszik, hogy most szóltál, mielőtt még elindultál volna.”
- „Látom, hogy ma nagyon igyekeztél elolvasni azt a részt egyedül.”

3. Rugalmasság: a cél ugyanaz, csak másik útvonalon

Az ADHD-val élő tanulónak is meg kell tanulnia olvasni, írni, számolni – de lehet, hogy más tempóban, más eszközzel, más sorrendben tud haladni, mint a többi gyermek.



Hogyan jelenhet meg itt a rugalmasság?

- Alternatív megoldások elfogadása (pl. szóban válaszol írás helyett)
- Kisebb részfeladatok, fokozatos elvárások
- Differenciált elrendezés az osztályteremben (pl. csendes sarok a teremben, állva dolgozás lehetősége)

Az egyenlő bánásmód nem azt jelenti, hogy mindenkitől ugyanazt várjuk el – hanem hogy lehetőség szerint mindenki olyan elvárásokkal szembesüljön, amelyek segítik és fejlesztik őt.

4. Kapcsolat – minden pedagógiai helyzet alapja

A problémás viselkedés gyakran a **kapcsolathiány jele**. Egy ADHD-s tanulónál különösen fontos, hogy érezze: **nem a viselkedéséhez mérjük a megítélését**.

Ezért érdemes:

- Napi 1-2 pozitív egyéni visszajelzést – pl.: „Láttam, milyen ügyesen raktad el a holmijaidat, köszönöm!”
- A problémás helyzetek után **újrakezdési lehetőséget** kell adnunk, ne a hibára emlékeztessük a gyereket.
- Nem szabad megsértődni, ha provokatív a gyerek – hanem **értelmezni kell a viselkedése mögöttes nehézségeit**.

5. A pedagógus, mint modell – az önszabályozás fontossága

A tanuló nemcsak a szabályokat tanulja meg, hanem azt is, **hogyan lehet nehéz érzéseket kezelni**. A pedagógus reakciói mintát adnak – akkor is, ha a pedagógus éppen feszült, fáradt vagy teljesítőképessége, türeklépessége határait éri el.

Ezért fontos:

- Saját önszabályozási gyakorlatok alkalmazása (pl. belső számolás, rövid szünet)
- A konfliktus helyett a megoldás a fókuszban: „Mit tudnánk most tenni, hogy tovább tudjunk lépni?”
- Türelem gyakorlása – a keretek megtartásával



Összefoglalás – Az ADHD-s tanulóval való pedagógiai munka 5 alappillére:

Pillér	Mit jelent?
Struktúra	Napirend, szabályok, ismétlődések, kapaszkodók
Pozitív megerősítés	Dicséret az erőfeszítésekért is és a pozitív eredményekért is
Rugalmasság	Alternatív utak a célhoz
Kapcsolat	Elfogadás, újrakezdés lehetősége
Pedagógusi modell	A viselkedés szabályozása, mint tanulási minta

6.2. Tanórai stratégiák – figyelem, önszabályozás, motiváció támogatása

A tanóra keretein belül is lehet rugalmasan, kreatívan és eredményesen támogatni az ADHD-s tanulókat. Számukra a tanóra **különösen nagy kihívás**, hiszen egyszerre kellene figyelniük, önmagukat szabályozniuk, feladatokat végezniük és együttműködniük – miközben épp ezek a területek érintettek a neurodiverzitásuk által. Ezért a pedagógusnak **már az óra tervezésekor érdemes számolnia** a támogatás leghatékonyabb lehetőségeivel.

1. Differenciálás – nem kivételezés, hanem szükségletalapú támogatás

A differenciálás nemcsak a képességszintekre, hanem a figyelmi terhelhetőségre és az önszabályozással kapcsolatos elvárásokra is vonatkozhat. Ezzel megelőzhető a túlterhelés és a korai feladás élménye.

Példák:

- Ugyanaz a feladat rövidebb változatban (pl. 10 helyett 5 szó)
- Választható feladatforma (rajzolva vagy írásban is válaszolhat)
- Kiemelt részfeladat a lényegre koncentrálni („csak a bevezetőt írd meg”)

2. A „részcél” technika – lépésekre bontott feladatkijelölés

Az ADHD-s tanulóknak gyakran nehéz átlátniuk egy teljes feladatsort, vagy túl hamar elveszítik a lendületet. A részcél technikával a sikerélmény így nem csak a feladat végén, hanem már a feladat elvégzése közben megjelenik.

Hogyan lehet segíteni?

- Feladat „szétdarabolása”: „Most csak az első három kérdés.”
- Minden teljesített részcél után rövid visszajelzés vagy motiváló megerősítés
- Jól látható vizuális segédeszköz (pl. haladási sáv, matrica)



3. Időkeretes tanulás – fókuszált szakaszok beépítése

A figyelem az ADHD-soknál rövidebb időre tartható fenn – ezt érdemes tudatosan beépíteni az óra ritmusába. Ez nem „engedékenység”, hanem hatékonyságnövelő stratégia.

Eszközök és példák:

- Időzítő használata: „Most 7 percig csak ezzel foglalkozunk.”
- „Fókuszperc”: mindenki csendben dolgozik, utána beszéljük meg az eredményeket
- Mozgásos váltás beiktatása (pl. 5 perc után nyújtózás, helycsere)

4. Figyelemirányítás – előkészített fókuszpontok

Az ADHD-s tanuló figyelme gyakran elkalandozik, de ez szándéka ellenére történik. Az aktív fókuszálás viszont tanítható. A fegyelmezett figyelem az ADHD-soktól nem követelhető meg – de az ő figyelmük is irányítható és fejleszthető.

Eszközök:

- Szövegkiemelő, Post-It, ujjal követés – vizuális fókuszpontok kialakítása
- Kulcsmondatok kialakítása: „Most arra figyelj, mi történik a főszereplővel.”
- Kézjelek vagy vizuális jelek alkalmazása: pl. „Most hallgatás következik” jel

5. Motiváció – belső és külső megerősítések kombinálása

Az ADHD-s tanulóknak gyakran nehéz hosszabb távon motiváltnak maradniuk, különösen, ha sok kudarcélmény éri őket. Fontos számukra az **azonnali pozitív visszajelzés**, de ugyanilyen fontos a **belső célok erősítése**. A siker érzése nem feltétlenül csak a dicséretből, hanem a fejlődés megéléséből is származik – de ehhez szükség van pedagógiai támogatásra.

Javaslatok:

- Egyéni célmeghatározás: „A mai célod, hogy 3 feladatot végig tudj csinálni.”
- Pontgyűjtő rendszer, amit a tanuló is követhet
- Közös sikerünneplés a nap végén: „Nézd meg, mit sikerült megcsinálni!”



Összefoglaló táblázat – Tanórai stratégiák röviden

Cél	Eszköz	Miért működik?
Figyelem támogatása	Időzítő, fókuszmondat, kézjel, vizuális fókuszpont (kiemelő, post-it)	Segíti a rövid idejű fókusz fenntartását, előre jelzi, mire kell figyelni
Önszabályozás erősítése	Részcélokra bontás, haladási sáv, kis szünetek, „kilépési” lehetőségek	Elősegíti a feladatkezelést, megelőzi a túlterhelést, az indulati reakciókat
Motiváció fenntartása	Pontgyűjtés, egyéni célmeghatározás, sikerélmények biztosítása	Egyszerre nyújt belső és külső megerősítést, erősíti a hatékonyság érzését
Túlterhelés megelőzése	Differenciált feladatszám, választható feladatforma, lényegkiemelés	Nem „kivételezés”, hanem szükségletalapú tanulásszervezés
Feladattartás segítése	Lépésenkénti instrukciók, vizuális követőlista, visszajelzések	A haladás átláthatóbb, a sikerélmény fokozatosan épül fel
Tanulói fókuszirányítás	Kulcsmondatok, előzetes kérdésfelvetés, vizuális jelzések	A figyelem nem követelhető, de segíthető és terelhető strukturált eszközökkel

6.3. Tanórán kívüli megoldások – egyéni támogatás, mentorálás, mozgásterápia

Nem minden tanulási helyzet kerete a tanóra – és a támogatást nemcsak a tanórákon kell biztosítani. Az ADHD-s gyermek támogatása **nem a tanóra elején indul és nem a tanóra végéig tart**. Sok esetben a fejlődés és a stabilizáció fontos mozzanatai **a tanórán kívül történnek** – akkor, amikor van idő egyéni kapcsolatot építeni, más módszereket kipróbálni, vagy a gyermeket még kevesebb kööttség mellett a saját tempójában támogatni.

1. Egyéni ráhangolás, napindító rutinok

Az ADHD-s tanulóknak gyakran nehézséget okoz a **reggeli átállás az iskolai működésre**. Egy rövid, támogató reggeli kapcsolatfelvétel segíthet a fókusz kialakításában. Ez az egyéni figyelem megalapozza az aznapi kapcsolatot.

Példák:

- 3 perces reggeli napindító: Mi volt a legjobb a tegnapi napon? Mi lesz ma a célod?
- „Napindító sarok” kialakítása: egy színezőkészlet, esetleg gyurma, képválogatás stb.
- Hangulatjelző táblácskák, amin a gyerek megmutathatja: hogyan érkezett ma az iskolába?

2. Segítő felnőtt, mentor-rendszer



Sok ADHD-s tanuló számára óriási segítség, ha **van egy biztonságos felnőtt, akihez rendszeresen kapcsolódhat** – akár csak rövidebb időre naponta. A kapcsolódás maga is önszabályozó hatású lehet.

A mentor:

- követi az előre kitűzött célokat
- visszajelzést ad a tanórai haladásról
- segít megérteni a saját érzelmeket, kudarcokat.

A mentor lehet: fejlesztőpedagógus, gyógypedagógus, osztályfőnök, tanító, gyermekvédelmi felelős – tehát nem feltétlenül pszichológus, hanem állandó, rendszeresen jelen lévő, segítő szereplő.

3. Mozgásos és relaxációs elemek – a testhez kapcsolódó támogatás

Az ADHD-s tanulók számára **a mozgás lehetősége nem extra kedvezmény, hanem alapvető szükséglet**. A tanórák közti szünetek és tanórán kívüli időszak lehetőséget ad arra, hogy **célt mozgásos, testi gyakorlatokkal** támogassuk az idegrendszeri egyensúlyt. Az önszabályozás testi szinten is tanulható – és sokszor ezen a szinten lehet a legsikeresebben eredményeket elérni.

Példák:

- „Érzékelésspercek”: különböző textúrák tapintása, egyenletes, mély nyomást adó eszköz (pl. súlyozott párna, amelynek plusz töltete van, ezért az ölben vagy a törzsön pihentetve stabil, megnyugtató nyomást ad), nyújtógyakorlatok
- Mozgásterápiás és sportfoglalkozások (pl. tánc, gimnasztika, úszás)
- Légzőgyakorlatok tanítása játékos formában (pl. „orron be, mint a virágillat – szájon ki, mint a gyertyaoltás”)

4. Kreatív és önkifejező lehetőségek – sikerélmény-építés

Az ADHD-s gyermekek gyakran tapasztalják, hogy ők azok, akik „nem tudják megcsinálni”. Ezért fontos, hogy legyenek olyan helyzetek, **ahol nem a viselkedésükért, hanem a kreatív teljesítményükért kapnak elismerést**. A kreatív siker erősíti a pozitív énképet és oldja a szorongást.

Példák:

- Rajz-, barkács- vagy meseműhely, ahol nincs „jó” vagy „rossz” megoldás
- Szerepjáték, dramatizálás – ahol új szerepekben próbálhatják ki magukat
- Digitális önkifejezés (pl. képregénykészítés, fotóprojekt, zenealkotás)

5. Egyéni támogatási terv – kis célok, nagy hatás



Ha az ADHD-s tanuló a viselkedése vagy teljesítménye miatt rendszeresen kudarcélménnyel találkozhat, érdemes számára **egyéni támogatási tervet** készíteni. Ez nem diagnózisfüggő – hanem egy általános pedagógiai eszköz.

Tartalma lehet:

- heti 1 cél (pl. „naponta 2x jelentkezem szóban”)
- kis eszköztár (pl. választott feszültségkezelő eszközök)
- értékelés tanári visszajelzéssel + rövid tanulói reflexió

Összefoglaló – Tanórán kívüli eszközök és megoldások

Terület	Példa / megoldás	Célja
Napindítás, ráhangolódás	3 perces ráhangoló beszélgetés	Stabil indulás, érzelmi biztonság
Kapcsolati támogatás	Mentor-rendszer, segítő pedagógus	Egyéni figyelem, kapcsolatépítés
Mozgásos támogatás	Mozgásterápia, nyújtás, érzékelés	Idegrendszeri szabályozás segítése
Önkifejezés	Alkotó műhely, játékos projekt	Sikerélmény, énkép erősítése
Egyéni terv	Kis cél + visszajelzés	Tudatosság és fejlődés követése



7. Eszközalapú támogatás – mi az, ami tényleg segít?

Az ADHD-s tanulók támogatásában a digitális és fizikai eszközök **nem önmagukban megoldások**, de megfelelő pedagógiai keretben használva **hatékony kiegészítői lehetnek** a tanórai és tanórán kívüli munkának. A cél nem a gyerek „lekötése” vagy „lecsendesítése” – hanem a **figyelem irányítása, az önszabályozás segítése és a motiváció fenntartása**.

7.1. Időkezelés és feladatszervezés támogatása

Az ADHD-s gyermekeknél gyakori a **gyenge időérzék**, a halogatás és az adott tevékenységre rendelkezésre álló idő túllépése. Az alábbi eszközök segíthetnek az időkeretek megtartásában. Segítenek az időhatárok érzékelésében és a tevékenységek lezárásában.

Digitális és analóg eszközök:

A feladatvégzés támogatására jól használhatók olyan vizuális időkezelő eszközök, amelyek a hátralévő időt szemléletesen, folyamatosan érzékelhető módon jelenítik meg. Ide tartoznak az időt blokkokra bontó, fókusztechnikákat segítő digitális megoldások, valamint az egyszerű, kézzelfogható analóg időmérők, amelyek különösen a fiatalabb tanulók számára nyújtanak biztonságot és kiszámíthatóságot. Ezek az eszközök segítik a figyelem fenntartását, a fókuszálás fejlesztését, az időérzékelés fejlődését és az önszabályozás tanulását.

7.2. Játékosított visszajelzés és motiváció

Az ADHD-s tanulók gyakran motiválhatóak **azonnali és vizuálisan érzékelhető visszacsatolással**. A „gamification” (játékelemek beépítése) erre kiváló eszköz lehet.

Az ADHD-s tanulók tanulási motivációja gyakran erősíthető olyan módszerekkel, amelyek azonnali, vizuálisan is érzékelhető visszajelzést adnak a viselkedésről vagy a teljesítményről. A játékelemeket alkalmazó rendszerek – például pontgyűjtés, vizuális jelölések, rövid kihívások vagy versengő feladatok – segítenek fenntartani a figyelmet és növelik a bevonódást. Ezek a megoldások digitális és analóg formában egyaránt alkalmazhatók, és jól illeszthetők az egyéni motivációs szükségletekhez.

Fontos, hogy ezeknek az alkalmazásoknak a használatánál nem a versengés kialakítása a lényeg, hanem a kiszámítható, átlátható megerősítés biztosítása. Természetesen nem árt, ha ezeknek az eszközöknek az alkalmazását szülői és iskolai protokoll szerinti egyeztetés előzi meg.

7.3. Hangalapú, vizuális és multimodális tanulási eszközök

Az ADHD-s tanulók gyakran nehezebben dolgozzák fel az egyszerű szóbeli utasításokat. Segíthet, ha **több érzékszerven keresztül is érintkezni tudnak a tananyaggal**. A többszörös tanulás segíti a tartósabb megértést és csökkenti a szorongást.



Ajánlott eszközök:

- **Hangrögzítő applikáció** – a tanuló visszahallgathatja a feltett kérdést vagy akár saját választát.
- **Szövegfelolvasó programok** – diszlexiás ADHD-s gyermekeknek is hasznos.
- **Vizualizált instrukciók** – például piktogramok, egyszerű ikonok a feladatokban való munka lépésekhez.
- **Tanulás közben használható füldugó vagy fülvédő** – segít a szenzoros túlterhelés csökkentésében.

Nemcsak a gyermek, hanem **a pedagógus is profitálhat** bizonyos eszközökből, ha azok segítik a gyors, asszertív, tudatos reakciókat.

Javasolt eszközök:

- **Asszertív nyelvi kártyacsomag** – előre megfogalmazott válaszmondatok (pl. „Most inkább csendben dolgozunk – kérlek, amit szeretnél, mondd el majd a szünetben.”)
- **Mini napló / visszajelző lap** – tanári gyorsjegyzetek a nap során
- **„Hangulatjelző” mágnesek, matricák** – a gyermek önállóan is tud jelezni (pl. „zöld – nyugodt vagyok, piros – feszültséget érzek”)
- **Laminált „személyes stratégiakártya” a gyermeknek:** pl. ha feszültséget érez, akkor felmutathatja a „Kérek szünetet és használnám a labdát” kártyát.

Összefoglaló táblázat – Digitális és eszközalapú ADHD-támogatás

Cél	Eszköz / alkalmazás	Megjegyzés
Időkezelés támogatása	pl. az időt blokkokra bontó, fókusztechnikákat segítő digitális megoldások, homokóra	Vizuális visszajelzés az idő múlásáról
Motiváció fenntartása	pl. pontgyűjtés, matrica, rövid kihívások vagy versengő feladatok	Játékosított jutalmazás, kis célokért
Figyelem irányítása	pl. Színes cédulák, kézjelek, fülvédő	Szenzoros háttértámogatás
Tanulási nehézség áthidalása	Hangos utasítás, szövegfelolvasó, ikonok	Többcsatornás információátadás
Pedagógusi reakció támogatása	Nyelvi kártya, visszajelzőlap, hangulatjelző	Az asszertív jelenlét támogatása



8. Együttműködés a szülőkkel és a szakemberekkel – támogatási lánc

Az ADHD-val élő gyermek támogatása nem egy személy, hanem egy közösség feladata. Egy ADHD-val élő gyermek iskolai teljesítménye nemcsak a gyermek képességein, hanem a **körülötte lévő felnőttek együttműködésén is múlik**. Minél jobban tudnak egymásra hangolódni a pedagógusok, a szülők és a segítő szakemberek, annál stabilabb és eredményesebb lehet a tanuló fejlődése.

A szülő nem egy másik fél, hanem partner – ha teret kap erre

Gyakori pedagógiai tévhit, hogy a szülő a „hibás” a gyermeke viselkedéséért. Valójában a szülők is gyakran kimerültek, terhelheti őket a felelősség és tanácstalanság érzése. A pedagógus-szülő kapcsolat csak akkor lehet eredményes, ha az együttműködés alapja a bizalom és a kölcsönös megértés - nem az ítélkezés. Ha a szülő úgy érzi, hogy megbíznak benne, szívesebben működik együtt a pedagógussal.

A jó együttműködés alapja:

- **Elfogadó, nem hibáztató kommunikáció:** „Együtt keresünk megoldást.”
- **Kérdések, nem vádak:** „Otthon is előfordul, hogy hirtelen cselekszik?”
- **Dicséret a szülő felé is:** „Nagyon jó látni, milyen szépen segíti a gyereket reggelente az iskolai napkezdésben.”

Egyszerű, kiszámítható kommunikáció

A rendszeres, de rövid és strukturált kapcsolattartás segíti az együttműködést. Fontos, hogy a pedagógus előre jelezze, mikor és milyen formában számíthat a szülő visszajelzésére (pl. heti e-mail, füzetbe írt üzenet, negyedéves beszélgetés). Ez növeli az átláthatóságot, és segíti a közös célok követését. A kommunikáció célja ugyanakkor nem elsősorban a napi nehézségek kezelése, hanem a közös stratégiaépítés.

Példák:

- **Heti rövid összegző üzenet:** 3 sor – mi ment jól, mi volt nehéz, mit érdemes erősíteni
- **Piktogramos visszajelző kártya** – a gyermek viselkedésének gyors, vizuális értékelése
- **Előre egyeztetett találkozók, nem „folyosói panaszáradat”**

Szakmai kör bevonása – fejlesztőpedagógus, iskolapszichológus, gyógypedagógus

A pedagógus nem pszichológus, nem gyógypedagógus, nem viselkedésterapeuta – és nem is kell, hogy az legyen. **Fontos viszont felismernie, mikor kell bevonnia szakértői háttérrel.**



Mit érdemes tenni?

- **Rendszeres eszmegbeszélések** kezdeményezése a szakemberekkel.
- **Informális kapcsolatépítés:** eszmecserék, közös célok kialakítása.
- Szülői kérésre **szakértői vizsgálat javaslata** – de nem presszionálva, hanem lehetőségként megjelenítve.

A „több szem többet lát” elvének alkalmazása itt szó szerint életmentő is lehet – különösen egy tévesen diagnosztizált vagy épp elbagatellizált eseténél.

A támogatási lánc – hogyan működik jól a rendszer?

Az ADHD-s tanuló hatékony támogatásához több szereplő összehangolt munkájára van szükség. Itt a következő szereplők meghatározók:

- **A tanító, tanár vagy osztályfőnök** a mindennapi pedagógiai kapcsolat első számú alakítója, aki sok időt tölt a gyermekkel, leginkább ő észleli az iskolában nehézségeket, és képes célzottan reagálni rájuk.
- **A szülő, a gyógypedagógus és a fejlesztőpedagógus** közötti rendszeres, partneri egyeztetés fontos a következetes, összehangolt támogatás biztosításához.
- **Egy bizalmi pedagógusszereplő** – például mentor vagy gyermekvédelmi felelős – érzelmi támaszt és személyes figyelmet nyújthat, különösen azokban az esetekben, ahol a gyermek egyéb (pl. családi) kapcsolataiban bizonytalanság tapasztalható.
- **Pszichológus, iskolapszichológus vagy szakértői bizottság** akkor kapcsolódik be, ha a tanuló helyzete komplex megközelítést, diagnosztikai vagy terápiás támogatást igényel.

Ez az együttműködés akkor hatékony, ha nem a hierarchián, hanem az együttműködésen alapul: a résztvevők egymást kiegészítve dolgoznak a tanuló érdekében. A cél mindig az, hogy a gyermek biztonságos, elfogadó környezetben, a saját tempójában fejlődhesen.

Alapelvek:

- A **kommunikáció kétirányú** legyen, ne csak „lecsorgó utasítások” alapján működjön.
- Az **információ megosztása** legyen tárgyyszerű és a gyermek érdekét szolgálja, ne „pletykaszintű” kommunikáció keretében történjen.
- A cél: **közös gondolkodás, közös lépések, közös felelősség.**



Összefoglaló – Az együttműködés szerepe és eszközei

Szereplő	Kulcsszerepe	Eszköz a jó együttműködéshez
Szülő	Napi megfigyelés, érzelmi háttér	Támogató, rendszeres kapcsolattartás
Pedagógus	Mindennapi keretek és reakciók	Asszertív kommunikáció, visszajelzés
Fejlesztőpedagógus, gyógypedagógus	Részterületi fejlesztés	Diagnosztikus visszajelzés, támogatás
Iskolapszichológus	Viselkedési háttér feltárása	Konzultáció, módszertani tanács
Szakértői bizottság	Hivatalos diagnózis, javaslat	Érdemi, megvalósítható javaslatok
Gyermekvédelmi felelős / Mentor	Érzelmi és szociális háttér támogatása	Stabil felnőtt jelenlét, segítő kapcsolat



9. A pedagógus öngondoskodása – hogyan védjük erőforrásainkat?

Egy ADHD-s tanuló támogatása nemcsak szakmai, hanem érzelmi kihívás is. A pedagógus is ember – és az ő egyensúlya a gyermek fejlődésének egyik feltétele. Az ADHD-s gyermekekkel való munka **magas szintű érzelmi és figyelmi jelenlétet kíván a pedagógus részéről**, gyakran az átlagosnál jóval több türelmet, rugalmasságot és kreatív megoldóképességet. Mindez hosszú távon **kimerüléshez**, frusztrációhoz vagy kiégéshez vezethet, ha a pedagógus **nem gondoskodik önmaga egyensúlyi állapotának fenntartásáról**.

Az öngondoskodás nem önzés

Sokan úgy érzik, hogy ha „magukra is figyelnek”, akkor nem tesznek eleget a gyerekekért. De ez valójában éppen fordítva van: csak az a pedagógus tud hitelesen jelen lenni az iskolai környezetben, aki időről időre újratölti önmagát. Mondhatnánk úgy is, hogy „üres kannából nem tudunk vizet önteni.” Ezért különösen fontos, hogy a pedagógus felismerje saját határait, és tudatosan kezelje az energiáit. Az önmagára is figyelő pedagógus nemhogy kevesebbet tud adni a gyermekeknek – hanem többet és stabilabban.

Az öngondoskodás kérdései:

- Milyen helyzetekben érzem, hogy túlterhelődöm?
- Milyen jelzésekből tudom, hogy elfáradtam – testileg, lelkileg?
- Van-e olyan tevékenységem a nap során, ami csak rólam szól?
- Ki az, akivel biztonsággal megoszthatom a problémáimat, nehézségeimet?
- Milyen apró szokások segítenek abban, hogy visszataláljak az egyensúlyhoz?

Az öngondoskodás tudatossága növeli az érzelmi állóképességet. Aki rendszeresen figyel a saját testi-lelki szükségleteire, az kevésbé válik kiszolgáltatottá a stressznek és a kiégésnek. Ez nem önzés, hanem fenntartható jelenlét: hosszú távon így lehet igazán segíteni másoknak is. A pedagógusi hivatás érzelmi bevonással jár – ezért különösen fontos, hogy legyen idő a lemerülés után a töltődésre is.

Mikropihenők és átállási rituálék a nap során

A regenerálódás nem csupán a tanítási szünetek (nyári szünet, téli szünet, tavaszi szünet) idejére korlátozódhat – a napközben beiktatott mikropihenők is fontos szerepet játszanak a kiégés megelőzésében. Egy tudatosan vállalt néhány perces csend, egy lassú légzőgyakorlat vagy egy belső lezáró rituálé (pl. három rövid reflexió a nap végén) segíthet visszatalálni a fókuszhoz és megerősíteni az érzelmi stabilitást.



Példák:

- „5 perc csend” az udvaron vagy a tanteremben, két óra között.
- Légzőgyakorlat vagy egy ismétlődő mozdulat (pl. kézsimitás, mély sóhaj).
- Egy napvégi „három mondatos lezárás”: *Mi ment jól? Mi fárasztott el? Mi segített?*

Az idegrendszer nem csak a hosszú pihenések során regenerálódik – hanem rövid pihenőkkel is. A paraszimpatikus idegrendszer, amely a nyugalmi állapotokért felel, már néhány mély légvétel vagy rövid csend hatására is aktiválódhat. Ezek a „mikroszünetek” segítik az agy stresszreakcióinak csillapítását, csökkentik a kortizolszintet és támogatják a figyelem újrendezését. A tanítási nap során beiktatott pár perces lelassulások tehát nem „luxusidők”, hanem biológiailag is indokolt, hasznos újratöltő mechanizmusok.

Reflexió és közösségi megtartás – ne maradjunk egyedül

A pedagógusok gyakran érzik úgy, hogy a viselkedési nehézségekkel, vagy zavarokkal küzdő tanulók esetében egyedül maradnak a problémákkal. Ez különösen igaz olyan helyzetekben, amikor még nem született hivatalos ADHD-diagnózis. Nehezítő tényező lehet az is, ha a szülő elutasítja a szakember bevonását, tagadja a problémát, vagy maga is túlterhelt, elbizonytalanodott. Ilyenkor a pedagógus úgy érzi, hogy nincs eszköze, nincs támogatottsága és az elvárásokkal szemben egyedül marad. Éppen ezért kulcsfontosságú, hogy az iskola pedagógus közösségében olyan támogató kapcsolatok működjenek, amelyek enyhítik ezt a teherérzést.

Mi segíthet?

- 2–3 pedagógusból álló kiscsoport rendszeres esetmegbeszéléseket tart.
- Online vagy személyes találkozók keretében működtetett „támogatói kör” ADHD-s tanulókat nevelő pedagógusoknak.
- Szupervíziós lehetőség, ha elérhető az intézményben.

A közös gondolkodás segíti a probléma pontosabb megértését, és csökkentheti a pedagógus elszigeteltség-érzését. A támogatott helyzetértelmezés lehetőséget ad arra, hogy a nehézségek ne egyéni kudarcként, hanem rendszerszintű kihívásként jelenjenek meg. Ez sok esetben oldja a teljesítmény-elvárásból eredő stresszt és növeli a cselekvőképesség érzését.

Tanári túlélőeszközök – érzelmi „elsősegélycsomag”

Az ADHD-s tanuló váratlan viselkedései könnyen kibillenthetik a pedagógust. Ezért jó, ha a pedagógusnak van egy „belső eszköztára” arra, hogyan tud higgadtan reagálni.



Ötletek:

- „*Stop és lépj hátra*” belső parancs – nem azonnali reagálás, hanem 2 másodperc csendet követően történik a reakciónk.
- Kulcsmondatok önmagunknak: „*Ez nem ellenem szól. Most csak az van, hogy a gyerek nem tudja szabályozni magát.*”
- „Saját emlékeztető” az asztalon: „*3 mély levegő – nem baj, ha késik a feladat.*”

Az önszabályozás azt jelenti, hogy a pedagógus **nemcsak elvárja**, hanem **láthatóan gyakorolja** is a nyugodt reagálást, a határozott, de együttérző kommunikációt. A gyermekek önszabályozása – különösen ADHD esetén – nagymértékben külső mintákra épül, hiszen az idegrendszeri fejlődés során ezek a viselkedéses tapasztalatok segítik a szabályozó folyamatok érését.

Ha a felnőtt példát mutat arra, hogyan lehet düh vagy frusztráció esetén is szabályozottan jelen lenni, akkor ezt a viselkedést a gyermek is „lemásolhatja” – még ha nem is azonnal, hanem hosszabb távon. Ráadásul ez a pedagógus számára is védőfaktor: az önszabályozás gyakorlása csökkenti a stressz-felhalmozódást, és erősíti a kontrollérzetet. Így tehát az önszabályozás nemcsak oktat, hanem megtartó funkciót is betölt – a gyermeket tanítja, a pedagógust pedig támogatja.

Intézményi felelősség – az öngondoskodás nem csak egyéni ügy

Az ADHD-s tanulók támogatása akkor lehet hatékony és fenntartható, ha maga az iskolai közeg is megtartó erőként működik a pedagógus számára. Ez nemcsak tárgyi feltételeket, hanem legfőképpen **érzelmi és szemléleti biztonságot** jelent. Ha a tantestület vagy az iskolavezetés részéről hiányzik az ADHD jelenségének elfogadása, vagy ha a nehézségekkel küzdő gyerekeket „nevetlenként” címkézik, az súlyosan elszigetelheti azt a pedagógust, aki valóban segíteni szeretne. Az ilyen pedagógus könnyen belső konfliktusba kerül: vagy alkalmazkodik a kollektív tagadáshoz, vagy vállalja a „kilógás” kockázatát. A kiégés egyik rejtett forrása éppen ez a meghasonlás lehet, amikor valaki tudja, mit kellene tennie, de a környezetéből nem kap támogatást hozzá.

Ezért is fontos, hogy **az intézmény reális és közösen elfogadott elvárásokat** fogalmazzon meg az ADHD-s tanulók kapcsán, és hogy ezekről legyen is szakmai párbeszéd. Ha van lehetőség szabad, bizalmi légkörű megbeszélésekre, „kibeszélő” alkalmakra, az segít csökkenteni a belső feszültséget és erősíti a közösségi identitást. Mindezt pedig csak támogatja, ha **belső támogató rendszer** is működik az iskolában – aminek keretében például egy mentor-tanárral a nehéz helyzeteket át lehet beszélni, vagy a pszichológus, aki számos kérdésben vissza tud jelezni a pedagógusnak. Az iskolavezetés nyitottsága és hiteles jelenléte pedig alapjaiban határozza meg, hogy a pedagógus mer-e kérdezni, mer-e hibázni, mer-e fejlődni.



Mit jelent ez a gyakorlatban?

- Reális elvárások kialakítása és érvényesítése az ADHD-s tanulókkal kapcsolatban.
- Szabadidős csapatépítés, vagy „kibeszélő” alkalmak a nehezebb napok után a pedagógusok számára.
- Belső támogatói rendszer (pl. mentor-tanár, pszichológus, iskolavezetés nyitottsága).

Összefoglaló – A pedagógusi öngondoskodás erőforrásai

Terület	Konkrét lépés / eszköz	Hatása
Testi-idegrendszeri töltődés	Mikro-pihenők, légzőgyakorlat	Stresszcsökkentés
Érzelmi elhatárolódás	Belső mondatok, tudatos kilépés	Higgadság fenntartása
Közösségi támogatás	Esetmegbeszélés, mikrocsoport	Normalizálás, erőforrás-megosztás
Intézményi háttér	Reális elvárások, vezetői nyitottság	Megtartó környezet kialakítása



10. Esetek és esettanulmányok pedagógus szemmel

Az ADHD-val élő gyermekek támogatása nem elméleti síkon működik, hanem a mindennapi pedagógiai gyakorlatban – ott, ahol a szabályok, az érzelmek, a figyelem, a csoportdinamika és az egyéni történetek összefonódnak. Ezt a környezetet **valós gyerekek – valós helyzetek – valós dilemmák határozzák meg.**

Ez a fejezet nem általános útmutatót vagy receptgyűjteményt ad, hanem konkrét esettörténeteket, amelyek a pedagógusok szempontjából segítik a mélyebb megértést és a saját helyzetekhez való kapcsolódást. Minden esetleírás egy valódi történetre épül, valódi pedagógusok megélt dilemmáival, kérdéseivel és megoldási kísérleteivel.

A cél nem az ítékezés, hanem **a reflexiós készség fejlesztése**, az empátia elmélyítése és annak bemutatása, hogy sokféle helyzetben lehetséges a megértő, támogató reakció. Fontos tudatosítani: nincs tökéletes válasz vagy hibátlan döntés – de van fejlődési tér, párbeszéd és tanulási lehetőség. Ez a fejezet épp ezt a belső pedagógiai mozgásteret kívánja felrajzolni.

10.1. Óvodai helyzetek – amikor a kisgyermek „mindent megzavar”

Az óvodáskorú ADHD-s gyermek viselkedése gyakran **jelentősen eltér a kortársaktól**, és ez **már egészen kicsi korban zavaró lehet a csoportdinamika szempontjából**. A pedagógus gyakran tapasztalja, hogy a gyermek viselkedése „összezavarja a csoportot”, „megakasztja a mesét”, vagy „mások sem tudnak tőle játszani”.

Az ilyen helyzetek gyakran **tanácstalanságot, feszültséget vagy büntudatot keltenek** a pedagógusban: „rosszul kezelem?”, „hol húzzam meg a határt?”, „hogyan őrizzem meg a többi gyerek érdekeit is?”

Ezek a kérdések teljesen érthetőek – és valójában a szakmai fejlődés részei. Az ADHD-s gyermekekkel való munka nemcsak kihívás, hanem lehetőség is arra, hogy árnyaltabban lássuk a viselkedés mögötti szükségleteket, és tudatosítsuk a saját reakcióinkat. Fontos, hogy a pedagógus ne maradjon egyedül ezekkel az érzésekkel, hanem legyen tere megbeszélni, átgondolni, újraértelmezni a helyzeteket. A cél nem az „ideális megoldás”, hanem a fokozatosan épülő **értelmező jelenlét** – amelyben a határok, az empátia és a csoport egésze egyaránt szerepet kapnak.

Tekintsük át még egyszer a típusos viselkedésformákat:

- Folyamatos közbeszólás, mesélés saját élményekről mások beszéde közben.
- Állandó mozgás, „átcsúszás” egyik játékhelyszínről a másikra.
- Társas szabályok megsértése (pl. sorban állásnál előre furakszik, nem várja ki a sorát).
- Más gyermekek játékának megzavarása, építmények lerombolása.
- Túl hangos, nem reagál a lecsendesítési kísérletekre.



Mi állhat a háttérben?

- Idegrendszeri túlingerlés – a gyermek **nem szándékosan figyelmetlen vagy túlmozgásos**, egyszerűen csak **nem tudja szabályozni a belső feszültségét**.
- **Szükségletek keveredése**: figyelem, kontroll, kapcsolatkeresés, testi mozgáskényszer.
- Nincs még kiépült **belső szabályozórendszer**, külső keretekre és állandó emlékeztetőkre van szükség.

Reagálási lehetőségek pedagógusként

1. Rendszeres, vizuális szabálymegerősítés

- Pl. „Csendes hallgatás = képecske a szőnyeg sarkán”, „Kézfeltartás = szóhoz jutás”
- Laminált „szabálykártyák” – elővehetők, megerősíthetők

2. Egyéni figyelemkeret biztosítása

- A gyerek napi 1–2 alkalommal lehetőséget kap arra, hogy **ő meséljen**, pl. tízórai előtt.
- „Szóforgó karika” vagy „beszélőbaba” – csak az beszélhet, akinél éppen ott van.

3. Mozgásengedélyezés keretek között

- Lehetőség állva mesét hallgatni, szőnyegen billegni, mozgásos választást adni
- Jelzésre rövid feszültséglevezető mozgás lehetősége

4. Konfliktus után nem azonnali büntetés, hanem kapcsolódás

- Rövid beszélgetés: „Mi történt? Mi lenne legközelebb másképp jó neked is?”
- Bátorító mondatok: „Tudom, hogy nem akartad lerombolni – nézzük meg, hogyan építhetjük együtt újra!”

Esetleírások

1. Zsombi, aki mindig közbeszól

Helyzet:

Zsombi 5 éves kisfiú, aki a meseolvasás alatt **folyamatosan közbeszól**, saját történeteket mesél, nem várja ki mások válaszát. A csoportot ez zavarja, a pedagógus gyakran megszakítja a mesét.

**Pedagógusi reflexió:**

„Eleinte úgy éreztem, direkt csinálja. Aztán egy hétig csak figyeltem – és láttam, hogy egyszerűen képtelen a sorát kivárni. Amikor lehetőséget adtam neki a mese előtt, hogy elmondja az előző napi élményét, sokkal nyugodtabban ülte végig a foglalkozást.”

Beavatkozás:

- „Elő-mesepercek”: Zsombi minden reggel 5 percet mesélhet az egyik óvónőnek
- „Beszélőlabda” – amit csak az tarthat kézben, aki beszél, és Zsombi kézhez kapja, ha türelmesen kivár.

Az előzetes kapcsolódás lehetőséget adott arra, hogy Zsombi ne a figyelemkérés feszültséggel teli formáit válassza, hanem már induláskor megkapja azt a biztonságot, amire szüksége van. A pedagógus ezzel megelőzi a későbbi kizökkenést, és egyúttal mintát is ad arra, hogyan lehet elfogadható módon kapcsolatba lépni. Zsombi pedig megtapasztalhatja, hogy az ő mondandója is értékes, de nem kell „elvennie” mások figyelmét ahhoz, hogy őt is észrevegyék.

2. Hanna, aki „rombol és nem barátkozik”**Helyzet:**

Hanna 6 éves, szeretne csatlakozni mások játékához, de sokszor lerombolja például az építményt, amit mások összeraktak. A gyerekek leginkább félnek tőle, gyakran panaszkodnak rá.

Pedagógusi reflexió:

„Rájöttünk, hogy nem rosszindulatból csinálja – csak nem tudja, hogyan kezdjen el játszani másokkal. Amikor megbeszéltük vele, hogyan kérhet játékot, és előtte velünk gyakorolta, minden megváltozott.”

Beavatkozás:

- Szociális szerepjáték gyakorlás – „Hogyan kérsz játékot?” – 3 válaszlehetőség képkártyával
- „Belépőkártya”: Hanna 1 kis képpel jelezheti, hogy szeretne csatlakozni egy játékhoz

A támogató szociális gyakorlás új viselkedésmintát épített – nem volt több „rombolás”. Az ADHD-s gyermek nem rombolni akar – hanem kapcsolódni. Csak épp nem mindig tudja, hogyan. A szabálymegerősítés és a kapcsolódási lehetőségek nemcsak őt segítik – hanem az egész csoportot.”



10.2. Alsó tagozatos helyzetek – amikor a tanító „elveszíti a fonalat”

„Miért nem lehet egyszer úgy viselkedni, mint a többiek?” – és miért nem szabad ezt a mondatot kimondani... Az alsó tagozat időszaka különösen **intenzív szakasz az ADHD-s tanulók életében**: a laza óvodai struktúrából átlépnek egy kötöttebb, frontális foglalkozások köré szervezett világba, ahol az óvodához képest extrém módon megnő a terhelés – kognitív és viselkedésszabályozási téren is. Gyakran itt derül ki először, hogy a gyerekekkel „valami nem stimmel” és a pedagógus az első, aki ezt **jelzi**.

Tipikus helyzetek alsó tagozaton

- Bekiabálás, mozgás az órai foglalkozásokon.
- Elcsúszott munkakezdés – „mindenkinek mindene megvan, csak neki nincs semmije előkészítve”.
- Lassan, vagy túl gyorsan dolgozik, sok hibás megoldással.
- Indulatkitörések, amikor nem érti a feladatot vagy túlterhelődik.
- Folyamatos beszélgetés a padtársakkal, nevetgélés, mások kizökkentése a munkából.

Ezek **nem szándékos rendbontások** – hanem a szabályozás zavarának jelei.

Esetleírások

1. Peti és a matekóra – „Már megint nem dolgozik...”

Helyzet:

Peti 2. osztályos, matematikából alapvetően jó képességű, de **rendszeresen nem készül el időben** a feladatokkal. Elbámul, másokat néz, eszközeit gyakran elejti, „csak firkál”. A tanító már többször figyelmeztette, de ez nem segített.

Pedagógusi reflexió:

„Azt hittem, nem akarja csinálni – de amikor megkértem, hogy csak az első sort oldja meg, hirtelen sikerült neki. Rájöttem, hogy a sok szám láttán egyszerűen leblokkol.”

Reagálás:

- **Részcélok bevezetése:** „Csak a bal oldalt oldd meg, utána jövök megnézni.”
- **Vizuális időkeret:** 5 perces homokóra – „ameddig ez leperreg, annyi a feladatidő”
- **Eszközrendezés segítése:** fiókban tartott „Peti-csomag” előkészítve



2. Dóri, aki minden kérdésnél nevet és bekiabál

Helyzet:

Dóri első osztályos, minden kérdésre **azonnal rávág valamit**, gyakran valami vicceset, nem a helyes választ. Nevet, feláll, a padjára fekszik. A többiek vagy utánozzák, vagy nevetnek rajta. A tanító úgy érzi, **szétesik az óra** Dóri miatt.

Pedagógusi reflexió:

„Megpróbáltam szigorú lenni, de az csak rontott a helyzeten. Aztán adtam neki egy 'szólni akarok' jelzőkártyát, és ez meglepően jól működött: amikor Dóri mondani akart valamit, akkor felemelte.”

Reagálás:

- **„Szólni akarok” jelzőkártya:** Dóri egy kis kártyát emelhet fel, amikor szeretne válaszolni, vagy mondani valamit.
- **Előzetes lehetőség válaszadásra:** „Előre megbeszéljük, hogy te az első három kérdésnél szóhoz jutsz”
- **Visszajelzés rendszer:** a nap végén megkapja, hányszor használta jól a jelzőkártyát - akár jutalom-matrica, pecsét vagy egyéb formában.

Az impulzivitás itt csatornát kapott – Dóri sem veszítette el a motivációját, de a tanórai csoport is működőképes maradt.

Pedagógusi lehetőségek alsó tagozaton

Probléma	Mögöttes ok	Pedagógusi reagálás
Nem kezdi el a munkát	Túlterhelés / feldolgozatlanosság	Rész cél kijelölése, előkészített eszközök
Bekiabál, másokat zavar	Impulzivitás, figyelemhiány	Szemkontaktusos jelzés, válaszjelzések
Lassan dolgozik / hibázik	Szorongás, zavarodottság	Egyéni visszacsatolás, differenciált feladat
Elveszti az eszközeit	Gyenge szervezői készség	Előkészítő rutinok, fix helyek



10.3. Felső tagozatos és kamaszkori szituációk – amikor a tanár „provokációként éli meg” a helyzetet

Gyakran merülhet fel a pedagógusban a gondolat: „Ez már nem gyerekes elevenség – ezt mintha direkt csinálná.” De vajon tényleg ez a helyzet?

A felső tagozatos ADHD-s tanulók viselkedése sok esetben **erőteljesebben konfrontatívnak, cinikusnak vagy szándékosan rendbontónak tűnhet**, különösen a **pubertáskor érzelmi hullámzásainak** időszakában. A pedagógus ilyenkor gyakran **provokációként** érzékeli a viselkedést, ami **feszültséget, védekezést** válthat ki belőle.

Fontos azonban látni, hogy az ADHD-s serdülő nem feltétlenül akar „rosszat” – gyakran **maga sem érti, miért reagál úgy, ahogy**. A viselkedés **sokszor egy belső diszregulációs állapot megnyilvánulása**.

Tipikus viselkedések kamaszkorban ADHD-val

- Cinikus megjegyzések, beszólások órán („Ez úgyis hülyeség”)
- Szándékos szabályszegés (pl. mobilhasználat, renitens cselekvések)
- Erős érzelmi reakciók egy-egy apró kritikára
- Folyamatos elkalandozás, jegyzetelés elutasítása
- Tanórai együttműködés hiánya – „minek írom le?”, „ez nekem úgysem megy”

Esetleírások

1. Máté és az óráközi beszólás

Helyzet:

Máté, 7. osztályos, jó képességű, de folyamatosan **beszólogat az órán**: pl. „Tanárnő, minek tanuljuk ezt, senkit nem érdekel az irodalom!”

A tanár ezt problémaként egyre gyakrabban szóvá teszi, és egyre frusztráltabb. Máté szerint minden ilyen beszólása „*csak vicc volt*”.

Pedagógusi reflexió:

„Eleinte úgy éreztem, direkt rombol – aztán egy beszélgetésben kiderült, hogy szorong az osztályzatok miatt, és ezzel a hangos szerepléssel próbálja eltakarni, hogy nem ért mindent.”

**Reagálás:**

- Egyéni megbeszélés órán kívül – nem a „leszidás”, hanem a megértő kíváncsiság alapján.
- Humor, keretek között – „*Ha legközelebb vicces akarsz lenni, akkor legyen időnk rá a végén!*”
- Személyes figyelem: helyzetek előre jelzése – „*Jövő órán te kezded a válasszal.*”

A megszégyenítés helyett valódi kapcsolódás jött létre – Máté meg tudta tartani az önazonosságát, de más formában.

2. Lili, aki mindig elkésik és mindent otthon felejt**Helyzet:**

Lili 8. osztályos, rendszeresen **késik az órákról**, nincs felszerelése, elfelejti megcsinálni a házi feladatokat. A tanárban felmerül, hogy vajon nemtörődomség vagy valami más áll a háttérben?

Pedagógusi reflexió:

„Azt gondoltam, szándékosan hanyag. Aztán egy szülői beszélgetésen kiderült: ADHD-ja van, és otthon is küzdenek a szervezéssel. Ezért bevezettünk Lili számára egy egyszerű követőrendszert.”

Reagálás:

- „Indulónapló”: egy kis naptár, amit minden nap a padjára tesz – mit kell hoznia, mit vitt haza
- Belső rendszerítés: padtárs segítségével lista pipálása a felszerelésről
- Pozitív visszacsatolás – nem a hiányt büntetjük, hanem a sikeres napokat erősítjük

Lili ezektől persze nem lett „mintagyerek” – de visszanyerte motivációját, és a kapcsolata is javult a pedagógussal.



Pedagógusi lehetőségek felső tagozaton

Kihívás	Mögöttes ok	Lehetséges válasz
Cinikus megjegyzések	Szorongás, identitáskeresés	Egyéni beszélgetés, előre bevonás
Késés, felszerelés hiánya	Gyenge végrehajtó funkciók	Vizualizált emlékeztetők, társas támogatás
Nem vesz részt a munkában	Önbizalomhiány, túlterhelés	Részfeladat kijelölés, választási lehetőségek
Indulati kitörések	Érzelemszabályozási zavar	Lélegzési időtér biztosítása, reflexió később



11. Trauma vagy ADHD? – az érzékeny differenciálás pedagógusszemmel

Mi van, ha nem ADHD-s, hanem bántalmazott gyerek ül az osztályomban? - gondolhatja a pedagógus. A figyelemzavaros, impulzív vagy szabályt szegő viselkedések valóban **nem kizárólag ADHD-t jelezhetnek**. Egy ADHD-s gyermek túlfut az érzelmein. Egy traumatizált gyermek elbújik bennük. Mindkettőnek megértés kell – de más módon. Hasonló tünetek jelentkezhetnek **korai trauma, elhanyagolás, bántalmazás, vagy kötődési zavar** következményeként is. Ezek **külön diagnózist és külön támogatási formákat** igényelnek.

A pedagógus persze nem diagnosztizál – de **érzékenyen észlel, reflektál és jelzést ad**, ha szükséges. Ehhez azonban elengedhetetlen, hogy **különbséget tudjon tenni** bizonyos alapvető viselkedési és magatartás-mintázatok között.

Miért fontos a differenciálás?

- Mert **másképp reagálunk** ADHD-s és a traumát átélt gyermekekre.
- Mert az egyik esetben **támogatni kell az önszabályozást**, a másikban **érzelmi biztonságot kell újraépíteni**.
- Mert a „félrediaosztizálás” hosszú távú károkat okozhat (pl. trauma ADHD-ként való kezelése).

Esetleírások

1. Péter – a hangos, dacos és magányos fiú

Helyzet:

Péter 9 éves, 3. osztályos. Gyakran **beszól a pedagógusnak**, „elvonul”, „nem hajlandó részt venni semmiben”. A többi gyerek kerüli, mert agresszívan reagál, ha valaki „beszól” neki. Az otthoni, családi környezet felől ezekkel a problémákkal kapcsolatban kevés információ érkezik.

A pedagógus érzése:

„Néha olyan, mintha direkt hergelne. Aztán néha csak ül és néz. Nem tudom, mikor mi fog történni.”

További megfigyelések:

- A gyerek szabályszegései **nem következetesek**, hanem **szélsőséges hangulathoz kötöttek**.
- A szemkontaktust sokszor kerüli.
- Nehezen viseli a versengést, kudarcot – reakciója ilyenkor dührohamba torkollhat.



- Gyakran „elérhetlenné válik”, „kikapcsol”, nem reagál.

A szakemberekkel folytatott konzultációk során derül fény arra, hogy Péter életében korábban olyan családi krízisek és bántalmazó helyzetek fordultak elő, amelyek jelentős hatással lehettek érzelmi szabályozására és viselkedésére. A jelenlegi családi környezete látszólag rendezett, azonban a korábbi tapasztalatok lenyomatai továbbra is megjelennek az iskolai viselkedésben.

ADHD vagy trauma? – összehasonlító pedagógiai szempontok

	Jellemző az ADHD-ra	Jellemző traumára
Figyelmetlenség	Gyakori, de helyzetfüggő; ingerek befolyásolják	Disszociáció; belső világba menekülés
Impulzivitás	Gyors, automatikus reakció	Védekezési reakció, gyakran félelemlapú
Szervezési nehézségek	Idő, tárgyak, sorrendiség kezelésének zavara	A motiváció hiánya, belső zavarodottság
Kapcsolódási nehézség	Szociális „ügyetlenség”, de vágyik a kapcsolatra	Gyanakvás, elutasítás, ambivalencia
Hangulatingadozás	Gyakran a frusztrációra reagál	Hirtelen, kiszámíthatatlan váltások, néha elérhetlenség
Reagálás a korrigálási kísérletekre	Tiltakozik vagy túlreagál, de visszatér a helyzetbe	Bezárkózik, elhárít, visszahúzódik

Mit tehet a pedagógus, ha traumára gyanakszik?

- Ne címkézzünk – inkább figyeljünk és jegyezzük fel mintázatokat!
- Ne egyedül próbáljuk a problémát megoldani – kérjünk támogatást!
- A biztonságos, kiszámítható jelenlét önmagában is terápiás lehet.

Jelzési lánc:

1. Belső pedagógiai reflexió (napló, konzultáció kollégákkal).
2. Iskolapszichológus vagy gyermekvédelmi felelős tájékoztatása.
3. Szülővel való kapcsolatfelvétel (óvatosan, nem vádaskodva).
4. Indokolt esetben jelzés a gyermekjóléti szolgálat felé.



12. Pedagógusi reflexiók – amikor már másként tekintünk egy gyermekre

„Amióta a magatartását nem viselkedésként nézem, hanem szükségletként, máshogy reagálok – és ő is máshogy viselkedik.” Ezzel a mondattal indítjuk a fejezetet, amely **nem új stratégiákat akar bemutatni, hanem teret ad a gondolkodásnak, felismerésnek, újraértékelésnek.** Az ADHD-s tanulók pedagógiai kísérése nemcsak róluk szól, hanem **a tanár saját attitűdjének, eszköztárának, önismeretének fejlődéséről is.** „A pedagógus nem mindig tudja megváltoztatni a gyereket. De meg tudja változtatni a légkört, amiben a gyerek él.”

Mit mondanak a pedagógusok?

„Régen úgy éreztem, ez a gyerek direkt bosszant. Ma már tudom: nem direkt csinálja, csak nincs meg benne még az a gát, ami másban igen.” – alsós tanító, 16 év tapasztalattal.

„Amikor nem csak az órát akartam mindenáron az aznapra tervezett tananyag szerint leadni, hanem azt is elkezdtem figyelni, hol kapcsolódhatok a gyerekekkel, akkor történt igazi változás.” – felsős történelemtanár.

„Akkor tanultam meg türelmesnek lenni, amikor először akadtak nagyobb gondjaim egy ADHD-s gyerekkel. És azt is megtanultam, hogy néha a humor többet ér, mint egy büntetés.” – óvodapedagógus.

Visszatérő pedagógusi élmények

Tapasztalat	Áthangolás lehetősége
„Szétszedi az órát”	Talán máshogy tud jelen lenni – struktúrát, kapaszkodót keres.
„Nem figyel”	Nem köti le az órai foglalkozás, vagy túlterheli – mit változtathatunk a tempón, a figyelemlekötés módszerén?
„Nem lehet vele beszélni”	Lehet, hogy máskor, más helyzetben igen – keressük meg a lehetőséget, helyzetet, csatornát.
„Tönkreteszi a közösséget”	Talán nehezen találja a helyét – érdemes bevonni, szerepet adni neki, támogatni a szabályokhoz való kapcsolódását.

Pedagógiai tanulságok – röviden

1. **A viselkedés nem azonos a szándékkal.** A legtöbb ADHD-s gyermek nem akar zavarni – csak nem tud másképp jelen lenni.
2. **A keretek megtartása és az empátia nem zárják ki egymást.** A következetesség épp a biztonság egyik formája.
3. **A kapcsolódás megelőzi a tanítást.** Ha nincs kapcsolat, nincs befogadás sem.



4. **A rugalmasság nem a gyengeség jele.** Inkább az alkalmazkodóképességé, ami minden osztálytermi munkában hatalmas erőforrás a pedagógus kezében.
5. **A tanár önmagát is tanítja.** A türelem, önreflexió, a humor nemcsak a gyerekekért van – **önmagunkért is.**



13. Szakmaközi együttműködés: egy gyermek – több szemszög

Ez a fejezet bemutatja, hogyan **erősítheti egymást a pedagógus, a szülő és a különféle szakemberek munkája**. A cél, hogy a pedagógus ne érezze magát egyedül, és tudja, **mikor, milyen esetben, kihez és hova fordulhat**.

13.1. Ki kicsoda? – szerepek és hatáskörök az ADHD körül

A gyermek fejlődése nem csak az iskola felelőssége – de az iskola az egyik kulcsszereplő a gyermek fejlődésében. Az ADHD-s gyermek támogatása **többszereplős folyamat**, amelyben különféle szakemberek és intézmények működnek együtt – eltérő kompetenciákkal, eltérő felelősségi körökkel. A pedagógus **nem diagnosztizál és nem folytat terápiát**, de **kulcsszereplő a megfigyelésben, jelzésben** és az alkalmazott pedagógiai stratégiák kialakításában és alkalmazásában.

Milyen szakemberekkel találkozhatunk az ADHD körül?

Szakember / Intézmény	Szerepe	Tipikus bevonódás módja, ideje
Pedagógus (óvoda, iskola)	Megfigyel, visszajelez, pedagógiai stratégiákat alkalmaz	Az első perctől jelen van
Iskolapszichológus	Konzultáció, megfigyelés, pedagógus támogatása, javaslattevő szakértői vizsgálatra	Ha viselkedési probléma vagy tanulási nehézség jelentkezik
Fejlesztőpedagógus	BTMN tanulók fejlesztése, kognitív, motoros vagy részképesség-fejlesztés, differenciálásban segítség	Már a megerősítő szakaszban
Gyógypedagógus	BTMN/SNI tanulók fejlesztése, egyéni tanulási utak támogatása	Szakértői vélemény alapján
Pedagógiai szakszolgálat (szakértői bizottság)	Vizsgálat, komplex diagnózis felállítása, konzultáció, fejlesztési javaslat, intézménykijelölés	Szülői kérésre, vagy szülői beleegyezéssel, vagy kötelezés esetén
Gyermekpszichiáter / neurológus	Orvosi diagnózis felállítása, gyógyszeres terápia, orvosi nyomon követés	Ha a szakszolgálat javasolja, vagy a szülő keres fel szakembert
Gyermekjóléti szolgálat	Krízishelyzetek, elhanyagolás, trauma esetén, jelzési kötelezettség alapján	Ha a családi környezet súlyosan veszélyeztet



13.2. Mi a pedagógus feladata – és mi nem az?

A pedagógus feladata	Nem a pedagógus feladata
A gyermek viselkedésének megfigyelése, dokumentálása	Diagnózis felállítása
Konzultáció a szülőkkel és kollégákkal	Gyógyszeres vagy pszichológiai kezelés
Differenciált pedagógiai támogatás biztosítása	Terápiás folyamat levezetése
Visszajelzés szakemberek felé (pl. iskolapszichológus, pedagógiai szakszolgálat)	Szakértői vélemény értelmezésének egyéni módosítása
Támogató iskolai légkör kialakítása	Szakmai kompetenciát meghaladó értelmezések, „címkézések”

13.3. Mire figyeljünk a szerepek összehangolásakor?

- **Ne vállaljunk túl sokat – kérjünk segítséget!**

Ha úgy érezzük, a gyermek viselkedése már nem kezelhető pedagógiai eszközökkel, jelezzünk.

- **Tartsuk a kapcsolatot – ne csak panaszt közvetítsünk!**

A szülőkkel és szakemberekkel való együttműködés akkor eredményes, ha **kölcsönös és partneri**.

- **Fogalmazzunk konkrétan a megfigyeléseinkről!**

Pl. „Peti az utóbbi két hétben 5 alkalommal bekiabált a matematika órán, ha nem értette a feladatot.” Nem pedig: „Peti a matematika órán rendszeresen kezelhetetlen.”

A pedagógusnak nem kell mindent egyedül megoldania. De felelőssége van abban, hogy a folyamatok elinduljanak a megoldás útján.”



14. Szülő–pedagógus együttműködés: alapok, buktatók, esélyek

Mindannyian a gyermek érdekében kell, hogy együttműkjünk – akkor is, ha külön-külön mindannyian másképp látjuk őt. A szülő és a pedagógus két kulcsfontosságú megfigyelő és hatásgyakorló szereplő a gyermek életében. Az ADHD-val küzdő gyermek fejlődése szempontjából az egyik **leghatásosabb támogatási forma** az, ha a szülő és a pedagógus **együttműködő viszonyt alakít ki**, nem pedig hibáztatási spirálba kerül.

Miért nehéz néha? – a kölcsönös félreértések forrásai

Pedagógus érzése	Szülő viselkedése	Lehetséges háttér
„A szülő nem foglalkozik a gyerekekkel”	Védekezik, elutasítja a kritikát	A szülő fáradt, tehetetlen, önmagát is hibáztatja
„Nem mondott semmit a diagnózisról”	Titkolózik, bizonytalan	Korábban rossz tapasztalatai voltak, szégyenérzet
„Mindig megmagyarázza a helyzetet, mentetgeti a gyereket”	Relativizál, hárít	Úgy érzi, a pedagógus kétségbe vonja a szülői nevelést
„Túlságosan rá van görcsölve”	Aggódik, túlreagál	Megijedt, nincs kapaszkodója a probléma kezeléséhez

Az együttműködés pillérei

1. **Tisztázott szerepek** – Nem „ítélkezés”, hanem **együtt gondolkodás**
2. **Megfigyelés-alapú visszajelzés** – „Ezt tapasztaltam az órán...” ≠ „A gyerek rossz”
3. **Közös célkijelölés** – „Miben szeretnénk segíteni most neki?”
4. **Rendszeres, strukturált kommunikáció** – Előre egyeztetett időpontok, rövid, célzott beszélgetések
5. **Empatikus hozzáállás – mindkét oldalról** – Mindenki küzd valamivel

Példa: Zsófi anyukája – túlreagálás vagy segélykiáltás?

Helyzet:

Zsófi 2. osztályos, ADHD-s. Az anyuka naponta ír e-mailt, kérdezi, Zsófi „megint rossz volt-e” és lényegében minden, Zsófi által otthon elmesélt történettel kapcsolatban jelez a pedagógus felé. A pedagógus túlterhelve érzi magát és egy idő után már kerüli a válaszadást.

Lépések:

- Strukturált időpont egyeztetése: „Beszéljünk hetente egyszer 10 perctet.”



- Támogató visszajelzések: „Ma Zsófi ügyesen visszatért a feladathoz 3 perc után – ez nagy előrelépés volt.”
- Közös cél: pl. „Tanulja meg elmondani, ha túl sok neki a feladat.”

Eredmény: Az anyuka megnyugodott, Zsófi egyre többször kapott összehangolt támogatást a pedagógustól és édesanyjától, a pedagógus pedig visszanyerte a kontrollt szülővel való együttműködése alakításában.

Mi az, amit érdemes kerülni?

- **Címkézés** - pl. „Zsófi viselkedésével gond van.”
Helyette: „Zsófi a csoportos feladatoknál nehezen találja meg a szerepét.”
- **Érzelmi túltöltöttségű visszajelzés** - pl. „Képtelenség vele órát tartani.”
Helyette: „Az elmúlt héten 4 tanórán is ki kellett vonulnia pár percre – beszéljünk róla, mi segítene ilyenkor.”
- **Passzivitás** „Majd csak túllép ezen a rossz időszakon.”
Helyette: aktív együttműködés, tanácskérés, továbbküldés szakemberhez

Gyakorlati eszközök a pedagógus kezében

Eszköz / módszer	Mire jó?
Megfigyelési napló	Konkrétumokkal segíti a beszélgetést
„Erősség-térkép”	Pozitívumokra is irányítja a fókuszot
Közös célkitűző lap	Nyomon követhető fejlődés biztosítása
Rövid heti visszajelzés	Szülő biztonságérzetét erősíti, bizalmat épít
Időhatáros kommunikáció	A pedagógust tehermentesíti, mégis elérhető marad

Mindig érdemes szem előtt tartani, hogy a szülővel való kapcsolattartás nem a szülőről és a pedagógusról, hanem a gyermekről szól. Ha a szülő és a pedagógus egymást támogatják, azzal a gyermek nyer.



15. Mikor kell bevonni szakembert? – határpontok a pedagógusi munkában

„A megfigyelés lehet pedagógusi feladat. A diagnózis nem.” - ezzel indíthatjuk az alfejezetet. Egy pedagógus sok mindent lát: viselkedési változásokat, tanulási nehézségeket, társas kapcsolati zavarokat. De fontos tudni, hogy **a pedagógiai hatáskörnek is vannak keretei**. A pedagógus nem az utolsó láncszem – hanem az első megfigyelő. Amikor egy gyermek nehézségei **tartósak, súlyosbodnak, vagy nem reagálnak a szokásos pedagógiai eszközökre**, akkor **szakember bevonása szükséges** – a gyermek érdekében.

15.1. Mikor merül fel a szakemberhez irányítás igénye?

Viselkedési szinten:

- A viselkedés **tartósan, több területen zavaró** (pl. órán, udvaron, szabadidőben is)
- A gyerek **agresszív, destruktív** módon reagál másokra vagy az őt érő ingerekre.
- **Szélsőséges érzelmi reakciók** (dühkitörések, bezárkózás, sírásrohamok) ismétlődnek
- A viselkedés **nem változik a jól alkalmazott pedagógiai eszközökre sem**.

Tanulási szinten:

- A gyermek **elmaradása feltűnő**, és nem áll arányban a gyakorlással vagy tanórai lehetőségekkel.
- Olvasás, írás, számolás alapjai **nehezen alakulnak ki**, szembetűnő részképesség-zavar jelei mutatkoznak.
- **Könnyen túlerhelhető**, nem tud hosszabb ideig koncentrálni – még differenciált környezetben sem.

Társas viselkedésben:

- A gyerek **izolálódik** vagy tartósan kirekesztett a közösségből.
- Nincs empátiás viselkedés, nem ismeri fel mások integritását, privát szférájának határait.
- Kapcsolataiban **gyakoriak a konfliktusok, sérülések**.

Érzelmi szinten:

- Állandó **szorongás, depressziós tünetek**, gyakori sírás, kilátástalanság érzése.
- **Hangulati ingadozások**, amelyek normális esetben nem indokolhatók a gyereket érő ingerekkel.
- **Traumára utaló jelek** (pl. hirtelen zárkózottság, testi tünetek, regresszió).



15.2. Mi a pedagógus szerepe ilyenkor?

Tennivaló	Cél / hatás
Megfigyelés dokumentálása (napló, időpont, esemény)	A szakembernek pontos kiindulási alapot ad
Egyeztetés a szülővel	A bevonás együttműködéssel történjen, ne vádaskodással
Konzultáció az iskolapszichológussal / gyermekvédelmi felelőssel	Segítséget nyújt a döntésben és a továbblépésben
Továbbküldési javaslat a szakértői bizottsághoz (pedagógiai szakszolgálathoz)	Hivatalos szakértői vizsgálat elindítása
Későbbi együttműködés, visszajelzés biztosítása	A folyamatot végigkísérő szerep

15.3. Mit ne tegyen a pedagógus?

- Ne diagnosztizáljon („ez biztos ADHD” – ezt nem mondhatja ki).
- Ne adjon gyógyszerre vagy pszichiátriai ellátásra utaló tanácsot önállóan.
- Ne közvetítsen súlyos véleményt a gyermek állapotáról szülői kérdésre válaszolva („szerintem ő sose fog beilleszkedni”)

Példahelyzet – hogy működik megfelelő módon egy szakemberhez irányítás?

Szituáció: A pedagógus azt tapasztalja, hogy Bence, általános iskola 1. osztályos tanuló nem tud a helyén maradni, gyakran megzavarja az órai munkát, a feladatokat nem kezdi el, hacsak személyesen nem kap külön instrukciót. Bence figyelme nehezen irányítható, és a szülők elmondása szerint otthon is hasonló a helyzet. A differenciált próbálkozások (rövidebb feladatok, vizuális megerősítés, dicséret) nem szüntetik meg a problémát, inkább csak enyhítik.

Lépések:

1. Megfigyelések rögzítése (mikor, mi történt, hogyan reagált)
2. Konzultáció az iskolapszichológussal → javaslat a nevelési tanácsadóhoz
3. Szülővel való kapcsolatfelvétel – partneri, tájékoztató jellegű
4. Szakértői vizsgálat elindítása → eredmény alapján differenciálás / fejlesztés / további szakellátás



16. Szakmaközi kommunikáció – együttműködés, üzenet, nyelv,

Az ADHD-s gyermekek hosszabb távú támogatásához és fejlesztéséhez a pedagógus, a szülő, a fejlesztő és a diagnosztikai szakemberek **együttes figyelme és összehangolt munkája** szükséges. Ennek egyik leghatékonyabb formája a **rendszeres, szakmaközi egyeztetés**, ahol az érintett felek megosztják tapasztalataikat és **közösen jelölik ki a továbblépés irányát**.

Nem elég, ha kommunikálunk valamit – fontos, hogy értsenek is minket. A gyermek körüli szakemberek – pedagógus, pszichológus, gyógypedagógus, szociális munkás, orvos – **különböző nyelvet beszélnek**: más fogalmakat használnak, másra figyelnek, más eszközeik vannak. A sikeres együttműködés kulcsa, hogy **ezek a „nyelvek” találkozzanak** egy közös cél mentén, ami nem más, mint a gyermek támogatása, fejlesztése.

Miért nehéz olykor? – A szakmaközi félreértések forrásai

A pedagógus mondja...	A szakember kérdése	Lehetőség a pontosításra
„Zsófi szétszedi az órát.”	Viselkedészavar? ADHD? Trauma?	Pontos helyzetleírás, időpont, kiváltó ok
„Nem lehet vele bírni.”	Milyen helyzetben, milyen gyakran?	Objektív, megfigyelésalapú visszajelzés
„Nem figyel.”	Milyen feladathelyzetben? Esetleg kapacitásproblémája van?	Milyen típusú feladat? Mennyi ideig?

Gyakori hibák a szakmaközi kommunikációban

Hiba	Mi a gond vele?	Mit tegyünk helyette?
„Zsófi nem normális.”	Személyeskedés, nem szakmai	Objektív megfigyelést írunk le
Csak szóban jelezzük, hogy „gond van”	Nincs nyoma, nem elég informatív	Írásos, konkrét visszajelzés
Egyoldalú elvárások („a pszichológus oldja meg”)	A folyamat irányítása közös felelősség	Keressük a saját pedagógiai lehetőségeket is

Szakmaközi együttműködés menete – gyakorlati lépések

1. **Kapcsolatfelvétel a szakemberrel** (iskolapszichológus, pedagógiai szakszolgálat).
2. **Célmeghatározás** – mit szeretnénk tisztázni (pl. ADHD gyanú megerősítése).
3. **Rövid, strukturált írásos összefoglaló**.
4. **Nyitottság a visszajelzésre** – és az annak alapján történő pedagógiai változtatásra.



5. **Folyamatos információcsere** – nem csak a probléma esetén, hanem a haladás nyomán követéséhez is.

A hatékony szakmaközi egyeztetés

Egy ilyen egyeztetés akkor hatékony, ha valamilyen **struktúrában működik**, ahol a gyermekkel foglalkozó különféle szakemberek (és adott esetben a szülő is) **közösen tárgyalnak** a gyermek állapotáról, szükségleteiről és a következő lépésekről.

Résztevők lehetnek:

- Pedagógus
- Fejlesztőpedagógus
- Iskolapszichológus
- Szakpszichológus
- Szülő
- Gyógypedagógus
- Szociális munkás / gyermekvédelmi felelős

Mikor és hogyan érdemes összehívni?

Alkalmom	Indoklás / cél	Időzítés
Diagnózist követő első találkozás	Támogatási forma meghatározása, szerepek tisztázása	Diagnózis után 1 hónapon belül
Éves egyeztetés (min. 1 alkalom)	Fejlődés értékelése, támogatás újratervezése	Tanév 2. felében célszerű
Krízishelyzet esetén	Regresszió, új tünetek, jelentős változások kezelése	Igény szerint bármikor
Fejlesztés lezárásakor / iskolaváltáskor	Információátadás, folyamatosság biztosítása	Iskolai ciklusváltáskor

Mi jellemzi a jó szakmaközi együttműködést?

- Tiszteletben tartott hatáskörök
- Konkrét, pontos megfogalmazások
- Közös cél: a gyermek fejlődése
- Folyamatos, interaktív kommunikáció
- Nyitottság az eltérő nézőpontokra



Mitől lesz hatékony egy konkrét egyeztetés?

- Előzetes felkészülés – minden résztvevő hozza magával az adatait, megfigyeléseit.
- Rövid, fókuszált időkeret – 30–45 perc.
- Témavezető vagy moderátor kijelölése – lehet az iskolapszichológus, vagy az osztályfőnök.
- Konkrét cél – pl. milyen támogatási forma legyen a következő félévben.
- Írásos emlékeztető készítése – kinek mi a feladata, mi a határidő.

Miért érdemes szakértői hálóban gondolkodni?

Háló nélküli működés	Hálós működés
Pedagógus egyéni leterheltsége	Megosztott felelősség, közös gondolkodás
Elmaradó visszacsatolások	Rendszeres kommunikáció és utánkövetés
Elbeszélés egymás mellett	Közös értelmezési keretek kialakítása
Izolált, reaktív megoldások	Előre tervezett, proaktív támogatás

Példa: éves kerekasztal Dénes támogatásáról

Dénes 5. osztályos ADHD-s tanuló. Az éves egyeztetésen részt vesz:

- Az osztályfőnöke
- Az iskolapszichológus
- A fejlesztőpedagógus / gyógypedagógus
- A gyermekvédelmi felelős
- Az édesanya

Témák:

- Tanulmányi fejlődés értékelése (miben történt előrelépés, mi stagnál).
- Visszacsatolás a pszichiátriai javaslat alapján (gyógyszerelés kezdete óta mi a tapasztalat).
- Konkrét iskolai konfliktus-esetek – közösségi magatartás megvitatása.
- Nyári fejlesztési lehetőségek.
- Cél: a következő félévre reális, pedagógiailag is fenntartható célok kijelölése.



Milyen információkat érdemes átadni a mentális szakembernek?

A pedagógus nem diagnosztizál, de **kulcsinformációkat adhat**, amelyek segítenek a mentális szakembernek. Ilyenek például:

- **Megfigyelési adatok** (konkrét viselkedések, gyakoriság, időpont)
- **Mire reagál jól a gyerek? – Mire nem?** (pl. dicséret, vizuális jelzés, egyéni instrukció)
- **Tanulmányi teljesítmény alakulása**
- **Kapcsolatok: tanár-diák viszonylatban, kortársakkal**
- **Eddigi próbálkozások, pedagógiai eszközök**

Hogy érdemes felépíteni egy mentális szakembernek készítendő pedagógiai leírást?

Példa: Megfigyelés Zsófi (2. osztályos tanuló) tanórai viselkedéséről

- **Tanórak típusa, ahol probléma észlelhető:** főként matematika, magyar írás
- **Tipikus viselkedésforma:** folyamatos mozgás, bekiabálás, gyakran hagyja el az ülőhelyét
- **Gyakoriság:** naponta 5–10 alkalom
- **Pedagógiai eszközök, amelyek nem váltak be:** piktogram, szóbeli figyelmeztetés
- **Ami segített:** ha egyéni feladatlapon dolgozott, ha előre látta a feladat végét
- **Kapcsolatok:** a kortársak egy része kerüli, de vannak barátai
- **Szülői visszajelzés:** otthon is nehézséget jelent a feladattartás, de a mozgás segít

17.2. Együttműködés az SNI és BTMN eljárásokban – mit tehet a pedagógus?

Az ADHD-s gyermekek egy része jogosult lehet a sajátos nevelési igényű (SNI) vagy a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézségekkel (BTMN) kapcsolatos eljárásokban való részvételre. Sajátos nevelési igényt, illetve beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséget, továbbá az ehhez igazodó kedvezményeket, mentességeket a vármegyei (fővárosi) pedagógiai szakszolgálatok erre feljogosított szakértői bizottságai állapítanak, illetve határoznak meg. Ezek a kedvezmények és mentességek kapcsolódhatnak a tanulmányokhoz, a tanulmányok alatti vizsgákhoz, illetve az érettségi, vagy a szakiskolai, szakgimnáziumi szakmai és képesítő vizsgákhoz, továbbá a szakképzési tanulmányokhoz és vizsgákhoz is.

A szakértői vizsgálat indítható hivatalból, hatósági megkeresésre, szülői kérelemre, illetve a szülő egyetértésével a nevelési-oktatási, illetve a szakképző intézmény, a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló törvény hatálya alá tartozó család- és gyermekjóléti szolgálat, család- és gyermekjóléti központ, bölcsődei ellátást nyújtó intézmény, szolgáltató, gyermekotthon, területi gyermekvédelmi szakszolgálat, nevelőszülői



hálózat működtetője, a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló törvény hatálya alá tartozó fogyatékosok ápoló, gondozó otthona, fogyatékosok rehabilitációs intézménye, fogyatékosok nappali intézménye kezdeményezésére is.

Bizonyos esetekben a szülőt kötelezni is lehet a szakértői vizsgálaton való megjelenésre. A pedagógus kulcsszereplő lehet a szakértői bizottsági folyamatokban, hiszen ő az, aki **segítheti és visszacsatolhatja** az érintett lépéseket – nem csak jogi, hanem szakmai és emberi vonatkozásban is.

SNI és BTMN – mi a különbség?

Jelölés	Jelentés	Ki állapítja meg?	Mit jelent a gyakorlatban?
SNI	Sajátos nevelési igény – ide tartozhat az ADHD is, ha súlyos formában jelentkezik	Szakértői Bizottság	Fejlesztési kötelezettség, egyéni tanulási út, pedagógiai és vizsgakedvezmények
BTMN	Beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézség – enyhébb ADHD-s tünetek esetén	Szakértői bizottság	Fejlesztési kötelezettség, támogatás, kedvezmények lehetősége

A pedagógus szerepe a folyamatban – lépésről lépésre

1. Megfigyelés és dokumentálás

- Folyamatosan megjelenő nehézségek, tanulási vagy viselkedési problémák, amelyek nem reagálnak a szokásos pedagógiai eszközökre.
- Tanórai teljesítmény, szociális beilleszkedés, figyelem, impulzivitás, szorongás stb.

2. Szülővel való konzultáció

- Megfigyelések ismertetése.
- Együttműködő hangnem: nem „bejelentés”, hanem közös megoldáskeresés.
- A szülő írásos beleegyezése szükséges a szakszolgálati vizsgálatához.

3. Kapcsolatfelvétel a szakszolgálattal

- Pl. a pedagógiai szakszolgálat járási / vármegyei feladat-ellátási helye, nevelési tanácsadás, logopédiai ellátás.
- Beutaló kériólap, pedagógiai vélemény csatolása.

4. Szakértői vizsgálat és javaslat

- A pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottsága elvégzi a szükséges vizsgálatokat.



- Javaslatokat ad: fejlesztés típusa, időkerete, kedvezmények stb.

5. Támogató intézkedések beépítése a gyakorlatba

- Differenciált feladatok, értékelési módszerek, vizsgakedvezmény, fejlesztőpedagógiai munka.

6. Folyamatos visszajelzés és nyomon követés

- Működik-e a javasolt támogatás?
- Kell-e módosítani az eszközöket, eljárásokat?

Gyakori kérdések a pedagógusok részéről

Kérdés	Válasz
„Kötelező-e elindítani a folyamatot?”	Nem kötelező, de szakmailag indokolt esetben javasolt. A szülő döntése is kell hozzá, bizonyos esetekben a szülő együttműködésre is kötelezhető.
„Mi van, ha a szülő elutasítja?”	Akkor is fontos rögzíteni, hogy a javaslat elhangzott. Segíthet az iskolapszichológus vagy a gyermekvédelmi felelős bevonása, bizonyos esetekben a szülő együttműködésre is kötelezhető.
„Én is kérhetem a vizsgálatot?”	Igen, a pedagógus megfigyelései alapján javaslatot tehet és az iskola is kezdeményezheti a vizsgálatot.
„Milyen kedvezmények járnak?”	Pl. vizsgakedvezmények, egyéni munkatempó, szóbeli helyett írásbeli felelet, egyéb speciális kedvezmények, BTMN esetében fejlesztő pedagógiai ellátás, SNI esetében egészségügyi és pedagógiai célú habilitációs és rehabilitációs órák.

Példa: Balázs útja a szakértői véleményig

Balázs 3. osztályos tanuló, viselkedése impulzív, gyakran félbeszakítja a tanárt, nehezen fejezi be a feladatait. A tanító dokumentálja a viselkedéses nehézségeket, egyeztet a szülővel. A pedagógiai szakszolgálat ADHD gyanúját állapítja meg, javasolja a szakértői bizottsági vizsgálatot.

Eredmény: SNI-besorolás, 2 évig egészségügyi és pedagógiai célú habilitációs és rehabilitációs foglalkozás heti 2 alkalommal, egyéni tanulási terv, vizsgakedvezmény (időhosszabbítás).

Mire figyeljünk különösen?

- A folyamat **nem automatizmus**, hanem **egyéni szükségletre szabott támogatási lehetőség**.
- A pedagógus **kulcsinformációkat** ad, de **nem dönt**.
- Az SNI vagy BTMN státusz **nem megbélyegzés**, hanem **jogosultság**.
- A fejlesztés csak akkor hatékony, ha **beépül a mindennapi pedagógiai gyakorlatba**.



17. fejezet – Jogsabályi háttér, szakmai ajánlások

Az ADHD-val élő tanulókkal végzett pedagógiai munka nemcsak nevelési és oktatási feladat, hanem jogi és adminisztratív vonatkozásokkal is együtt jár. Sok pedagógus bizonytalan abban, hogy az ADHD diagnóza milyen jogosultságokat, kötelezettségeket és intézményi teendőket von maga után – például mikor számít a gyermek sajátos nevelési igényűnek (SNI), mikor sorolják be a beilleszkedési, tanulási és magatartási nehézséggel (BTMN) élők közé, vagy éppen mi a teendő, ha egyik kategóriába sem tartozik, mégis támogatásra szorul. Ez a fejezet abban kíván segíteni, hogy a pedagógus **jogilag is tisztábban lásson**: milyen eljárások és intézményi szereplők érintettek, milyen fejlesztési lehetőségek és kedvezmények állnak rendelkezésre, és milyen szakmai ajánlások segítik a mindennapi munkát. Kiemelt figyelmet fordítunk arra is, **mi a pedagógus feladata – és mi nem az**, hogy elkerülhető legyen a túlterhelés vagy a hatáskörön túli elvárások miatti stressz.

17.1. Az ADHD jogi státusza a köznevelésben

A diagnózis nem címke – hanem tájékoztató pont. Az ADHD (figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar) jogi megítélése a köznevelési rendszerben **nem automatikus és nem egyértelmű**. Az, hogy egy ADHD-val élő gyermek milyen **jogosultságokat, kedvezményeket** vagy **fejlesztési formákat** kap, **a tünetek súlyosságától, a diagnózis részleteitől**, valamint a szakértői vélemény tartalmától függ. A jogi keretek ismerete segít abban, hogy a pedagógus ne csak jó szándékkal, hanem jogbiztonságban is támogasson.

17.2. Mikor számít az ADHD sajátos nevelési igényűnek (SNI)?

Az ADHD akkor sorolható az SNI körébe, ha:

- **olyan súlyos és tartós egyéb pszichés fejlődési zavart** okoz, amely jelentősen akadályozza a tanulást és a szociális beilleszkedést;
- a **szakértői bizottság** hivatalos szakértői véleménye **így minősíti** a gyermeket.

Jogsabályi háttér:

– A 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről

– 15/2013. (II.26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről

– SNI definíció: sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló: az a különleges bánásmódot igénylő gyermek, tanuló, aki a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján mozgásszervi, érzékszervi (látási, hallási), értelmi vagy beszéd fogyatékos, több fogyatékoság együttes előfordulása esetén halmozottan fogyatékos, autizmus spektrum zavarral vagy egyéb pszichés fejlődési zavarral (súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavarral) küzd.”

Az ADHD-s tanuló akkor válik **SNI státuszúvá**, ha a szakértői véleményben szerepel például:

- „egyéb pszichés fejlődési zavar – ADHD diagnózis alapján SNI”



A gyakorlatban ez járhat:

- Egyéni fejlesztési terv kialakításával.
- Tantárgyi vagy vizsgakedvezményekkel.
- Egyéni tanrend lehetőségével.
- Egészségügyi és pedagógiai célú habilitációs és rehabilitációs foglalkozásokkal: a szakértői bizottság szakértői véleményében meghatározott fejlesztési területekre és a fejlesztéshez szükséges szakemberre vonatkozó javaslat figyelembevételével a sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló egyéni szükségleteinek támogatására, az akadályok leküzdésére, új funkciók kialakítására és a környezeti feltételek optimalizálására irányuló kötelező foglalkozás. Ezeket a foglalkozásokat a sajátos nevelési igény típusának megfelelő gyógypedagógusok tartják.

17.3. Mikor tartozik az ADHD a BTMN körébe?

Az ADHD akkor kerülhet a BTMN (Beilleszkedési, Tanulási, Magatartási Nehézség) kategóriába, ha:

- a tünetek **enyhébbek**, nem feltétlenül akadályozzák súlyosan az iskolai teljesítményt;
- a gyermek **nem igényel speciális nevelést**, de célzott pedagógiai támogatást igen;
- a vizsgálatot szintén **a szakértői bizottság** (pedagógiai szakszolgálat) végzi.

A BTMN **nem minősítés**, hanem **állapotleírás**, nem jár automatikusan jogszabályi kedvezményekkel, **de fejlesztő pedagógiai ellátásban kell részesíteni a BTMN-kategóriába sorolt tanulót**. A fejlesztő pedagógiai ellátás a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdő gyermek, tanuló tantárgyi felzárkóztatására és készségfejlesztésére irányuló kötelező foglalkozás. A beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdő tanulók számára szervezett fejlesztő pedagógiai ellátás keretében a tanuló tantárgyi felzárkóztatását a nevelő-oktató munka szakaszának, illetve a tantárgynak megfelelő szakképzettségű pedagógus, készségfejlesztését pedig fejlesztő pedagógus végzi.

Példa a szakértői véleményből:

„BTMN megállapítható. A gyermek figyelmi és impulzuskontroll-zavara célzott pedagógiai támogatást igényel, heti 2 fejlesztőfoglalkozás javasolt.”



Mi nem tartozik ide? – A túldiagnosztizálás és félreértelmezés elkerülése

Fontos, hogy ne keverjük össze a valódi ADHD-s tüneteket más, ADHD-tünetcsoporthoz hasonló viselkedésekkel.

Téves értelmezés	Lehetséges nem-ADHD-s háttér
Mozgékony, de alkalmazkodó gyermek → ADHD?	Életkori sajátosság, temperamentum
Alacsony motiváció → figyelmi zavar?	Tanulási stílus, nem megfelelő módszerek
Konfliktusos, dacos viselkedés → impulzivitás?	Trauma, szorongás, kötődési zavar

A pedagógus feladata nem a diagnosztizálás, hanem a **megfigyelés és dokumentálás**. A felelősségteljes eljárás csökkenti a gyermek a félrediagnosztizálásának esélyét – és a pedagógust is védi a hibás értelmezések következményeitől.

Összefoglalás táblázatban:

Státusz	Ki állapítja meg?	Mikor alkalmazható?	Következmények
SNI	Szakértői bizottság	Súlyos ADHD, jelentős tanulási és/vagy szociális akadályozottság	Egyéni fejlesztés, jogszabályi kedvezmények
BTMN	Szakértői bizottság	Enyhébb tünetek, de tartós nehézségek	Támogatás, fejlesztés, kedvezmények

17.4. Mi írja elő a pedagógus jogi teendőit?

A pedagógus jogi feladatait az alábbi jogszabályok és dokumentumok határozzák meg:

- **2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről**
- **20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról**
- **15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről**
- A helyi pedagógiai program, házirend, és a helyi szakszolgálati protokollok



A pedagógus jogi feladatai ADHD esetén

Feladat	Mit jelent ez a gyakorlatban?	Jogalap / hivatkozás
Megfigyelés	A tanuló viselkedésének és teljesítményének nyomon követése	NAT, helyi PP, pedagógiai szabadság
Dokumentálás	E-napló, fejlesztési napló, visszatérő problémák rögzítése	20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet
Szülő tájékoztatása	A nehézségekről való nyílt, ítélezésmentes kommunikáció	2011. évi CXC. törvény 72. §
Szakemberhez irányítás kezdeményezése	Pl. iskolapszichológus, fejlesztőpedagógus, pedagógiai szakszolgálat	Házirend / BTMN szakmai ajánlás
Fejlesztőintézkedések beépítése	Differenciálás, viselkedéskezelési technikák, adaptációk	PP, SNI/BTMN javaslatok
Támogató környezet biztosítása	Biztonságos, strukturált, inkluzív tanulási környezet kialakítása	NAT – Alapelvek
Részvétel a szakmaközi egyeztetéseken	Kerekasztal-megbeszélés, éves értékelés, SNI-terv egyeztetése	15/2013. EMMI rendelet

Mi nem pedagógusi feladat?

Téves elvárás / félreértés	Valóságos jogi helyzet
„A pedagógus mondja ki a diagnózist.”	Nem. Diagnózist kizárólag a szakértői bizottság, orvos vagy pszichológus állíthat fel.
„A pedagógus dönt arról, hogy SNI-s-e a gyerek.”	Nem. Ezt a szakértői bizottság jogosult megállapítani.
„A pedagógus kötelezheti a szülőt a vizsgálatra.”	Főszabályként a szülő beleegyezése szükséges (bizonyos kivételektől eltekintve).
„A pedagógus adhat gyógyszert.”	Nem. Még akkor sem, ha a szülő kéri – ez egészségügyi feladat.



Gyakori pedagógusi dilemmék jogi kérdésekben

Kérdés	Válasz
„Feljegyezhetem a szülő kérésére, hogy ADHD-s a gyermek?”	Csak ha hivatalos szakértői vélemény van. Ellenkező esetben csak a viselkedést dokumentáljuk, ne használjuk a diagnózist.
„Megoszthatom a gyerek ADHD-s státuszára vonatkozó információt a nevelőtanárral vagy más kollégával?”	Igen, ha a gyermek tanulását és támogatását segíti – de csak szükséges mértékben, diszkréten.
„Beírhatom az e-naplóba, hogy a gyerek hiperaktív?”	Csak a törvény adta keretek közt, egyebekben csak megfigyeléseket írjunk: „gyakran elhagyja a helyét”, „sokszor közbeszól” stb. A diagnosztikus fogalmakat kerüljük.
„Kell valamit tennem, ha a szülő nem akar vizsgálatot?”	Igen, dokumentálni kell az egyeztetést. Ha komoly pedagógiai vagy gyermekvédelmi probléma áll fenn, a gyermekvédelmi felelős bevonása indokolt lehet, illetve a szülő a tankerületi központnál kezdeményezett közigazgatási hatósági eljárásban kötelezhető a megjelenésre.

Hasznos, ha van kéznél:

- **Pedagógiai vélemény-sablon** a szakszolgálati vizsgálatokhoz
- **Egyéni fejlesztési napló** vagy rövid „tünetnapló”
- **Jogi összefoglaló vagy belső irányelv** az ADHD-s tanulók kezelésére az iskolában



18. A szülői jogok és kötelezettségek ADHD esetén

Többször ismételtük: az ADHD-val élő gyermekek támogatása csak akkor lehet igazán hatékony, ha **az iskola és a szülő közötti együttműködés** tiszta keretek között, kölcsönös bizalmon és felelősségvállaláson alapul. Ehhez viszont **a szülőnek sem árt ismernie saját jogait és kötelességeit**, a pedagógusnak pedig tisztában kell lennie azzal, **miben kérhet és várhat el együttműködést**. A szülő nem csak jogalany, hanem partner is – ha lehetőséget kap rá.

Milyen jogai vannak a szülőnek?

Szülői jog	Mit jelent a gyakorlatban?
Tájékoztatáshoz való jog	A szülő jogosult tudni a gyermeke tanulmányi előmeneteléről, nehézségeiről, és minden olyan lépésről, ami az iskolában történik vele.
Vizsgálathoz való hozzájárulás joga	Főszabályként a szülő dönt arról, hogy engedélyezi-e szakértői bizottsági vizsgálatra való továbbítást.
Véleménynyilvánítás joga	A szülő minden esetben elmondhatja, ha nem ért egyet a pedagógus vagy intézmény javaslatával.
Adatkezeléshez való jog	A szülő kérheti, hogy a gyermekére vonatkozó dokumentációkhoz hozzáférjen, és kérheti azok törlését bizonyos esetekben.
Fejlesztési javaslatok megismerése	A szakértői véleményeket megkapja, a nevelési-oktatási intézmény a gyógypedagógus pedagógus közreműködésével a sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló fejlesztéséhez, valamint a fejlesztő pedagógus közreműködésével a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdő gyermek, tanuló fejlesztéséhez egyéni fejlesztési tervet készít, és évente legalább két alkalommal rögzíti a fejlesztés eredményét. Az egyéni fejlesztési terv tartalmáról és a fejlesztés eredményéről a szülőt tájékoztatni kell.
Képviselő joga	A szülő jogi képviselőt vagy szakmai segítőt is bevonhat az egyeztetésekbe.

Milyen kötelezettségei vannak a szülőnek?

Szülői kötelezettség	Mit jelent a gyakorlatban?
Kapcsolattartás az intézménnyel	Elérhetőnek kell lennie, rendszeresen kommunikálnia kell a pedagógusokkal, fogadóórákon meg kell jelennie.
A gyermek fejlődésének támogatása	Otthoni háttér biztosítása, az iskola által javasolt stratégiák követése, motiválás.
Vizsgálat elfogadása súlyos esetben	Ha komoly veszélyeztetettség áll fenn, a vizsgálat kötelező lehet (például gyermekvédelmi bejelentés nyomán).
Felelősség az információ megosztásáért	Amennyiben ADHD-diagnózis van, a szülő kötelessége ezt megosztani az iskolával a gyermek érdekében.



Szülői kötelezettség	Mit jelent a gyakorlatban?
Együttműködés a fejlesztés során	A fejlesztőpedagógussal, gyógypedagógussal pszichológussal való kapcsolatfenntartás, otthoni támogatás.

Különleges helyzet: ha a szülő nem akar vizsgálatot

Ez gyakori és érzékeny kérdés. Ilyenkor a pedagógus lehetőségei jogilag korlátozottak, de szakmailag fontos:

- **Dokumentálni kell**, hogy a pedagógus felvetette a vizsgálat szükségességét, de a szülő azt elutasította.
- A gyermek fejlődése érdekében a pedagógus akkor is alkalmazhat **pedagógiai differenciálást**, ha nincs hivatalos diagnózis.
- **Gyermekvédelmi jelzés** csak akkor indokolt, ha a szülői elutasítás **a gyermek súlyos veszélyeztetésével** párosul (pl. agresszió, elhanyagolás, iskolai kizárás veszélye stb.).

A szülőt a nemzeti köznevelésről szóló törvény végrehajtásáról szóló 229/2012. (VIII. 28.) Korm. rendelet 42. §-a alapján lehet kötelezni a szakértői vizsgálaton való megjelenésre a tankerületi központnál, mint hatóságnál, de megfordítva, a szülő is kezdeményezhet eljárást, ha nem ért egyet a szakértői véleménnyel vagy a szakértői bizottság eljárásával.

Az eljárás megindítását köteles kérni

a) a nevelési-oktatási, a szakképző a gyermekjóléti, gyermekvédelmi, szociális intézmény, vagy a gyámhatóság, ha a szülő a szakértői vizsgálat szükségességével nem ért egyet, illetve a kérelmet nem írja alá,

b) a szakértői bizottság, ha a szülő a gyermekével a szakértői vizsgálaton ismételt felhívás ellenére nem jelenik meg vagy a szakértői vizsgálatban nem működik közre, illetve a szakértői véleményben foglaltakkal vagy annak továbbításával nem ért egyet,

c) a szakszolgálati-esélyegyenlőségi szakértő, ha a szakértői bizottság eljárásában megszegték a vizsgálat eljárási szabályait,

d) a kijelölt intézmény igazgatója, ha a gyermeket a szakértői vélemény alapján a kijelölt intézménybe nem íratják be, vagy az ellátásban a szülő gyermekével önhibájából nem vesz részt (*A tanuló ellátására kijelölt intézmény csak SNI esetében van, BTMN esetében nincs*).

Az eljárásra az a tankerületi központ illetékes, amelynek a működési területén a gyermek, tanuló lakóhelye, ennek hiányában, vagy ha az nem állapítható meg, a gyermek, tanuló tartózkodási helye található.

Ha a gyermeket, tanulót a gyámhivatal átmeneti vagy tartós nevelésbe vette a tankerületi központ illetékességét a gyermek tartózkodási helye határozza meg.



Kommunikációs kulcsmondatok nehéz helyzetekhez

Helyzet	Mit mondhat a pedagógus?
A szülő tagadja a problémát	„Amit mondok, az nem ítélet, csak megfigyelés. Az a célom, hogy közösen megtaláljuk, hogyan lehetne segíteni a gyerekeknek.”
A szülő elutasítja a vizsgálatot	„Természetesen Ön dönt, de fontosnak érzem, hogy nyitva hagyjuk ezt a lehetőséget, ha a nehézségek továbbra is fennállnak.”
A szülő információt kér a jogairól	„Küldök Önnek egy tájékoztatót a szülői jogokról és az iskolai támogatási lehetőségekről – ezek sokat segíthetnek a közös gondolkodásban.”

Példa: Együttműködés elutasításból építkezve

A 2. osztályos Bence édesanyja nem akarja, hogy gyermekét megvizsgálják, mondván: „sok más gyerek is ugyanilyen mozgékony.” A pedagógus először csak megfigyeléseket oszt meg az édesanyjával, és leírja, milyen pedagógiai eszközöket próbált Bencénél alkalmazni. Fél évvel később – mivel a problémák nem szűnnek – a pedagógus újra felveti a vizsgálat szükségességét. Ezúttal a szülő már beleegyezik, és a vizsgálat megerősíti az ADHD-gyanút. A gyermek végül BTMN-ellátásban részesül.

Fontos figyelembe venni, hogy a szülő nem feltétlenül csak az együttműködő partnert keresi, hanem sokszor érzelmi biztonságra, megerősítésre és megértésre is vágyik. A bizonytalanság, a kiszolgáltatottság érzése vagy a megbélyegzéstől való félelem gyakran ellenállást válthat ki a szülő részéről a vizsgálatokkal szemben. Amennyiben a pedagógus ítéletmentes, támogató kommunikációval a biztonságérzetet képes megteremteni, a szülő nagyobb eséllyel válik nyitottá az együttműködésre és a szakmai javaslatok elfogadására.



19. A szakértői bizottságok, szakszolgálatok szerepe

Az ADHD-s gyermekek nevelésében és oktatásában kulcsszereplők a **pedagógiai szakszolgálatok és főképp azok szakértői bizottságai**, amelyek biztosítják a megfelelő diagnosztikus háttérrel, fejlesztési irányt és a jogi státusz-megállapítását. A pedagógus kezdeményez – a rendszer vizsgál – a döntés közös. Fontos, hogy a pedagógus pontosan értse ezeknek a szervezeteknek a feladatait és eljárásrendjét, hogy jól tudjon együttműködni velük – és megfelelően tájékoztathassa a szülőt is.

Pedagógiai Szakszolgálatok

- Minden vármegyében, a fővárosban, járásban és fővárosi kerületben működnek.
- Több ellátástípust végeznek: pl. nevelési tanácsadás, logopédiai ellátás, gyógytestnevelés, egyes BTMN-ellátások (nevelési tanácsadás keretében), gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás.
- Szakértői bizottságaik vizsgálatokat végezhetnek a pedagógus vagy a szülő kezdeményezésére is.

Szakértői Bizottságok

- A pedagógiai szakszolgálatok szervezetén belül működő szakértői bizottságok jogszabályban meghatározott feladatkörrel rendelkeznek. Elsődleges feladatuk:
 - a gyermek/tanuló képességeinek komplex pedagógiai-gyógypedagógiai, pszichológiai és orvosi vizsgálata,
 - a sajátos nevelési igény (SNI) és BTMN megállapítása vagy kizárása,
 - fejlesztési javaslatok, valamint a szükséges pedagógiai intézkedések (pl. kedvezmények) meghatározása.
- A bizottságok szakvéleménye jogilag kötelező érvényű az oktatási intézmények számára – például az SNI státusz, a tantárgyi felmentés vagy időhosszabbítás tekintetében.

A vizsgálat menete – pedagógus nézőpontból

Lépés	Rövid magyarázat
1. Probléma észlelése	A pedagógus hosszabb ideje fennálló, tanulást vagy beilleszkedést akadályozó tüneteket tapasztal.
2. Szülő tájékoztatása	Fontos, hogy a pedagógus jelzi a szülőnek, miért tartja szükségesnek a vizsgálatot.
3. Beutalás / kérelem	A szülő és/vagy az iskola a szakszolgálatnál vizsgálatot kezdeményez. A pedagógus rövid írásos jellemzést is csatolhat.
4. Vizsgálat lebonyolítása	A gyermek több szakembernél megjelenik (pszichológus, gyógypedagógus stb.). A pedagógust is megkérdezhetik.
5. Szakértői	Meghatározzák: van-e SNI/BTMN státusz, milyen fejlesztés szükséges,



Lépés	Rövid magyarázat
vélemény készítése	mennyi időtartamban, SNI esetében intézménykijelölés is történik (a jogszabályban meghatározott módon)
6. Iskolai fejlesztés elindítása	A pedagógus az intézményi fejlesztőkkel együttműködve alkalmazza a javasolt lépéseket.

Jogszabályi háttér

- **15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet** – szabályozza – többek közt – a szakértői bizottságok működését
- **20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet** – meghatározza a nevelési-oktatási intézmények feladatait
- **2011. évi CXC. törvény a köznevelésről** – tartalmazza az SNI és BTMN ellátás főbb jogi kereteit

Fontos tudnivalók a pedagógus számára

Kérdés	Válasz
„Kötelező részt vennem a szakértői vizsgálatban?”	Nem, de érdemes – a pedagógus véleménye segíti a pontos diagnózist.
„A szakértői javaslat kötelező érvényű?”	Igen, az iskolának, a szülőnek és a pedagógusnak is be kell tartania (pl. fejlesztési órák, kedvezmények).
„A véleményt kaphatja-e csak a szülő?”	Nem, a szakértői véleményt a gyermeket, tanulót ellátó intézménynek is megküldi a szakértői bizottság.
„Mennyi idő után javasolható ismételt vizsgálat?”	A hivatalból történő felülvizsgálatot szabályozza a jogszabály, ez általában 2–3 év múlva történik, de ha jelentősen megváltozik a gyermek állapota, előbb is kérhető.

Tipikus együttműködési pontok lehetnek a pedagógus és a pedagógiai szakszolgálat között:

- Konzultáció a vizsgálat előtt (pedagógiai jellemzés, kérdések).
- Közös értékelés után: fejlesztési terv megbeszélése.
- Folyamatos kapcsolat a fejlesztőpedagógussal, gyógypedagógussal.
- A gyermekkel foglalkozó pedagógus (pl. tanító vagy szaktanár) és a fejlesztést végző szakember (pl. fejlesztőpedagógus, logopédus, gyógypedagógus) rendszeresen megosztják egymással a tapasztalataikat a gyermek fejlődéséről, változásairól, nehézségeiről vagy előrelépéseiről.

Ajánlott dokumentáció a pedagógus részéről:

- Rövid **pedagógiai jellemzés** a tanulóról (pl. viselkedés, tanulási teljesítmény).



- Rövid esettanulmány vagy megfigyelési napló.
- Óralátogatási jegyzőkönyv vagy tanórai megfigyelési vázlat (ha van fejlesztő is).



20. Kedvezmények, mentességek, támogatások ADHD esetén

Az esélyegyenlőség nem kivételezést, hanem a valódi teljesítőképesség kibontakoztatásának lehetőségét jelenti. A kedvezmény nem kivételezés, hanem eszköz az esélyegyenlőséghez. Ha jól alkalmazzuk, segít kihozni a gyermekből a teljesítményt – nem helyette, hanem vele. Az ADHD-s tanulók számára az oktatási rendszer többféle **jogszabályi lehetőséget biztosít** annak érdekében, hogy képességeikhez mérten vehessenek részt a tanulásban, és valós esélyük legyen a sikerre. Ezek a kedvezmények és mentességek **nem automatikusak**, hanem szakértői javaslat és szülői együttműködés alapján valósulnak meg.

Jogszabályi alapok

- 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről
- 100/1997. (VI. 13.) Korm. rendelet – érettségi vizsgarendszer
- 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet –vizsgálatok
- 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet – iskolai kedvezmények

Leggyakoribb kedvezmények ADHD-s gyermekek esetén

Kedvezmény típusa	Részletezés / Példa	Feltétele
Vizsgakedvezmények	Időhosszabbítás, szóbeli felelet írásbeli helyett, számológép használata	A szakértői bizottság szakértői véleménye alapján
Felmentés egyes tantárgyak értékelése alól	Pl. idegen nyelv vagy helyesírás értékelése	Csak súlyos, dokumentált esetben, a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján
Alternatív számonkérés	Projekt, kiselőadás, rajzos válaszok	Tanári döntés és PP alapján
Fejlesztési támogatás	Egyéni vagy kiscsoportos fejlesztés (figyelem, munkamemória, viselkedés)	BTMN vagy SNI státusz, a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján
Tanórai támogatás	Differenciált feladat, részfeladatokra bontás, nyugodt környezet	Diagnózis nélkül is alkalmazható
Eszköztámogatás	Időmérő, vizuális napirend, figyelemkártya, strukturáló táblázatok	Fejlesztési terv része



Támogatási lehetőségek az iskolai gyakorlatban

Támogatás típusa	Kinek szól?	Ki nyújtja?
Fejlesztő pedagógiai ellátás	BTMN-es tanulók	A tanuló tantárgyi felzárkóztatását a nevelő-oktató munka szakaszának, illetve a tantárgynak megfelelő szakképzettségű pedagógus, készségfejlesztését pedig fejlesztő pedagógus végzi.
Gyógypedagógiai ellátás	SNI-s tanulók	Intézményi vagy utazó gyógypedagógus
Iskolapszichológiai tanácsadás	ADHD-s gyermekek és családjuk	Iskolapszichológus vagy pedagógiai szakszolgálat
Mentorálás, egyéni támogatás	Nehezen beilleszkedő ADHD-s tanulók	Osztályfőnök, mentorpedagógus
Tanórán kívüli lehetőségek	Pl. mozgásprogram, relaxáció, tanulásmódszertan	Intézményi program vagy civil szervezet

Fontos tudnivalók pedagógus számára

Kérdés	Válasz
„Automatikusan járnak ezek a kedvezmények ADHD-s tanulónak?”	Nem. SNI, BTMN státusz esetében csak szakértői vélemény alapján, egyéb esetekben intézményi döntés alapján alkalmazhatók.
„Kell-e kérnie a szülőnek?”	SNI, BTMN státusz esetében nem, mert a szakértői vélemény alapján kötelező megadni, egyéb esetben írásos szülői kérés szükséges.
„Kell-e dokumentálni a kedvezmények alkalmazását?”	Igen. E-naplóban, egyéni fejlesztési tervben vagy szóbeli vizsga esetén jegyzőkönyvben.
„Alkalmazható kedvezmény diagnózis nélkül is?”	Igen – pedagógiai megfontolásból, de érdemes ezt is dokumentálni (pl. PP-re hivatkozással).



Tipikus helyzetek – példák alkalmazható kedvezményekre

Helyzet	Milyen kedvezmény segíthet?
A tanuló írásban gyakran hibázik, de szóban jól teljesít	Szóbeli számonkérés előnyben részesítése
Gyakran kifut az időből dolgozatíráskor	10–15 perc időhosszabbítás
Elvonja figyelmét a zaj, nem tud koncentrálni	Külön asztal, nyugodtabb környezet, fülvédő használata
Egyszerre nem tud hosszú utasításokat követni	Részcélokra bontott feladatok, vizuális segédlet
Nehezen tudja tartani a határidőket	Több részfeladat, rugalmasabb beadás, emlékeztetők



21. Szakmai ajánlások és protokollok ADHD esetén

Magyarországon több, a köznevelési rendszerbe illeszkedő protokoll és módszertani anyag is segíti a pedagógusokat – ezek a diagnózis értelmezésétől kezdve a differenciált pedagógiai támogatáson át a fejlesztési javaslatokig számos kulcsterületet lefednek. Emellett a nemzetközi ajánlások és jó gyakorlatok is hasznos kiegészítést jelenthetnek a mindennapi pedagógiai munkában.

21.1. Magyarországi szakmai ajánlások és források

Oktatási Hivatal – Irányelvek a sajátos nevelési igényű tanulók oktatásához

- Az *Irányelvek a sajátos nevelési igényű tanulók oktatásához*⁴² című anyag részletesen foglalkozik a figyelemzavarral, aktivitás- és impulzusszabályozási nehézségekkel küzdő tanulók iskolai támogatásának alapelveivel.
- A dokumentum hangsúlyozza az egyéni szükségletekhez igazodó pedagógiai bánásmód, a differenciált tanulásszervezés, valamint az átlátható, következetes és kiszámítható szabályrendszer jelentőségét.
- A dokumentum kiemeli továbbá a pedagógusok, a pedagógiai szakszolgálatok, a fejlesztő szakemberek és a szülők közötti együttműködés fontosságát, valamint az egyéni fejlődés nyomon követésének és dokumentálásának szerepét. Az irányelvek országos szinten egységes keretet biztosítanak az intézményi gyakorlat számára, és jól beépíthetők a helyi pedagógiai programokba és fejlesztési tervekbe.
- A dokumentum az egyéb pszichés fejlődési zavar alapján sajátos nevelési igényű tanulók – ezen belül a figyelemhiányos/hiperaktivitás zavarral (ADHD) élő tanulók – pedagógiai támogatásának alapelveit rögzíti, a nemzeti köznevelési szabályozással és a Nemzeti alaptantervhez kapcsolódó szakmai irányelvekkel összhangban

Szakszolgálati eljárásrend és ADHD-támogatás

- A hazai 15/2013. (II. 26.) EMMI rendeletben meghatározott vármegyei/fővárosi szakértői bizottságok ajánlásaikban rendszeresen tartalmaznak ADHD-specifikus pedagógiai javaslatokat, így a diagnózistól kezdve a célzott fejlesztésig átfogó támogatást nyújtanak az iskoláknak.
- A fejlesztési tervhez kapcsolódóan kiemelten szerepel a figyelem-, impulzuskontroll- és szabálytartás fejlesztése, amelyek kulcsfontosságúak az ADHD-s gyermekek iskolai sikerességéhez.

⁴² Elérhető: https://www.oktatas.hu/pub_bin/dload/kozoktatas/kerettanterv/SNI_iranyelvek.docx, Microsoft Word .docx formátumú fájl letöltésével.



- Emellett több magyar módszertani segédanyag és útmutató is elérhető (pl. pedagógiai szakszolgálatok által készített útmutatók), amelyek praktikus eszközöket, stratégiákat adnak a pedagógusok kezébe a mindennapi tanítás-támogatás során.

Szakmai szervezetek – a Magyar Pszichiátriai Társaság (MPT) és a Magyar Gyermek- és Ifjúságpszichiátria és Társszakmák Társasága (MAGYIPETT) ADHD-irányelvei

- A Magyar Pszichiátriai Társaság (MPT), illetve a Magyar Gyermek- és Ifjúságpszichiátria Társaság (MAGYIPETT) által is támogatott egészségügyi szakmai irányelv (2020) foglalkozik az ADHD diagnózisával és kezelésével – ideértve a gyógyszeres és pszichoszociális protokollokat is, amelyek a kezelőorvosok és pszichológusok számára világos irányot mutatnak.
- A protokollok hangsúlyozzák, hogy figyelemzavarral vagy hiperaktivitással küzdő gyermekek esetén kötelező a szűrés ADHD-ra, és az esetleges komorbid pszichiátriai problémák felismerése is kulcsfontosságú.
- A kiegészítő pszichoszociális támogatás keretében a dokumentumok ajánlják az iskolai együttműködést: viselkedésnapló vezetését, tanári visszajelzéseket, valamint a szülő–iskola–szakemberek közötti rendszeres kommunikációt.
- Orvosi protokoll szerint – főként gyermekpszichiáter és pszichológus bevonásával – a diagnózis felállítása után gyógyszeres kezelés ajánlott, amelyet egyéni igény szerint pszichoterápiás/viselkedéstámogató programok kísérnek.
- Magyarországon jelenleg a metilfenidát és az atomoxetin a két bejegyzett ADHD-gyógyszer, melyek hazai gyógyszerertári forgalomban elérhetők és társadalombiztosítási támogatással is igénybe vehetők.

21.2. Nemzetközi protokollok és ajánlások

A következő táblázatban szereplő nemzetközi protokollok és ajánlások részletes bemutatására **a könyv 2. fejezetében már kitértünk**. Ezek a dokumentumok meghatározzák az ADHD diagnosztikai kritériumait, valamint iránymutatást adnak a kezelés és az iskolai támogatás szempontjairól is. A **DSM-5** kritériumrendszere (APA) és az **ICD-11** osztályozás (WHO) adják a diagnózis nemzetközi alapját, amelyeket a hazai gyakorlatban is figyelembe vesznek. A **NICE-ajánlás** és a **CDC irányelvei** a komplex, több területet lefedő megközelítést támogatják, kiemelve a viselkedésterápia, a gyógyszeres kezelés és az iskolai együttműködés szükségességét. A bemutatott ajánlások közös eleme, hogy az ADHD-t **neurodevelopmentális (idegrendszeri fejlődési) zavarként értelmezik**, és hangsúlyozzák a környezeti tényezők jelentőségét. Ezekre az ajánlásokra a későbbi fejezetekben is többször hivatkozunk majd, különösen a pedagógiai gyakorlat és a fejlesztési javaslatok kapcsán. Az alábbi táblázat tehát összefoglalásként szolgál a korábban részletesen tárgyalt tartalmakhoz.



Nemzetközi protokollok

Szervezet	Ajánlás neve	Lényegi üzenet
APA (American Psychiatric Association)	DSM-5 kritériumrendszer	Diagnózishoz legalább 6 tünet egy adott típusból, 12 éves kor előtt.
NICE (UK)	„ADHD: diagnosis and management”	Kombinált terápia: viselkedésterápia + gyógyszer, iskolai együttműködés szükséges.
CDC (USA)	ADHD kezelési irányelvek	Szükség van tanári megfigyelésekre és folyamatos visszajelzésre.
WHO	ICD-11 rendszer	ADHD a neurodevelopmentális zavarok közé tartozik, kiemelve a környezeti adaptáció fontosságát.

A könnyebb felhasználhatóság érdekében itt is listázzuk a fenti protokollok internetes elérhetőségét:

APA - American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.; DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

NICE - National Institute for Health and Care Excellence. (2018, március 14.). *Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management* (NICE guideline NG87). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>

CDC - Centers for Disease Control and Prevention. (2024, október 22). *Clinical care and treatment recommendations for ADHD*. U.S. Department of Health & Human Services. <https://www.cdc.gov/adhd/treatment/index.html>

WHO - World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.; ICD-11). <https://icd.who.int/>

Ajánlott módszerek és pedagógiai elvek – visszatérő elemek a szakmai ajánlásokban

Terület	Szakmai javaslat
Tanórai viselkedés kezelése	Pozitív viselkedésformáló technikák (jutalmazás, vizuális visszacsatolás)
Figyelem támogatása	Strukturált napirend, rövid és egyértelmű utasítások, figyelemkártyák használata
Impulzivitás kezelése	Előre megbeszélte „kilépő” lehetőségek, feszültségkezelési technikák
Mozgásigény csatornázása	Mikroszünetek, álló testhelyzet engedélyezése órán, tanulás, manipulálható tárgyak (pl. stresszlabda, gumigyűrű)
Szabályok megerősítése	Kevés, világos, vizuálisan is megerősített szabály és azok következetes alkalmazása



Terület	Szakmai javaslat
Értékelés és visszajelzés	Gyakori, konkrét pozitív visszajelzés, részcélokra bontás, előre ismertetett követelmények
Tanulási környezet kialakítása	Zavaró ingerektől mentes, jól strukturált tanulási tér, frontális helyett páros/egyéni munka
Kommunikáció a szülőkkel	Rendszeres, megoldásközpontú visszajelzés, otthoni támogatás lehetőségeinek megbeszélése
Tananyaghoz való hozzáférés	Rövidített vagy differenciált feladatok, több érzékszerv bevonása (vizuális, auditív)
Feladatkezdés és befejezés segítése	Feladatok lépéseinek áttekintése, vizuális időkeretek, időzítők, ellenőrzőlisták
Önértékelés fejlesztése	Önmegfigyelő lapok, naplózás, erősségek tudatosítása
Társas kapcsolatok támogatása	Kooperatív tanulás kis csoportban, szerepek kiosztása, szociális szabályok gyakorlása
Tanári attitűd és jelenlét	Empatikus, nyugodt, kiszámítható viselkedés; pozitív, de határozott kommunikáció

A szakmai ajánlások alapján kerülendő, de előforduló gyakorlatok

Kiemelten érdemes odafigyelnünk egyes elavult vagy ártalmas módszerek kerülésére, amelyeket a szakmai protokollok nem támogatnak:

Gyakorlat típusa	Miért problematikus?
Nyilvános megszégyenítés (pl. „szégyenpad”)	Rontja az önértékelést, megerősíti a „rossz gyerek” szerepet
Hosszan tartó kizárás közös tevékenységekből	Fokozza az elszigetelődést, nem fejleszt, csak szankcionál
Túlzott figyelmeztetések, kiabálás	Fokozza a szorongást és az impulzív viselkedést
„Majd kinövi” típusú bagatellizálás	Elodázza a szükséges támogatásokat, figyelmen kívül hagyja a fejlődési zavart, mint alapproblémát
ADHD-s tünetek félreértelmezése fegyelmi problémaként	Elzárja az utat a valódi megértés és beavatkozás előtt
Kizárólag gyógyszeres „megoldás”	Az ADHD komplex állapot, pedagógiai és pszichoszociális támogatás is szükséges
Folyamatos fegyelmezés, anélkül, hogy eszközt adna	A tünetekkel való megküzdéshez nem nyújt alternatív viselkedési mintákat
Helytelen jutalmazási rendszerek alkalmazása	Az ADHD-s gyerek nem mindig tudja ugyanazokat a szabályokat betartani – aránytalan lehet a vele szemben alkalmazott büntetés
Feladat-visszatartás vagy	Az írás- és figyelemterhelés sokszor épp a gyengeségük – a



Gyakorlat típusa	Miért problematikus?
plusz írásbeli munka büntetésként	büntetés rontja a motivációt
Folyamatos szembesítés a hibákkal	A negatív visszajelzések túlsúlya fokozza a szorongást és az önbizalom gyengülését
Tanári kiégés miatti érzéketlenség	Az ADHD-s gyerekekkel való munka fokozott önreflexiót és érzelmi rugalmasságot kíván
Szülők hibáztatása („Nem nevelik meg otthon”)	Elidegeníti a családot, aláássa az iskola és a szülők közötti együttműködést
Nem differenciált elvárások	Az ADHD-s tanulók tempója, terhelhetősége gyakran eltér a tanulóközösség többi tagjától – az egységes normákhoz való erőltetett igazodás az ADHD-s gyermek számára káros
Elutasítás a rendszerből („nem való ide a gyerek”)	Sérti a gyermek jogát a befogadó neveléshez, hosszú távon marginalizálódáshoz vezethet

Hogyan segítenek a protokollok konkrét iskolai helyzetekben? - Példahelyzetek

Figyelem és viselkedésszabályozás támogatása – Soma példája (4. osztályos tanuló)

Soma órán gyakran közbeszól, fészkelődik, elfelejti, mi volt a feladat. A tanító pozitív megerősítést alkalmaz: „Örülök, hogy most nem szóltál közbe – így könnyebb figyelni!” A tanító ugyanakkor vizualizált napirendet is alkalmaz, a feladatokat 3 részletben adja ki és Soma 15 perc után sétálhat egyet. A módszerek a szakértői véleményben javasolt protokollból származnak. Soma így jobban teljesít, és ritkábban kerül konfliktushelyzetekbe.

Figyelem és feladattartás támogatása – Laura példája (2. osztályos tanuló)

Laura nehezen kezd bele a feladatokba, gyakran „lefagy”, vagy inkább valami másba kezd. A fejlesztőpedagógus javaslatára a tanító minden feladatot lépésekre bont és mindezt vizuálisan is megjeleníti a táblán (pl. piktogramokkal). Laura ellenőrzőlistát használ, amelyet önállóan kipipálhat, ha elvégzett egy lépést a feladatból. Emellett 20 perces időzítő segíti a koncentrációját. Az órák végén kis jutalmat kap, ha teljesítette a feladatokat. A strukturált környezet és az önellenőrzés lehetősége megnöveli az önbizalmát és a tanulási hatékonyságát.

Viselkedésformálás és impulzuskontroll – Dani példája (3. osztályos tanuló)

Dani nehezen tudja kivárni, amíg rá kerül a sor, gyakran bekiabál és mások beszédét félbeszakítja. A tanítóval közösen készítének egy „forgókorongot” a válaszadási sorrendhez, amelyet vizuálisan is jeleznek a táblán. Dani egyéni „nyugalomkártyát” kap, amit felemelhet, ha túlterheltnek érzi magát, és ilyenkor kis időre félrevonulhat a tanulósarokba. A tanító minden óra végén megdicséri, ha betartotta a kettejük közötti megállapodásokat. A megoldások a viselkedési protokollokból és fejlesztési javaslatból származnak – a Dani körül kialakuló konfliktusok száma látványosan csökken.



Mozgásigény és szabálytartás kezelése – Erik példája (5. osztályos tanuló)

Erik sokat mocorog, gyakran feláll, más padjához megy és általánosságban is nehezen tartja be az osztályszabályokat. A tanár a fejlesztési javaslat alapján bevezet egy „álló tanulópontot” a terem sarkában, ahol Erik időnként külön dolgozhat. Minden óra elején elismélik a három fő szabályt, amelyeket egy plakátra is kifüggesztenek az osztályteremben. Erik stresszlabdát is használhat, ha nyugtalan. A tanórák elején mindig kap egy előre megfogalmazott célmondatot, például: „Ma végig a helyemen maradok”. Ezek a módszerek segítenek Eriknek a viselkedése szabályozásában és az osztálytársai is könnyebben tudnak együtt dolgozni vele.



22. Adminisztrációs kötelezettségek - digitális adminisztrációs rendszerek

Az ADHD-val élő tanulók támogatásához nemcsak pedagógiai eszközök, hanem **jogilag megfelelő dokumentálás és digitális nyilvántartás** is szükséges. A pedagógus feladata, hogy az intézményi rendszerekben megfelelően rögzítse a fontos információkat – mindezt az **adattvédelmi és a gyermekvédelmi szabályok betartásával**.

22.1. Főbb digitális rendszerek – szerepük az ADHD-s tanulók támogatásában

Rendszer	Funkció / cél	Pedagógus feladata
KRÉTA	Tanügyigazgatási rendszer (e-napló, jegyek, hiányzások, bejegyzések)	Megfelelő bejegyzések, differenciálás, észrevételek dokumentálása
E-napló	Számonkérés, értékelés, differenciált jegyzetek	Egyéni értékelési formák, megjegyzés az eltérő értékelésről
PP és IPR dokumentáció	Pedagógiai Program és Integrációs Pedagógiai Rendszer	Egyéni bánásmód nyilvántartása, fejlesztési tervhez kapcsolódó adminisztráció
Fejődés-nyomonkövetési dokumentum / egyéni fejlesztési terv	ADHD-s gyermek esetén: figyelem, viselkedésfejlesztési célok	Megfigyelések, értékelések, szülőkkal egyeztetett célkitűzések rögzítése
Gyermekvédelmi jelzőrendszer	Jelzés szülői együttműködés hiányában vagy súlyos esetekben	Dokumentált megkeresés, egyeztetés az iskolai gyermekvédelmi felelőssel
EESZT (Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér)	Egészségügyi adatok (csak szakemberek számára hozzáférhető!)	A pedagógus közvetlenül nem használja, de érdemes ismernie a működését - saját hozzáféréssel is nyilván rendelkezik saját adataihoz

22.2. Mit, mikor és hogyan kell dokumentálni ADHD-s tanuló esetén?

Dokumentáció típusa	Tartalom	Kik olvashatják?
Pedagógusi megfigyelés	Objektív, viselkedésalapú leírás (pl. „órán gyakran elkalandozik, hirtelen felkiált”)	Belső pedagógiai team, szülő (ha egyeztetés zajlik)
Szóbeli vagy írásos szülői egyeztetés	Mikor történt, mit javasolt a pedagógus, mit reagált a szülő	Intézményvezetés, gyermekvédelmi felelős
Szakértői vélemény átvétele	A szakértői vélemény tartalma alapján kell a fejlesztéseket végrehajtani, a	Csak az, akinek munkaköri kötelessége a kezelése



Dokumentáció típusa	Tartalom	Kik olvashatják?
	kedvezményeket megadni	(adatvédelem!)
Tanórai megoldások dokumentálása	Differenciált értékelés, eltérő követelmények, alternatív számonkérés	Belső célokra, szülői visszacsatolásra is hasznos lehet

22.3. Adatvédelem és információmegosztás – mit szabad és mit nem?

Megosztható (jogosultság alapján):

- Tanulói magatartás, tanulmányi teljesítmény, pedagógiai észrevételek (iskolán belül)
- Szakértői vélemény tartalma (az érintett pedagógusokkal)
- Fejlesztési célok, amik a pedagógiai munkát érintik

Nem osztható meg:

- ADHD gyanú említése más szülőnek, diáknak, nem érintett pedagógusnak
- Egészségügyi diagnózis részletezése
- Személyes vélemény, amely megbélyegző lehet („idegesítő, kezelhetetlen, biztos ADHD-s”)

Gyakori tanári kérdések – és válaszok az adatmegosztással kapcsolatban

Kérdés	Válasz
„Beírhatom a naplóba, hogy a gyerek ADHD-s?”	Csak akkor, ha a diagnosztizált ADHD státuszt hivatalos dokumentum igazolja és releváns. Javasolt inkább: „Szakértői javaslat alapján figyelemfejlesztés zajlik.”
„Küldhetek emailt a fejlesztőpedagógusnak, gyógypedagógusnak a megfigyeléseimről?”	Igen, de csak munkacélú, hivatalos csatornán, az adatvédelmi szabályokat betartva.
„Rögzítenem kell, ha differenciált számonkérést alkalmaztam?”	Igen – KRÉTA-ban vagy tanári jegyzetekben, később hasznos lehet.



Ajánlott irodalom témakörök szerint

Az alábbi irodalomjegyzék összeállítása nem a hagyományos bibliográfiai szerkesztési elvek szerint történt, hanem tematikus bontásban, a kézikönyv szerkezetéhez és célközönségéhez igazodva. A jelen összeállítás kifejezetten arra törekszik, hogy a pedagógusok és más segítő szakemberek számára könnyen hozzáférhető és áttekinthető ajánlott irodalmat nyújtson az egyes témakörökhöz.

E szerkesztési megoldásból következik, hogy bizonyos publikációk több témakörnél is megjelenhetnek. Ennek oka tudatos szerkesztői döntés: egyes művek ugyanis több szempontból is kiemelkedő jelentőségűek, és egyszerre több tématerületen is relevánsak. Vannak például olyan alapművek, amelyek a diagnosztikai eljárásoknál, a kezelési stratégiáknál és a hosszú távú kimenetek értékelésénél egyaránt mérvadónak számítanak. Nem szükséges tehát egy konkrét témakör iránt érdeklődve az egész irodalomjegyzéket végigböngészni, mert az egyes témakörökhöz külön - ha indokolt, ismétlődően az irodalomjegyzék elemei között - megtalálhatók az adott témakörhöz ajánlott források.

A kézikönyv egészét, ezzel együtt pedig az ajánlott irodalmat is tervezzük egy könnyen, akár okostelefonról is használható, interaktív online rendszerben is publikálni, és ebben a formátumban az irodalomjegyzéket folyamatosan kívánjuk bővíteni, illetve frissíteni.

Az ADHD megfigyelésének és diagnosztikájának története

Klasszikus leírások - diagnosztika története

Crichton, A. (1798). *An inquiry into the nature and origin of mental derangement*. T. Cadell, Jr. & W. Davies.

Still, G. F. (1902). The Goulstonian lectures on some abnormal psychological conditions in children. *The Lancet*, 159, 1008–1012; 1077–1082; 1163–1168.

Bradley, C. (1937). The behavior of children receiving Benzedrine. *American Journal of Psychiatry*, 94, 577–585.

Strauss, A. A., & Lehtinen, L. E. (1947). *Psychopathology and education of the brain-injured child*. Grune & Stratton.

Laufer, M. W., & Denhoff, E. (1957). Hyperkinetic behavior syndrome in children. *The Journal of Pediatrics*, 50(4), 463–474.

Wender, P. H. (1971). *Minimal brain dysfunction in children*. Wiley.

Douglas, V. I. (1972). Stop, look and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 4(4), 259–282.



- Weiss, G., & Hechtman, L. T. (1993). *Hyperactive children grown up* (2nd ed.). Guilford Press.
- Rafalovich, A. (2001). The conceptual history of attention deficit hyperactivity disorder. *Deviant Behavior, 22*(2), 93–115.
- Conrad, P., & Bergey, M. (2014). The impending globalization of ADHD. *Social Science & Medicine, 122*, 31–43.
- Hinshaw, S. P., & Scheffler, R. M. (2014). *The ADHD explosion: Myths, medication, money, and today's push for performance*. Oxford University Press.
- Hinshaw, S. P., & Ellison, K. (2016). *ADHD: What everyone needs to know*. Oxford University Press.
- Timimi, S., Taylor, E., & Gillberg, C. (2004). *ADHD? A critical look*. Oxford University Press.
- Challman, T. D., & Lipsky, J. J. (2000). Methylphenidate: Its pharmacology and uses. *Mayo Clinic Proceedings, 75*(7), 711–721.
- Kramer, J. C., & Pollack, S. (1968). Hyperkinetic behavior syndrome response to an amphetamine (methylphenidate). *Journal of the American Medical Association, 203*(4), 312–315.
- Partridge, B. (2013). The medicalisation of ADHD. *BioSocieties, 8* (3), 263–284.
- Singh, I. (2008). Beyond polemics: Science and ethics of ADHD. *Nature Reviews Neuroscience, 9*(12), 957–964.

DSM / ICD kézikönyvek és frissítések (magyar kiadás, ahol rendelkezésre áll)

- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1st ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.



Amerikai Pszichiátriai Társaság. (2024). *A mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve* (5. kiadás, szövegrevízió). Oriold és Társai Kiadó.

World Health Organization. (1967). *International Classification of Diseases, 8th Revision (ICD-8)*. WHO.

World Health Organization. (1977). *International Classification of Diseases, 9th Revision (ICD-9)*. WHO.

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. WHO.

World Health Organization. (2018). *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*. WHO.

Diagnosztikai koncepciók, nozológia

Taylor, E. (1994). Syndromes of attention deficit and overactivity. In M. Rutter, E. Taylor, & L. Hersov (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry* (3rd ed., pp. 285–307). Blackwell.

Taylor, E. (2001). Figyelemhiányos hiperaktivitás zavar és túlmozgásos szindrómák. In M. Rutter és E. Taylor (Szerk.), *Gyermek- és serdülőkorai pszichiátria* (3. kiadás, 285–307. o.). Medicina Könyvkiadó.

Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. Guilford Press.

Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942–948.

Barkley, R. A. (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). Guilford Press. (A publikáció egyes részei elérhetők magyarul más Barkley-könyvekben.)

Banaschewski, T., & Rohde, L. A. (2008). Phenomenology and classification of ADHD. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10(1), 37–45.

Lahey, B. B., & Willcutt, E. G. (2010). Predictive validity of a continuous alternative to nominal subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder for DSM-V. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(6), 761–775.

Coghill, D., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2012). Annual research review: Categories versus dimensions in the classification and conceptualisation of child and adolescent mental disorders – implications of recent empirical study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(5), 469–489.

Thapar, A., Cooper, M., & Rutter, M. (2017). Neurodevelopmental disorders. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 339–346.

Willcutt, E. G. (2015). The DSM-5 changes and ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(1), 4–6.

Thomas, R., & Uher, R. (2019). Changing concepts in adolescent psychiatry: ADHD nosology. *The Lancet Psychiatry*, 6(9), 721–723.



Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., et al. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1, 15020.

Farmakológia és kezeléstörténet

Bradley, C. (1937). The behavior of children receiving benzedrine. *American Journal of Psychiatry*, 94(3), 577–585.

MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56(12), 1073–1086.

Ban, T. A. (2006). The role of psychopharmacology in the development of scientific psychiatry. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(3), 205–215.

Swanson, J. M., Volkow, N. D., & Fried, P. A. (1993). Methylphenidate and dopamine: Basic mechanisms. *Journal of Attention Disorders*, 1(3), 143–156.

Volkow, N. D., & Swanson, J. M. (2003). Variables that affect the clinical use and abuse of methylphenidate in the treatment of ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 160(11), 1909–1918.

Staller, J., & Faraone, S. V. (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder in girls: Epidemiology and management. *CNS Drugs*, 20(2), 107–123.

Charach, A., & Fernandez, R. (2013). Enhancing ADHD medication adherence: Challenges and opportunities. *Current Psychiatry Reports*, 15(7), 371.

Sanford, C., & Conrad, P. (2016). Stimulant treatments and the shifting meanings of ADHD. *Social Science & Medicine*, 159, 132–140.

Társadalomtörténeti és kritikai nézőpontok

Singh, I. (2011). The ethics of labeling in ADHD. *Journal of Medical Ethics*, 37(11), 634–639.

Brady, G., & Guerin, S. (2010). Not the only story in town: ADHD and the social model. *Educational and Child Psychology*, 27(2), 56–66.

Visser, S. N., Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Holbrook, J. R., Kogan, M. D., Ghandour, R. M., Blumberg, S. J., & McKeown, R. E. (2014). Trends in 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.e2.

Harwood, V. (2010). *Diagnosing “disorderly” children: A critique of behavior disorders*. Routledge.

Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press.

Rose, N. (2007). *The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton University Press.



- Timimi, S., & Taylor, E. (2004). ADHD is best understood as a cultural construct. *British Journal of Psychiatry*, *184*(1), 8–9. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.1.8>
- Timimi, S. (2010). A critique of the international consensus statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *13*(1), 1–16. <https://doi.org/10.1007/s10567-009-0064-5>
- Rafalovich, A. (2004). Framing ADHD children: A critical examination of the history, discourse, and everyday experience of attention deficit/hyperactivity disorder. *Sociology of Health & Illness*, *26*(3), 301–329. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2004.00393.x>
- Lloyd, G., Stead, J., & Cohen, D. (2006). *Critical new perspectives on ADHD*. Routledge.
- Mayes, R., Bagwell, C., & Erkulwater, J. (2009). *ADHD and the rise of American mental illness*. Oxford University Press.
- Brinkmann, S. (2016). *Diagnostic cultures: A cultural approach to the pathologization of modern life*. Routledge.

Kiegészítő áttekintések (történet és diagnosztika metszete)

- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K. (2013). What have we learnt about the causes of attention-deficit/hyperactivity disorder? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *54*(1), 3–16.
- Castellanos, F. X., & Proal, E. (2012). Large-scale brain systems in attention-deficit/hyperactivity disorder: Beyond the prefrontal–striatal model. *Biological Psychiatry*, *69*(12), e2–e8.
- Shaw, P., Eckstrand, K., Sharp, W., Blumenthal, J., Lerch, J. P., Greenstein, D., Clasen, L., Evans, A., Giedd, J. N., & Rapoport, J. L. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *104*(49), 19649–19654.
- Hoogman, M., Bralten, J., Hibar, D. P., Mennes, M., Zwiers, M. P., Schweren, L. J. S., van Hulzen, K. J. E., Medland, S. E., Shumskaya, E., Jahanshad, N., 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. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30049-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30049-4)
- Rubia, K. (2018). Cognitive neuroscience of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and its clinical translation. *Cognitive Neuroscience*, *9*(1–2), 1–20.
- Zametkin, A. J., & Rapoport, J. L. (1987). Noradrenergic hypothesis of attention deficit disorder with hyperactivity: A critical review. *American Journal of Psychiatry*, *144*(9), 1138–1142.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). Guilford Press.
- Faraone, S. V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, *24*(4), 562–575. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0>
- Greven, C. U., Bralten, J., Mennes, M., O’Dwyer, L., van Hulzen, K. J. E., Rommelse, N., Schweren, L. J. S., Hoekstra, P. J., Hartman, C. A., Heslenfeld, D., et al. (2018).



Developmental and neuropsychological perspectives on attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychological Medicine*, 48(12), 1951–1963.

Prevalencia

Prevalencia – gyermekek

Polanczyk, G. V., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942–948.

Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490–499.

Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994–e1001.

Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). Attention-deficit/hyperactivity disorder in children and young people: Prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 175–186.

Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Ghandour, R. M., Holbrook, J. R., Kogan, M. D., & Blumberg, S. J. (2018). Prevalence of parent-reported attention-deficit/hyperactivity disorder diagnosis and associated treatment among U.S. children and adolescents, 2016. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 199–212.

Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Data and statistics about ADHD*. <https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/data.html>

Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zuddas, A., Asherson, P., Buitelaar, J. K., Danckaerts, M., Dittmann, R. W., Doepfner, M., Hollis, C., et al. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *World Journal of Biological Psychiatry*, 22(10), 624–651.

Mahone, E. M., & Denckla, M. B. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder: Historical overview, current controversies, and future directions. *Current Opinion in Pediatrics*, 29(4), 397–402.

Song, P., Zha, M., Yang, Q., Zhang, Y., Rudan, I., & Theodoratou, E. (2021). The global epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*, 11, 04009.

Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., et al. (2023). The international consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder prevalence and treatment. *The Lancet Psychiatry*, 10(1), 9–21.

Liu, J., Shi, L., Wang, Y., et al. (2022). Attention-deficit/hyperactivity disorder prevalence estimates in low- and middle-income countries: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 22, 651.



Prevalencia – felnőttek

Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, Á., & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *194*(3), 204–211.

Fayyad, J., Sampson, N. A., Hwang, I., Adamowski, T., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H. S. G., Borges, G., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Karam, E. G., Lee, S., Navarro-Mateu, F., O’Neill, S., Pennell, B. E., Piazza, M., ... Kessler, R. C. (2017). The descriptive epidemiology of DSM-IV adult attention-deficit/hyperactivity disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, *9*(1), 47–65.

Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Howes, M. J., Secnik, K., Spencer, T., Ustün, T. B., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult attention-deficit/hyperactivity disorder in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *The American Journal of Psychiatry*, *163*(4), 716–723.

Kooij, J. J. S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., Thome, J., Dom, G., Kasper, S., Nunes Filipe, C., & European Network Adult ADHD. (2019). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *European Psychiatry*, *56*, 14–34.

Song, P., Yang, Q., Zha, M., Zhang, Y., & Theodoratou, E. (2021). The prevalence of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*, *11*, 04010.

Popit, N., Cortese, S., Brikell, I., Dalsgaard, S., & Faraone, S. V. (2024). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, *11*(3), 201–213.

Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Coghill, D., Cortese, S., & Franke, B. (2024). Adult attention-deficit/hyperactivity disorder: Updates in epidemiology and diagnosis. *The Lancet Psychiatry*, *11*(4), 312–325.

Biederman, J., Petty, C. R., Clarke, A., Lomedico, A., & Faraone, S. V. (2011). Predictors of persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder from childhood into adulthood: A prospective, longitudinal, controlled study. *Biological Psychiatry*, *69*(6), 617–623.

Prevalencia – trendek és módszertani kérdések

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 parent-report of health care provider–diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder—United States, 2003–2011. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *53*(1), 34–46.e2.

Hinshaw, S. P., & Scheffler, R. M. (2014). *ADHD: What everyone needs to know*. Oxford University Press.

Sciutto, M. J., & Eisenberg, M. (2007). Evaluating the evidence for ADHD: A bias against the null hypothesis? *Clinical Psychology Review*, *27*(1), 56–68.



Thomas, R., & Uher, R. (2019). Changing concepts in adolescent psychiatry: ADHD nosology. *The Lancet Psychiatry*, 6(9), 721–723.

Sibley, M. H., Yeguez, C. E., Graziano, P. A., Ortiz, M., Rodriguez, L., Coxe, S., & Pelham, W. E. (2022). Methodological considerations in ADHD prevalence studies: Recommendations for future research. *Journal of Attention Disorders*, 26(12), 1475–1489.

Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, A., Murai, Z., & Bitter, I. (2007). A felnőttkori Figyelemhiányos/Hiperaktivitási Zavar (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder--ADHD) epidemiológiai vizsgálatának részletes áttekintése. *PSYCHIATRIA HUNGARICA*, 22(1), 4–19.

Diagnosztika és ADHD típusok

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.

Amerikai Pszichiátriai Társaság. (2014). *A mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve* (5. kiadás). Oriold és Társai Kiadó.

World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th rev.; ICD-11). World Health Organization.

National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management* (NICE Guideline NG87). NICE.

Wolraich, M. L., Hagan, J. F., Allan, C., Chan, E., Davison, D., Earls, M., Evans, S. W., Flinn, S. K., Froehlich, T., Frost, J., Holbrook, J. R., Kaplanek, B., Leslie, L. K., Noritz, G., Pierce, K., Winner, J. D., & Zurhellen, W. (2019). Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 144(4), e20192528.

Kooij, J. J. S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., Thome, J., Dom, G., Kasper, S., Nunes-Filho, G., Stes, S., Mohr, P., Leppämäki, S., Casas-Brugué, M., Bobes, J., McCarthy, J. M., Richarte, V., Kjems Philipsen, A., Pehlivanidis, A., & Asherson, P. (2019). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *European Psychiatry*, 56, 14–34.

Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zuddas, A., Asherson, P., Buitelaar, J. K., Danckaerts, M., Dittmann, R. W., Döpfner, M., Hollis, C., Konofal, E., Lecendreux, M., Rothenberger, A., Santosh, P., Wong, I. C. K., Zwaan, S., & Franke, B. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *World Journal of Biological Psychiatry*, 22(10), 624–651.

ADHD altípusok és diagnosztikai kutatások



- Lahey, B. B., & Willcutt, E. G. (2010). Predictive validity of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(6), 761–769.
- Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36(2), 159–165.
- Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., & Pennington, B. F. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1336–1346.
- Fair, D. A., Bathula, D., Nikolas, M. A., & Nigg, J. T. (2012). Distinct neuropsychological subgroups in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 72(5), 343–351.
- Nigg, J. T., Karalunas, S. L., Gustafsson, H. C., Bhatt, P., Ryabinin, P., Mooney, M. A., Fair, D. A., & Wilmot, B. (2020). Attention-deficit/hyperactivity disorder and major depression: Evidence for genetic overlap. *Molecular Psychiatry*, 25(7), 1457–1466.
- Sonuga-Barke, E. J. S. (2005). Causal models of attention-deficit/hyperactivity disorder: From common simple deficits to multiple developmental pathways. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1231–1238.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. Guilford Press.
- Rubia, K. (2018). Cognitive neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Cognitive Neuroscience*, 9(1–2), 1–20.
- Shaw, P., Eckstrand, K., Sharp, W., Blumenthal, J., Lerch, J. P., Greenstein, D., Clasen, L., Evans, A., Giedd, J., & Rapoport, J. L. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104(49), 19649–19654.
- Hoogman, M., Bralten, J., Hibar, D. P., Mennes, M., Zwiers, M. P., Schweren, L. J. S., van Hulzen, K. J. E., Medland, S. E., Shumskaya, E., Jahanshad, N., Zeeuw, P., de, Szekeley, E., Sudre, G., Wolfers, T., Earl, E. A., Bearden, C. E., Bramati, I. E., ... Franke, B. (2017). Subcortical brain volume differences in participants with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 310–319.
- Karalunas, S. L., Fair, D., Musser, E. D., Aykes, K., Iyer, S. P., & Nigg, J. T. (2014). Subtyping attention-deficit/hyperactivity disorder using temperament dimensions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(7), 829–836.

Értékelő eszközök és diagnosztikai skálák

- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., & Reid, R. (2016). *ADHD Rating Scale–5 for children and adolescents: Checklists, norms, and clinical interpretation*. Guilford Press.
- Conners, C. K. (2008). *Conners 3rd Edition manual*. Multi-Health Systems.
- Barkley, R. A. (2011). *Barkley Adult ADHD Rating Scale–IV (BAARS-IV)*. Guilford Press.
- Brown, T. E. (2013). *Brown Attention-Deficit Disorder Scales manual*. Pearson.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586.



Silverman, W. K., & Albano, A. M. (1996). Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and parent versions. *Psychological Corporation*.

Ebesutani, C., Bernstein, A., Nakamura, B. J., Chorpita, B. F., & Weisz, J. R. (2010). The Revised Child Anxiety and Depression Scale–Parent version: Factor structure and psychometrics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(2), 249–260.

Wechsler, D. (2014). *Wechsler Intelligence Scale for Children–Fifth Edition (WISC-V)*. Pearson.

Komorbiditás és differenciáldiagnózisok

Áttekintő és összefoglaló munkák

Jensen, P. S., et al. (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: Comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(2), 147–158.

Pliszka, S. R. (2015). Comorbid psychiatric disorders in children with ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed., pp. 140–168). Guilford Press.

Biederman, J., Ball, S. W., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T. J., McCreary, M., Cote, M., & Faraone, S. V. (2008). New insights into the comorbidity between ADHD and major depression in adolescent and young adult females. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(4), 426–434.

Faraone, S. V., et al. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *World Journal of Biological Psychiatry*, 22(10), 624–651.

Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, Á., Murai, Z., & Bitter, I. (2007). A felnőttkori Figyelemhiányos/Hiperaktivitási Zavar (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder – ADHD) epidemiológiai vizsgálatának részletes áttekintése [Detailed review of epidemiologic studies on adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)]. *Psychiatria Hungarica*, 22(1), 4–19.

Sonuga-Barke, E. J. S., & Halperin, J. M. (2010). Developmental phenotypes and causal pathways in ADHD: Potential targets for early intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 368–389.

Szorongásos zavarok és depresszió

Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 57–87.

Jarrett, M. A., & Ollendick, T. H. (2008). A conceptual review of comorbidity in children and adolescents with ADHD and anxiety. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1266–1280



Biederman, J., Petty, C. R., Spencer, T. J., et al. (2008). Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: A controlled study of 1001 adults in the community. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(4), 524–540.

Magatartászavar és ODD/CD

Waschbusch, D. A. (2002). A meta-analytic examination of comorbid hyperactive–impulsive–attention problems and conduct problems. *Psychological Bulletin*, 128(1), 118–150.

Rowe, R., Costello, E. J., Angold, A., Copeland, W. E., & Maughan, B. (2010). Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 726–738.

Moffitt, T. E., & Scott, S. (2008). Conduct disorders in childhood and adolescence. In M. Rutter et al. (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 543–564). Blackwell.

Tanulási zavarok és diszlexia

Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2005). Dyslexia (specific reading disability). *Biological Psychiatry*, 57(11), 1301–1309.

Greven, C. U., Rijdsdijk, F. V., Asherson, P., & Plomin, R. (2012). A longitudinal twin study on the association between ADHD symptoms and reading. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(3), 234–242. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02445.x>

Willcutt, E. G., & Pennington, B. F. (2000). Comorbidity of reading disability and ADHD: Differences by gender and subtype. *Journal of Learning Disabilities*, 33(2), 179–191.

Autizmus spektrum zavarok

Antshel, K. M., & Russo, N. (2019). Autism spectrum disorders and ADHD: Overlapping phenomenology, diagnostic issues, and treatment considerations. *Current Psychiatry Reports*, 21(5), 34. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1020-5>

Rommelse, N. N. J., Geurts, H. M., Franke, B., Buitelaar, J. K., & Hartman, C. A. (2011). A review on cognitive and brain endophenotypes that may explain the co-occurrence of ADHD and autism spectrum disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(6), 1363–1396.

Craig, F., et al. (2015). ADHD and ASD: Overlap and differentiation. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(10), 1119–1126.

Lau-Zhu, A., Fritz, A., & McLoughlin, G. (2019). Overlaps and distinctions between attention deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder in young adulthood: Systematic review and guiding framework for EEG-imaging research. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 96, 93–115.



Tik zavarok és Tourette-szindróma

Bloch, M. H., Panza, K. E., Landeros-Weisenberger, A., & Leckman, J. F. (2009). Meta-analysis: Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children with comorbid tic disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 48*(9), 884–893. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b26e9f>

Eddy, C. M., & Cavanna, A. E. (2014). Tourette syndrome and comorbidities: Complexity and relevance. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 26*(2), 73–81.

Cavanna, A. E., et al. (2017). ADHD and tic disorders: Epidemiology, clinical characteristics, and treatment. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 80*, 584–593.

Szerhasználat és viselkedési addikciók

Molina, B. S. G., & Pelham, W. E. (2003). Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. *Journal of Abnormal Psychology, 112*(3), 497–507.

Lee, S. S., et al. (2011). Association of ADHD and conduct disorder with early substance use initiation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 50*(1), 21–31.

Wilens, T. E., et al. (2011). Does ADHD predict substance-use disorders? A 10-year follow-up study of young adults with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 50*(6), 543–553.

Differenciáldiagnózis és átfedések

Ford, J. D., Connor, D. F., & Hawke, J. (2010). Complex trauma and ADHD symptom overlap. *Child Abuse & Neglect, 34*(10), 698–710.

Szymanski, K., & Cisler, J. M. (2019). ADHD vs. PTSD in youth: Differential diagnosis and overlapping symptoms. *Journal of Affective Disorders, 256*, 53–59.

Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Olsen, J. L., Wender, P. H., & Robison, R. J. (2017). Differential diagnosis of adult ADHD: Importance of comorbidities and contextual factors. *CNS Spectrums, 22*(5), 1–12.

Matte, B., Anselmi, L., Salum, G. A., Kieling, C., Gonçalves, H., Menezes, A., Grevet, E. H., & Rohde, L. A. (2015). ADHD and bipolar disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 176*, 18–26.

Levy, K. N., Kivity, Y., Johnson, B. N., & Gooch, C. V. (2007). Personality disorders and ADHD: Overlaps and distinctions. *Journal of Personality Disorders, 21*(4), 362–378.



Intervenciók és beavatkozások

Áttekintő és alapl művek

- National Institute for Health and Care Excellence. (2018/2019). Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management (NICE Guideline NG87). NICE.
- American Academy of Pediatrics. (2019). Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of ADHD in children and adolescents. *Pediatrics*, *144*(4), e20192528.
- Banaschewski, T., et al. (2018). European guidelines on managing ADHD: Current evidence-based practice. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *27*(3), 301–324.
- Faraone, S. V., et al. (2021). Stimulant and non-stimulant treatment in ADHD: An evidence-based guide. *World Journal of Biological Psychiatry*, *22*(10), 611–623.
- Faraone, S. V., et al. (2023). The international consensus statement on ADHD prevalence, diagnosis, and treatment. *The Lancet Psychiatry*, *10*(1), 9–21.
- World Health Organization. (2022). Guidelines for the management of mental disorders in children and adolescents. World Health Organization.
- DuPaul, G. J., & Stoner, G. (2014). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies* (3rd ed.). Guilford Press.
- Pfiffner, L. J. (2014). *All about ADHD: The complete practical guide for classroom teachers*. Jossey-Bass.

Gyógyszeres kezelések és hatékonysági vizsgálatok

- Cortese, S., Adamo, N., Del Giovane, C., Mohr-Jensen, C., Hayes, A. J., Carucci, S., Atkinson, L. Z., Tessari, L., Banaschewski, T., Coghill, D., Hollis, C., Simonoff, E., Zuddas, A., Barbui, C., Purgato, M., Steinhausen, H.-C., Shokraneh, F., Xia, J., & Cipriani, A. (2018). Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, *5*(9), 727–738.
- Coghill, D., Banaschewski, T., Cortese, S., Asherson, P., Brandeis, D., Buitelaar, J., Daley, D., Danckaerts, M., Dittmann, R. W., Doepfner, M., Ferrin, M., Hollis, C., Holtmann, M., Santosh, P., Sonuga-Barke, E., Soutullo, C., Steinhausen, H.-C., Van der Oord, S., Wong, I. C. K., & Simonoff, E. (2021). The management of ADHD in children and adolescents: bringing evidence to the clinic: perspective from the European ADHD Guidelines Group (EAGG). *European Child & Adolescent Psychiatry*, *32*(8), 1337–1361. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01871-x>
- Volkow, N. D., & Swanson, J. M. (2013). Clinical practice: Adult attention deficit–hyperactivity disorder. *New England Journal of Medicine*, *369*(20), 1935–1944.



Pszichológiai és pszichoeducációs beavatkozások

- Langberg, J. M., Epstein, J. N., & Becker, S. P. (2011). Refinement of an organizational skills intervention for adolescents with ADHD for implementation by school mental health providers. *School Mental Health, 3*(2), 74–85.
- Langberg, J. M., Epstein, J. N., Girio, E. M., Becker, S. P., Vaughn, A. J., & Altaye, M. (2012). Evaluation of the homework, organization, and planning skills (HOPS) intervention for middle school students with ADHD as implemented by school mental health providers. *School Psychology Review, 41*(3), 342–364.
- Langberg, J. M., Dvorsky, M. R., & Evans, S. W. (2013). What specific facets of executive function are associated with academic functioning in youth with attention-deficit/hyperactivity disorder? *Journal of Abnormal Child Psychology, 41*(7), 1145–1159.
- Langberg, J. M., Dvorsky, M. R., Molitor, S. J., Bourchtein, E., Eddy, L. D., Smith, Z. R., Oddo, L. E., & Eadeh, H. M. (2018). Overcoming the research-to-practice gap: A randomized trial with two brief homework and organization interventions for students with ADHD as implemented by school mental health providers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 86*(1), 39–55.

Iskolai és pedagógiai intervenciók

- Greene, R. W. (2016). *Lost at School: Why our kids with behavioral challenges are falling through the cracks and how we can help them*. Scribner.
- Zentall, S. S. (2006). *ADHD and education: Foundations, characteristics, methods, and collaboration*. Pearson/Merrill Prentice Hall.
- Raggi, V. L., & Chronis, A. M. (2006). Interventions to address the academic impairment of children and adolescents with ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review, 9*(2), 85–111.
- Hattie, J. (2012). *Visible learning for teachers: Maximizing impact on learning*. Routledge.
- Hattie, J. (2009). *Visible learning: A synthesis of over 800 meta-analyses relating to achievement*. Routledge.

Család, szülői feladatok és otthoni támogatás

- Daley, D., van der Oord, S., Ferrin, M., Danckaerts, M., Doepfner, M., Cortese, S., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2014). Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 53*(8), 835–847.e1-5.
- Sonuga-Barke, E. J. S., et al. (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 170*(3), 275–289.
- Kazdin, A. E. (2005). *Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents*. Oxford University Press.
- Mash, E. J., & Barkley, R. A. (2014). *Treatment of childhood disorders* (3rd ed.). Guilford Press.



- Tarver, J., Daley, D., & Sayal, K. (2015). Beyond symptom control for attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): What can parents do to improve outcomes? *Child: Care, Health and Development*, 41(1), 1–14.
- Modesto-Lowe, V., Chaplin, M., Godsay, V., & Soovajian, V. (2014). Parenting teens with attention-deficit/hyperactivity disorder: Challenges and opportunities. *Clinical Pediatrics*, 53(10), 943–948.
- Wiener, J., Biondic, D., Grimbos, T., & Herbert, M. (2016). Parenting stress of parents of adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(3), 561–574.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(2), 279–289.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(2), 279–289.
- Wymbs, B. T., Dawson, A. E., Egan, T. E., Sacchetti, G. M., Tams, S. T., & Wymbs, F. A. (2017). ADHD and depression symptoms in parent couples predict response to child ADHD and ODD behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(3), 471–484.
- Edwards, G., Barkley, R. A., Laneri, M., Fletcher, K., & Metevia, L. (2001). Parent–adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(6), 557–572.
- Chen, Y.-C., Hwang-Gu, S.-L., Ni, H.-C., Liang, S. H.-Y., Lin, H.-Y., Lin, C.-F., Tseng, Y.-H., & Gau, S.-F. (2017). Relationship between parenting stress and informant discrepancies on symptoms of ADHD/ODD and internalizing behaviors in preschool children. *PLoS One*, 12(10), e0183467.
- Derella, O. J., Burke, J. D., Stepp, S. D., & Hipwell, A. E. (2020). Reciprocity in undesirable parent–child behavior? Verbal aggression, corporal punishment, and girls’ oppositional defiant symptoms. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 49(3), 420–433.
- van der Oord, S., Prins, P. J. M., Oosterlaan, J., & Emmelkamp, P. M. G. (2006). The association between parenting stress, depressed mood and informant agreement in ADHD and ODD. *Behaviour Research and Therapy*, 44(11), 1585–1595.
- Wymbs, B. T., Wymbs, F. A., & Dawson, A. E. (2015). Child ADHD and ODD behavior interacts with parent ADHD symptoms to worsen parenting and interparental communication. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(1), 107–119.
- Lowry, L. S., Schatz, N. K., & Fabiano, G. A. (2018). Exploring parent beliefs and behavior: The contribution of ADHD symptomology within mothers and fathers. *Journal of Attention Disorders*, 22(13), 1255–1265.
- Podolski, C. L., & Nigg, J. T. (2001). Parent stress and coping in relation to child ADHD severity and associated child disruptive behavior problems. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(4), 503–513.



- Pelham, W. E., Foster, E. M., & Robb, J. A. (2010). The economic impact of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(6), 650–661.
- Craig, F., Savino, R., Fanizza, I., Margari, F., & Margari, L. (2016). Parenting stress among parents of children with neurodevelopmental disorders. *Psychiatry Research*, 242, 121–129.
- Li, J. J., & Lansford, J. E. (2018). A smartphone-based ecological momentary assessment of parental behavioral consistency: Associations with parental stress and child ADHD symptoms. *Developmental Psychology*, 54(6), 1086–1098.
- Schorr-Sapir, I., Gershy, N., Apter, A., & Omer, H. (2022). Parent training in non-violent resistance for children with attention deficit hyperactivity disorder: A controlled outcome study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(6), 929–938.
- Sternhagen, T., Schumacher, H., Ferrell, K., & Willman, A. (2020). Parenting children with ADHD. *South Dakota Medicine*, 73(7), 296–304.

Hosszú távú kimenetek és következmények

Áttekintő és összefoglaló tanulmányok

- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: Adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(2), 192–202.
- Biederman, J., Petty, C. R., Evans, M., Small, J., & Faraone, S. V. (2010). How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD. *Psychiatry Research*, 177(3), 299–304.
- Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zuddas, A., Asherson, P., Buitelaar, J., Danckaerts, M., Döpfner, M., Hollis, C., Holtmann, M., Konofal, E., Lecendreux, M., Rothenberger, A., Santosh, P., Sergeant, J., Sonuga-Barke, E., Taylor, E., & Wong, I. C. K. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1, 15020.
- Arnold, L. E., Hodgkins, P., Kahle, J., Madhoo, M., & Kewley, G. (2020). Long-term outcomes of ADHD: Academic achievement and performance. *Journal of Attention Disorders*, 24(1), 73–85.
- Shaw, M., Hodgkins, P., Caci, H., Young, S., Kahle, J., Woods, A. G., & Arnold, L. E. (2012). A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: Effects of treatment and non-treatment. *BMC Medicine*, 10, 99.
- Biederman, J., & Faraone, S. V. (2006). The effects of attention-deficit/hyperactivity disorder on life course outcomes. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(4), 212–222.

Tanulmányi kimenetek és iskolai teljesítmény

- Loe, I. M., & Feldman, H. M. (2007). Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 643–654.



Galéra, C., Melchior, M., Chastang, J.-F., Bouvard, M.-P., & Fombonne, E. (2009). Childhood and adolescent hyperactivity-inattention symptoms and academic achievement 8 years later: The GAZEL Youth Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 48*(5), 484–489.

DuPaul, G. J., Weyandt, L. L., O'Dell, S. M., & Varejao, M. (2009). College students with ADHD: Current status and future directions. *Journal of Attention Disorders, 13*(3), 234–250.

Barbarese, W. J., et al. (2007). Long-term school outcomes for children with ADHD. *Pediatrics, 120*(2), e291–e300.

Foglalkoztatás, munkaerőpiaci kimenetek

Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2008). ADHD in adults: What the science says. Guilford Press.

Gjervan, B., Torgersen, T., Rasmussen, K., & Nordahl, H. M. (2012). Functional impairment and occupational outcome in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 16*(7), 544–552.

Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Barkley, R. A., Birnbaum, H., Greenberg, P., Johnston, J. A., Spencer, T., & Üstün, T. B. (2005). The prevalence and effects of adult attention-deficit/hyperactivity disorder on work performance in a nationally representative sample of workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 47*(6), 565–572.

Kapcsolatok és családi élet

Barkley, R. A., Fischer, C. S., Edelbrock, C., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: II. Academic, attentional, and neuropsychological status. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*(6), 775–789.

Canu, W. H., Tabor, L. S., Michael, K. D., Bazzini, D. G., & Elmore, A. L. (2014). Young adult romantic couples' conflict resolution and satisfaction varies with partner's attention-deficit/hyperactivity disorder type. *Journal of Marital and Family Therapy, 40*(4), 509–524.

Wymbs, B. T., Canu, W. H., Sacchetti, G. M., & Ranson, L. M. (2021). Adult ADHD and romantic relationships: What we know and what we can do to help. *Journal of Marital and Family Therapy, 47*(3), 664–681.

Mokrova, I., O'Brien, M., Calkins, S. D., & Keane, S. P. (2010). Parental ADHD symptomology and ineffective parenting: The connecting link of home chaos. *Parenting: Science and Practice, 10*(2), 119–135.

Mentális egészség és testi betegségek

Kessler, R. C., et al. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States. *American Journal of Psychiatry, 163*(4), 716–723.



Klassen, A. F., Miller, A., & Fine, S. (2004). Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of ADHD. *Pediatrics*, *114*(5), e541–e547.

Klein, R. G., Mannuzza, S., Olazagasti, M. A., et al. (2012). Clinical and functional outcome of childhood ADHD 33 years later. *Archives of General Psychiatry*, *69*(12), 1295–1303.

Kriminalitás és társadalmi beilleszkedés

Dalsgaard, S., Mortensen, P. B., Frydenberg, M., Johannessen, M., & Thomsen, P. H. (2013). Long-term criminal outcome of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A 15-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *52*(3), 228–237.

Satterfield, J. H., Swanson, J. M., Schell, A. M., Lee, F. H., & Hansen, R. B. (1994). Prediction of antisocial behavior in attention-deficit hyperactivity disorder boys from aggression/defiance scores. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *33*(2), 185–190.

Mohr-Jensen, C., & Steinhausen, H. C. (2016). A meta-analysis and systematic review of the risk of criminal behavior in individuals with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *25*(8), 783–796.

Mohr-Jensen, C., & Steinhausen, H. C. (2016). A meta-analysis and systematic review of the risks associated with childhood attention-deficit hyperactivity disorder on long-term outcome of arrests, convictions, and incarcerations. *Clinical Psychology Review*, *48*, 32–42.

ADHD és társadalmi vonatkozások

Áttekintő művek

Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd ed.)*. Guilford Press.

Biederman, J., & Faraone, S. V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*, *366*(9481), 237–248.

Hinshaw, S. P., & Scheffler, R. M. (2014). *The ADHD explosion: Myths, medication, money, and today's push for performance*. Oxford University Press.

Társadalmi nézőpontok

Singh, I. (2011). A disorder of anger and aggression: Children's perspectives on attention deficit/hyperactivity disorder in the UK. *Social Science & Medicine*, *73*(6), 889–896.

Visser, J., & Jehan, Z. (2009). ADHD: A scientific fact or a factual opinion? A critique of the veracity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Emotional and Behavioural Difficulties*, *14*(2), 127–140.



ADHD és kulturális dimenziók

Kulturális különbségek és diagnosztika

Norvilitis, J. M., & Fang, P. (2005). Perceptions of ADHD in China and the United States: A preliminary study. *Journal of Attention Disorders*, 9(2), 413–424.

Lewczuk, K., Marcowski, P., Wizła, M., Gola, M., Nagy, L., Koós, M., Kraus, S. W., Demetrovics, Z., Potenza, M. N., Ballester-Arnal, R., Batthyány, D., Bergeron, S., Billieux, J., Briken, P., Burkauskas, J., Cárdenas-López, G., Carvalho, J., Castro-Calvo, J., Chen, L., Ciocca, G., Corazza, O., Csako, R. I., Fernandez, D. P., Fujiwara, H., Jiménez-Martínez, M. C., ... Bóthe, B. (2024). Cross-cultural adult ADHD assessment in 42 countries using the Adult ADHD Self-Report Scale Screener. *Journal of Attention Disorders*, 28(4), 512–530.

Lewczuk, K., Marcowski, P., Wizła, M., Gola, M., Nagy, L., Koós, M., Kraus, S. W., Demetrovics, Z., Potenza, M. N., Ballester-Arnal, R., Batthyány, D., Bergeron, S., Billieux, J., Briken, P., Burkauskas, J., Cárdenas-López, G., Carvalho, J., Castro-Calvo, J., Chen, L., ... Bóthe, B. (2024). Cross-cultural adult ADHD assessment in 42 countries using the Adult ADHD Self-Report Scale Screener. *Journal of Attention Disorders*, 28(4), 512–530.

Kulturális reprezentáció és stigma

Singh, I. (2008). Culture, education, and ADHD. *Early Child Development and Care*, 178(4), 347–361.

Hinshaw, S. P. (2005). The stigmatization of mental illness in children and parents: Developmental issues, family concerns, and research needs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(7), 714–734.

Mueller, A. K., Fuermaier, A. B. M., Koerts, J., & Tucha, L. (2012). Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 4(3), 101–114.

ADHD és nemi dimenziók

Áttekintő és alaplívok

Gaub, M., & Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1036–1045.

Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 5(3), 143–154.

Quinn, P. O., & Madhoo, M. (2014). A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 16(3).



Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490–499.

Cortese, S., Adamo, N., Del Giovane, C., Mohr-Jensen, C., Hayes, A. J., Carucci, S., Atkinson, L. Z., Tessari, L., Banaschewski, T., Coghill, D., Hollis, C., Simonoff, E., Zuddas, A., Barbui, C., & Cipriani, A. (2018). Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit/hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5(9), 727–738.

Adamis, D., et al. (2022). ADHD in adults: A systematic review and meta-analysis of prevalence in psychiatric outpatient settings. *Journal of Attention Disorders*, 26(5), 712–726.

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 434–442.

Elliott, J., et al. (2020). A systematic review and network meta-analysis of pharmacologic treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *PLOS ONE*, 15(10), e0240584.

Női perspektíva és késői diagnózis

Hinshaw, S. P., & Blachman, D. R. (2005). ADHD in girls. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed., pp. 117–147). Guilford Press.

Quinn, P. O. (2005). Treating adolescent girls and women with ADHD: Gender-specific issues. *Journal of Clinical Psychology*, 61(5), 579–587.

Nussbaum, N. L. (2012). ADHD and female specific concerns: A review of the literature and clinical implications. *Journal of Attention Disorders*, 16(2), 87–100.

ADHD és életút

Gyermekkori kezdetek és prognózis

Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(2), 279–289.

Biederman, J., Petty, C. R., Evans, M., Small, J., & Faraone, S. V. (2010). How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD. *Psychiatry Research*, 177(3), 299–304.



Shaw, M., Hodgkins, P., Caci, H., Young, S., Kahle, J., Woods, A. G., & Arnold, L. E. (2012). A systematic review and analysis of long-term outcomes in ADHD: Effects of treatment and non-treatment. *BMC Medicine*, *10*, 99.

Felnőttkor és életminőség

Kessler, R. C., et al. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, *163*(4), 716–723.

Gjervan, B., Torgersen, T., Rasmussen, K., & Nordahl, H. M. (2012). Functional impairment and occupational outcome in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *16*(7), 544–552.

Klein, R. G., Mannuzza, S., Olazagasti, M. A., et al. (2012). Clinical and functional outcome of childhood ADHD 33 years later. *Archives of General Psychiatry*, *69*(12), 1295–1303.

Életúthoz kapcsolódó áttekintések

Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Franke, B., ... Rohde, L. A. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, *1*, 15020.

Arnold, L. E., Hodgkins, P., Kahle, J., Madhoo, M., & Kewley, G. (2015). Long-term outcomes of attention-deficit/hyperactivity disorder: Academic, occupational, and social functioning. *Journal of Attention Disorders*, *24*(1), 73–85.

ADHD és neurobiológiai háttér

Agyi struktúrák és funkciók

Shaw, P., et al. (2007). ADHD is characterized by a delay in cortical maturation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *104*(49), 19649–19654.

Hoogman, M., et al. (2017). Subcortical brain volume differences in ADHD. *The Lancet Psychiatry*, *4*(4), 310–319.

Castellanos, F. X., & Proal, E. (2012). Large-scale brain systems in ADHD: Beyond the prefrontal–striatal model. *Trends in Cognitive Sciences*, *16*(1), 17–26.

Neurobiológiai és genetikai tényezők

Zametkin, A. J., & Rapoport, J. L. (1987). Neurobiology of attention deficit disorder with hyperactivity: Where have we come in 50 years? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *26*(5), 676–686.



Faraone, S. V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, 24(4), 562–575.

Cortese, S., et al. (2012). The neurobiology and genetics of attention-deficit hyperactivity disorder: What every clinician should know. *Psychological Medicine*, 42(3), 481–497.

Durstun, S. (2009). Imaging genetics in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: A focus on cognitive control. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 34(5), 361–371.

Kognitív idegtudományi megközelítések

Rubia, K. (2018). Cognitive neuroscience of attention deficit hyperactivity disorder and its clinical translation. *Frontiers in Human Neuroscience*, 12, 100.

Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., & Pennington, B. F. (2005). Validity of the executive function theory of ADHD: A meta-analytic review. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1336–1346.

Nigg, J. T., et al. (2020). Attention-deficit/hyperactivity disorder and major depression: Evidence for shared genetic risk. *Molecular Psychiatry*, 25(7), 1457–1466.

ADHD és a pedagógusok

DuPaul, G. J., & Stoner, G. (2014). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies* (3rd ed.). Guilford Press.

Pfiffner, L. J. (2014). *All about ADHD: The complete practical guide for classroom teachers*. Jossey-Bass.

Sciutto, M. J., Terjesen, M. D., & Bender Frank, A. S. (2000). Teachers' knowledge and misperceptions of ADHD. *Psychology in the Schools*, 37(2), 115–122.

Blotnicky-Gallant, P., Martin, C. E., McGonnell, M., & Corkum, P. (2015). Nova Scotia teachers' ADHD knowledge, beliefs, and practices. *Canadian Journal of School Psychology*, 30(1), 3–21.

DuPaul, G. J., Weyandt, L. L., & Janusis, G. M. (2011). ADHD in the classroom: Effective intervention strategies. *Theory Into Practice*, 50(1), 35–42.

Fabiano, G. A., et al. (2010). Enhancing the effectiveness of special education programming for children with ADHD. *School Psychology Review*, 39(2), 219–246.

DuPaul, G. J., Gormley, M. J., & Daffner, M. (2014). School-based interventions for elementary school students with ADHD: Evidence-based strategies for behavioral, academic, and self-regulation. *School Mental Health*, 6(2), 133–150.



Tanári stressz és burnout-megelőzés

Hastings, R. P., & Bham, M. S. (2003). The relationship between student behaviour patterns and teacher burnout. *School Psychology International*, 24(1), 115–127.

Aloe, A. M., Shisler, S. M., Norris, B. D., Nickerson, A. B., & Rinker, T. W. (2014). A multivariate meta-analysis of student misbehavior and teacher burnout. *Educational Research Review*, 12, 30–44.

Brouwers, A., & Tomic, W. (2000). A longitudinal study of teacher burnout and perceived self-efficacy. *Teaching and Teacher Education*, 16(2), 239–253.

ADHD és szülők, család

Családi élet és szülői lehetőségek

Barkley, R. A. (2013). *Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents* (3rd ed.). Guilford Press.

Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183–207.

Mulqueen, J. M., Bartley, C. A., & Bloch, M. H. (2015). Meta-analysis: Parental interventions for preschool ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 19(2), 118–124.

Coates, J., Taylor, J. A., & Sayal, K. (2015). Parenting interventions for ADHD: A systematic literature review and meta-analysis. *Journal of Attention Disorders*, 19(10), 831–843.

Babinski, D. E., & Sibley, M. H. (2022). Family-based treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder: A review of family functioning outcomes in randomized controlled trials from 2010 to 2019. *Journal of Marital and Family Therapy*, 48(1), 83–106.

Wiener, J., Biondic, D., Grimbo, T., & Herbert, M. (2016). Parenting stress of parents of adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(3), 561–574.

Anastopoulos, A. D., Guevremont, D. C., Shelton, T. L., & DuPaul, G. J. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20(5), 503–520.

Muñoz-Silva, A., et al. (2017). Child/adolescent ADHD and parenting stress: The mediating role of family impact and conduct problems. *Frontiers in Psychology*, 8, 2252.

Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., & Jenkins, J. M. (2013). Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(1), 3–17.



Wiener, J., Biondic, D., Grimbos, T., & Herbert, M. (2016). Parenting stress of parents of adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(3), 561–574.

Anastopoulos, A. D., Guevremont, D. C., Shelton, T. L., & DuPaul, G. J. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20(5), 503–520.

Muñoz-Silva, A., et al. (2017). Child/adolescent ADHD and parenting stress: The mediating role of family impact and conduct problems. *Frontiers in Psychology*, 8, 2252.

ADHD és kortársak, közösség

Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 655–663.

Mikami, A. Y. (2010). The importance of friendship for youth with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(2), 181–198.

Bagwell, C. L., Molina, B. S., Pelham Jr, W. E., & Hoza, B. (2001). Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: Predictions from childhood to adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1285–1292.

Normand, S., et al. (2013). Continuities and changes in the friendships of children with and without ADHD: A longitudinal, observational study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(6), 1161–1175.

Mrug, S., Molina, B. S., Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Hechtman, L., & Arnold, L. E. (2012). Peer rejection and friendships in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Contributions to long-term outcomes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(6), 1013–1026.

Hoza, B., Mrug, S., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. M., Gold, J. A., & Blachman, D. R. (2005). What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 411–423.

Blachman, D. R., & Hinshaw, S. P. (2002). Patterns of friendship among girls with and without ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 625–640.

Bullying és áldozattá válás

Holmberg, K., & Hjern, A. (2008). Bullying and attention-deficit–hyperactivity disorder in 10-year-olds in a Swedish community. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50(2), 134–138.



Sciberras, E., et al. (2012). Bullying and peer victimization in adolescent girls with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 16(1), 38–46.

Unnever, J. D., & Cornell, D. G. (2003). Bullying, self-control, and ADHD. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(2), 129–147.

ADHD és digitális világ

Nikkelen, S. W., Valkenburg, P. M., Huizinga, M., & Bushman, B. J. (2014). Media use and ADHD-related behaviors in children and adolescents: A meta-analysis. *Developmental Psychology*, 50(9), 2228–2241.

Swing, E. L., Gentile, D. A., Anderson, C. A., & Walsh, D. A. (2010). Television and video game exposure and the development of attention problems. *Pediatrics*, 126(2), 214–221.

Ra, C. K., et al. (2018). The association between digital media use and symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents. *JAMA*, 320(3), 255–263.

Ra, C. K., Cho, J., Stone, M. D., De La Cerda, J., Goldenson, N. I., Moroney, E., Tung, I., Lee, S. S., & Leventhal, A. M. (2018). Association of digital media use with subsequent symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents. *JAMA*, 320(3), 255–263.

Weinstein, A., & Weizman, A. (2012). Emerging association between addictive gaming and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current Psychiatry Reports*, 14(5), 590–597.

ADHD és felnőttkor

Áttekintő és alapművek

Kooij, J. J. S., et al. (2019). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *European Psychiatry*, 56, 14–34.

Asherson, P., Buitelaar, J., Faraone, S. V., & Rohde, L. A. (2016). Adult attention-deficit hyperactivity disorder: Key conceptual issues. *The Lancet Psychiatry*, 3(6), 568–578.

Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2008). *ADHD in adults: What the science says*. New York: Guilford Press.

Diagnosztika és klinikai kép

Kessler, R. C., et al. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716–723.



Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, Á., & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult ADHD: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 194(3), 204–211.

Fayyad, J., et al. (2017). The descriptive epidemiology of DSM-IV adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 9, 47–65.

Foglalkoztatás és társadalmi működés

Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Howes, M. J., Secnik, K., Spencer, T., Ustün, T. B., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716–723.

Gjervan, B., Torgersen, T., Rasmussen, K., & Nordahl, H. M. (2012). Functional impairment and occupational outcome in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 16(7), 544–552.

Kessler, R. C., et al. (2005). The prevalence and effects of adult ADHD on work performance in a nationally representative sample of workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47(6), 565–572.