

**Tartalomjegyzék**  
**2002., 5. lapszám**

**Szerző**

**Cím**

Ferenczi Beáta – Szántó Eszter – Dr. Patkó Kornélia Kerekes László	A hiperaktív, figyelem- és tanulási zavaros gyermekek kevésbé ismert tulajdonságai
Ferenczi Beáta – Szántó Eszter – Dr. Patkó Kornélia Kerekes László	Alternatívák az erőszakkal szemben
Kerekes László	A magyar családsegítők és gyermekjóléti szolgálatok országos egyesületének XI. szakmai konferenciájának szakmai ajánlásai
Herczog Mária	Ami segít, és ami nem
Györfi Éva	Címkézés helyett
Szilvási Léna	Családi videotréning
Bede Nóra – Illés Anikó	Egyedül nem megy
Dr. Joós Károly – Neményi Eszter	Érvek és ellenérvek a hiperaktív és figyelemzavaros gyerekek kezelésére
Felső Anikó és szerzőtársai	Gyermekszegénység
Szűcs Marianna	Hiperkinetikus gyermekek iskolai integrációját akadályozó tényezők
Berszán Lídia Mádi Csabáné Sáska Géza	Integrációs kísérletek Kitárul a világ Pillanatkép a kanadai gyermekvédelemről

## **A hiperaktív, figyelem- és tanulási zavaros gyermekek kevésbé ismert tulajdonságai**

Az intézményes minősítés, például „hiperaktív, egyéb fogyatékos”,<sup>1</sup> valamint a szociális környezet rájuk akasztott címkéi (neveletlen, idióta, lusta) azt közvetítik a hiperkinetikus zavaros gyermekek számára, hogy kizárólag negatív tulajdonságokkal rendelkeznek.

A környezet megítélésében, reakcióiban tükröként látják önmagukat, ezért igen korai életszakaszban alapozódik meg és rögzül negatív énképük. Általánosságban elmondható, hogy mire túljutnak a serdülőkoron, teljesen leépül önbizalmuk és önbecsülésük.

A hivatkozott szakirodalmi munkák a HKZ tüneteinek bemutatásánál elsősorban azokat a jellemző vonásokat emelik ki, amelyek a szociálisan kompetens viselkedés, valamint az oktatási intézményekben sikeresnek tartott iskolai teljesítmények szempontjából a legalapvetőbb gátló tényezőknél tekinthetők. Pedig bárki, aki részt vesz az érintett gyermekek formális (iskolai) és informális minősítésében, más fókuszról közelít ezen fiatalok felé, és a betegség kellemetlen magatartási tünetei mögött rejlő valódi énjüket próbálja megismerni, arra a következtetésre jut, hogy olyan tulajdonságokkal rendelkeznek, amelyek hiányoznak korunk eltorzult értékrendű, anyagi, cél-, siker- és munkaorientált szemléletű többségi társadalmából, ;

Az esetek elemzése alapján a HKZ-s gyermekek személyiségének azon tulajdonságai, amelyekre nem, vagy csak érintőlegesen tér ki a témával kapcsolatos szakirodalom:

### **Empátia:**

Kora gyermekkoruktól kezdve környezetük felnőtt tagjait is megszégyenítő empátikus készséggel rendelkeznek. Mélyen együtt éreznek minden szenvedő élőlényvel, állatokkal és emberekkel egyaránt: Környezetükben szinte ők az elsők, akik érzékelik, ha valakit fizikai vagy lelki fájdalmak gyötörnek. Ugyancsak elsőként ismerik fel és reagálnak családtagjaik érzelmeire, hangulataira, fáradtságára. Még az egészen kicsi gyermekek is meglátják a másik élőlény érzelmi szükségleteit, valamint azt, ha az vigasztalásra szorul.

„A mély érzésekre való képesség és a rendkívüli érzékenység által olyanokká válnak, mintha lelküket odakínálnák embertársaik hangulatának, mintha hiányozna belőlük a szűrő, amely megvédi őket a túl erős benyomásoktól.” (Ruf – Bachtiger, [1993( 131. o.)

### **Segítőkészség, gondoskodás:**

Mindegyik hiperkinetikus zavaros gyermek esetében megfigyelhető a spontánul megnyilvánuló segítőkészség, valamint a rászorulókról való gondoskodás, mely humánus attitűd már szintén egész korai gyermekkorban megnyilvánul. Bizalommal, hátsó gondolatoktól és előítéletektől mentesen közelítenek mindenkihez, amellyel gyakran visszaél; tágabb: környezetük. Sajnálatosan kritikátlan – és gyakran meggondolatlan – adakozó hajlamuk, segítőkészségük révén is gyakran áldozatul esnek az őket kihasználó személyeknek.

<sup>1</sup> Az 1993. és 1996. évi közoktatási törvények szerint a hiperkinetikus szindrómás gyermekek a „más fogyatékos” csoportba tartoznak.

### **Nyitottság:**

Érdeklődők és nyitottak minden és mindenki iránt. (A hiperaktív gyermekek már pár napos korukban, fejüket forgatva, tágra nyílt szemmel szemlélik környezetüket.) Atipikus „miért korszak”, amely rendszerint 31 éves korban kezdődik, ezeknél a gyermekeknél jó egy évvel korábban jelentkezik; és sókkal intenzívebb lefolyású. Nem: elégitik ki okét á; hiányos és túl egyszerűnek tűnő magyarázatok, hanem tovább kérdeznék mindaddig, amíg pontos választ nem kapnak kérdéseikre.

### **Lelkesedés:**

Környezetük számára is magával ragadó lelkesedni tudásuk, amellyel testestül-lelkestül belevetik magukat bizonyos helyzetekbe, kiváltképp akkor, ha erősen motiváltak az adott dologgal kapcsolatosan:

### **Önzetlenség:**

Példaértékű jóindulatuk és önzetlenségük; amellyel saját személyükre és családjukra való következmények mérlegelése nélkül készek mindenüket – akár a legkedvesebb „tárgyaikat is -, viszonzást nem várva felkínálni, illetve odaadni másoknak.

### **Jó szociális érzék:**

Ha környezetük tagjai nem váltanak ki feszültséget, ingerültséget bennük, kora gyermekkoruktól kezdve: mindenkihez szívélyesen viszonyulnak. Igen jó szociális érzéssel rendelkeznek. vidám, kiegyensúlyozott, boldog; gyermek benyomását keltik, amely állapot mindaddig jellemző rájuk, amíg az oktatási intézmények elvárásaival és személyük visszautasításával nem találkoznak. Intenzíven és hosszú időn keresztül kötődnek azokhoz a személyekhez és tárgyakhoz, akikhez/amelyekhez pozitív érzelmek fűzik őket. Nem táplálnak, őriznek haragot sem önmagukban, sem másokban. Még a személyüket ért jogsérelem és méltánytalanság esetén is azonnal megbocsátanak, megenyhülnek, ha a másik fél elnézést kér tőlük. A nagy konfliktusok (kiabálások, veszekedések, verekedések) után néhány percen belül elfelejtik azokat, ezt várják el környezetüktől is.

### **Jó intuíciós képesség:**

Magas fokú érzékenységük révén igen jó intuíciós képességekkel rendelkeznek, ez utóbbi: gondolkodásukra, problémamegoldó képességükre is kiterjed. Gyakori, hogy szinte teljes pontossággal megéreznek jövőbeli; eseményeket. Szinte olvasnak a környezetükben élők gondolataiban. Rövid időn belül; felismerik a mások viselkedése mögötti rejtett, köztük a manipulációs szándékot is, ilyenkor kategorikusan visszautasítják az illető közeledését. Zavaró tényezőként élik meg a környezetükben élők embertelenségét, sportszerűtlenségét, rosszindulatát, butaságát. Csak saját intuíciójukat, ítéleteiket, értékeiket, tapasztalataikat hajlandók követni. Az elveikhez való szilárd ragaszkodás azonban sajnálatosan alacsony kompromisszumos készséggel társul.

### **Önállóságigény:**

Néhány éves kortól jellemző rájuk, hogy a környezetben élők szándékait gyakran teljesen figyelmen kívül hagyva, „öntörvényűen”, szinte önállóan cselékednek. Kirívóan nagy függetlenségérzetük mind gyermek- mind felnőttkorban gyakran magányos, céltalan kószalásokra készíti őket: Nagyfokú önállóságuk mellett gyorsan átlátják a különböző problémák természetét. Különösen a kisiskolás éveik végétől jó szervező- és

tárgyalókészség, valamint határozott, gyors, magabiztos intézkedések jellemzőek ezekre a gyermekekre. Viszonylag korai életszakaszban kifejlődik a felmerülő helyzetekkel kapcsolatos feltűnően gyors reakciókészségük.

### **Átlag feletti memória:**

Meglepően jól emlékeznek minden apró részletre, akár 2-3 éves korukig visszamenőleg is. Megfigyeléseikből, a látott és hallott információkból (például mások beszélgetése, műsorok) még abban az esetben is, ha abba személyesen nem is kapcsolódnak be, minden lehetséges mozzanatot regisztrálnak és megőriznek emlékezetükben. Képesek arra, hogy filmszerűen visszaadják egy-egy hallott, látott, átélt esemény legapróbb részleteit is.

### **Mentális érettség:**

Hozzávetőlegesen az óvodás, az 5 éves kor körüli életkorra tehető, hogy komolyan foglalkoztatják őket az emberi élet értelmével kapcsolatos, a „honnét jöttünk, merre tartunk” típusú kérdések, Szintén kora gyermekkoruktól kezdve kitűnnek bölcs, érett, a biológiai korukat messze meghaladó megállapításaikkal, Már 3-4 éves kortól gyakori náluk; hogy igen találó, lényegkiemelő megjegyzéseket tesznek emberekre és különböző szituációkra. Bizonyos területeken való, a kortársaiknál jóval érettebb gondolkodásmódjuk révén is sajnálatosan újra és újra peremhelyzetbe kerülnek a kortárs csoporton belül. A tanulás leghatékonyabb formájának az életből vett tapasztalatok megélését tartják, ezért rendszerint olyan helyzeteket indukálnak tudattalanul is, amelyekben személyiségük fejlődhet.

Általánosan érvényesnek tartom rájuk azt, hogy ha lehetőségük van arra, hogy kilépjenek abból a felvett szerepből, kirívó magatartásformából, amellyel védekeznek a környezetük ellenállásával és értetlenségével szemben, akkor derül arra fény, hogy jóval fejlettebb, érettebb személyiséggel rendelkeznek, mint saját korosztályuk; hiszen jóval többet éltek meg, több tapasztalatot szereztek, mint a velük egykorú fiatalok. Korai intellektuális érdeklődésük – amely semmiképpen sem koruknak megfelelő -, valamint a szociális problémák iránti nyitottságuk, érdeklődésük (például egy 9 éves fiú legszívesebben szociográfiákat olvas), valamint a társadalmi igazságtalanságok iránti érzékenységük is megkülönbözteti őket a kortársaiktól, Ösztönösen a védelmező szerepet veszik föl a gyengék, kiszolgáltatottak mellett. Rendkívül fejlett igazságérzettel rendelkeznek. Nemcsak önmaguk, hanem mások érdekében is erőteljesen fellépnek, ha bárki részéről igazságtalanságot, méltánytalanságot tapasztalnak. Sajnálatosan számos konfliktusuk származik abból, hogy az igazságtalanságok ellen inadekvát, indulatvezérelt módon lépnek fel.

### **Morális érzék:**

Elutasítják az őszintétlenséget és hazugságot. Azt tapasztaltam, hogy egyedül az elégtelen osztályzatok eltitkolása jellemző rájuk, ez azonban a családi környezet elleni védekezésből, nem a jellemfejlődés torzulásából fakad. Minden tettükért vállalják a kilátásba helyezett szankciók ellenére is a felelősséget, még az olyan vétségéért is, amelyekben ők személy szerint csak kis mértékben érintettek. Olyan érzékenyen, kritikusan viszonyulnak a személyiség jellemhibájának tartott hiányosságaihoz, hogy valósággal lelkiismereti tükröt tartanak a környezetük elé. (Például a nyilvánosság előtt kétszínűséggel vádolják meg a szülőt, amikor az annak ellenére szívélyesen társalog ismerősével a telefonon, hogy negatív véleménye van az utóbbi személyről.)

Ha valaki emberi méltóságérzetükön, önérzetükön ejt sérelmet, nem alázkodnak meg és kezdeményeznek kapcsolatfelvételt az illetővel még abban az esetben sem, ha vállalniuk kell

az egyedül maradás kockázatát. Lenyűgöző akaraterő, kitartás, szívósság jellemzi őket, különösen a maguk által választott célok véghezvitelével kapcsolatosan.

#### **Kreativitás:**

Gyakori, hogy olyan érdeklődési területtel, hobbival rendelkeznek, amely terén kimagasló teljesítményt érnek el. Mivel gyermekkoruk óta arra kényszerülnek, hogy észlelési zavarukat kompenzálják, igen eredeti és egyedi, a kortárscepoorthoz tartozóktól eltérő megoldásokat találnak ki bizonyos problémákra. (Például egy vizsgálatomban szereplő diszlexiás, az érettségig elégséges eredményt elérő fiú új, matematikailag bizonyítható(!) verziót talált ki a Pythagorasz-tételre.) Kiemelkedően jó problémamegoldó képességüket, fantáziagazdagságukat, önálló és produktív gondolkodásmódjuk, feltűnő mértékű kreativitásuk és találékonyságuk teszi lehetővé. Fontos tényező számukra az, hogy szociális környezetük felismerje és fejlessze azt, amiben átlag feletti teljesítményt nyújtanak, mert ez válhat későbbi pályaválasztásuk szempontjából meghatározó tényezővé.

#### **Fejlett humorérzék:**

Gyakran néhány éves korukban feltűnik ez a tulajdonságuk. Többükönél megfigyelhető, hogy már két és fél, három éves korukban hang- és szókombinációk révén szócicceket, rövid, sorvégi rímeket tartalmazó versiket, szokatlan hangzású új névszokat alkotnak, valamint az egyes szavak toldalékait szándékosan megváltoztatva használják azokat

#### **Verbális intelligencia:**

Ugyancsak gyakori jelenség a hiperkinetikus gyermekeknél a feltűnően magas verbális intelligencia. Általában igen jó nyelvérzékkel rendelkeznek. Többségükre jellemző a megkésett beszédfejlődés: kettő, kettő és fél éves korukban szólalnak csak meg, azonban fokozatok nélkül azonnal egész mondatok, a nyelvtani struktúrák helyes használata jellemzi beszédüket.

**Ahol a többségtől eltérő gondolkodásmóddal, magatartással és értékekkel rendelkező gyermekeket (és felnőtteket) kirekesztik, megbélyegzik, mint az a mai Magyarországon sajnálatosan gyakori jelenség, ott a többségi társadalommal van nagy baj. Pedig ezek a fiatalok nem vágnak többre, csak arra, hogy életésélyt kapjanak, és embernek tekintsék őket, ne pedig tanulásra és munkára képtelen, haszontalan „csődtömegnek”. Személyük révén még több alkalma nyílik a ma emberének a másság megismerésére és elfogadására, a tolerancia és az empátia gyakorlására.**

Írta: Ferenczi Beáta – Szántó Eszter – Patkó Kornélia

## ALTERNATÍVÁK AZ ERŐSZAKKAL SZEMBEN

A Család, Gyermek, Ifjúság 2002/4. számában megjelent „Új lehetőségek a fiatalkorú bűnelkövetők nevelésében, reszocializációjában” megjelent cikkünket követően újra lehetőséget kaptunk, hogy részletesebben bemutassuk magát az Alternatives to Violence Project-et, röviden az AVP programot, annak ars poeticáját.

Miért tartjuk fontosnak az erőszakkal szembeni alternatívák felfedezését, tudatosítását? Azért, mert hiszünk abban, hogy a méltósággal és önbecsüléssel élt élet és az önmegvalósítás lehetősége minden egyes embernek természetes joga. Hiszünk abban, hogy ha ez a veleszületett jog valósággá válik, akkor lehet a világunk igazságosabb és békésebb.

A környezetünkben tapasztalható nagymértékű erőszakosság részben válasz arra az erőszakra, ami beépült értékeinkbe és intézményeinkbe. Senki sincs, akiben valamilyen módon nincs erőszak, és az erőszak valamilyen módon mindenkinek fájdalmat okoz. Természetesen nem lehet célunk az erő gyakorlásának kiiktatása a világból. Az azonban igen, hogy hozzásegítsük az embereket ahhoz, hogy saját erőszakkesztéseiket kreatívan uralni tudják.

Hiszünk abban, hogy képesek vagyunk átalakítani az ellenségeskedést és destruktivitást együttműködéssé. Hiszünk abban, hogy léteznek olyan egyéni és csoportos folyamatok, amelyek lehetővé teszik, hogy egy csoport közösséggé formálódjon, melyek képessé tesznek bennünket és ellenfeleinket, hogy megvalósítsuk a békéhez és méltósághoz való természetes jogunkat. Ezeket a tényezőket mindenki – éljen bárhol – megtanulhatja és felhasználhatja arra, hogy konstruktívabb életet éljen, és egy egészségesebb társadalmat építsen. Az AVP Egyesület az erőszakmentes viselkedés műhelye, amely tréningprogramjával lehetőséget nyújt az önfélesztésre, az új, kreatív konfliktus-megoldások keresésére.

Módszerünk nem a tanításra, hanem a közös felfedezésre és az élmények megosztására épül. Nem szolgálunk kész válaszokkal, meggyőződésünk, hogy a csoporttagok kérdéseire a válaszok ott rejtőznek, ahol a kérdéseik: önmagukban. A mi dolgunk az, hogy ösztönzést adjunk, és egy felfedezéseiben támogató környezetet hozunk létre, így bátorítva őket arra, hogy saját magukban kutassanak a válaszok után.

### 1. Az AVP Program meghatározása:

AVP – Alternatives to Violence Project – Alternatívák az Erőszakkal szemben.

Kreatív konfliktuskezelés elsajátítását célzó tréning-sorozat, amely 3 egymásra épülő részből tevődik össze:

1. Alaptréning.
2. Haladótréning.
3. Tréner – „csoportvezető”-képző tréning.

Ezek mindegyike jól strukturált, a résztvevő csoporttagok saját tapasztalataira, aktivitására építve, kisebb (2,5 – 3 órás) szakaszokra bontva segítik a konfliktus megoldási technika előkészítését és elsajátítását.

Az alaptréning megalapozza a csoporttagok tanulási folyamatát, szemléletformálódását, a haladó tréning elmélyíti a megszerzett tudást, ismereteket. A trénerképzés során a csoporttagok elsősorban a teammunka (az AVP csoportok vezetése 3 – 5 fős teamben zajlik) sajátosságaival, a csoportvezetés gyakorlati-technikai jellemzőivel ismerkedhetnek meg. Mivel a Program mindhárom része különálló egységet alkot, ezek teljesítése közötti időtartam igény szerint alakítható.

## 2. Az AVP Program megalapozottsága, kipróbáltsága

Az AVP 1975-ben New York államban önkéntesek (kvékerek) kezdeményezésére indult. Nagy hatáskörrel alkalmazták mint konfliktuskezelő tréninget a börtönökben. Mára az amerikai és európai földrész számos országában ismert és elfogadott módszerré vált, amelyet bármilyen képzettségű, foglalkozású, helyzetű ember igény szerint elsajátíthat.

Magyarországon Susanna Eveson kanadai tréner segítségével 1993 óta ismert a módszer. A Programot meghonosító magyar származású vezetőtréner előképzettsége (pszichoterápiás, bioenergetikai, Morenotól közvetlenül elsajátított pszichodráma gyakorlatok), szakmai felkészültsége és emberi kvalitása lelkes támogatókra talált a magyar szakemberegyüttesben, akik azóta trénerként válva folyamatos munkával igazolták a Program hatékonyságát. Az AVP programokon eddig kb. 1500-an vettek részt.

## 3. Az AVP Programok által megcélzott területek

*Megerősítés:* a megerősítő, elfogadó légkör megteremtése mellett komoly hangsúlyt kap a programban a tagok saját pozitívumainak feltárása, megerősítése. Ennek önismeret-fejlesztő hatása mellett énerősítő hatása is jelentős, ami kedvező alapot ad konfliktusok hatékonyabb megoldására.

*Közösségépítés, együttműködés:* a csoportkohézió erősítése révén emelkedik a csoport intimitása és bizalom szintje, ami a saját pozitív értékek feltárása mellett lehetőséget teremt egymás értékeinek felfedezésére és visszajelzésre, az együttműködés és a tolerancia növelésére. Az egymással megosztott élmények, a közösen végzett gyakorlatok erősítik a partnerségi-mellérendelő viszonyrendszer kialakulását.

*Konfliktuskezelés:* az AVP konfliktuskezelési technikájában a fő összetevőt a kreativitás jelenti, méghozzá 3 alapvető összetevője -eredetiség, rugalmasság, ötletgazdagság – szempontjából. A kreativitás révén ad lehetőséget az addig megszokott, merev és hatékonyságát veszített megoldások megváltoztatására. A humor és a váratlanság, szokatlanság szintén meghatározó összetevő lehet.

A probléma, illetve konfliktus-megoldási technika hatékonyságát jelzi még az is, hogy a konfliktusban résztvevő személyek mindegyike elégedett a megtalált megoldással, sikeresnek érezheti magát. Bár a technika alkalmazható fizikai erőszak esetén is, valódi alkalmazási területe a gondolat- és verbális agresszivitás. Hatékonyan alkalmazható pl. viták, ellenségeskedés, saját megoldások, elképzelések másokra ráerőltetése, illetve előítéletesség csökkentése érdekében.

## 4. Az AVP tréningek szerkezete:

Strukturált gyakorlatokon keresztül nyújt lehetőséget a csoporttagoknak a tanulásra. Ebben az esetben a tanulás elsősorban önismeretbeli tudásnövekedést, szemléletváltást és

technikai nehézség fejlesztést jelent gyakorlati tapasztalatok szerzése által. Az egyes szakaszokban (2,5-3 óra) könnyedebb és mélyebb szintű gyakorlatok váltják egymást, amelyek a mindenkori csoport összetételéhez, igényeihez, csoportdinamikájához igazítva a teammunka eredményeként születnek meg.

### **5. Az AVP Program résztvevői:**

Magyarországon a Program főként a felnőtt korosztályt célozta meg, de vannak tapasztalataink gyerekekkel folytatott munkával kapcsolatban is. Egyik legfontosabb terület, ahol dolgozunk, a büntetés-végrehajtási intézetek.

Ezen kívül tartunk csoportokat pedagógusok számára, akik a nevelő munkában jól hasznosíthatják a tréningen elsajátított készségeket. Az AVP mint konfliktuspedagógiai módszer első díjat kapott az 1994-ben Szolnokon rendezett Országos Konfliktuspedagógiai Konferencián. Az Országos Pedagógus Továbbképzési Programot akkreditálásra terjesztettük fel az Oktatási Minisztériumba. Az indítási engedélyét 2000 februárjában a XXV./2/289/2000. sz. miniszteri engedély alapján kapta.

A pedagógusok kötelező szakmai továbbképzésének keretében az AVP országosan választható és a minisztérium által elismert képzés. Hatékonyabbá és könnyebbé teszi a szociális szektorban dolgozók munkáját is. 2002-ben az Országos Szociális és Gyermekvédelmi Továbbképzési és Szakvizsga Bizottság is elismerte a képzést, akkreditációt nyert a személyes gondoskodást végző személyek kötelező továbbképzési programjába is. Tartottunk tréningeket az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium Debreceni, Aszódi, Rákospalotai Javítóintézeteiben a dolgozók számára.

Programot dolgoztunk ki fiatalok számára is, amelyet a Debreceni Javítóintézetben alkalmaztunk először.

### **6. Az AVP Program vezetői:**

Az AVP tréningek 3-5 fős teamek vezetése alatt zajlanak. A team résztvevői a vezető tréner mellett dolgozó ún. facilitátorok (segítők, akik teljesítették a Program 3 fokozatát).

A teammunka lehetővé teszi a sokszínű vezetést, többszörös modell-nyújtást, a felelősség megosztását és azt, hogy a csoportra több figyelem jusson.

Írta: Kerekes László

## A MAGYAR CSALÁDSEGÍTŐ ÉS GYERMEKJÓLÉTI SZOLGÁLATOK ORSZÁGOS EGYESÜLETÉNEK XI. SZAKMAI KONFERENCIÁJÁNAK SZAKMAI AJÁNLÁSAI

Az Egyesület hagyományosan minden évben megrendezi országos szakmai konferenciáját a családsegítésben és a gyermekjóléti szolgáltatásban dolgozó kollégák számára. Idén 2002. május végén tanácskozott a több mint 300 meghívott szakember. Ebben az évben – talán nem véletlenül – a családon belüli erőszak és a gyermekbántalmazás jelensége került a fókuszba.

Az Országos Konferencia szekciói ajánlásokat fogalmaztak meg, és egyben kérték az Egyesület elnökségét, tegyen meg mindent ezek végrehajtása érdekében. Az ajánlások a következők:

1. A jogalkotás szabályozza részletekbe menően az elkövetkezendő időkben a bántalmazással kapcsolatos eljárási szabályokat, érje el, hogy az ún. zéró tolerancia elve megjelenjen a jogszabályokban.

2. Szorgalmazza az Egyesület a bántalmazási ügyekkel kapcsolatos eljárások meggyorsítását és ennek érdekében kötelező időkorlátok megállapítását.

3. Készüljön szakmai-módszertani ajánlás a bántalmazási ügyek kezelésének megkönnyítésére, szakszerűbbé tételének, biztonságosabb lebonyolításának érdekében.

4. Működjön közre az elnökség a szakmák közötti protokoll kidolgozásában annak érdekében, hogy a szakmák képviselői bántalmazás esetén a lehető legszakszerűbben és leghatékonyabban tudjanak együttműködni.

5. Kövessen el Egyesületünk mindent azért, hogy a szociális alapképzésben és továbbképzések ismeretanyagában az ügy fontosságának és súlyának megfelelő helyet kapjon a bántalmazás témaköre.

6. Tegyük azért, hogy a bántalmazással foglalkozó gyakorló szakemberek megfelelő mennyiségű és minőségű szupervízióhoz jussanak.

7. Érjük el, hogy szélesebb nyilvánosságot kapjon a szakmában és a társterületeken a bántalmazás szakirodalmá, és a témával kapcsolatos filmek listája.

8. Szerveződjenek közös képzések a bántalmazási esetekkel foglalkozó társszakmák számára.

9. Az Egyesület erősítse meg szakmai érdekképviseleti funkcióját, annak érdekében, hogy a kapcsolattartási ügyekben felmerülő etikai problémák szakszerű kezelést nyerjenek.

10. Az Egyesület támogassa hatékonyabban a gyermekjóléti és a családsegítő szolgálatok munkájának pozitív bemutatását a médiában.

11. Szorgalmazzuk a jogalkotóknál a kapcsolattartási ügyelet mint szolgáltatás részletes, szakmailag megalapozott kimunkálását, és az Egyesület vegyen részt a szakmai tartalmak meghatározásában.

12. A MACSGYOE működjön közre a szociális munka szakmai standardjainak kidolgozásában, illetve tegye közzé az e témakörben eddig keletkezett szakanyagok eredményeit.

13. Az Egyesület kövessen el mindent, hogy az illetékes minisztérium a vizsgázók és a vizsgáztatók eddigi tapasztalatai alapján tegye meg a szükséges változtatásokat a szociális szakvizsga feltétel- és követelményrendszerét illetően.

14. Az elnökség folytassa tovább a feladatfinanszírozás érdekében kifejtett lobbytevékenységét, ezen belül kapjon kiemelt jelentőséget a szociális törvényben megfogalmazott lakossági állapot- és igényfelmérés finanszírozása, és a szolgáltatástervezés köre.

15. Álljunk azon gondolat mellé, hogy elfogadható szintre kell szorítani az erőszak megjelenését a médiumokban, és dolgozzunk ki a fenti cél megvalósulása érdekében használható javaslatokat.

16. Szorgalmazzuk a konfliktuskezelés módszereinek minél szélesebb körben történő megismertetését, lobbizzunk azért, hogy az önismeret és a konfliktuskezelés ismeretanyaga váljék kanonizált iskolai tananyaggá.

17. Dolgozzunk ki intervenciós modelleket a bántalmazási-, a veszélyeztetési-, és az adósságkezelési-ügyek szakszerű kezelésének érdekében.

Budapest, 2002. szeptember 03.

Írta: Herczog Mária

## AMI SEGÍT, ÉS AMI NEM

Az elmúlt hetek történései egyszer s mindenkorra megváltoztatnak valamit a magyar társadalomban és remélhetőleg a gyermekvédelemben is. Véget ér az „ártatlanság kora” még azok számára is, akik eddig minden jel és jelzés ellenére úgy ítélték meg, hogy a gyerekek ellen elkövetett erőszak különféle formái elszigetelt, egyedi esetek, amelyek az adott család sajnálatos problémái, de semmiképpen sem olyan kérdések, amiket átfogóan kellene rendezni, átgondolni.

A nevelőapját vélelmezhetően lelövő, sok éve bántalmazott és elgyötört kislány, a gyermekét megölő és családját sok éve rettegésben tartó apa, a tornanádaskai lakóotthonban kisgyereket molesztáló fiúk története, de akár a jászladányi iskolaügy, vagy az oktatási ombudsman vizsgálata nyomán napfényre került iskolai beavatási durvaságok is mind egy irányba mutatnak. Ez az irány a gyerekek ellen elkövetett erőszak és e szörnyű jelenség kezelése.

A fenti eseteket és a lehetséges tennivalókat sokféleképpen lehet értelmezni. A gyermekvédelemben dolgozó, a nemzetközi és hazai gyakorlatot, tapasztalatokat és a realitásokat számításba vevő szakember számára jelentős lehetőség ez a sokoldalú, több szempontú és higgadt elemzésre, a tennivalók megtervezésére. Nagy a veszélye annak, hogy a sokféle indulat, jogos felháborodás és sajátos nézőpont, partikuláris szakmai megközelítés és az érdekvényesítés vágya nem segíti, hanem tovább rontja a kialakult helyzetet.

A nyugat-európai, észak-amerikai tapasztalatok egyfelé mutatnak. A kizárólag büntetőjogi szankciókban gondolkodó, az áldozat mellett, a családra és az őt körülvevő kisközösségre, valamint az elkövetőre figyelmet nem szentelő intézkedések sehol sem váltották be a hozzájuk fűzött reményeket. Két-három évtizedes küzdelem áll ezek mögött az országok mögött a családon belüli és intézményekben elkövetett erőszak feltárása, megelőzése és megfelelő kezelése érdekében, és anélkül, hogy megoldották volna a megoldhatatlant, sok hasznosítható és átvehető tapasztalattal lettek gazdagabbak.

Mindannyiszor felmerül az a vágy, hogy kerüljük el a máshol már elkövetett hibákat, tegyünk kísérletet a máshol bevált jó gyakorlatra és kerüljük el az ott megszenvedett kudarcokat, de félek, hogy a „más kárán tanul az okos” nem feltétlenül alkalmazható közmondás, bárha sok időt, energiát, pénzt és mindenekelőtt sok-sok szenvedést takaríthatnánk meg vele.

A nemzetközi szervezetek, első helyen az ENSZ különféle szervezetei az UNICEF, UNESCO, WHO és az Európa Tanács számos alkalommal fogalmazott meg felhívásokat, tett javaslatokat és támogatott programokat annak érdekében, hogy megvédje a gyengéket és kiszolgáltatottakat a családon belüli és azon kívüli erőszaktól. E programok egyik közös jellemzője, hogy mindenek előtt a hiteles tájékoztatásra, a használható információk elterjesztésére, a szakemberek, szülők, gyerekek képzésére, az intézmények közös fellépésére, összehangolt jogszabályokra, szakmai gyakorlatra és számonkérhető szakmai, etikai szabályok kialakítására buzdítanak.

Az első megrázkódtatások, a szörnyűségekkel való szembesülés, az érthető vágy a háritásra és bagatellizálásra véget kell, hogy érjen, hogy elkezdődhessen a nyugodt és hosszútávú munka e borzalmak számának csökkentéséért és az érintettek védelméért.

A pótolhatatlanul fontos és jószándékú civil aktivisták, szervezetek figyelemfelkeltő megmozdulásai, kampányai és aláírásgyűjtése jelentős lépés azért, hogy ne lehessen ismét a

szőnyeg alá söpörni e kérdéseket. Ugyanakkor vigyáznunk kell, mert értelemszerűen e kampányok és akciók csak kevés szóval és célkitűzéssel tudnak elérni tömegeket, ráadásul a média meglehetősen sajátos tálalásában tovább szimplifikálja a történéseket és tennivalókat. A jelenlegi civil törekvések arra irányulnak, hogy szülessen egy családon belüli erőszakról szóló törvény, amelyben a távolságtartó rendelkezés jogszabályba foglalásával elérhetővé válik, hogy a bántalmazó családtagot akadályozzuk meg abban, hogy családját zaklathassa.

Nem vitatva e javaslat ésszerűségét fel kell hívnunk a figyelmet a leselkedő csapdákra és nehézségekre. A büntetőjogi szankciók, az önálló jogszabály és a távolságtartás sajnos önmagában semmit sem old meg, bár kétségtelenül aláhúzza a probléma fontosságát és kezelésének szükségességét. Félő, hogy egy ilyen kikényszerített kapkodással elfogadott országgyűlési határozat vagy jogszabály azt a képzetet keltheti a jogalkotóban, hogy megtörténtek a szükséges lépések, nem kell további erőfeszítéseket tenni. Éppen ezért a szakemberek nem elhanyagolható csoportja, közöttük a területen naponta a ma érvényes jogszabályok és rendelkezések végrehajthatatlanságától szenvedők azt a javaslatot fogalmazza meg, hogy elsősorban a jelenlegi jogszabályok elemzésével, összehangolásának lehetőségeivel és a hiányzó elemek feltárásával kellene kezdeni a munkát. Ezzel egyidejűleg valamennyi érintett szakterületen el kellene végezni a mai gyakorlat és a megtörtént esetek részletes elemzését, összevetve a hatályos jogszabályokkal valamint a rendelkezésre álló személyi és tárgyi feltételek meglétével vagy hiányával. Ez mind közönségesen azt jelenti, hogy nézzük meg, mennyire lehet érvényt szerezni a törvénynek, ki mit tesz és mit miért nem, személyesen követett el mulasztást, törvénysértést, vagy fel sem merül a szabályok érvényesülésének esélye. A napi gyakorlatban pontosan lehet tudni, hogy szinte semmiféle szakmai, tárgyi és emberi feltétel nem adott ahhoz, hogy az egyébként tisztességes és kielégítő jogszabályoknak érvényt szerezzenek azok, akik a családok segítéséért dolgoznak akár rendőrként, akár szociális munkásként, orvosként, védőnőként, pedagógusként. Ez azonban nem mentheti fel őket kötelezettségeik teljesítése alól, tehát a legfontosabb teendő az ő megerősítésük, képzésük megszervezése, ami nem csak elméleti ismereteket, hanem gyakorlatban használható készségeket és technikákat is jelent. Ugyancsak elengedhetetlen a szélesebb közvélemény, de ezen belül elsősorban a jogalkalmazók, önkormányzati tisztségviselők, helyi döntéshozók figyelmének felhívása saját felelősségükre és kötelezettségükre e területen is.

Sajnálatosan gyakori tapasztalat ugyanis, hogy a helyi viszonyok teszik lehetetlenné a szakemberek, intézmények kielégítő működését. Nem ritka eset, hogy tevőlegesen megakadályozza a fenntartó, alkalmazó a szakembert, intézményt abban, hogy a gyerekek és családok védelmében, érdekében munkáját tisztességgel elvégezze, vagy mert ez sokba kerül, vagy mert esetleg rossz fényt vet a közösségre, vagy egyszerűen azért, mert nem tartja fontosnak. Mint egy megyei közgyűlési elnök fogalmazott néhány éve a botrányos gyermekvédelmi intézkedést követően: „Nem a gyermekvédelmi törvény az első és nem is az utolsó, amit nem tartunk be...”

A gyermekek és más kiszolgáltatott emberek – elsősorban nők, öregek, fogyatékkal élők – ellen elkövetett erőszak nem csak a családban, hanem sajnos gyakran az intézményekben is előfordul. Semmi okunk nincs feltételezni, hogy kevésbé lenne ez a bántalmazási forma ritka, mint más országokban, ahogyan a családon belüli erőszak előfordulását sem a magyar statisztikák alapján valószínűsítjük. Szerencsés volna tehát, ha mindenféle erőszak ügyében fel lehetne lépni, hiszen a fenti esetek is azt példázzák, hogy súlyos mulasztásaink vannak az erőszak feltárásában, megelőzésében, kezelésében.

A bántalmazások különféle formái közül ki kell emelnünk a nálunk kevésbé ismert és emlegetett rendszer-abúzust, amelynek lényege az, hogy éppen az a védelemre és

támogatásra kiépített rendszer járul hozzá tevőlegesen vagy éppen passzivitásával a bántalmazáshoz, amelynek segíteni kellene az érintetteket. A politikusok, döntéshozók és a közvélemény egy része is boldogan kiegyezik azzal, hogy fogadjunk el olyan határozatokat, akár jogszabályt is, amelyek deklarálják az erőszak elítélését és az elkövető megbüntetését. Ezzel azonban a dolog semmilyen értelemben nem oldódik meg, mert szokás szerint az ördög a részletekben bújik meg. Nem lesz könnyű ugyanis ezeknek érvényt szerezni, ha alapvető kérdésekben nincs tisztázott álláspont és érdemi beavatkozási, segítségnyújtási lehetőség. Ez pedig sokféle érzékenységet, meggyőződést, érdeket sért és nagyon sok fáradtságba, pénzbe, időbe, munkába telik. Félő, hogy ha hallgatunk a gyors és egyszerű megoldást kínálókra, akkor éppen azoknak teszünk leginkább rosszat, akik a gyengék védelmére szerveződnek, és büntetőszankciókkal, menedékházakkal megoldhatónak látják az alapvető problémákat. Magyarországon -szemben 10 európai országgal – nem lehetett törvénybe iktatni a gyerekek testi fenyegetésének tilalmát a gyermekvédelmi törvényben, mert a törvényhozók és sajnos a szakemberek egy része ezt nem helyezte volna. Mit lehet várni akkor egy családon belüli erőszak elleni törvénytől? Hol húzzuk meg a határt? Ha többnyire csak a drogról beszélünk egy olyan országban, ahol szerény becslések szerint is 1 millió alkoholistá van, és több millió a nagyivók száma, de ez túl sokakat érint ahhoz, hogy szóba kerüljön, a dohányzásról és az érzelmi bántalmazásról nem is beszélve.

Mit lehet tenni? Mindenekelőtt tisztán kellene beszélni arról, hogy ki mit ért bántalmazáson, mit gondol arról, hogy miért történik és hogyan előzhető meg a bántalmazás, miért válik valaki elkövetővé és miért áldozattá. Mit tanulnak és tudnak a gyerekek, felnőttek ezekről a kérdésekről, ki segít nekik abban, hogy többet és érdemi ismereteket kapjanak. A nemzetközi tapasztalatokat össze kellene gyűjteni, elolvasni a Magyarország által is támogatott, elfogadott nemzetközi dokumentumokat, átgondolni a szakemberek alap- és továbbképzését, a média szerepét és lehetőségeit az ismeretek terjesztésében és a közvélemény formálásában, az erőszak különböző megjelenési formáit, amelyek hatnak a gyerekekre és felnőttekre a közéletben, médiában, munkahelyen és az utcán.

Mindenek előtt pedig a kormányzatnak kellene politikai döntést hoznia arról, hogy ezt a problémát értékén és helyén kezeli azzal, hogy mérlegeli a felmerült javaslatokat, kezdeményezéseket, erősíti a társadalmi, civilek és szakemberek bevonásával elindult párbeszédet, amelyet az Esélyegyenlőségi Főigazgatóság indított el, és kutatásokkal, vizsgálatokkal segít reális képet adni a jelenlegi helyzetről, hogy érdemben tehesen valamit azért, hogy ez a megdöbbentő pillanatkép megváltozzon.

Írta: Györfi Éva

## CÍMKÉZÉS HELYETT

Ha azt kérdeznék, körbenéztem-e a boltban mielőtt leemeltem a polcra a kiszemelt könyvet, vagy hogy egy gyors mozdulattal tettem-e be a kosaramba fejjel lefelé – azt válaszolnám: ilyesmi nem történt. Ha arra lenne valaki kíváncsi, elkaptam-e rosszálló, méregető tekinteteket eladók, ott tébláboló vásárlótársak körében, avagy volt-e bármiféle fennakadás a pénztárnál – azt mondhatom: mi sem volt kínosabb annál, minthogy én feszengetem mindössze, s hogy a kosaramba pakolt két könyv apró betűs, de a borítóra kitett ajánlója, ill. alcíme – minden jel erre mutatott -, csak nekem tűnt túlságosan árulkodónak, provokatívnak. Nekem, aki ezen soha nem akadtam meg. Mindenki más rezzenéstelen (ál?)arccal ügyködött körülöttem, mintha nem egy leszbikusokról, melegekről, biszexuálisokról és transzneműekről írott kézikönyv, és egy a gatyájában nem azt hordó dzsesszmuzsikusról szóló regény társaságában szorongának az egyelőre még biztonságot nyújtó könyvespult mögött. Nem hittem el. Hiába minden éberség, sehol egy cinkos pillantás, se összekacsintó-mindentudó, se fejszóválással egybekötött méltatlankodó.

Megkönnyebbültem és elgondoltam: ez így van jól, ez a természetes. Hogy milyen fontos: valaki úgy döntött, megírja, valaki más kiadta, és akit ez érdekel, megveheti és elolvashatja. Eszembe ötlött az is, hogy nem olyan régen, egy országos gyermekvédelmi konferencián majdnem letiltották ijedősebb hivatalnokok azt a szekciót, amelynek témája „másság és örökbefogadás” volt. Talán ez az emlék dolgozott bennem a könyvesboltban? Hiszen néhány éve még szervezőként és a témát elsők között a szakmai nyilvánosság elé tárók körében nem provokálni akartam, hanem nyílt és tisztességes vitát – noha sejtettem: ezzel a témával olyan határokat feszegetek, melyek szakmai és laikus véleményformálókat egyaránt állásfoglalásra készítetnek, még hozzá meglehetősen távol a tárgyilagosságtól. Még mindig dolgozik bennem a szekció élménye, néhány évvel azután, hogy- nem kis bátorsággal -fontosnak, aktuálisnak és a szakmai diskurzusra érettnek tartottam a kérdéskört, és minden tiltakozás, zajos felháborodás ellenében is megtartottuk a programot?! Valójában arról kívántunk beszélgetni, hogy mitől is lesz valaki alkalmas saját vagy más gyermekének a nevelésére, hogyan méri az alkalmasságot, milyen érvek-ellenérvek dolgoznak bennünk a nem heteroszexuális párok szülői szerepvállalásáról. Jó alkalom lehetett volna, hogy gyermekvédelmi és örökbefogadási szakemberekként végre szembenézzünk e kérdéskör kihívásaival, a – minden elhallgatási kísérlet ellenére – Magyarországon is aktuális problémákkal, hogy biztonságos közegben teret engedhessünk információéhségünknek és sztereotípiáink oldásának. Volt körünkben érintett, a hazai viszonyok mellett a nemzetközi helyzetet is ismerő meleg, aki megpróbálta bemutatni más országok kutatási eredményeit. Olyan családok életét, ahol nem a hagyományos értelemben vett modell szerint nevelkednek saját vagy/és örökbefogadott gyerekek. Interjúkat hallhattunk a gyerekekkel, módszertani segédanyagokat mutatott ahhoz, hogyan lehet a társadalom különféle közegeiben oldani a melegekkel kapcsolatos előítéleteket. Már az odafigyelés sem volt teljes, nemhogy az együttgondolkodás: kérdőjelek kerültek az eddig megkérdőjelezhetetlennek hitt gyakorlat és örökbefogadási szabályok mögé. Kiderült – és ez súlyos hiányosságnak bizonyul azóta is -, hogy az ún. szakma képviselői sincsenek összhangban azzal kapcsolatban, mi a célja az örökbefogadásnak, mi a dolga ebben a gyermekvédelemnek, miben más az örökbefogadásra való alkalmasság vizsgálata az örökbefogadó szülőiségre való felkészítéshez képest, miért nem ugyanazoknak a kritériumoknak kell megfelelni, mint saját gyermek nevelése esetén.

Miért nem érv itt a természetesség elve, vagyis, akiknek természetes úton nem lehet gyerekük, azoknak ne is lehessen „adni”... Túl bonyolultnak látszott, ezért ki csendes kételkedéssel, ki hangos kirohanással hártotta el a kérdések átgondolását, az érvek ütköztetését. Igazi csalódás volt. Akkori, empátiás képességükre méltán büszke kollégáim többsége nem volt képes vagy hajlandó odafigyelni az elhangzottakra, nem tudott érvelni saját álláspontja mellett, nem tartotta szükségesnek a problémakört még elvi szinten sem „beengedni” gondolkodásába, csak kísérletképpen egy másik szemüvegen át is megnézni a felmerülő dilemmákat.

Hát... – gondoltam akkor -, ez nem egy párbeszéd kezdete. Mint ahogyan a „Terry Black-ügy” nyomán sem bontakozott ki szinte semmilyen érdemi mozgolódás – eltekintve az emberi- és melegjogi aktivisták nyilatkozataitól – a gyermekvédelemben. Miért? Információhiány, fel nem vállalható, esetleg nem létező szakmai sz tenderdek okozta zavarodottság? Annyi felé el lehetett volna indulni. Persze sokkal könnyebb elbújni a nyilvánosság elől, haragos arccal fenyegetőzni, és címkéket ragasztani a nehezen magyarázható, bonyolult és annyi mindennel összefüggő helyzetre. És valóban: koherens, naprakész és hiteles szakmai álláspontot csak vitákban kiérlelt és felvállalt érvekkel lehet képviselni. Ehhez pedig sokat kell tudni. Sokat kell tudni a szülőségről, a heteroszexista világgép korlátairól, a homoszexualitásról, a család működéséről, az örökbefogadásról.

Kevés a magyarul megjelent, szélesebb körben is hozzáférhető irodalom. Ezért tartom fontosnak annak a két könyvnek a megjelenését, amely különböző eszközökkel bár, de ugyanazt az ügyet szolgálja: címkézés helyett esélyt kínál arra, hogy bővüljön tudásunk, szókincsünk, hogy átgondoljuk viszonyulásunkat, érzelmeinket olyan dolgokkal kapcsolatban, amelyek nem a megszokott rutinokat igénylik, de igényelnek figyelmet, gondolkodást és fogékonyságot a világ létező jelenségeinek megértésére.

A Már nem tabu c. kézikönyv segítséget nyújt gyerekekkel foglalkozók, elsősorban pedagógusok, védőnők, nevelők számára: megmagyaráz olyan sokat emlegetett, de nem mindig helyesen értelmezett fogalmakat, jelenségeket mint szexuális orientáció, identitás, homofóbia vagy transzneműség (elméleti és gyakorlati feladatokkal mutatja meg, hogyan lehet a témát bevezetni, feldolgozni akár speciális alkalom keretében, akár irodalom vagy történelem órán. A kézikönyv hangsúlyosan nem a szexuális felvilágosítást tartja a pedagógusok feladatának, hanem a toleráns, elfogadó és biztonságos közösség kialakítását, a kérdéskör komplex bemutatását. Foglalkozik a társadalomban meglévő előítéletességgel és annak hátterével, kibillentí a heteroszexuális nézőpontból az olvasót, informál, gyakorlati tapasztalatokat közvetít. Ahogy egy kézikönyvhöz illik, az irodalmi példákon túl esetekkel, naponta felmerülő kérdésekkel is foglalkozik, szól szakemberekhez, szülőkhöz és gyerekekhez, irányt és fórumokat mutat azoknak, akik segítségre szorulnak.

A Trombita c. regény életrajz-jellegű, de több is annál: a szűkebb-tágabb környezet, mai világunk reakcióit, társadalmunk viszonyulását tükröző részek mellett az önvallomás, a családi életképek mutatják meg igazán: milyen lehet valakinek az élete, akiről mindenki – sokáig saját menyasszonya is – úgy tudja, férfi, aki gyereket fogad örökbe és nevel feleségével, aki híres dzsessz-zenész-ként él, és akinek mellkasáról csak halála után foszlik le az örökké viselt leszorító fásli, akiről csak a végén derül ki, hogy nőnek született. Hogyan alkalmazkodik ő, hogyan „kezeli” ezt az élethelyzetet a felesége. A regény szerencsére nem segít a címkézésben, a zenész özvegyének regénybeli szóhasználatával: nem „aggat szavakat” a szereplőkre, nem sematizál, nem elnagyolt képet fest leszbikusokról vagy transzvesztitákról, nem törekszik kielégíteni egyszerűsített valóságértelmező igényeket. A helyzet ugyanis ennél egy kicsit bonyolultabb.

**Már nem tabu**

Labrisz Leszbikus Egyesület

Budapest, 2002

139 old.

**Jackie Kay: Trombita**

Ulpius-ház Könyvkiadó, 2002

260 old.

Írta: Szilvási Léna

## CSALÁDI VIDEOTRÉNING

Guy Schepers és Claudia König „Családi videotrénings” című könyve egy új segítő módszerről szól, melyet már több országban sikerrel alkalmaznak, és amelynek hazai adaptációja is elkezdődött 1998-ban. A könyv magyar nyelvű kiadását a módszer hazai alkalmazásáért létrejött Magyar Videotrénings Egyesület kezdeményezte. Célunk a kötettel az volt, hogy magyar nyelven is hozzáférhető legyen a módszer elméleti alapjait röviden összefoglaló szakirodalom.

A módszer különlegessége, hogy legfontosabb eszközként videofelvételeket és azok mélyelemzését használja. Aki már viszontlátta magát videón, az tudja, milyen erős hatása van a saját magunkról készült képeknek. A rólunk készült kép fontos visszajelzés: tükrözi és kinagyítja hibáinkat, de egy „jól sikerült” felvétel erőt ad és növeli önbizalmunkat. A módszer erénye, de egyben korlátja is, hogy azoknak tud segíteni, akik szeretnének változtatni, nyitottak az önreflexióra.

A módszert olyan családoknál alkalmazták először sikerrel, ahol a szülők a gyerekükkel való megromlott kapcsolatuk, tehetetlenségérzésük miatt már azon gondolkodtak, hogy gyereküket intézetbe adják. A módszert kidolgozó szakemberek – mivel ismerték a gyermekotthoni lét várható negatív következményeit -, a videotrénings kezdték el alkalmazni az elhelyezés megelőzése céljából a család otthonában. A módszer sikerességének feltétele, hogy a videotrénings higgyn a család erejében, abban, hogy a már megromlott szülőgyermek kapcsolatban is vágyik mind a szülő, mind a gyerek arra, hogy kapcsolatuk jobb legyen. Erre a bizalomra épül a videotrénings munkája, és ez az ösztönös vágy jelenti a módszert „motorját” is.

A könyv, az Animula kiadó más kiadványaihoz hasonlóan, egy alkalmazott módszert mutat be. Schepers és König könyve különös hangsúlyt fektet a módszert sokszínű elméleti háttérének bemutatására. Fejlődéslélektani ismeretek, a humánétológia kutatási eredményei, szociálpszichológiai, kommunikációelméleti ismeretek, az audiovizuális megjelenítésből fakadó bizonyított lehetőségek, a visszajelző beszélgetések magyarázó modelljei – mind fontosak ahhoz, hogy valaki eredményesen tudja használni a módszert. Talán a könyv eklektikusságánál kell megnevezni a könyv gyenge pontját is: nevezetesen azt, hogy csak nagyon érintőlegesen vezeti be az olvasót a módszert egyik fontos pillérét jelentő nevelésméleti és pedagógiai ismeretekbe.

A könyvet tehát ajánljuk azoknak, akik segítő szakemberekként szülőkkel, gyerekekkel, nevelőkkel foglalkoznak és érdeklődnek az egyes gyakorlati módszert háttérét képező elméletek iránt. Ez a kis könyv (és a bibliográfiája) jól használható kiindulópontként azok számára, akik szeretnének többet tudni a szülő-gyerek, a segítő-segített közötti kommunikációról és interakcióról, valamint a hatékony segítői beavatkozás lehetőségeiről. És magát a módszert ajánlanánk olyan segítő szakembereknek, akik munkájuk során fontos és követendő alapelveknek tartják egymás megértését, az együttműködést, a véleménykülönbségek nyílt megvitatását. Aki ezen értékek alapján dogozik és nyitott a változásra, a videotrénings módszert és szemléletét jól tudja hasznosítani mind a segítséget kérőkkel, mind munkatársaival való kapcsolataiban.

Guy Schepers – Claudia König:  
**CSALÁDI VIDEOTRÉNING**

Magyar Videotrénings Egyesület kiadványai  
Animula Kiadó

(A könyv megrendelhető a Videotrénings Egyesület irodájában:  
1124 Budapest, Hegyalja u. 41-43., Tel/Fax: 061-248-13-17,  
e-mail: [videotraining@mail.datanet.hu](mailto:videotraining@mail.datanet.hu))

Írta: Bede Nóra – Illés Anikó

## EGYEDÜL NEM MEGY

### A nevelőszülőknél élő gyermekek vérszerinti kapcsolattartásáról

A vérszerinti kapcsolattartás fontosságát ma már minden gyermekvédelemben dolgozó szakember elismeri. Elfogadott tény, hogy minden gyermek számára fontos, hogy múltját megismerje, hiszen ez a gyermek identitásának, érzelmi biztonságának, egészében véve egészséges fejlődése szempontjából elengedhetetlen. Az eddig jórészt csak elméleti munkákban leírt paradigma is bekerült a szakmai köztudatba, miszerint a trauma két fajtáját, a hiányt és a veszteséget el kell különíteni. Mind többen ismerik fel a gyakorlatban, hogy míg a hiány egy betöltetlen űrt hagy maga után a gyermek életében, amit a legjobb esetben is – pszichoterápiás úton – csak explorálni lehet, addig a veszteség, megfelelő módszerek alkalmazásával feldolgozható. Ha a gyermek az életéből hiányzó, vér szerinti családjára vonatkozó információknak nincs birtokában, fantáziája segítségével idealizált képet alakít ki róla. Ez történhet pozitív vagy negatív irányban, és tudjuk azt is, hogy természeténél fogva szélsőséges: a vérszerinti szülő csúf boszorkává vagy éppen királykisasszonnyá alakulhat a gyermek fantáziájában. Egy azonban tény, ezek a fantáziák, mivel minden realitásalapot nélkülöznek, erősen szorongáskeltők.

A hiánnyal ellentétben, a veszteség feldolgozható, az élettörténet részévé tehető. Noha a veszteség mindig negatív színezettel bír, mégis beépíthető az identitás fejlődési folyamatába. A veszteség ugyanis konkrét, vagyis megnevezhető, ezért ez egy elmesélhető és az élettörténeti logikába illeszthető valódi esemény a gyermek szempontjából.

A gyakorlatban mindez azt jelenti, hogy a gyermek alapvető érdeke, hogy minden ellentmondásossága ellenére megismerkedjen a realitással, azaz ismerhesse, megismerhesse vérszerinti szüleit.

A következőkben ennek a kapcsolattartásnak az ambivalenciáit, a mindennapokban felmerülő kérdéseket és konfliktusokat, a szakmai nehézségeket kívánjuk ismertetni a pszichológus szemszögéből.

A Fővárosi TEGYESZ-nél alkalmazott nevelőszülők többsége már részt vett az 1997-es törvény által előírt nevelőszülői képzésen. A képzés a vérszerinti kapcsolattartás szerepére nagy hangsúlyt helyez. A néhány évvel ezelőtti tapasztalatainkhoz képest új és kedvező hír, hogy ma a nevelőszülők jelentős hányada támogatja a szülő és gyermeke találkozásait. A támogatás azonban megrekedhet a racionális tudás szintjén, vagyis az aktuálisan „helyzetbe nem hozott” érintettek szóban teljes egyértelműséggel állnak ki a vér szerinti rokonok kapcsolattartása mellett. A gyakorlatban azonban messzemenően nem ilyen egyértelmű a kapcsolattartás elfogadottsága, s még a működő kapcsolatok esetében is nagyon sok nehézséggel kell megküzdeniük gyermekeknek, szülőknek és nevelőszülőknek egyaránt.

Néhány sajátos, de minden helyzetre jellemző pszichológiai körülményt általános háttérként, de mindig egyedi módon számításba kell vennünk, ha ilyen problémákkal találkozunk. Minden nevelőszülő saját felkészültsége mellett élettörténetét, aktuális pszichés állapotát is magával „hozza” ezekbe a szituációkba. Ez elkerülhetetlen tény, mint ahogy az is magától értetődő, hogy egy veszélyhelyzetre, traumára soha nem lehet teljes mértékben felkészülni, védetté válni. Elég arra gondolnunk, hogy saját életünkben számtalan veszteséggel számolunk, mégis bekövetkeztük után gyászreakciót élünk meg. A nevelőszülői felkészítés során számos pszichés védőfaktor elsajátítására nyílik lehetőség, azonban mindenre-az élettörténetek különbözősége miatt -, nem lehet felkészülni. Így állhat

elő az a helyzet, hogy a vérszerinti kapcsolattartásért lándzsát törő nevelőszülőink is néha traumaként, de legjobb esetben is megrázkódtatásként élhetik meg a felbukkanó szülők jelentkezését. Véleményünk szerint ez nem tekinthető a felkészítés szakmai hibájának, a felmerülő stressz-helyzetet, krízist természetes, egészséges emberi reakciónak kell értékelni.<sup>2</sup>

A kapcsolattartás során felmerülő problémák érzékeltetésére egy rövid esetleírással szolgálunk, amely jól megmutatja, hogy egy kialakuló kapcsolat a nevelőszülői család egész dinamikáját változtatja meg:

Kati egy házaspárhoz került, egy két fiúból álló testvérpárral együtt. Édesanyja hetente egyszer látogatta, pontosan megjelent az előre megbeszélt időpontokban, s a kislányt vissza is vitte, amikor kellett. A találkozásokról Kati apró ajándékokkal tért vissza: csoki, rágógumi. A két, nála pár évvel idősebb fiút nem látogatták. Ebből adódóan ők irigykedve figyelték az ismétlődő találkozásokat. Az édesanyjától kapott édességek gyakran váltottak ki veszekedést, verekedést. A gyermekek irigykedése, féltékenysége, mert Katinak van anyukája, elindított egy olyan dinamikát, hogy mindenért Katit hibáztatták, bűnbaknak kiáltották ki. Ezzel a kislány nehezen tudott megküzdeni, s lévén ő a legkisebb is, gyakran alulmaradt. A helyzetet kiegyensúlyozhatta volna, ha a nevelőszülő segíti a gyermekek egyenlőségének kialakítását. Azonban a vérszerinti anya jelenléte, az ő státuszát, fontosságát, szerepét is veszélyeztette, ezért maga is elutasítással reagált. „Beszállt” a bűnbakképző mechanizmusba. A gyermekek a legkisebb gyermek bántalmazása miatt kerültek ki a családból.

A következőkben a kapcsolattartás néhány tipikus eseménye mentén megjelenő buktatóra hívjuk fel a figyelmet. Ezek a gyakran rejtve maradó, de az események mélyén jelen lévő konfliktusforrások nem a résztvevők személyes hibái, hanem a szituáció sajátos jellegének nem kellő tudatosításából adódnak.

Az egyik leggyakoribb probléma az, ha a kapcsolattartás szembesítés jelleget ölt. Ez ugyan nem szándéka egyik jelen lévő félnek sem, azonban nehezen kiküszöbölhető. Az alaphelyzet igen gyakran az, hogy a vér szerinti szülő és a nevelőszülő között nemegyszer kulturális és szociális értelemben távolság van, tehát a találkozási szituációba egyenlőtlen feltételekkel indulnak a felek. A társadalmi megítélés szempontjából egy gyermek elhagyása, illetve nem megfelelő gondozása nem kívánatos cselekedet, s elítélendő. Ezzel szemben, egy idegen gyermek segítése, felvállalása pozitív megítélést vált ki. Akármennyire kerüljük is a sztereotípiát, és igyekszünk mindkét felet egyenlőnek elfogadni, a megkülönböztetés jelen van, s a szituáció egyenlőtlenséget tartalmaz. Ezt a gyermek érzékeli, világosan és racionálisan szembesül a vér szerinti és nevelőszülője közti különbséggel. Azonban nemcsak a morális különbségtevással kell szembesülnie, hanem az esetek többségében a két család közötti egzisztenciális, kulturális, társadalmi távolsággal is. Gondolhatunk itt olyan köznapi esetekre, amikor pl. a nevelőszülő igyekszik a gyermeket leszoktatni a trágár kifejezésekről (mert az ő környezetében e szavak nélkül való beszéd a kívánatos) a vér szerinti szülő pedig a kapcsolattartás során használja a „csúnya” szavakat (mert az ő környezete nem irtózik ezektől). A kapcsolattartás után a nevelőszülő újra és újra kezdheti nevelő munkáját, amit méltánytalannak tart, hiszen úgy érezheti, hogy ő küzd meg a gyermekek körüli mindennapi teendővel.

<sup>2</sup> Legalább olyan nagy a jelentősége – ezért is – a jó színvonalú nevelőszülői tanácsadásnak, szupervíziónak, továbbképzésnek (A szerk.)

Az itt leírt konfliktus egyik bevált prevenció technikája a lojalitás, a konfliktus feltárása a nevelőszülő számára. A kapcsolattartás kialakítása előtt célszerű a nevelőszülő számára modellezni a gyermek helyzetét, ami leginkább akkor hatásos, ha a nevelőszülő saját életéből hozunk példát. Ez a pszichoterápiás technika hasznosan oldja a helyzet keltette feszültségeket, azonban az alapproblémát nem oldja meg. Tapasztalataink szerint nemcsak a nevelőszülők és a gyermekek alapos felkészítésére van szükség a kapcsolattartás „embert próbáló” helyzetei során. Szükség lenne arra is, hogy a gyermekjóléti szolgálat munkatársai megjelenjenek a kapcsolattartáson, szorosan együttműködjenek a nevelőszülői tanácsadóval. Ennek következményeként nemcsak a vérszerinti szülők indulnának jobb eséllyel gyermekük (újra)- megtalálása felé, hanem a kapcsolattartás is kiegyensúlyozottabb lehetne valamennyi résztvevő fél szempontjából. Gyakori hiba az is, hogy a gyermekjóléti szolgálatok nem szolgálnak információval a vérszerinti családról a nevelőszülőnek, a nevelőszülők bizalmatlansága, rossz esetben előítéletessége is növekszik.

*Kriszti tizenhét évesen határozta el, hogy megkeresi édesapját. Két éves kora óta nevelőszülőknél él. Két testvére van, ők gyermekotthonban nevelkednek, és néhány éve rendszeresen találkoznak édesapjukkal. Kriszti rajtuk keresztül találkozót szervezett apjával – a nevelőszülő és a nevelőszülői tanácsadó tudta nélkül. Amikor kiderültek az események a nevelőszülő összeomlott: úgy érezte, nem bízhat a kislányban, rettegett a következményektől. Beszélgetésünk alkalmával azonban kiderült, hogy a kislány azért nem mondta el neki tervét, mert félt, hogy fájdalmat okoz. A beszélgetés végére Kriszti megtudta, hogy nevelőanyja nem ellenzi a kapcsolatot édesapjával, csak szeretne többet tudni róla, sőt évek óta tartja a kapcsolatot a gyermekjóléti szolgálat vezetőjével a kapcsolat elősegítése érdekében. A krízis ebben az esetben tehát nem a nevelőszülő felkészületlensége miatt következett be, hanem a gyermekjóléti szolgálat hiányos információ átadása miatt, hiszen mindvégig azt kommunikálták, hogy nem felkészült az apa a gyermekkel kialakítandó kapcsolattartásra.*

A vér szerinti szülők elégtelen meg-támogatására még egy szomorú példát idéznénk, amelyben a kapcsolat kialakítása után hagyták magára a szakemberek az édesanyát.

*Karcsi tizenhat éves, tanulásban akadályozott, hét éve él nevelőszülői családban. Édesanyja pszichiátriai beteg. A nevelőszülők erősen támogatták a vérszerinti kapcsolat kialakítását, úgy tűnt ez jó hatással van Karcsira, csökkentek a kamaszkori magatartásproblémái. A gyermekjóléti szolgálat munkatársai is megtettek mindent az anya „karbantartására”, a kapcsolat kezdetén, így Karcsi havonta egy hétvégét otthon lehetett. A szakemberek megnyugodva az események zökkenőmentességén, később nem látogatták rendszeresen az édesanyát. Az anya a kapcsolat kibontakozása során erős szorongásokat élt át, hogy nem képes eleget nyújtani fiának. A nevelőszülő támogatta őt lehetőségei szerint: csomagot küldött és értesítette a gyermekjóléti szolgálatot. Ennek ellenére nem történt változás. Tragikus fordulatot vett az ügy, amikor az anya öngyilkos lett. Karcsi a történetekre súlyos magatartászavarokkal, antiszociális reakciókkal válaszolt, előzetes letartóztatásba került.*

Egyedül nem megy. A megoldás érdekében egyszerre kell mozdulniuk a szülőknek és a gyermekjóléti szolgálatoknak. Ahhoz, hogy a gyermekek számára tartalmas, biztonságot jelentő és fejlődésüket elősegítő vérszerinti kapcsolattartást tudjuk kialakítani, professzionális team-munkára van szükség. A gyermekjóléti szolgálatoknak – a vérszerinti kapcsolattartások elősegítését illetően – kettős feladatuk van. Egyrészt, ami a fenti

esettanulmányokból is kiderül, fontos teendőjük a vér szerinti szülők támogatása. Másrészt, s ez talán még az előbbinél is hangsúlyosabb, a koordinációs feladatok ellátása.

Tapasztalataink szerint nem elég, ha munkatársaink lelkiismeretesen dolgoznak, ha ezt egymástól függetlenül, koordinálatlanul teszik. Folyamatos együttgondolkodásra, információátadásra van szükség, mert ez teszi hatékonyá és eredményessé munkánkat. Nem elég az, ha a gyermekjóléti szolgálatok esetlegesen helyszínt és felügyeletet biztosítanak: az esetmegbeszélő csoportok, az esetkonferenciák és a szupervízió biztosítása sokkal fontosabb.

Nem hallgathatjuk el azt sem, hogy a mai erőforrások mellett kérdés, hogy munkatársaink tudják-e vállalni a szakszolgálatban lévő gyermekek családgondozását, amellet, hogy az alapellátás preventívfeladatait ellátják. Annyi bizonyos: a gyermekvédelemben ma még üresen áll ez a poszt.

Írta: Joós Károly – Neményi Eszter

## ÉRVEK ÉS ELLENÉRVEK A HIPERAKTIV ÉS FIGYELEMZAVAROS GYEREKEK KEZELÉSÉRE

**Ad Bergsma és Jan Buitelaar tanulmányának felhasználásával az összefoglalót készítette Joós Károly és Neményi Eszter**

Kevés területe vitatott oly mértékben a gyermekpszichiátriának, mint a figyelemhiány/hiperaktivitás rendellenesség (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, továbbiakban: ADHD). Ez a vita igen heves, a vélemények hol pusztán klinikai jellegűek, hol pedig felhőborítóan érzelmi indíttatásúak. A gyermekpszichiátria szempontjából az ADHD kategorikus diagnózis, melyet szisztematikus értékelést követően, ellenőrzött viselkedési jegyzékek és interjúk felhasználásával lehet megállapítani. Az ADHD az agy funkcionális és morfológiai rendellenességeivel társul, és elsősorban genetikai tényezők okozzák. Az elmúlt évtizedben egyre jobban megismerték ezt a zavart, minek következtében javult felismerése és diagnosztikája, és lehetőség nyílt a növekvő számú ADHD-betegek hatékony terápiájára, amelyhez hozzátartozik a pszichostimulánsokkal végzett kezelés is.

Más nézőpontból – amelyet a média képvisel – az ADHD stigmatizáló és ártalmas bélyeg, amit nehezen kezelhető gyermekekre ragasztanak. A stimulánsokat<sup>3</sup> felíró orvosokat kábítószer kereskedőknek titulálják, akik veszélyeztetik a gyermekeket, és csökkentik az elfoglalt szülők bűnösségét, akiknek túl kevés idejük van arra, hogy a gyermekeikkel legyenek.

Vajon miért vannak ekkora különbségek a vélemények között? Ez a beszámoló erre a kérdésre próbál választ adni. Az ADHD-ról és stimulánsokkal való kezeléséről alkotott vélemények három téma köré rendeződnek, úgymint az ADHD fogalma, a viselkedési zavarokkal rendelkező gyermekek számára való gyógyszerrendelés általában és a stimulánsokkal való kezelés. Érveket dolgoztak ki a megegyezésen alapuló gyermekpszichiátria ellen, és ezeket az elérhető tapasztalati bizonyítékok fényében tárgyalták. Arra jutottunk, hogy az ellentétes véleményeknek nincs tudományos alapja. Mindamellett azt is bemutatjuk, hogy az egészségügyi problémák tudományos megközelítése nem számíthat mindig a közvélemény egyetértésére. A pszichiátria természetéből adódóan az ADHD kezelése olyan elemeket is magába foglal, amelyek jó alapot adnak az erős érzelmi kritikának és a nyilvános vitának.

A felírt pszichostimulánsok száma évről évre jelentősen növekedett az elmúlt öt-tíz év alatt olyan országokban, mint az Egyesült Államok és Hollandia, és ez a trend minden bizonnyal más európai országokra is érvényes. Bár jelenleg nincs bizonyíték arra, hogy az ADHD-t többször diagnosztizálnák a kellenél, és túl sok stimulánsot írnának föl, ennek a trendnek körültekintő követésére szükség van. Továbbá, fontos figyelembe venni azt is, hogy a gyermekek élete drámaian megváltozott az elmúlt néhány évtizedben, nagy változások következtek be a családszerkezetben, a gyermekek kb. 20%-a egy szülővel él. A gyógyszerek felírása olyan gyermekeknek, akiknek szüksége van rá, nem vezethet oda, hogy

<sup>3</sup> Itt olyan gyógyszerekre utal a szerző, amelyeket általában felírnak a hiperaktív gyerekeknek, mint pl. a Ritalin. (A szerk.)

csökken a szülői figyelem fontossága, amely minden társadalomban a lelki és szomatikus egészség alapvető meghatározója.

## Bevezetés

Az ADHD jó ideje nyilvános vita középpontjában áll, amely most ismét erősödik. Sokan állítják, hogy az ADHD a „modern mánia” egy formája, „inkább az adott kor jellegzetessége, mint orvosi kutatás és kezelés tárgya”. Az ADHD a „család-, iskola-, társadalom- és gyógyszerhiány” megtestesülése. Ezek a szavak egy amerikai pszichológus, Richárd DeGrandpre Ritalin Nation című új könyvének hátsó borítójáról származnak. Azt mutatják, hogy súlyos kétely áll fenn az ADHD diagnózisát és terápiáját illetően. A közvélemény egyre nagyobb figyelmet szentel e kételyeknek, és két ok is van, ami miatt ezeket komolyan kell tárgyalni. Az első természetesen az, hogy meg kell vizsgálni, minden esetben van-e a gyermekpszichiátria területén. Az az állítás, hogy a gyermekek sérülhetnek, elég súlyos ahhoz, hogy vizsgálatnak vessük alá. Vajon túl könnyedén állítják fel az ADHD diagnózisát, és túl sok gyógyszert írnak föl? Növekszik a gyógyszerhasználat? És ha igen, hová vezet ez?

A másik ok az, hogy egy, az Egyesült Államokban az 1987-89-es években lezajlott médiakampány azt mutatta, hogy az ADHD kezelésének következményei vannak. Egy iskolakerületben, ahol a Szcintológiai Egyház által támogatott ügyvéd egy iskolát perrel fenyegetett az ADHD gyógyszerrel való kezelése miatt, a gyógyszerhasználat 39%-kal esett, annak ellenére, hogy a keresetet egy hónappal később elutasították. Ennek a csökkenésnek az oka nem az volt, hogy a szülők ellenezték gyermekeik gyógyszeres kezelését, hanem az, hogy az iskolák vonakodtak attól, hogy felhívják az orvosok figyelmét az ADHD jeleit mutató gyermekekre. Az ADHD-vitára irányuló túlzott média-figyelem ahhoz vezethet, hogy nem kezelnek olyan gyermekeket sem, akiknek szükségük lenne a kezelésre.

Kétféle módon próbáljuk megvilágítani az ADHD-t övező vitákat. Először röviden leírjuk a pszichiátria konszenzuson alapuló megközelítését. Utána megvizsgáljuk a viták hátterét. Elmagyarázzuk, hogy miért nem számíthat az (elme-) egészségügyi problémák tudományos megközelítése mindig a közvélemény egyetértésére. A pszichiátria természetének figyelembevétele is segíthet annak megértésében, hogy miért áll ez a terület az összeütközések középpontjában. Ezzel a háttérrel fogjuk kibontani az ADHD kezeléséről folytatott jelenlegi vitákat.

## A figyelemhiány/hiperaktivitás rendellenesség lényegi jellemzői

Az ADHD a gyermekkor leggyakoribb pszichiátriai rendellenessége. Meghatározása az Amerikai Pszichiátriai Társaság Diagnosztikai és statisztikai kézikönyvének negyedik kiadásában található meg (DSM-IV). Világszerte ez a leggyakrabban használt pszichiátriai osztályozó rendszer. Becslések szerint az ADHD az iskoláskorú gyermekek legalább három-öt százalékát érinti, továbbá kb. két százalékban a serdülőket és egy százalékban a felnőtteket. Fiúk gyakrabban érintettek, mint a lányok. Az arány négy az egyhez, de a súlyosabb eseteknél kilenc az egyhez is lehet. A zavar alapvető jellegzetessége a figyelmetlenség és a hiperaktivitás-impulzivitás állandó mintája. Ez a minta hét éves kor előtt megfigyelhető, legalább hat hónapig fennáll, és olyan komoly, hogy veszélyezteti a gyermek fejlődését. A gyermek emiatt nem képes megfelelően teljesíteni az iskolában, sem otthon, sérül a kapcsolata kortársaival. A tüneteknek legalább két különböző környezetben kell fennállniuk, például az iskolában, otthon vagy szabadidőben. Ily módon az ADHD a

gyermek karakterisztikus jellemzője, és nem egy, a gyermekre hatást gyakorló környezetre adott reakció.

Ebben a beszámolóban az ADHD fogalma áll a középpontban, bár a Betegségek nemzetközi osztályozásában (ICD-10), amely a WHO osztályozórendszere, a hiperkinetikus rendellenesség (hyperkinetic disorder, HKD) kifejezést használják. Az ICD-10-et gyakrabban használják Közép-Európában, mint a DSM-IV-et. A legnagyobb különbség az, hogy az ADHD szélesebb definíció, mint a HKD. A két rendellenességben leírt viselkedések nagyon hasonlóak, de az ICD-10-nek további diagnosztikai kritériumai is vannak: 1) mindhárom alapvető jellegzetességnek – figyelemhiány, hiperaktivitás, impulzivitás – kimutathatónak kell lennie; 2) szigorúbb feltételeknek kell teljesülniük a különböző helyzetekben megfigyelhető tünetjelenlét tekintetében; 3) más mentális vagy viselkedési rendellenesség fennállása kizáró körülmény. Ennek következtében a HKD előfordulása kb. egy százalékkal alacsonyabb.

A DSM-IV ADHD-kritériumainak felhasználásával több vizsgálatot végeztek, ezért mi erre a fogalomra összpontosítunk.

Az ADHD három fő tünete közül az első a figyelem és a koncentráció fejlődésileg elégtelen szintje. A gyermek figyelmetlenségéből hibákat ejt házi feladatában, nem tud koncentrálni, feledékeny és nem képes jól tervezni. A DSM-IV a figyelmetlenség kilenc kritériumát jelöli meg. Ezek közül legalább hatnak kell fennállnia, hogy a gyermeket „figyelmetlennek” lehessen minősíteni. A második fő tünet a hiperaktivitás, ami úgy jelentkezik, hogy a gyermek a kezével babrál, feláll az órán, amikor nem kellene, illetve túl sokat beszél. A harmadik fő tünet az impulzivitás. A gyermek helytelenül felel a kérdésekre, mert nem tud várni, míg befejezik a kérdést, nehezebbé esik kivárni a sorát, és gyakran megzavarja a többiek tevékenységét. Nem szükséges, hogy a hiperaktivitás és az impulzivitás is jelen legyen. A gyermeket akkor minősítik „hiperaktív-impulzívnek” a DSM-IV szerint, ha legalább hat fennáll a hiperaktivitás és az impulzivitás kilenc kritériumából. Azok a gyermekek, akiknél a figyelmetlenség és a hiperaktív-impulzivitás diagnózisát is felállították, kapják meg az ADHD, összetett altípus kórisméjét. Az ADHD-s gyermekek 80%-a rendelkezik az összetett altípussal.

A figyelmetlenség, a hiperaktivitás és az impulzivitás nagyon gyakori az iskolás gyermekek között. Sok, ha nem minden gyermek mutatja ezeket a viselkedésformákat rövidebb vagy hosszabb ideig, olyankor, ha izgatottak, aggódnak, feszültek, deprimáltak, vagy szomatikus betegség megelőző vagy felépülési szakaszában vannak. Az ADHD úgy is felfogható, mint egy, az egész népességre jellemző jellegzetesség extrém megnyilvánulása. A határ a „normális rakoncátlan viselkedés” és az ADHD között nem túl éles, és bizonyos mértékig önkényes. Az elkülönítés az olyan, korábban körvonalazott szigorú kritériumokon alapul, mint a korai kezdet, az elhúzódó tartam és a határozott tünetjelenlét. A legfontosabb súlyossági kritérium azonban a normális, rendetlen magatartás és az ADHD elkülönítésére a funkcióromlás. A normális gyermek fejlődése az átmeneti figyelmetlenség és hiperaktivitás ellenére sincs veszélyben, ellentétben az ADHD-ban szenvedő gyermekekkel.

Egy másik fontos felismerés, hogy az ADHD együtt járhat sok más gyermekkori pszichiátriai rendellenességgel. Ezt a jelenséget komorbiditásnak nevezik, és úgy tűnik, hogy az ADHD-s gyermekek 65%-ában jelen van.

Körülbelül negyven százalék megfelel az „ellenálló-kihívó rendellenesség” diagnosztikai kritériumainak is, melynek jellemzője a „tekintéllyel rendelkező személyekkel szemben legalább hat hónapig fennálló, visszatérő negativisztikus, dacos, engedetlen és rosszindulatú viselkedésminta”. Az ADHD-s gyermekek kb. 20%-ának van viselkedési zavara, ami ismétlődő és tartós magatartásminta, amely legalább egy évig tart, és amiben mások

alapvető jogai, vagy jelentősebb korfüggő szociális normák és szabályok sérülnek. Az ADHD és más, agresszív és kellemetlen viselkedéssel járó zavar együttes előfordulása nem jelenti azt, hogy az érintett gyermekeknek két, egymástól független rendellenessége vagy betegsége van. A komorbiditás a két zavar olyan közös gyökereiből ered, mint például a genetikai tényezők, amelyek hajlamossá teszik a gyermeket mindkét rendellenességre. Nem ritka, hogy az ADHD akkor alakul viselkedési zavarrá, amikor a gyermek éretté válik. Ennek a jelenségnek az egyik magyarázata, hogy az ADHD impulzivitása hajlamossá teszi a gyermekeket az antiszociális viselkedésre. Előbb cselekednek, mint gondolkodnak, és néha megütik vagy megrúgják társaikat. Egy másik fontos tényező lehet a kapcsolat társaikkal és a tekintéllyel rendelkező személyekkel. Az ADHD-s gyermekek erőszakos cselekedetei elutasításhoz vezetnek a társak és a tekintéllyel rendelkező személyek részéről, és ez káros a szociális képességek megszerzésének szempontjából. Egyszerűen fogalmazva: ha az ADHD-s gyermek bajban van, csak egy kiutat ismer: az erőszakot.

További, gyakran társuló rendellenességek az aggodás és a hangulati zavarok. Ezek az ADHD-s gyermekek 25%-ára jellemzőek. Tanulási zavarok – főleg olvasási nehézség, és alacsony intelligenciaszint is gyakrabban fordulnak elő az ADHD-val rendelkező populációban (20-40%). Gyakoriak a koordinációs zavarok is, és az ADHD-s gyermekek kb. 30%-a különösen ügyetlen.

Könnyű belátni, hogy a társuló rendellenességek súlyos terhek. Az olvasási zavar azt jelenti, hogy a gyermek lassabban fogja megszerezni az olvasás képességét, mint egy másik, aki azonos intelligenciával rendelkezik. Több időbe, kemény munkába és összpontosított figyelembe kerül, és ez különösen nehéz egy ADHD-s gyermek számára. A különböző rendellenességek felerősítik egymást. Általánosságban elmondható, hogy az ADHD együttes előfordulása más pszichiátriai rendellenességgel elhúzódó lefolyást jósol. A társuló zavarok súlyosabb eseteket jelölnek.

Az ADHD-s gyermekek kilátásai meglehetősen sötétek. Az élet szinte minden területén fellépnek hosszú távú negatív hatások. A gyermekek gyakrabban maradnak ki az iskolából, nehezebben találnak munkát, illetve gyakrabban veszítik el munkájukat későbbi életük során. A szociális elszigeteltség, az antiszociális és erőszakos bűnöző-magatartás, a balesetek, az alkoholizmus, a kábítószeres és a nem várt terhességek valószínűsége is megnövekszik. Világos, hogy ez nagy teher a társadalomnak is. Ezeket a súlyos, hosszú távú következményeket alapul véve, minden ok megvan arra, hogy úgy tekintsünk az ADHD-ra, mint egy krónikus, fogyatékosághoz vezető állapotra, amely megfontolt és hatékony kezelést igényel.

Annak ellenére, hogy az ADHD tünetei egyre kevésbé szembetűnők a kor előrehaladtával, a betegek legalább 60%-ának serdülőkorban is vannak tünetei, és 10-60%-uk megőrzi tüneteit a felnőttkorig. A hiperaktivitás korábban mérséklődik, mint a figyelmetlenség és az impulzivitás.

Mi okozza az ADHD-t? A bizonyítékok arra engednek következtetni, hogy az ADHD-t genetikai és környezeti tényezők együttesen hozzák létre, és ezek közül a genetikai tényezők a jelentősebbek. Párhuzamos tanulmányok azt mutatják, hogy a figyelemhiánnyal, hiperaktivitással és impulzivitással rendelkező egyéneken fellelhető összes változatnak 70%-a genetikai hatásokról tulajdonítható. A környezeti faktorok pszichoszociális jellegű fizikai tényezők lehetnek. Az olyan rizikófaktorok, mint a koraszülöttség, az anya szülésmegelőző dohányzása és alkoholizálása ADHD-ra hajlamossá tesznek. A feltételezhetően szerepet játszó pszichoszociális faktorok közé tartoznak a szülők alacsony együttműködési képességei és az otthoni ellenségeskedés. A genetikai és a környezeti tényezők összefüggnek. Az ADHD-s gyermekeknek gyakran hasonló gyengeségekkel rendelkező

szüleik vannak, és ezért gyakrabban élnek kaotikus körülmények közt. Ez példa a genetikai-környezeti összefüggésre. Az ADHD-ra hajlamos gyermekek könnyebben tanulják el környezetüktől az ellenségeskedést és a visszautasítást, és meghatározott baráti társaságot választanak maguknak. Ezt genetikai-környezeti kölcsönhatásnak nevezik. A genetikai-környezeti összefüggés és kölcsönhatás nagyon összetetté teszi az ok-okozati kapcsolatot. Ha egy kutató azt találja, hogy egy ADHD-s gyermek kaotikus és ellenségeskedő otthonban él, az nem jelenti automatikusan azt, hogy ezek a faktorok ADHD-t okoznak. Ellenkezőleg, ezek a környezet reakciói is lehetnek a gyermek hajlamára. A megválaszolható kérdés a következő: hogyan, és milyen körülmények közt okoz egy bizonyos genetikai adottság ADHD-t. Hasonlóan fontos kérdés az, hogy milyen környezeti befolyások tudják megakadályozni az ADHD kialakulását. Ezeket a kérdéseket csak akkor lehet megválaszolni, ha tovább mélyítjük tudásunkat az érintett genetikai faktorokat illetően.

Az elmúlt években az Amerikai Gyermek- és Serdülőpszichiátriai Akadémia és az Európai Gyermek- és Serdülőpszichiátriai Társaság is kiadott klinikai útmutatókat az ADHD-s gyermekek értékelésére és kezelésére. Ezek az útmutatók meghatározzák az alapos és kiegyensúlyozott kiértékelés alapvető elemeit. Ezek közé tartoznak: interjú a szülővel, a gyermek fejlődésének története, információ az iskolából, interjú a gyermekkel és a gyermek megfigyelése, egészségügyi értékelés, és a családi körülmények, illetve a szülők nevelési képességének értékelése. A kezelési tervet nemcsak az ADHD alapvető tüneteinek enyhítésére kell összeállítani, hanem a társuló problémák, mint az engedetlenség, az agresszió, a tanulási nehézség és a szociális gondok rendezésére is. Általában többszintű beavatkozás szükséges, amelyek között a pszichológiai-nevelési megközelítés, a szülők képzése és a gyógyszeres kezelés a legfontosabbak.

A gyógyszerekkel, és különösen a pszichostimulánsokkal végzett kezelést meglehetősen alaposan kutatták. A pszichostimulánsok az amfetaminhoz hasonlítanak, és az engedélyezett gyógyszerek közé tartoznak. A gyógyszer függőséget okozhat állatoknál, de ADHD-s gyermekeknél, ha megfelelően használják, meglepő módon nincs ilyen hatása. A leggyakrabban használt stimuláns, a methylphenidat gyorsan felszívódik, és több adag szükséges belőle, hogy hatása kitartson egy iskolanap alatt.

A stimuláns kezelés általában jó hatással van az ADHD alaptüneteire. A gyermek jobban figyel, kevésbé impulzív és kevésbé aktív. Javul az összpontosító képesség az iskolában, és előnyére változik otthon a szülő-gyermek viszony. Mégis, a gyógyszer nem enyhíti az összes tünetet, és nem „normalizálja” az ADHD-s gyermekeket. Sok gyógyszert szedő ADHD-s gyermeknek továbbra is problémája van a szociális képességekkel és a tanulmányi teljesítménnyel.

A pszichoszociális kezelés átfogó célja, hogy oly módon változtassa meg a környezetet, hogy kompenzálja az ADHD-s gyermekek önszabályozási képtelenségét. Annyi támogatást adnak a gyermeknek, amennyi csak lehetséges. Ezt több úton lehet elérni, például a szülőknél vagy a tanítóknál tartott különleges tanfolyamokkal, illetve eshetőségkezeléssel. Úgy tűnik, hogy ez sok ADHD-s gyermek számára elegendő, de nem mindannyiuknak. A pszichoszociális kezelést még nem kísérletezték ki kellőképpen, és általában szerények az eredmények, hogyha kiegészítő gyógyszeres kezelés nélkül alkalmazzák. További lehetőség az ADHD-s gyermek viselkedésterápiája, de itt is kiábrándítóak az eredmények egyidejű gyógyszeres kezelés nélkül. Az utolsó lehetőség a gyógyszeres és a viselkedésterápia kombinációja. Ez a legkedveltebb kezelési mód a szülők és a tanítók között, és úgy tűnik, hogy jó hatással van a szociális képességek megszerzésére és a tanulmányi teljesítményre is.

### **A közvélemény, mint csatatér**

Az ADHD súlyos probléma. Az elérhető kezelések lehetőséget adnak arra, hogy jelentős változást okozzunk az ilyen rendellenességtől szenvedő gyermekek életében. Azonban vannak határok. A kezelés nem szünteti meg minden ADHD-hoz társuló problémát, és nem eredményez valódi gyógyulást. Ez a helyzet párhuzamba állítható általában a modern egészségügy helyzetével. Az orvostudomány fejlődése az elmúlt évszázadban különösen látványos volt. Mára kezelni lehet a legtöbb akut betegséget, és ez – a jobb életfeltételekkel együtt –, sokkal magasabb várható életkort eredményezett. Ennek a változásnak eredményeképpen azonban most sok ember szenved krónikus betegségekben – az akut betegség helyett –, és az előbbi sokkal el-lenállóbbá vált a kezeléssel szemben. Gyakran lehetséges a tünetek enyhítése, de a valódi gyógyítás nem.

A jelenleg elérhető technikai lehetőségek ellenére a betegek és az orvosok is frusztrálnak tűnnek a modern orvoslás tekintetében. Az orvosok több, mint 50%-a elvesztette hitét az orvoslásban, míg ez nagyon ritka volt az ötvenes években, pedig annak idején sokkal kevesebbet tehettek az orvosok betegeikért.

A lelkesedés hiánya a modern medicina irányában a pszichiátriára is vonatkozik. A pszichiáterek és a pszichológusok gyakran azzal hívták fel magukra a figyelmet, hogy ők olyan szakemberek, akik elmebetegségeket, bűnözést és rossz házasságokat is tudnak kezelni. Csak egy pillantást kell vetnünk a statisztikákra, hogy meglássuk, több szerénységre lenne szükség. Például: a lakosságnak kb. 25%-a szenved valamilyen elmezavarban, de még egy olyan országban is, mint Hollandia, a populációnak nem több mint egy százaléka keresi föl a mentális szakellátást.

Még abban az esetben is, ha azokra a betegekre összpontosítunk, akik megfelelő kezelést kapnak, érthető, hogy gyakran csalódottak a páciensek és hozzátartozóik. Orvoshoz megyünk, és azt várjuk, hogy meggyógyítson, de a pszichiáterek nem tudnak megfelelni ennek az elvárásnak. A pszichotróp gyógyszerek jelenleg vitathatatlanul a legfontosabb terápiás eszközök. De ezek a gyógyszerek csak enyhítik, nem szüntetik meg a tüneteket. Gyakran nagyon hosszú ideig kell szedni a gyógyszereket. Ráadásul a beteg általában nem csekély árat fizet a tünetek csökkenéséért: a gyógyszerek kedvezőtlen mellékhatásokkal rendelkeznek. A legtöbb pszichotróp gyógyszer (enyhe) testi zavarokhoz vezet.

A nyilvánosság csalódott, de ez nem tűnik elégséges magyarázatnak azokra a vehemens támadásokra, amelyeket a pszichiátria elszenvedett az elmúlt évtizedek során. Azt is látni kell, hogy a nyilvánosság csatatérként működik. Mary Douglas antropológus leírta, hogyan formálja a szociális élet nyomása a gondolkodást a kockázatokról és a veszélyekről. Szabályként kezelhető, hogy azok az emberek, akik kényelmesen élnek egy adott társadalomban, elfogadják a szakemberek megegyezésen alapuló álláspontját. Ha a pszichiáterek azt mondják, hogy a mentális rendellenességek betegségek, nem lesz ellenvetés. Vannak azonban csoportok, akik úgy érzik, nem tartoznak a társadalom magjához, és hajlamosak a szakemberek álláspontját kétségbe vonni. Világos példa erre a hatvanas-hetvenes évek pszichiátriaellenes mozgalma. Abban az időben egy főként fiatal szakemberekből álló csoport megkérdőjelezett minden szakteknit, és megváltoztatták a pszichiátria aktuális orvosi modelljét. Akkoriban a pszichiátriai betegséget „abnormális körülményekre adott normális reakciónak” tartották. A közönséges pszichiáterek elnyomókká váltak a közvélemény szemében, kevés volt az olyan kreatív és érzékeny ember, aki elég értelmes volt ahhoz, hogy lássa, milyen szélsőségesen reagál a társadalom.

### **Ellenállás az elme tudományos megközelítésével szemben**

A pszichiátria jelenlegi állapota gazdag táptalaja a vitáknak és az ellentéteknek. A pszichiátria a legközpontibb elemével foglalkozik annak, amik vagyunk. Az elmezavarokat úgy lehet leírni, mint állapotok, amelyekben az egyén szenved, vagy más embereknek okoz szenvedést, és ezért nem meglepő, hogy a pszichiátria körül kialakuló vitákat erős érzelmi érintettség jellemzi. Ráadásul a pszichiátria riválisa a rosszról és az örültségről alkotott népi elméleteknek. Míg a gyermekpszichiáterek azt állítják, hogy az ADHD az agy válasz-gátló rendszerének genetikailag meghatározott zavarával van kapcsolatban, a szülők és a tanítók azt gondolhatják, hogy az indítékhiány a valódi probléma.

Egy másik ok a pszichiátria álláspontjaival szemben, hogy a jelenlegi elméletek az elméről alacsony „jó érzés” mutatóval rendelkeznek. Előhozakodhatunk Sigmund Freuddal, és mondhatjuk, hogy a tudomány fenyegeti az emberek önbecsülését. Az első csapás Kopernikustól származik, aki felfedezte, hogy a Föld nem az univerzum központja. A második Darwintól érkezett, aki azt állította, hogy az ember nem a teremtés koronája, hanem a majmok leszármazottja. A harmadik csapás a modern kognitív idegtudománytól és a pszichiátriától jött, amelyek szerint az elme nem spirituális természetű, hanem egy összetett biológiai gépezetnek, az agynak a terméke. Ez egy olyan állítás, amit nem mindenki akar meghallani. Ha Douglas megfigyeléseire gondolunk, sok ellenkezésre kell számítanunk ez ellen az álláspont ellen olyan emberektől, akik úgy érzik, hogy a modern ipari társadalom nem gondoskodik kellőképpen tagjairól. Ez egy „hideg” gondolat, ami az elmét valami mechanikus dolognak tekinti.

Az utolsó pont túlzásnak tűnhet, de közelítsük meg ezt a szakaszt egy szövegkivonattal, amiben feltűnnek az eddig tárgyalt témák. Szinte kézzel fogható a szerzőnek, Thomas Armstrongnak az idegenkedése a modern tudománnyal, medicinával és társadalommal szemben. „Az A.D.D. (az ADHD régi neve) nézőpontjának támogatása súlyos bioredukcionizmus, ami úgy tekint a valóságra, mintha az nem lenne más, mint gének, neuronok és kémiai anyagok együttese. A sok A.D.D. szindrómásnak nyilvánított gyermek hatalmas vitalitásának emlékeztetnie kellene bennünket arra, hogy többről van itt szó, mint génekről és kémiai anyagokról – valódi emberi lényekről beszélünk, akiknek gazdag belső világa van, amely számtalan módon válaszol annak az összetett világnak a szeszélyeire, amelybe beleszülettek.” Úgy tűnik, hogy Armstrong arra akar utalni, hogy a gének és a kémiai anyagok (neurotranszmitterek) taglalása elhomályosítja az egyes gyermekek képét. Mindamelllett természetesen nem ez a mindennapi gyakorlat. Fursó dolog súlyos bioredukcionizmusról beszélni, mert a diagnózist a biológiai markerek figyelembevétele nélkül állítják fel, a kezelést pedig kizárólag az érintett gyermek viselkedésének megváltozása alapján értékelik. Armstrong érzelmekkel fejezi ki, hogy számára nem tűnik helyesnek az ADHD tudományos tárgyalása. Nem ritkák az efféle megnyilvánulások az ADHD gyógyszeres kezelését ellenző szerzők között, és ezek a vélemények minden bizonnyal nagy hatással vannak a hallgatóság azon részére, akik úgy érzik, hogy a fiatal generációk hiányát szenvedik a szeretetnek és az odafigyelésnek a szülők, a tanítók és az orvosok részéről. Az is világos, hogy az efféle érvelések nem túl velősek. Valójában a javulás legnagyobb reménye az ADHD-s gyermekek számára a további tudományos kutatásokban van.

### **Viták az ADHD körül**

Le lehet vonni azt a következtetést, hogy a pszichiátria minden bizonnyal a heves vita középpontjában fog maradni. Ennek ellenére, a mentális egészségről folyó éles vita nem jelenti automatikusan azt, hogy valami súlyos gond lenne a jelenleg elérhető kezelési

lehetőségekkel. Most azokra az ellentétekre kell összpontosítanunk, amelyek az ADHD kezelése körül támadtak. Véleményünk szerint az ADHD pszichostimuláns gyógyszerekkel történő kezelése körüli aggodalom általánosságban nem megalapozott. Ennek az írásnak a hátralévő része párbeszéd formáját fogja ölteni. Először az ADHD és kezelésének nyugtalanságot okozó jellegzetességeit fogjuk tárgyalni, és megpróbáljuk elmagyarázni, miért megalapozatlan a legtöbb aggodalom. Ebben az esetben igazságtalanul tartják bűnbakoknak a gyermekpszichiátereket és gyermekgyógyászokat.

Több nagy témakört lehet meghatározni az ADHD tárgyalásánál. Az első kérdés, hogy betegség-e az ADHD, vagy nem. A második az ADHD helyzetfüggősége. A központi vitatéma az ADHD gyógyszerelése. Az utolsó vitapont a kapcsolat az ADHD kezelése és a gyermekek modern társadalomban elfoglalt helye között. Minden részt egy tömegmédia-publikációból származó idézettel kezdünk, majd véleményt alkotunk a média által felvetett kérdésekről (lásd a táblázatot a következő oldalon).

### **Betegség-e az ADHD?**

„Nincs szilárd bizonyíték arra, hogy az ADHD valódi zavar vagy valamiféle betegség lenne.” Péter Breggin az Anti-pszichiátriai Koalíció honlapján (<http://www.antipsychiatry.org/ritalin.htm>).

„A Ritalin egy pszichiátriai gyógyszer, amit olyan iskolás gyermekeknek adnak, akiket „hiperaktívnek” minősítettek – ez utóbbi egy pszichiátriai megjelölés, ami az általuk meghatározott szempontok alapján majdnem bármely normálisan aktív gyermekre ráillik.” A Szcientológiai Egyház honlapja (<http://faq.scientology.org/ritalin.htm>).

Az efféle megnyilvánulások igen gyakoriak azoknak az írásaiban, akik ellenzik az ADHD-t és annak gyógyszeres kezelését. Gyakran állítják, hogy az ADHD nem betegség. Ezt a részt ennek az állításnak a gyermekpszichiátria és a nyilvánosság szempontjából történő tárgyalásával kezdjük.

A gyermekpszichiátereknek nem okoz meglepetést Breggin állítása, és nem is hoz semmi újat. Ahogy azt már korábban megállapítottuk, az ADHD egy szindróma, egy leíró kategória, amely etiológiai behatásoktól függetlenül kerül meghatározásra. Ezért a diagnózis nem utal betegségmechanizmusra, és valószínű, hogy különböző etiológiai utak vezetnek ugyanahhoz a diagnózishoz. Például kimutatták vizsgálatokkal, hogy nem minden ADHD-s gyermek rendelkezik fokozott genetikai hajlammal erre a rendellenességre. Azokban az esetekben a környezeti tényezők fontosabbak, mint általában.

Az a tény, hogy az ADHD nem „valódi betegség”, bizonyos nehézségekhez vezethet. Több kritika azt állítja, hogy az ADHD társadalmi megbélyegzés, amit az olyan gyermekek használnak, akivel nehezen boldogulnak szülei és tanítói. Van némi igazság ebben a kritikában. Az, ahogy a szülők és a tanítók látják a gyermeket, fontos a diagnózis szempontjából, de nem rendelkezik minden tanító és szülő ugyanazokkal a képességekkel és kitartással a problémás gyermekek kezelése terén. Mégis, az ADHD jól meghatározott kritériumokkal rendelkezik, és biztos, hogy nem igaz, hogy a diagnosztikai kritériumok majdnem bármely normálisan aktív gyermekre ráillenek. Ráadásul a diagnózis köztudottan sok információt közöl a gyermekről. Dávid Kaminester a következőképp foglalja ezt össze: „Bizonyítékok azt mutatják, hogy az ADHD-s gyermekeknél a nagymértékű pszichiátriai, szociális és családi működészavar serdülőkorban is folytatódik. Az ADHD-s gyermekeknek továbbra is meglévő tüneteik, antiszociális személyiségük és drog -de nem alkohol-fogyasztási rendellenességük van felnőttként, és munkájukat tekintve viszonylag szűkek a

lehetőségeik.” Végül, a diagnózis az agy kimutatható rendellenességeivel társul, és megmutatja, milyen gyógyszer lehet hatásos.

Ebből a megközelítésből az utolsó szempont a normális túlzott aktivitás és az ADHD elkülönítésének nehézsége. Az erről hozott összes döntés bizonyos mértékig önkényes, de olyan diagnosztikai kritériumok segítik, amelyeket az állapot komolyságának statisztikai adataiból vezettek le. Vannak mutatók a súlyosság, a tartam és a működészavar szempontjából is. Csak súlyos esetben lehet felállítani a diagnózist. Világos azonban, hogy van helye a véleménykülönségnek, ami abból a tényből is kitűnik, hogy az ICD-10 hiperkinetikus rendellenességének kritériumai szigorúbbak, mint az ADHD kitételei. Ez a probléma azonban nem egyedülálló jelenség a gyermekpszichiátriában. Ugyanilyen önkényes a határ a normális és a magas vérnyomás között vagy a normális testsúly és a túlsúly között. Ezekben az esetekben olyan statisztikai adatok alapján kellett meghúzniuk a határt a kutatóknak, mint az, hogy általában milyen fokú magas vérnyomás vagy túlsúly jár olyan káros következményekkel az egészségre nézve, mint például a szívelégtelenség. Hasonló módon az ADHD határát is (hat a kilenc kritériumból a DSM-IV szerint) egy általános kapcsolat alapján húzták meg, amely a teljesített kritériumok és az otthoni, az iskolai és a társakkal fennálló kapcsolat súlyos romlásának kockázata között áll fenn.

Ehhez kapcsolódik a kérdés, hogy növekszik-e az ADHD diagnózisainak száma, illetve nem állítják-e azt föl túl könnyedén. Sajnos kevés adat áll ezzel kapcsolatban rendelkezésünkre. Hollandiában epidemiológiai tanulmányok során ugyanaz a kutatócsoport ugyanazokat az eszközöket használva egy tíz éves időszakon keresztül nem volt képes világos trendeket kimutatni az ADHD tüneteinek előfordulásában. Egy másik csoport iskolás gyermekek figyelem-teljesítményét mérte fel pszichológiai tesztek segítségével, és azt találták, hogy egy hat évvel fiatalabb gyermek még valamivel jobban is teljesített, mint idősebb társa ugyanabban a korban.

Bár ez azt mutathatja, hogy az ADHD „valódi” előfordulási gyakorisága nem változott ezek alatt a rövid időszakok alatt, az „adminisztratív” előfordulás – ami a diagnosztizált és kezelt gyermekek számának felel meg – növekedhetett. Ez számos országban igaznak tűnik, de nem jelenti feltétlenül azt, hogy az ADHD-t a kelletténél többször diagnosztizálják. Mint ahogy azt majd később alaposabban tárgyaljuk, úgy tűnik, hogy a hatékonyabb felismerés a döntő tényező. Egy friss epidemiológiai jelentés az Egyesült Államokból leírja, hogy az ADHD miatt gyógyszerrel kezelt gyermekek mind egyértelműen rossz állapotban voltak és erős ADHD-tüneteket mutattak.

*Az ADHD fogalmáról és kezeléséről alkotott ellentétes vélemények összefoglalása:*

Ellentétes nézetek	Válaszok a pszichiátriai közösségtől
<b>Az ADHD fogalma</b>	
Az ADHD nem egy valódi betegség vagy rendellenesség, hanem egy szociális stigma, amelyet olyan gyermekekre használnak, akiket környezetük (szülők, tanítók) nehezen tud kezelni.	Részben igaz, mert a szülők és a tanítók megfigyelései fontosak a diagnózis felállításának szempontjából; helytelen azonban, mert a jól meghatározott ADHD agyi rendellenességekkel és élettani zavarokkal társul, és több, mint egy egyszerű „megbélyegzés”.
Az ADHD különálló rendellenességként való osztályozása elfedi a fontos környezeti behatásokat.	Általánosságban helytelen, mert az ADHD egy leíró kategória, amely definíció szerint független az etiológiai behatásoktól. Gyakorlatban néha igaz, mert az ADHD-t fel lehet használni a környezeti behatások elkenésére.
Túl sokszor diagnosztizálják az ADHD-t.	Általánosságban úgy tűnik, hogy nem igaz Európában, de igaz az észak-amerikai kontinens egyes részeire.

Nincs éles határ a normálisnak mondható túlzott aktivitás és a rendellenes hiperaktivitás között.	Részben igaz, de a súlyosság mutatói (áthatóság, tartam és funkciózavar) segíthetnek egy klinikai, bár önkényes különbségtételben a normális és az abnormális között.
Nem áll rendelkezésünkre biológiai vagy pszichológiai teszt az ADHD diagnosztizálására.	Igaz, de ez minden pszichiátriai szindrómára érvényes, így a schizofreniára, a depresszióra, sőt, a dementiára is.
<b>Gyógyszeres kezelés</b>	
A gyógyszeres kezelés nem helyénvaló helyettesítése a jó nevelésnek vagy tanításnak.	Igaz, de a gyógyszeres kezelés és nevelés, illetve a tanítás javítását célzó erőfeszítések egymást kiegészítő, és nem egymásnak ellentmondó megközelítések.
A gyógyszeres kezelés pszichoszociális problémákhoz vezet.	Helytelen; ez alapvetően egy érzelmi vagy filozófiai érv.
A gyógyszeres kezelés csökkenti a szülők és a gyermek motivációját, hogy pszichoszociális kezelésen vegyenek részt.	Néha igaz, de legtöbbször helytelen, mert a hatékony gyógyszerelés általában fokozza a részvételt a pszichoszociális kezeléseken.
A gyógyszeres kezelés nem gyógyítja meg a rendellenességet.	Igaz, de ez nem von le annak a hasznos és legtöbbször kritikus fontosságú támogató erőnek az értékéből, amit a gyógyszeres kezelés jelent az ADHD terápiájában.
Nem mutatták ki hosszú távú hatását a gyógyszeres kezelésnek.	Igaz; friss adatok támasztják alá a gyógyszerek közepes távú hatásait egy 1-2 éves időszakon át, de még további kutatásokra van szükség.
Túl sok gyógyszert írnak föl; mi lesz a vége annak a koncepciónak, hogy gyermekeink, tekintélyes részét gyógyszerekre szoktatjuk?	Helytelen; amennyire elérhető epidemiológiai bizonyíték, úgy tűnik, hogy az ADHD-s betegeknek csak kis része kap megfelelő kezelést.
<b>Pszichostimulánsokkal történő kezelés</b>	
Alulbecsülik a pszichostimulánsokkal történő kezelés mellékhatásait, amelyek ráadásul súlyosabbak, mint a jótékony hatások.	Helytelen; alaposan tanulmányozták a stimulánsok mellékhatásait, és enyhének találták azokat.
Alábecsülik a pszichostimulánsok abúzus-potenciálját.	Helytelen; alig számoltak be olyan ADHD-esetről, ahol stimuláns-abúzus történt.
Alábecsülik az egyéb abúzusok elősegítésének kockázatát.	Helytelen, a stimulánsokkal való kezelés csökkenti a későbbi abúzusok valószínűségét.
A pszichostimulánsokkal kereskedni lehet az utcán.	Igaz; ez a jó klinikai gyakorlat figyelmének középpontjában áll.
A pszichostimulánsok jó hatással vannak a normális (nem hiperaktív) emberekre is.	Igaz, de ez más gyógyszerekre is igaz, így pl. a hip-notikumokra, és ez nem teszi szükségtelessé a stimulánsok használatát ADHD esetén.

Annak az állításnak a további, kritikus vizsgálatához, hogy az ADHD-t túl gyakran diagnosztizálják, arra lenne szükség, hogy az ADHD klinikai diagnózisával rendelkező gyermekeket vakon újraértékelje egy független klinikus abból a célból, hogy meg lehessen határozni a diagnózis megbízhatóságát. Végeztek ilyen tanulmányokat kísérleti klinikákon, de nem a „megszokott gondossággal”. Így általánosságban egyelőre úgy tűnik, hogy nem igaz a túl gyakori diagnosztizálás Európára és az észak-amerikai kontinens nagyobb részére, de vannak rá jelek, hogy igaz lehet az Egyesült Államok egyes iskolakörzeteiben (lásd lentebb).

Az a következtetésünk, hogy az ADHD fogalmának számos pontja ad lehetőséget vitára, de minősége megfelel a pszichiátriai standardoknak, és ugyanez igaz más orvosi sajátosságaira is. Ez a fogalom megmutatja, hogy mit várhatunk egy ADHD-s gyermektől, és hogy hogyan kezeljük. Gyermekpszichiátriai szempontból nem lehet biztosan megválaszolni azt a kérdést, hogy betegség-e az ADHD, de ez nem lehet akadály. Egyszerűen nem olyan fontos a válasz.

Mindamellet nem nehéz megérteni, hogy miért hatnak az olyan megnyilvánulások, mint amit Breggintől vagy a Szciantológiai Egyháztól olvashattunk olyan erős intuitív vonzerővel a laikus hallgatókra. Ez a viselkedésvárok józan ész által történő megítélése és a nyilvánosság betegség-fogalma közötti éles kontraszttal van kapcsolatban. Az ADHD-ről alkotott népi felfogást a „Der Struwelpeter” című jól ismert gyermekkönyvben írta le Heinrich Hoffmann (1809-1894) gyermekgyógyász. Struwelpeter ugyanazokat a hibákat követi el, mint a mai ADHD-s gyermek, és szörnyű árat fizet értük. Stuwelpetert példának szánták minden gyermek számára, akik azt tanulhatták meg a könyvből, hogy a szociális szabályok felrúgása súlyos büntetést eredményezhet. Az ADHD, már mielőtt nevet kapott volna, morális probléma volt, és jobb híján büntetéssel kezelték. Manapság a gyermekpszichiáterek azt mondják, hogy a gyermekek neurobiológiai rendellenességben szenvednek, a büntetés pedig közel sem olyan hatékony, mint a gyógyszeres kezelés.

A probléma jellegzetességei alapvetően különböznek a két fogalom szerint. Az első esetben hiányzik a gyermekből az erkölcsi feyelem, és ezért felelős valaki. Ez lehet maga a gyermek, a szülei vagy a tanítói. A megoldás a környezet szigorítása. Ha a hiperaktivitást morális problémának tekintik, az a gyermek és a környezetében lévő emberek között fennálló konfliktust hangsúlyozza. Ha valaki úgy gondolja, hogy az ADHD betegség, senkit sem kell okolni. Valami baj van a gyermek agyával, és világos, hogy senki sem felelős azért, hogy ott hogyan kapcsolódnak össze az idegsejtek. A szülőknek nem kell kétségbe vonniuk képességeiket, a kezelés nehézségeivel pedig az orvosoknak kell megbirkózniuk.

Hogy mennyire fontos a különbség a két álláspont között, azt jól tükrözi egy holland, depresszív zavarokkal küzdő emberek társaságának jelmondata: „a depresszió betegség, nem a gyengeség jele”. A betegség fogalma csökkenti a büntudatot. A depresszió esetében a beteg nyer a nézőpont megváltoztatásából, az ADHD esetében főleg a szülő. Az ADHD-s gyermekek szüleit gyakran vádolják meg azzal, hogy nem jó szülők, mert nem tudják rendbe szedni gyermeküket, a betegség-fogalom azonban megszabadítja őket a bűnösség terhétől, és több együttérzést enged nekik. Ráadásul a betegség-fogalom ajtókat is meg tud nyitni. Egy problémás gyermek szüleinek kérése nincs olyan hatással az iskolákra, mint egy olyan kérés, amit egy gyermekpszichiáter támogat, aki azt mondja, hogy változásra van szükség a gyermek rendellenessége miatt. Így, míg a gyermekpszichiátriában nem jár sok következménnyel az a kérdés, hogy betegség-e az ADHD, a közvélemény ezt nagyon komolyan veszi. A laikusok becsapva érezhetik magukat, ha végül mégis kiderül, hogy az ADHD nem valódi betegség.

A betegség-fogalom „hatalmának” van egy nagy előnye, és egy komoly mellékhatása a gyermekpszichiáterek számára is. Ha egy bizonyos pszichiáter azt állítja, hogy az ADHD betegség, azzal csökkenti a szülők megbélyegzettségét. Ez fontos, mert nem ritka az olyan eset, hogy a gyermek zavart cselekedetei a szülők szociális izolációjához vezetnek. A betegség-fogalom hátránya azonban, hogy egyfajta tanult tehetetlenséghez vezethet. A szülők kevesebb késztetést érezhetnek arra, hogy dolgozzanak nevelési képességeiken, és a tanítók is kevesebb erőfeszítést tesznek. Ezért a betegség-fogalommal óvatosan kell bánni. Az „ADHD-betegség” sosem lehet ok a környezeti problémák mellőzésére a rendellenesség etiológiájában, és nem lehet megbocsátani a pszichoszociális helyzet rendezésének elmulasztását.

### **Mennyire helyzetfüggő az ADHD megítélése?**

„Amikor elkezdtem az emberek figyelmét felhívni arra, hogy gyermekem képes tartós koncentrációra, ha kedvenc sci-fi videóját nézi, vagy egy tű-pöckű zár belső működését

vizsgálja, azt vettem észre, hogy a következő évi definícióban az áll, hogy néhány ADD-s gyermek képes normális figyelemre bizonyos speciális körülmények között. Puff neki! Újabb pár ezer gyermek esik azonnal a definícióba.” Levél egy anyától, idézve T. Armstrong Az A.D.D.-s gyermek mítosza című könyvéből.

Egy másik téma, ami szorosan összefügg azzal a kérdéssel, betegség-e az ADHD, az a helyzetfüggőség. Már megemlítettük, hogy a rendellenesség diagnosztikai kritériumai megkövetelik, hogy az ADHD viselkedés legalább két különböző környezetben forduljon elő, például otthon és az iskolában. Ez nem jelenti azonban azt, hogy a figyelemhiány teljesen kontrollálhatatlan, és minden helyzetben fennáll. Amikor az ADHD-s gyermekeket laboratóriumi körülmények között és szigorú felügyelettel vizsgálják, a figyelmetlenség gyakran eltűnik. Ezekben a helyzetekben az ADHD-s gyermekek nem válaszolnak idő előtt a kérdésekre, és majdnem olyan jó eredményeket érnek el, mint társaik.

Hogyan kell értelmezni ezeket az eredményeket? A gyógyszeres kezelés ellenzéke úgy gondolja, hogy az ADHD „ál-diagnózis”, és nem szükséges gyógyszeres kezelés. Ráadásul néhányan ragaszkodnak ahhoz a véleményükhöz, hogy a pszichiáterek csalnak. Valami, ami nem okoz állandóan problémát, az nem lehet valódi betegség vagy rendellenesség. Az utóbbi érv csak akkor meggyőző, ha az ember nem gondolja át. Egy komoly betegség, mint például a phenylketonuria<sup>4</sup> mentális retardációhoz vezet normális körülmények között, de a fejlődés egészséges maradhat, ha a gyermek diétázik. Az a tény, hogy az egészségi állapot a környezet befolyása alatt áll, nem jelenti azt, hogy nem kell komolyan venni.

Mindenesetre úgy tűnik, hogy az ADHD-s gyermekeknek kivételes motivációra vagy specifikusabb ingerekre van szükségük, mint amit az iskola tud nyújtani, ha kellő figyelmet tudnak fordítani olyan dolgokra, mint a házi feladat. Azok a próbálkozások, amelyek arra irányultak, hogy úgy szervezzék meg az iskolai vagy az otthoni életet, hogy azok megadják ezt a külön ingerszintet, általában nem vezettek eredményre.

A pszichológusok és a pszichiáterek megpróbálták gyógyszer nélküli megoldásokat találni, de eddig nem tudták elérni, hogy nélkülözhető legyen a gyógyszeres kezelés. Egyértelmű a gyógyszeres kezelés szükségessége, ha a szülők, tanítók, pszi-choterapeuták és más orvosok nem tudják más módon kézben tartani a tüneteket.

## **A gyógyszeres kezelés és az ADHD**

„Társadalmuk intézményesítette a gyógyszerabúzust gyermekeink között. Még rosszabb, hogy gyógyszerekkel tömjük gyermekeinket ahelyett, hogy erőfeszítéseket tennénk annak érdekében, hogy eleget tudjunk tenni szükségleteiknek. Végző soron nagyon rossz leckét adunk gyermekeinknek – azt, hogy a gyógyszer a megoldás az érzelmi problémákra. Arra biztatjuk a fiatal nemzedéket, hogy pszichiátriai gyógyszerekben bízva nőjenek föl ahelyett, hogy magukra vagy más emberi forrásokra támaszkodnának.” Péter Breggin az Anti-pszichiátriai Koalíció honlapján (<http://www.antipsychiatry.org/ritalin.htm>).

Az ADHD elleni gyógyszeres kezelés a céltáblája a legtöbb ellenérzésnek. Ez érthető. Könnyű megnevezni olyan szempontokat ezzel a kezeléssel kapcsolatban, amelyek vitathatóvá teszik. Ezeket a szempontokat három csoportra lehet osztani. Az első csoport magával a gyógyszerrel foglalkozik, a második azzal a fajta orvossággal, amit használnak, a harmadik pedig a gyógyszeres kezeléssel és annak hatásaival a nevelésre, a tanításra és a társadalomra. Az utolsó csoporttal elsősorban a következő részben foglalkozunk. Ebben a részben tárgyaljuk a használt gyógyszereket.

<sup>4</sup> Lisztérzékenység (A szerk.)

A gyógyszeres kezelés ellenzésének első oka könnyen belátható józan ésszel. A gyermekpszichiáterek és a gyermekgyógyászok gyógyszert rendelnek a gyermeknek, akinek nincs életet veszélyeztető betegsége, bár könnyebben esik baleset áldozatául. Minden érintett egyetért abban, hogy nem szabad könnyelműen olyan gyógyszert adni, ami egy olyan különleges szervet befolyásol, mint a központi idegrendszer. Mindamellett már megállapítottuk, hogy az ADHD szindróma súlyos következményekkel járhat az érintett gyermek számára, és hogy az elérhető nem gyógyszeres kezelési eljárások csak bizonyos mértékű enyhülést eredményeznek. Ez indokolja a hatékony gyógyszeres kezelést. Nem ideális, de nincs jobb lehetőség.

Kell gyógyszert használni egy olyan rendellenességre, ami talán nem is valódi betegség, és lehet, hogy részben az érintett gyermekek életkörülményei okozzák? A kritikák azt állítják, hogy a gyógyszeres kezelés pszichoszociális problémát gyógyszerrel. Azt mondják, hogy a szülőknek és a tanítóknak már nincs több türelmük, vagy idejük foglalkozni a problémás gyermekekkel, és ezért kell gyógyszereket kapniuk. Érthető, hogy ez a helyzet érzelmeket kavart föl. De ha a gyógyszer a legjobb, amit az orvos nyújtani tud, mi ok lehet arra, hogy kevésbé hatékony kezelési eljárásokat használjunk?

Az előző pontból úgy tűnik, hogy az orvosok a gyógyszereket a nevelés helyettesítésére adják. Ez világos, hogy nem így van. Először is, az ilyen állítások jobban felelőssé teszik a szülőket, mint amennyire azok, hisz erős genetikai összetevő is szerepel az ADHD etiológiájában. Másodszor, soha nem fogja egyetlen orvos sem azt gondolni, hogy a gyógyszeres kezelés helyettesítheti a szülők szerepét. A gyógyszerek senkit sem helyettesítenek. Sőt, bizonyos esetekben azt lehet mondani, hogy a gyógyszerek visszaadják a gyermeknek a szüleit. A gyógyszer összeszedettebbé teszi a gyermeket, és lehetőséget ad a szülőknek, hogy szerepüket betöltsék. Kevésbé lesznek kritikusak, gyakrabban keresik a kontaktust, több melegséget mutatnak és kevesebb lesz az összetűzés a testvérek között. Normálisabbá válik a szülők és a gyermek kapcsolata.

Egy ehhez kapcsolódó, de kevésbé komoly állítás, hogy a gyógyszer csökkenti a gyermekek és a szülők motiváltságát arra, hogy tréningprogramokban vegyenek részt. Ha van egy megoldás, ami olyan egyszerű, mint bevenni egy pirulát, miért foglalkozna bárki azzal, hogy többet erőltessen? A szülők kevésbé fognak törekedni új nevelési stratégiák elsajátítására és a nagyobb rendtartásra otthon, ha a gyermek jól viselkedik a gyógyszer hatása alatt. Ez lehet gond, de csökken a veszély, ha az orvos tisztában van ezzel. Ő el tudja magyarázni, miért profitál a gyermek bizonyos változásokból. Ráadásul, fontos megjegyezni, hogy a gyógyszeres kezelés és a pszichoszociális beavatkozások nem zárják ki egymást. Éppen ellenkezőleg, a két módszer erősíti egymás hatását. Például, a gyógyszer javítja a gyermek figyelmét mindenre, amit tanítanak neki.

Ezzel kapcsolatos kérdés az olyan társuló rendellenességek kezelése, mint a hangulatzavar. Talán érthető, ha a szülők és a tanítók elégedettek, amikor a gyermek elhagyja az ADHD tüneteit. Azonban azt láthattuk, hogy három ADHD-s gyermekből kettőnek más rendellenessége is van.

A másik rendellenességnek is megfelelő klinikai figyelmet kell szentelni. Ha egy gyermeknek ADHD-ja és emellett depresszív zavara van, az ADHD gyógyszeres kezelése sosem lehet ok a társuló depresszió figyelmen kívül hagyására. Ez felelőtlen klinikai gyakorlat lenne.

Egy másik állítás, hogy a gyógyszeres kezelés nem tudja meggyógyítani az ADHD-t. Az állítás igaz; a gyógyszerek „csak” enyhítik a tüneteket. Ez csalódottságot okozhat a közvéleménynek, amely túl sokat vár a modern orvoslástól, valójában azonban a tünetek

csökkentése már önmagában is jelentős dolog. A gyógyszeres kezelés értékes és általában alapvető fontosságú eszköz az ADHD-s gyermekek jobb ellátásában.

Más gyakori megjegyzések az érintett gyermekek számával kapcsolatosak. Világszerte több millió gyermek kap ilyen gyógyszereket. A legbecsületesebb magyarázat az, hogy az ADHD gyakori rendellenesség. Nagyobb aggodalomra ad okot ránézésre az a tény, hogy a számok látványos mértékben emelkednek. DeGrandpre szerint az Egyesült Államokban „több mint ötszörös az emelkedés, a korábbi években tapasztaltakhoz képest”, de óvatosabb vizsgálatok is arra jutottak, hogy a gyógyszerhasználat körülbelül két és félszeresére növekedett. Ugyanezt a trendet mutatják a számok, a Hollandiában az 1987-1996-ig terjedő időszakban eladott methylphenidate-ról készített kimutatásokban, amint az ábra mutatja. Ennek az lehet a magyarázata, hogy a gyógyszerhasználat annak következtében emelkedik meg, hogy egyre több szülő és tanító ismeri meg az ADHD fogalmát, és ez növeli annak esélyét, hogy felhívják az érintett gyermekekre az orvosok figyelmét. Úgy tűnik, hogy különösen lányok körében javult az ADHD felismerése. Mindemellett az ADHD-s gyermekeket hosszú ideig, esetenként évekig kezelik gyógyszerrel; az ADHD-t most kezdik felismerni egyre több kezelt serdülőnél és felnőttél is. Továbbá, idősebb korban nagyobb dózisokat kell felírni. Az epidemiológiai bizonyítékból az tűnik ki, hogy nincs túlzott gyógyszerrendelés. Az Egyesült Államokban az ADHD-s gyermekeknek csak a harmada kap megfelelő kezelést. Előfordul, hogy gyógyszert kap pár gyermek az ADHD diagnózisa nélkül, de ezekben az esetekben a rendellenesség súlyos, annak ellenére, hogy a tünetek száma a küszöb alatt van. Így ezeket az eseteket sem lehet felesleges gyógyszerhasználatnak minősíteni. Általánosságban arra lehet következtetni, hogy túl kevés, nem pedig túl sok gyógyszert rendelnek. Azt a kérdést, hogy amikor felírják a gyógyszereket, azt a megfelelő klinikai irányelvek szerint teszik-e – például megfelelő adagolásban és monitorozás mellett, illetve pszichoszociális megközelítésekkel kombinálva, – sajnos még nem lehet megválaszolni az erre vonatkozó adatok hiánya miatt.

Ez nem jelenti azt, hogy minden számadat biztató. Jelentés érkezett arról, hogy Virginiában az iskoláskorú fiúgyermekek 17%-a kap gyógyszeres kezelést. Ez a szám háromszorosan haladja meg az ADHD feltételezett előfordulását (3-5 %), és erre a média természetesen élesen rávilágított. Világosnak tűnik, hogy ebben az esetben túl könnyedén írnak fel gyógyszereket. De ez inkább kivétel, mint szabály. Egy másik vészjósló üzenet az Egyesült Államokból, hogy a stimulánsok felírása széles határok között mozog az etnikumok körében, amennyiben az afro-amerikai gyermekeket inkább alul-, a fehér gyermekeket pedig inkább túlkezelik.

Egy másik fontos szempont magáról a gyógyszeres kezeléssel, hogy nincsenek adatok a kezelés hosszú távú következményeiről. Sok beszámoló jelent meg a rövid távú következményekről, és kutatásokat végeztek az egy-két éves, közepesen hosszú távú hatásokról, azonban nem tudjuk, hogy sokat javul-e az érintett gyermek hosszú távú prognózisa a gyógyszeres kezelés hatására. Ez komoly hiányosság, és fontos célpontja a kritikáknak. További vizsgálatokra van szükség minél hamarabb. A hosszú távú adatok hiányának azonban részben kutatás-etikai oka van. Etikátlan dolog megtagadni ADHD-s gyermekektől a gyógyszeres kezelést annak érdekében, hogy összehasonlítsuk őket olyan gyermekekkel, akik az elérhető legjobb kezelést kapták. Az ADHD túl komoly rendellenesség ahhoz, hogy kezeletlenül hagyjuk. Egy másik szempont, hogy nem a jobb hosszú távú prognózis az egyetlen oka a kezelésnek. Az ADHD-s gyermekeknek sok gondjuk van legalább két környezetben, például otthon és az iskolában, és ha ezek a problémák jelentősen javíthatók gyógyszeres kezeléssel, azt is előnynek kell tekinteni. A

gyógyszeres kezelés jobb gyermekkort jelenthet a gyermekeknek, még akkor is, ha az idő azt mutatja majd, hogy befolyása a felnőttkorra kevésbé számottevő.

Egy utolsó megfontolás, ami vitát kelt a gyógyszeres kezeléssel kapcsolatban, az az ADHD-hoz kapcsolódó orvosi gyakorlatok nagy változatossága. Az európai ADHD Ellenőrző Testület tíz specialistát kérdezett meg különböző országokból, hogy mi hazájukban az ADHD elsődleges, másodlagos és harmadlagos kezelése. A gyógyszeres kezelés négy országban állt az első helyen, négy másikban a másodikon és két ország esetében a harmadikon. Más elsődleges kezelések a viselkedésterápia, a tanácsadás, a család informálása és az iskolai pedagógiai programok voltak. Ha a szakértők nem értenek egyet a legjobb kezelésben, különböző álláspontok fognak megjelenni a médiában, és ezek megerősítik a kétségeket az elmeegészségügyi szakemberek hozzáértésével kapcsolatban. Az emberek azt gondolhatják: „Ez a pszichiáter azt mondja, hogy bizonyos esetekben a gyógyszeres kezelés a legjobb megoldás, de még saját kollégáit sem tudja meggyőzni.”

### **Kezelés stimulánsokkal**

A második téma, ami a gyógyszeres kezeléshez kapcsolódik, az a leggyakrabban használt gyógyszerek fajtája: a pszichostimulánsok. A pszichostimulánsok nem felelnek meg a köztudat gyógyszerfogalmának. Ezt a felfogást úgy tudnánk jellemezni, hogy a „normális” gyógyszernek rossz íze van, nehéz lenyelni, nem szívesen veszik be, és meggyógyítja a beteget. A pszicho-stimuláns gyógyszerek nem ilyenek. Az amfetaminokra hasonlítanak, és az ADHD-s gyermekek el tudják adni gyógyszereiket az utcán narkósoknak. Nem biztosítanak gyógyulást, és nemcsak az ADHD kezelésében nyújtanak segítséget, hanem valószínűleg a normális gyermekek és felnőttek koncentrációját – így teljesítményüket – is segítik.

Azonban az a tény, hogy a gyógyszer nem kizárólag ADHD-s gyermekeken segít nem csak a stimulánsoknak tulajdonsága. Ugyanez jellemző például a hipnotikumokra. Az pedig, hogy a pszichostimulánsokkal vissza lehet élni, nem gátja használatuknak ADHD esetén, bár a gyógyszerek eladásának lehetősége a klinikai figyelem középpontjában kell, hogy álljon. A betegeknél a gyógyszer nem úgy viselkedik, mint egy utcai drog. A pszichostimuláns-kezelés dózisa nem okoznak „kicket” vagy rohamot, sem függőséget, és nem okoznak elvonási tüneteket, ha leállítják a gyógyszerelést. A gyógyszer használatának semmi köze az ADHD-s betegek drog-abúzusához. Az általános gyakorlatban nem becsülik alá az abúzuspotenciált: alig jelentettek pár olyan esetet, ahol az ADHD-s gyermek visszaélt volna a pszichostimulánsokkal. A probléma nagyobb lehet a felnőtt ADHD-s betegeknél.

De mit lehet mondani a Breggin-idézetre, hogy a klinikusok arra tanítják a gyermekeket, hogy gyógyszerekkel oldják meg érzelmi problémáikat? Ez ránézésre meggyőzőnek tűnik, de több szempontból is félrevezető. Breggin azt sugallja, hogy az ADHD ugyanolyan, mint az érzelmi problémák. Ez nem igaz. Okozhatnak érzelmi zavarok ADHD-jellegű tüneteket egy időre, de nincs ok azt feltételezni, hogy az ADHD-t érzelmi sérülés okozza. A figyelmetlenségnek, a hiperaktivitásnak és az impulzivitásnak erős genetikai összetevőik vannak, és társulhatnak a határozott nevelés hiányával, de természetük szerint nem érzelmi jellegűek elsősorban. Továbbá, úgy tűnik, hogy Breggin téved abban, hogy a gyógyszeres kezelés növeli a későbbi függőség kockázatát. Egy próbatanulmány összehasonlította a függőség kialakulásának esélyét a gyógyszerrel és a gyógyszer nélkül kezelt ADHD-s betegek között, és azt találta, hogy a gyógyszer nélkül kezelt csoport nagyobb kockázattal bír a későbbi abúzus-rendellenességek szempontjából. Ha a gyógyszer jobba teszi az ADHD-s gyermekek életét, csökken a drog-abúzus csábítása.

Egy másik szempont a pszichostimulánsok és az ADHD valószínűtlen kombinációja. A stimulánsok aktívabbá teszik az embereket, és ez az, amire az ADHD-s gyermeknek a legkevésbé van szüksége. Arra van szükségük, hogy lelassuljanak, és nem valami olyanra, ami felpörget. Ez a paradoxon eltűnik, ha a tényeket nézzük. Az ADHD-s gyermekeknek megnövekszik figyelmi időtartamuk a stimulánsok hatására, és kevésbé lesznek hiperaktívak, illetve impulzívok. Ez vezetett ahhoz az elmélethez, hogy a hiperaktivitás/impulzivitás egy (tudattalan) ébredési kísérletként fogható fel. Ebben az elméletben az ADHD központi tünete az alacsony éberség. Nincs tovább szükség a hiperaktivitásra/impulzivitásra, ha a pszichostimuláns gyógyszer biztosítja az éberséget. Egy másik lehetséges magyarázat az, hogy a pszichostimulánsok az agy gátlórendszerét támogatják.

A közvélemény aggodalmat mutat a gyógyszerek mellékhatásainak súlyossága miatt is. Ezeket nagyon gondosan tanulmányozták, és enyhének találták. A leggyakrabban említett mellékhatások az álmatlanság, a hányinger, az anorexia és a fejfájás, amelyek a kezelt gyermekek 10-15%-ában lépnek fel, gyakran átmeneti jellegűek, és ritkán vezetnek a kezelés felfüggesztéséhez. Az, hogy az ADHD-s gyermekek valamivel kisebbek, mint társaik, inkább a rendellenesség miatt van, mint a stimulánskezelés miatt. Mégis, az ADHD esetében van egy-két szerző, aki úgy tűnik, azt gondolja, hogy a mellékhatások egyszerű felsorolása elég ahhoz, hogy arra a következtetésre jussunk, hogy ezt a fajta gyógyszert nem szabadna használni. Ez túlegyszerűsítés, ami egy jó/rossz különbségtételt erőltet az összetett valóságra. Ha a gyógyszeres kezelés nem jó minden szempontból, akkor csak teljesen rossz lehet. De ez a fajta érvelés elkeni a tényeket. Azok a szerzők, akik ezzel a feltételezéssel dolgoznak, nem vesznek figyelembe olyan egyértelmű tényezőket, mint például a mellékhatások dózisfüggősége. Ráadásul, nem szükséges intézkedéseket fontolgatni a mellékhatások kiküszöbölésére. A kritikák azt mondják, hogy a gyógyszeres kezelés csökkenti az étvágyat, de elfelejtik megemlíteni, hogy az érintett gyermekek eleget esznek, amikor étkezés közben veszik be gyógyszereiket.

A gyógyszerek felírása egy gyermek számára az ellene és mellette szóló érvek egyedi értékelésének eredménye. Az ADHD-s gyermekek körülbelül huszonöt százaléka nem mutat pozitív változást a pszichostimulánsok hatására. Néha ellentétes hatás alakul ki: a gyermek hiperaktívabb/impulzívabb lesz, és kevésbé tud figyelni. Világos, hogy nem szabad használni a gyógyszereket az ilyen gyermekek esetében. Más gyermekeknél mellékhatások léphetnek fel, mint például fejfájás, emocionális érzékenység és alvászavarok. Ezekben az esetekben értékelni kell a helyzetet, figyelembe véve, hogy ezek a mellékhatások gyakran eltűnnek egy pár hét múlva. Úgy is lehet csökkenteni a mellékhatásokat, hogy megváltoztatjuk a pszichostimuláns gyógyszerek adagolását. Gyermekeknél az optimális dózis egyénenként más és más, és a betegeknek csak három százaléka intoleráns minden adagolásra. Az ADHD gyógyszeres kezelése egyénfüggő. Általánosságban két megállapítást lehet tenni: a gyógyszerek hatékonyak az alaptünetek mérséklésében, mellékhatásaik pedig enyhék. Szabálynak mondható, hogy a jótékony hatások jelentősebbek, mint a mellékhatások, de természetesen a pszichostimuláns gyógyszerek sem csodaszerek.

Egy utolsó, egyedi félelem a pszichostimuláns gyógyszerekkel kapcsolatban, hogy megváltoztatja a gyermekek személyiségét. Az ADHD-s gyermekek teherré válhatnak környezetük számára, de vannak jó tulajdonságaik is. Attól félnek, hogy a gyermekek nemcsak személyiségük rendetlen mivoltát veszítik el, hanem annak pozitív elemeit is. Ez a félelem minden bizonnyal olyan aggodalmakkal van kapcsolatban, hogy a tudomány és a technológia kontrollálhatja az elmét. Azonban, ha megvizsgáljuk a legnagyobb félelem

tárgyára – a kreativitás elvesztésére -vonatkozó adatokat, világossá válik, hogy a félelem alaptalan.

### A média szerepe

„Ha Koszovóban vagy, és egy gyermek jön keresztül az úton egyedül, koszosan, sírva, kimerülten, stb., mit teszel? Megtudsz mindent, amit lehet a gyermek múltjáról, figyelsz rá, gondoskodsz róla, ellátva alapvető emberi szükségleteit, és segítesz neki kigyógyulni sérüléséből, bármi is legyen az? Vagy pszichoaktív gyógyszert adsz neki, és otthagyszod?” Ginger Breggin írja egy e-mailben az előző szerzőhöz.

Mi az ADHD-t körülvevő intenzív érzelmek alapja? Elég egyszerű: az ADHD társadalmunk legközpontibb szempontjaival és gyermekeink jövőjével áll kapcsolatban. A kritikák ezt a szempontot szokták hangsúlyozni.

Fontos pont a vitában a szülők és a gyermekek közötti kapcsolat a modern társadalomban. Nagyon gyakori mostanában, hogy az apáknak és az anyáknak kemény munkájuk van, és a gyermekek több időt töltenek napközbeni ellátást biztosító intézetekben. Ez nyilvános vitáknak ad teret az érintett gyermekekre gyakorolt kihatásokról – amely viták az ADHD ügyére is befolyással vannak. Az ugyanilyen gyermekek nem részesültek semmiféle kezelésben húsz évvel ezelőtt, most azonban pszichostimulánsokat kapnak. Ez azt jelentené, hogy a mai szülőknek egyszerűen nincs idejük elviselni a rakoncátlan viselkedést? Ez részben igaz lehet. Nem meglepő, hogy nyugtalanságot kelt egy ilyen vélemény. Egy egészséges demokráciában kellene viták arról, hogy olyan életmódja van-e a szülőknek, ami ártalmas a sérülékeny gyermekekre.

DeGrandpre egy hasonlatot ad erre Ritalin nemzet című könyvében. Úgy jellemzi az amerikai kultúrát, mint ami állandó ingerlést igényel. Az emberek érzékeinek állandó bombázást kell elviselniük. A „gyorstüzelő-kultúra” otthoni instabilitással kombinálva azt eredményezheti, hogy egy csoport genetikailag sérülékeny gyermek nem tud helytállni. „Elhangolódnak”, ADHD alakul ki náluk, és pszichostimulánsok támogatása nélkül nem képesek figyelni az iskolában. DeGrandpre azt állítja, hogy van egy jobb út: „Egy olyan világért kell harcolnunk, ami már nem mérgező, és amiben nem válik sokmillió gyermek pszichológiailag beteggé, csak azért, mert benne él.” A társadalomnak egy lassabb ütemre kellene lehangolódnia.

DeGrandpre állítása túlzásnak tűnik, de példának vehetjük arra, hogy hogyan lehet kapcsolatba hozni az ADHD-t azzal, amit nem szeretünk a modern társadalomban. Ráadásul a kapcsolatban lehet valami igazság is. Így nem lehet meglepetés, hogy az ADHD-ről és a pszichostimulánsokról alkotott elképzelések vonzzák a média figyelmét. Ennek részben az az oka, hogy segíteni akarják a hallgatóságot az efféle dolgokról való véleményalkotásban. Az ADHD-ről alkotott elméletek azért érdekesek, mert társadalmunk alapvető feltevéseit kérdőjelezzik meg.

A pszichiátriai szempontok könnyű célpontok a kritika számára. Például: talán nem is betegség az ADHD; a pszichostimulánsok más szempontból abúzusra használható drogok, hasonlítanak az amfetaminra, sőt, a kokainra is; a pszichostimulánsok utat találnak az illegális piacok felé; egyes szakértők nem értenek egyet a gyermekpszichiátria általános nézeteivel; a gyógyszeres kezelés mindenkinek javítja a koncentrációképességét és a teljesítményét, és így tovább.

Viszonylag könnyű összeállítani egy meggyőző történetet arra alapozva, amit tudunk az ADHD-ről. Úgy gondoljuk, örülnünk kell, hogy vannak, akik készek megkérdőjelezni a pszichiátria feltevéseit. A társadalomnak nem kellene a pszichiáterekre ruháznia a

felelősséget a problémás gyermekekért anélkül, hogy ezt még egyszer átgondolnák. Az ellentétek érintettséget jelentenek, és ez öröndetes.

A gond az, hogy egyes kritikák kizárólag érzelmekre fókuszálnak, és nem empirikus bizonyítékokra. A pszichiátereknek hangot kell adniuk véleményüknek a nyilvánosság felé. Egy téves kritikát meglévő adatok alapján kell megcáfolni. A gyermekpszichiátereknek nyilvános vitákban kell részt venniük. Ha a közvélemény csataterre hasonlít, naiv dolog lenne hátradólni és várni az oldalonál. Ha a pszichiátria méltánytalan állításokkal szembesül, a legjobb aktívan leszerelni azokat. A pszichiátereknek rá kell ébredniük, hogy az elmeorvosászat túl fontos dolog ahhoz, hogy egyedül a pszichiáterekre hagyják. Merészen bemutathatnak egy nehéz esetet az ADHD kezeléséről a közvéleménynek.

### **Egy szélesebb perspektíva: nevelés egy gyorsan változó társadalomban**

„A nevelés minden bizonnyal a legfontosabb, társadalmunkat célzó közegészségügyi kérdés.” Masud Houghy egy kommentárban a British Medical Journalban.

Az ADHD-nak orvosi figyelemre van szüksége, de ez nem jelenti azt, hogy el lehet hagyni minden próbálkozást annak érdekében, hogy a rendellenességet egy szélesebb nézőpontba helyezzük. Kétségtelen, hogy a gyermekek élete drámaian megváltozott az elmúlt 50 év alatt. Tanúi voltunk a családmintákban bekövetkezett mély változásoknak. A „családmag” típus alakult ki a kiterjedt családból, és később ez is felbomlott. A családfelbomlás olyan élmény, ami a gyermekek 50 %-át érinti, és sokkal gyakoribb, mint a XX. század első felében. A gyermekek 20 %-a hosszabb ideig él egy szülővel. A családok mérete kisebb, mint korábban. Gyakoribb, hogy mindkét szülő dolgozik és mindketten nagyon elfoglaltak saját karrierjük építésével. Ezért a gyermekek felnevelése és gondozása részben szakemberekre, részben intézményekre van bízva. A gyermekek később hagyják el az iskolát, és meghosszabbodott a felnőtté válás időtartama. A gyermekek és a serdülők kultúrája sok szempontból elüzettedett, ezt fokozza csak a zene és a divat világa. A fogamzásgátlás elérhetősége megváltoztatta a szexuális viselkedést a serdülőkorban. Az információs technológia zavaróan sok szórakozási lehetőséget kínál a gyermekeknek, ilyenek az Internet, a televízió-csatornák tucatjai és a computer-játékok. Az életkörülmények általában javultak a legtöbb, ha nem is minden európai országban, bár a családok 5%-a még mindig szegénységben él. Továbbá a megnövekedett jólét kiélesítheti a szociális határokat a „birtoklók” és a „nem-birtoklók” között, tolvajlást és más antiszociális viselkedéseket válthat ki.

Mindezek a változások közvetlen hatással lehetnek a gyermekek mentális egészségére. Mint azt korábban tárgyaltuk, nincs szilárd bizonyíték arra, hogy az ADHD előfordulása növekedett volna az elmúlt évtizedek során. Más állapotokkal kapcsolatban azonban megállapítottak ilyen trendeket. Markáns növekedés volt megfigyelhető az erőszakos bűncselekmények terén 1950 óta, továbbá megemelkedett az alkoholfogyasztás és a kábítószerhasználat, valamint növekedés következett be a depressziós és öngyilkossági rátákban. Azoknál a gyermekeknél, akik genetikailag hajlamosak hiperaktivitásra, impulzivitásra és figyelmetlenségre, nagyobb eséllyel alakul ki ADHD, emiatt magas színvonalú nevelést igényelnek, és jól felépített és szervezett pszichoszociális kapcsolatokra van szükségük. A nevelés fontossága a gyermekek számára annak azon szerepéből ered, hogy ütköző a nehézségekkel szemben, és stabilizáló faktor egy „gyorstüzelő” vagy „hiperaktív” társadalomban. Manapság sok szülő meglehetősen bizonytalan szülői szerepét illetően. Ez abból eredhet, hogy a mai gyermekgeneráció szülei az 1960-as, 70-es években nőttek fel – egy olyan időszakban, amikor nagy hangsúlyt fektettek a tekintélyellenes és a

szabad/szabados magatartásra. A szülők érdekeltek abban, hogy tanácsot és felkészítést keressenek gyermekük alvási zavarával, engedetlenségével, makacsságával, étkezési zavarával és szabálysértő viselkedésével kapcsolatban. Gyakoriak az olyan kérdések, hogy „hogyan kellene határt szabnom a verbális/fizikai agresszióknak, a gyermek saját vágyai kielégítésének, stb.? És ha igen, hogyan és mikor?” A nevelésben nemcsak a biológiai szülők vesznek részt, hanem gondozók, tanítók, ápolók, edzők és sokan mások is, akik nevelő feladatokat látnak el a gyermekeknél. A pszichiátriai rendellenességekkel küzdő gyermekek diagnosztikájára és kezelésére fordított figyelem nem homályosíthatja el a megelőzés és a korai beavatkozás fontosságát. A családtámogató programok fontos részei ezeknek az erőfeszítéseknek, és indirekt módon hozzájárulhatnak a gyermek egészségének és pszichológiai jóllétének javításához. A nevelés minőségének és a szülői képességek javításának kiemelkedő jelentőségűnek kellene lennie a politikusok és az (elme-) egészségügyi szakemberek programjában is.

Írta: Both Éva

## GONDOSKODIK-E AZ ÁLLAM?

Vagy tíz évvel ezelőtt egy angol szociális munkás végighallgatva egy magyar gyermekvédő helyzetértékelését a nagykorúvá vált, intézetből kikerült fiatal felnőttek életképtelenségéről, hátrányairól, kitaszítottságáról és hogy a megoldás az utógondozó otthonok létrehozása, értetlenül nézett és megkérdezte: Jó, jó, de miért nem csináltok közben valamit? Miért nem azzal törődtek inkább, hogy a felnövekedésük során az intézetekben ne sérüljenek a gyerekek?

Ez a történet Benza Béla előszavát olvasva jutott eszemben. Igen, közben is kéne tenni valamit, például „tabuk nélkül” beszélgetni velük, írni és olvasni róluk. Ez a könyv ezt vállalja: hat szerző, hat írása által emberközelbe kerülni, megérezni a lényegit, a közösét, az emberit velük, akikről az állam gondoskodik. S tenni értük, már közben és persze jórészt még utána is.

A kötet szerzői valamennyien a gyermekvédelmet belülről, testközelből ismerő szakemberek. Hitelesek, és történeteik valódiak. Nagyon is azok. Molnár László, Janda Iván és Barta György írásai a gyermekvédelem önismeretére hatnak. Úgy helyezik a klienst a középpontba, hogy közben a segítő önreflexiói is felhangosodhatnak, valamifajta változást, elmozdulást előidézve az íróban, s talán valamelyest az olvasóban is. Fontos szembesülni ezekkel a sorsokkal, és muszáj valahogyan viszonyulni is hozzájuk, nem lehet semlegesnek maradni. Dr. Radoszáv Miklós szakmai kezdeményezéseket mutat be írásában. Olyan, a művészeteket felhasználó módszerekről szól, amelyek az „állam gondoskodása” alatt élő gyerekek és fiatalok hátrányainak felszámolásában hatékonyak. Mikus Gyulától képet kaphatunk az elmúlt évtizedek hasonló törekvéseiről. Benza Béla zárótanulmánya a pszichológus gyakorlatából mutat be eseteket, és értelmez jellemző működésmódokat.

Látható tehát, hogy a kötetet meglehetősen sokféleség jellemzi: esettanulmányok, esettörédek, önreflexiók, szakmai kezdeményezések, módszerek bemutatása mind-mind helyet kapnak. Éppen ezért ez a könyv a szakemberek mellett jó eséllyel célozza meg a nagyközönséget is. Igen valószínű, hogy a szerkesztő üzenetét: „segíteni tabuk nélkül” ez a válogatás jól képviseli a laikus olvasók előtt.

Benza Béla – Molnár László – Radoszáv Miklós – Mikus Gyula – Janda Iván – Barta György: **És az állam gondoskodik...**

Polgart Budapest, 2001. Tabuk nélkül sorozat, sorozatszerkesztő: Benza Béla

Írta: Felső Anikó és szerzőtársai

## GYERMEKSZEGÉNYSÉG

A 2002. március 10. és 21. között Bécsben, az Erasmus program keretében megrendezett nemzetközi diákkonferencia témája a szegénység, ezen belül pedig a gyermekeket sújtó szegénység volt. A konferencián öt ország diákjai vettek részt; négy európai uniós ország (Ausztria, Németország, Olaszország, Svédország) mellett idén Magyarország is meghívást kapott.

Hazánkat az ELTE Szociológia és Szociálpolitika Intézet szociálpolitika, illetve szociális munka szakos hallgatói képviselték. A program szerkezetét tekintve egy fiktív eset feldolgozásából és az erre adott országokénti válaszok összehasonlító elemzéséből állt. Beszámolójukban most az egyes országokban meglévő, számukra szimpatikus és újdonságnak számító szociálpolitikai megoldásokról és intézményekről olvashatnak.

*Olaszország* egyes tartományai mind a szegénység jellegében, mind a szegénység leküzdésére alkalmazott szociálpolitikai eszközökben is jelentősen eltérnek egymástól. Míg az ország északi régióiban az egyedülállók, az idősek (nyugdíjasok) alkotják a szegények jelentős részét, délen a családok, azon belül is a nagycsaládok érintettek. Inkább a konkrét esetekben adott segély és támogatás a jellemző az univerzális ellátásokkal szemben. Nincs munkanélküli segély. Az ellátások standardizálása jelent aktuálisan problémát.

*Németország* nagy hangsúlyt fektet a non-profit szektorra. A szubszidiaritás elvét követve az állam csak akkor kapcsolódik be a család segítésébe, ha a civil szektor szereplői eszköztelennek bizonyulnak.

Anyagi juttatások mellett a családok köré tehermentesítő szolgáltatásokat szerveznek. Így például a „Lebenslage” programban az anyáknak lehetősége nyílik 3 évente maximum 1 hónapig terjedő nyaraláson részt venni, ahol gyermekfelügyeletet biztosítanak. Hasonlóan a családok és gyermekeik életének megkönnyítését célozza az a szolgáltatás, amelynek keretében a tanulási vagy egyéb nehézségekkel küszködő gyermekek szakemberek segítségét vehetik igénybe az otthoni felkészülésben, valamint közreműködnek a gyermekfelügyelet ellátásának biztosításában is.

A gyermek veszélyeztetettsége esetén sor kerülhet arra, hogy a szociális munkás egy időszakra beköltözik a családhoz. Ennek célja a család szétesésének megelőzése, a hibás működési formák kijavításában való segítségnyújtás. Ha a család együttműködő, nem kerül sor a gyermek családból való kiemelésére, amire egyébként a szociális munkásnak a projekt megkezdésétől – bíróság által jóváhagyott – törvényi felhatalmazása van. Ennek a rendszernek Németországban is sok bírálója van.

### *Svédország*

A Skandináv államokról általában a jóléti modellre asszociálunk. Ezt erősítette meg a svéd csoport a konferencián tartott előadásának nyitó mondatával, miszerint Svédországban a szegénység kezelése helyett a jólétre való törekvés fogalmazódik meg. Itt a szociális biztonság az állampolgársághoz kötődik, nem a foglalkoztatottsághoz, mint más európai országokban. A gyermek iránti felelősség elsődlegesen a szülők vállán nyugszik, azonban a helyi jóléti és közigazgatási rendszerek feladata, hogy megteremtsék a megfelelő eszközöket a szülők támogatására gyermekeik neveléséhez. Ilyenformán a szociális intézmények

segítségének igénybevétele természetessé válik a lakosság körében. Az emberek jobban bíznak az intézményekben, minthogy más forrásokhoz forduljanak. Erre példa lehet egy klubszerű életvezetési tanácsadó iroda, ahová főként kismamákat és kisgyermekes anyákat várnak, de fiatalok is fordulhatnak ide bármilyen problémával.

### **Ausztria az intézménylátogatások tükrében:**

Az Ausztriáról szerzett ismereteket – vendégfogadó ország lévén – leginkább a Bécsben tett intézménylátogatások tapasztalatai alapján lehet bemutatni. A fiktív esetet érintően egy adósságkezelő irodát, egy családsegítőt, egy gyermekjóléti szolgálatot, egy non-profit családsegítő szervezetet, valamint egy gyermekek számára fenntartott krízis-szállót volt alkalmunk megtekinteni.

#### *Adósságkezelő központ*

Ausztriában az adóságok legjelentősebb részét a bankoknak vissza nem fizetett hitelek teszik ki. A bankok a nyugati országok többségében könnyen teljesíthető feltételekkel, különösebb jövedelem- és fedezetvizsgálat nélkül adnak hitelt. Ám ha az igénybevevő határidőre nem tud fizetni, a kamat, illetve a visszafizetendő összeg mértéke nő. Az 1995-ben hatályba lépett törvény a magánbankok által okozott fizetési képtelenségről, korlátozza a bankok lehetőségeit: a tartozás visszafizetésnek idejét 7 évre csökkentették, ezalatt kell az igénybevevőknek a hátramaradt tartozásuk legalább 20%-át kifizetni. Az Adósságkezelő központot a bécsi önkormányzat működteti. Ügyfeleinek 80%-a az átlag jövedelemnél kevesebből él. Sok közöttük a más országokból – főleg Törökországból és Jugoszlávia területéről – érkező család (az ügyfelek 40%-a). A központ fő szolgáltatása a tanácsadás, de semmilyen pénzügyi támogatást nem nyújtanak. A vezérelv: az ügyfelek a tanácsadások alatt képessé váljanak pénzügyeiket önállóan és hatékonyan végezni, azért a megerősítés és a képesség tétel számukra is kulcsfontosságú eszközök. Az ügyfelek ezek után nem ígéretet fognak a bankoknak, (mely ígéreteket nem tudnak teljesíteni és így még nagyobb adósságba kerülnek), hanem elmondják, hogy nem tudnak fizetni és a realitások talaján indulhat meg a bankokkal való egyeztetés. Az Adósságkezelő Központ tájékoztatást nyújt a kedvezményekről, például a gyerek után igénybe vehetőkről. Ausztriában a törlesztés általában a munkabérből kerül levonásra, de a munkáltatók sokszor nem néznek utána a megfelelő kedvezményeknek, így sokszor nem érvényesülnek a törvény adta előnyök. Sokan félnek kiállni a jogaikért, és attól tartanak, hogy a munkáltató nem akar ezzel foglalkozni. Megegyezik az is, hogy válás után a volt házaspár tartozását a bank a másik féltől kívánja behajtani. Az Adósságkezelő Központ vezetője középkorinak nevezte a lefoglalást, amelyet a bankok még ma is alkalmaznak, nem gondolva arra, hogy a kiszállás értéke sokszor nagyobb, mint a lefoglalt tárgyaké.

A Központban 6-7 alkalmazott fő-, 10 alkalmazott pedig mellékállásban dolgozik. Évente 2500 ügyféllel foglalkoznak, a bővítést régóta szükségesnek tartják, de mivel a bécsi önkormányzat maga is üzemeltet egy magánbankot, ez még várat magára.

#### *MA12*

Intézménylátogatásunk másik állomása a Bécs tizenkettedik kerületében működő MA12, hivatalos nevén a Sozialzentrum der MA12 (Magistratabteilung 12). Az irodát, amely a harmadik a tervezett tízből, 2001 decemberében hozta létre Bécs város önkormányzata. Működésének alapját a főváros szociális törvényei biztosítják, amelyek jelentősen eltérhetnek (és el is térnek) más tartományok szociális ellátást szabályozó helyi rendelkezéseitől.

A szolgálat a Bécs tizenkettedik, tizenharmadik és huszonharmadik kerületekben lakó felnőtteknek és hajléktalanoknak nyújt ellátást azon elv alapján, amely szerint a pénzügyi támogatásokat és a személyes szolgáltatásokat ugyanannak az intézménynek kell nyújtania. Családok részére ennél a szolgálatnál esetkezelés nincs, csak a szociális ellátások anyagi oldalát biztosítják (pl. segélyezés). Amennyiben egy család problémája szociális munkás bevonását igényli, úgy őket átirányítják az MA11-hez.

Az iroda 2001 decemberi megalakulásától 2002 márciusáig mintegy 1600 esettel foglalkozott. Ebből nagyjából ezer az egyéni eset (felnőttek, hajléktalanok, fogyatékkal élők) és közel hatszáz a család. Ez a „népszerűség” annak a tendenciának tudható be, hogy Bécsben egy év alatt mintegy 40%-kal emelkedett a szociális támogatásokból élők száma (a 2001. januári 18 ezerről 2002 februárjára közel 25 ezerre).

Lévén, hogy Ausztria és e tekintetben Bécs a bevándorlás egyik célpontja, az iroda igen sok emigránssal – főleg családokkal – is kapcsolatba kerül, noha meglehetősen kevés esetben képes kézzelfogható segítséget nyújtani. Ennek egyik oka, hogy bárkinek, aki az országba bevándorol, legalább tíz év legális tartózkodás és egyhelyben lakás szükséges, hogy bármiféle segítyt kaphasson (azt is legfeljebb egy évig).

Ilyen mértékű igénybevétel megfelelő szervezethez kíván, hogy a működés kiegyensúlyozott és zavartalan legyen. E célból minden kliens előzetesen megbeszélte időpontra érkezik a szolgálathoz, az először megjelenő klienssel pedig, ha esete nem akut, csak időpontot egyeztetnek. Ennek a rendszernek további haszna az intézmény egyenletes működésén felül, hogy mind a szociális munkás, mind pedig az ügyfél napja tervezhetőbb lesz, nem kell várakoznia, továbbá elkerülhető a tömeg a váróhelyiségben. Ilyen formában egy szociális munkás naponta tizenegy ügyfelet fogad az előzetes egyeztetés alapján.

Mivel a szolgálat segélyezéssel is foglalkozik, a pénzügyi ellátásokat helyben fizetik ki. Tervezik azonban, hogy – mivel ez többlet terhet ró az irodára – megszüntetik az azonnali kifizetést, és számlára vagy bankkártyára utalják át a pénzt, helyben csak sürgős beavatkozásokra tartva fenn kisebb összeget.

### *MAG 11*

Ausztriában tartományonként eltérőek lehetnek az ellátások, a pénzügyi juttatások, valamint a szociális intézmények szolgáltatásai.

Bécsben és a főváros köré szerveződött tartományban különféle információs anyagok készülnek az elérhető szociális szolgáltatásokról, intézményekről. A kórházakban pl. minden kismama kap egy csomagot a szülés után, amely a fentiekben már említett információs anyagokon kívül csekély babakelengyét is tartalmaz.

Az önkéntes segítségkérés mellett – akárcsak Magyarországon -, a családok a jelzőrendszer révén is kapcsolatba kerülhetnek a MAG11-el.

A MAG11 elnevezés azon kívül, hogy a körülményes intézménymegnevezést rövidebb, könnyebben megjegyezhető formulával váltja ki, egy szójátékot is magába foglal: A MAG11 a Magistratsabteilung 11 – Amt für Jugend und Familie rövidítése. Ezt kiegészítve az „Ich mag Elf” mondatára, kapjuk a „Szeretem 11 -et” mondatot. Maga az intézményhálózat egész Bécsre és környékére terjed ki, és jellegét tekintve a Magyarországon működő családsegítőkhöz hasonlít.

A konferencia ideje alatt két MAG11-t látogattunk meg. Ezek közül az első a 6., 7., 8., 9. kerület ügyeit látja el. Mint minden MAG11, itt is elsősorban a gyermekes családokkal foglalkoznak, az ő problémáiknak a megoldását tűzték ki célul. Feladataik közé tartozik a jogi segítségnyújtás (pl. apasági ügyekben), a gyermekvédelem, a különböző pszichológiai szolgáltatások, a tanácsadás és támogatás speciális csoportoknak is, (pl. a leányanyák),

illetve más szociális szolgáltatások. Rendszeres és szoros kapcsolatot tartanak minden olyan állami és nem állami intézménnyel, szervezettel, amelyek a családokkal vagy gyerekekkel foglalkoznak.

Ehhez a MAG11-hez egyre több külföldi állampolgár, menekült család vagy gyermek fordult segítségért, illetve később más MAG 11-éktől is hozzájuk irányították őket. Ennek megoldására, valamint a felmerült feladatok elvégzésének megkönnyítésére alapítványt hoztak létre KIDS AID néven. Idővel ez a MAG11 – az alapítvánnyal a háta mögött -, Bécs és az ország egyetlen olyan gyermekjóléti szolgáltatójává vált, amely – nem hivatalosan ugyan -, kötelező feladatai mellett menekült családokkal, illetve gyerekekkel foglalkozik. A problémák megoldása a szociális munkások, szakemberek, valamint a külsős tolmácsok feladata.

A második MAG11 azért érdekes, mert szolgáltatásai kifejezetten a családokra koncentrálnak. Vagyis a fentiekben felsorolt feladatok és szolgáltatások mellett kiemelt szerepe van a gyermekek neveléséhez, az életvezetéshez nyújtott tanácsoknak.

Ilyen speciális szolgáltatás az „Elternschule” (Szülők iskolája) is. A tanfolyamon a szülői szerepre igyekeznek felkészíteni a párokat, de a gyakorló szülőknek is adnak tanácsot. Az iskola 6 héten át tart, heti egy alkalommal.

Az „Elternberatung” (Egészséges Tanácsadás) célja, hogy a szülőknek felvilágosítást adjanak az egészséges életmódról. Ezen kívül a szülők rendelkezésére áll egy orvos a gyermeket érintő egészségügyi, táplálkozási kérdéseket illetően. Az orvos természetesen elvégzi az egészséges gyerekek indokolt kontroll vizsgálatát is.

A „Besuchcafé” (Látogató Kávéház) munkatársai a Magyarországon működő Kapcsolat Alapítványhoz hasonló tevékenységet folytatnak egy valódi kávéházban. Céljuk, hogy a gyermekek elhelyezése körül a válóper folyamán keletkezett konfliktusokat enyhítsék, illetve megszüntessék. Itt nyílik lehetőség arra, hogy a láthatást gyakorló szülő szakember felügyelete mellett találkozzon a gyerekeivel. A jogi tanácsadás itt is fontos.

A gyermekjóléti szolgálatok minden évben rendelkeznek egy keretösszeggel, amelyből a team döntésének megfelelően adhatnak a rászoruló ügyfeleknek. Ez kiegészítő eszköz lehet azokban az esetekben, ahol a felmerülő krízishelyzetet csak anyagi támogatással lehet feloldani, de a törvényileg előírt családi pótlékot, különféle segélyeket és támogatásokat a területileg illetékes Családsegítő Szolgálatnál (MAG 12) kell igényelni.

#### *Caritas Családsegítő Központ*

A Caritas non-profit szervezet Bécsben két intézményt működtet, amelyek hiánypótló szerepet töltenek be: ott próbálnak segíteni, ahol az állami intézmények (MAG 11, MAG 12) valamilyen okból nem tudnak.

Az intézmény két különböző szolgáltatást nyújt. Az egyik az intenzív családsegítés, a másik a hivatalosan nem regisztrált illegális személyek segítése. A két feladatot két külön team végzi.

A Központ a családoknak átmeneti otthont tud biztosítani. Erre a célra négy lakás áll rendelkezésére. Az illegálisan tartózkodó kliensek részére módjuk van egyszeri pénzbeni segítyt és vásárlási utalványt is biztosítani.

Az intenzív családsegítés keretében főleg sokproblémás családokkal foglalkoznak. Öt szociális munkás látja el ezt a feladatot, mindegyikük heti huszonöt órában. A leggyakrabban előforduló problémátípusok: alkoholizmus, agresszió és a magas gyerekszám. Mint megtudtuk, a munkájuk során igen gyakran kerül előtérbe az abortusz-probléma. Az intézmény ennek a klienskörnek nem tud anyagi támogatást nyújtani, bár szerintük szükség lenne erre.

Az illegálisan tartózkodókkal foglalkozó team egyfajta pártfogó szerepet vállal magára: a klienseik érdekeit képviselik az őket körülvevő intézményekkel szemben, valamint anyagi, természetbeni és személyes szolgáltatást is nyújtanak. Ennél a klienscsoportnál a fő problémát az jelenti, hogy az osztrák szociális ellátórendszer által biztosított ellátások alapvetően bejelentett lakóhelyhez kötöttek. Mivel a bevándorlók általában nem rendelkeznek ilyennel, teljesen magukra vannak hagyva: Bécsben lakást sem kaphatnak. Ilyen értelemben mondhatjuk, hogy az intézménynek ez a tevékenysége lényegében hajléktalan prevenciós program. A szociális munkások legalább heti rendszerességgel tartják a kapcsolatot a családokkal. Ennek az együttműködésnek célja a klienseket mielőbb saját lakáshoz juttatni.

A Caritas más intézményekkel intenzíven együttműködve tud hatékonyan működni. Szoros kapcsolatban állnak a MAG11, MAG12 szolgálatokkal, kórházakkal. Az intézmény gyermekek részére lehetőséget nyújt pszichoterápiás szolgáltatás igénybevételére is.

Johanncsik Krisztina, Takács Emőke, Felső Anikó, Miklós Kata, Lakatos Zsolt, Gelsei Gergő

Írta: Szűcs Marianna

## HIPERKINETIKUS GYERMEKEK ISKOLAI INTEGRÁCIÓJÁT AKADÁLYOZÓ TÉNYEZŐK

**Thomas A. Edison (1847-1931) a villanykörte és a fonográf feltalálója, aki soha nem sajátította el az alapvető készségeket, az írást vagy a számolást.**

**Auguste Rodin (1840-1917) szobrászművész, aki egész életében képtelen volt helyesen írni és számolni. Albert Einstein (1879-1955) kilencévesen tanult meg olvasni, az írás még felnőttkorban is nehézséget jelentett a számára. Az iskolában reménytelen esetnek tartották.**

**Sir Winston Churchillnek (1874-1965) iskolai bizonyítványai szerint siralmas eredményei voltak.**

**Harvey Cushing (1869-1939) orvoskutató, agysebész, Purlitzer-díjas író, aki képtelen volt a legegyszerűbb szavak helyes leírására, kéziratok számtalan helyesírási hibát tartalmaznak. Csak néhány híresség, akiket a szakirodalom mint hiperkinetikusokat, és/vagy részképesség zavarosokat tart számon. Az itt közölt tanulmány a mai magyarországi állapotokról ad összefoglaló elemzést.**

A szakemberek egységes álláspontja szerint a hiperaktivitással járó komplex gyermekkori szindróma a leggyakoribb gyermek-és ifjúságpszichiátriai megbetegedések közé tartozik. (Herceg, [1996];Trott, [1994])

Az érintett fiatalok nemritkán kimagaslóan magas intelligenciával rendelkeznek, ennek ellenére az iskolai tanulásban hiperaktivitás és/vagy figyelemzavar, részképesség-zavarok miatt sikertelenek, és jelentős családi és iskolai beilleszkedési zavarokkal, mindezek következtében társadalmi adaptációs nehezítettséggel küzdenek.

A részképesség zavarok körébe az iskolai teljesítményeknek, elsősorban az alapvető eszköztudás (olvasás, írás, számolás) elsajátításának és képességének a deficitje, valamint az általuk kiváltott, következményes magatartási és/vagy tanulási zavarok komplex tünetegyüttese tartozik. Ide sorolhatók azok a tanulók is, akik súlyos figyelemzavar (helyzetidegenség, hibás, hiányos helyzetfelismerés) vagy fejletlen önirányítás, gyenge önértékelési képesség miatt a tanulási szituációba nem tudnak beilleszkedni, és állandó személyes kontrollra, megerősítésre szorulnak. A tanulási nehézség másodlagosan okozhat magatartási zavart – illetve a magatartási probléma eredményezhet tanulási zavart -, a tünetek egymásba átmehetnek, egymást erősíthetik, más szóval: a gyermekkori hiperaktivitás a tanulási nehézségek okaként és tüneteként is felléphet. Ennek ellenére el kell választani a hiperkinetikus szindróma alapproblematikáját a tanulási zavarok viszonylag elkülönülő problémakörétől a két jelenség kiváltó okai közötti lényeges különbség miatt:

1. A hiperaktív gyermekeknél elsődleges a minden szituációra kiterjedő fokozott mozgáskényszer, amely gyakran a figyelemzavarral együtt jelenik meg, és ebből következik az ismeret elsajátítás nehézsége. Ennél a csoportnál azok az idegrendszeri struktúrák is érintettek, amelyek a válaszok gátlásaiért és a tervszerű viselkedés kivitelezéséért felelnek. (Bálint, [1987].)

2. A tanulási zavaroknál elsődlegesen a működésbeli problémák, a vizuális, auditív, mozgásos (kinesztéziás) információfeldolgozás nehézségei és az ebből adódó hiányosságok másodlagosan váltják ki a hiperaktív magatartást. A tünetek ebben az esetben a szituációtól függően jelennek meg, és nem folyamatos a mozgáskényszer (Földi [1997]; 306. o.).

Mindezek mellett több szerző (Bálint, [1989]; Trott és munkatársai, [1994]) arra is rámutat, hogy a hiperkinetikus figyelemzavar és a tanulási zavar igen gyakran együtt jár.

Wender [1993] szerint a hiperkinetikus gyermekek iskolai teljesítményét jelentősen megnehezíti az, hogy az ilyen gyermek intelligenciája egyes részterületeken megelőzi társaiét, másutt pedig lemarad mögöttük. Egy harmadik osztályos gyermek például meg tud oldani egy 5. osztályos matematikafeladatot, de csak 2. osztályos szinten olvas. Ezek a gyermekek valójában az egyik osztályba sem illeszthetők be, ha az iskola nem tud számukra egyéni oktatási, fejlesztési tervet biztosítani.

Andersonék egy vizsgálatában (idézi Zentall&Goetze, [1987]) a 11 éves HKZ-s<sup>5</sup> gyermekek 80%-ának kétéves lemaradása volt az olvasás, számolás és az írott nyelv terén. Az életkor előrehaladtával legalább egy iskolaév ismétlésére kényszerülnek (Barkley, [1990]; Brown&Border, [1981]; Weiss&Hechtmann, [1986]).

A tanulási nehézségek oka Zentall&Goetze [1994], valamint Wender [1993] szerint a figyelem zavarában rejlik. Specifikus figyelemkomponensek zavartak, mint a gondolkodás, felfogás, figyelmi feszültség. A hiperkinetikus tanulók figyelmét elsősorban az új és erős ingerek kötik le. Az ily módon megterhelt figyelem számára nehéz a semleges, kevésbé feltűnő ingerekre beállni (Tant&Douglas, [1982]; in Paveszka, [1998] 17.o.).

A tanítási órán egy új feladat gyorsan elveszti a HKZ-s gyermekek számára az újdonság erejét. A sikeres feldolgozáshoz mégis az szükséges, hogy a figyelmi teljesítmény hosszabb ideig fennmaradjon. Ezek a gyermekek tehát a tanítás normál feltételei mellett nem tudnak éberek maradni a változatlan vagy gyengülő ingerek hatására, és elvesztik a dolog iránti érdeklődésüket (Zentall&Zentall, [1983]).

A csökkenő figyelem problémájának fatális következményei lehetnek: gyakori hibázás, végül zavaró motoros aktivitás és impulzív viselkedés (Zentall&Zentall, [1976]; Zentall, Falkenberg& Smith, [1985]).

A HKZ kutatásában egyik legjelentősebb hazai szakértő szerint a HKZ-s gyermekek 30%-nál csak hiperaktivitás és figyelemzavar, mintegy 70%-ánál azonban mindezek mellett tanulási, ill. részképességzavar is fennáll.<sup>6</sup>

Jelenleg sajnálatosan nem állnak rendelkezésre az érintett gyermekek összlétszámát jelző országos statisztikai adatok. Jelzésértékű viszont az a 1970-es évek végén és a 1980-as évek elején végzett két felmérés, amely egy budapesti általános iskola korrekciós osztályában és a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskola Pszichológiai Intézetében készült. (Újváriné, [1979], Huba-Erdélyi [1984]). Az előbbinél az osztályban tanuló gyermekek mintegy 30%-ánál, az utóbbi esetben a vizsgálatra jelentkező tanulók 18%-ánál mutatták ki a szakemberek a nevezett tünetcsoport jelenlétét.

Huba és Erdélyi [1984] összefoglalóan megállapítják, hogy a nemzetközi szakirodalom adatai szerint az iskoláskorú populáció 4-20%-a szenved ebben a szindrómában.

2000-ben és 2001-ben 25 strukturált, intenzív interjút készítettem 7-18 éves HKZ-s gyermekek szüleivel. Vizsgálati mintám az alacsony esetszám miatt nem tekinthető reprezentatívnak, azonban a homogenitásból adódó torzítás veszélyének elkerülése

<sup>5</sup> Hiperkinetikus zavarok. A BNO-10 (Betegségek Nemzetközi Osztályozása és a Tanulási Képességeket Vizsgáló Szakértői és Rehabilitációs Bizottságok által használt fogalom.)

<sup>6</sup> Dr. Gáboros Júlia gyermekpszichiáter szóbeli közlése.

érdekében arra törekedtem, hogy a családok a szülők foglalkozása, lakóhelye és az érintett gyermek életkora alapján is heterogének legyenek.

Jelen munkában – problémafeltáró jelleggel – azt vizsgálom meg, hogy milyen tényezők következtében nehezül meg a hiperaktivitással, figyelem – és tanulási zavarral küzdő tanulók integrációja a hazai oktatási intézményekben.

Az egyik fő problémát az jelenti, hogy az oktatási anyagot és a tantervet összeállító pedagógiai szakértők az azonos naptári évben született gyermekek azonos fejlődési üteméből indulnak ki. Egy-egy korosztály számára havi lebontásban kerül előírásra az adott időszakban kötelezően elérendő teljesítménybeli szint. A mai iskolai gyakorlatot sajnálatosan az jellemzi, hogy az előírt munkamenetet követni nem tudó gyermekeknek a pedagógusok megszegyenítően, az osztály előtt nevetségessé, gúny tárgyává téve adják az instrukciókat. Ez a gyakorlat szinte indukálja a többi gyermek előítéleteit, hiszen azt közvetíti kimondatlanul a csoport felé, hogy csakis értelmi fogyatékosra vezethető vissza az, ha valaki nem érti meg az utasításokat, és nem tudja követni a megkívánt munkatempót.

*„...valami egészen másra figyelt. És nem oda, ahova kellett... ez elsőben még nem olyan feltűnő, másodikban már kezd feltűnő lenni, és felső tagozatban már kinevetik. Amikor az én fiannak mindig külön kellett szólni, hogy mindenki nyissa ki a könyvét, és a T. is nyissa ki a könyvét, akkor már kinevetik a gyerekek.”*

(IJ. (44) jogász, 18 éves fiú anyja)

Az egyik lelassult tempójú, diszkalkúliás 139 -es IQ-val rendelkező kisfiút például az általános iskolában 4 éven keresztül nevetségessé tett és megalázott a matematikatanár, az osztálytársak pedig ezen felbátorodva a gyermek székére írták nap mint nap, hogy „idióta”.

Különösen az idősebb korosztályhoz tartozó pedagógusok esetében tapasztalható az, hogy nem mérik föl annak a jelentőségét, hogy milyen mérhetetlenül nagy személyiségfejlődési károkat okoz, mennyire mélyen aláássa egy kisgyermek önbecsülését, önértékelését az iskoláskorban elszenvedett megaláztatások sorozata.

*„Az elsőben... odaverték az ujját az olvasókönyvhöz, mert elakadt, nem tudta folytatni... ordított a tanítónő egy évvel a nyugdíj előtt, hogy hülye vagy fiam...”*

(I.Zs. (43) tanár, 20 éves fiú anyja)

*„... hogy őt mik érték a pedagógusok részéről, azt ma mérnem lehet felderíteni, de hogy a mai napig nincsen tisztában a képességeivel, az biztos. Egyszerűen képtelen felfogni, hogy milyen elképesztően jó képességei vannak. Az átlagnál lényegesen jobb. És ezt ő nem tudja.”*

(LJ. (49) terapeuta, 18 éves fiú anyja)

Elgondolkodtató, hogy milyen jelentős számban vannak olyan pedagógusok, akik még a csendes, passzív, visszahúzódó gyermeknél is szándékos rosszindulatot teteleznék fel az órai figyelem rövid intervalluma (max. 5 perc) mögött, és mennyire elenyészően kevés tanár jut arra a felismerésre, hogy a gyermek legjobb akarata ellenére is képtelen a tartós koncentráció fenntartására, vagy fizikai fájdalomhoz hasonló érzéseket kelt benne, ha például írását az elvárásokhoz kell igazítani.

Még abban az esetben is, ha nem a zavaró magatartás, „csupán” figyelem- és rész képességszavar miatt nem olyan valaki, mint a többség (például a diszkalkúlia miatt még serdülő korban is az ujjain számol), az nemcsak a pedagógusok szemében, hanem az iskolai

osztályon belül is kiközösítéshez, majd a tünetek tartós fennállása következtében szegregációhoz vezet.

Azt tapasztaltam, hogy a HKZ-s gyermekek számára az egyetlen kortárs csoportbeli befogadó közeget a valamilyen okból (például más betegség vagy deviancia miatt) szintén peremhelyzetűvé vált fiatalok társasága jelenti.

*„Periférián voltak így is, de mégiscsak ketten voltak, és nem voltak egyedül, tehát azt nem kellett ott nézniük, hogy mindenki barátkozik mindenkivel, csak ők ülnek magányosan egy padban... mert őkvelük úgy más nem nagyon barátkozott... hívni sem hívta őket senki.”*

*(I.J. (43(jogász, 19 éves fiú anyja)*

A tapasztalatok szerint a mai iskolarendszerben az a vélemény is meglehetősen elterjedt a pedagógusok között, amely szerint a lustának minősülő, lemaradó gyermeket elégtelen osztályzatokkal, valamint egyéb, büntető jellegű intézkedésekkel (például fekete pontok adása révén) lehet magasabb teljesítményre ösztönözni.

E módszer válogatás nélküli, bármely személyiségtípus esetében helyesnek tartott alkalmazása a vizsgálat tanulsága szerint a hiperaktív gyermekeknél a teljesítmény teljes visszaesését, az iskolai tanulás iránti motiváció elvesztését, erős depresszív állapotot és szuicid gondolatokat eredményez.

*„Mikor a szomszédasszonnyal beszélgetett a lányom, kérdezte tőle; hogy mi leszel, ha nagy leszel, és mondja, hogy öngyilkos... vannak ilyen hullámvölgyek... ő nagyon-nagyon jó akar lenni, és mindent úgy akar csinálni, ahogy ez a nagykönyvben meg van írva... hullámvölgy, mikor milyen passzban van szerintem vagy hány feketepontot kapott az iskolában. Kapja a feketepontokat, és abban a pillanatban visszaveti.”*

*(M.E. (38) háztartásbeli, 8 éves kislány anyja)*

Sajnálatos, hogy csak az alapítványi és magániskolák (például Waldorf-iskola), valamint kis számú, kivételesen jó pedagógiai érzékű tanár vallja azt a szemléletet, hogy az önbizalom megalapozása és fenntartása érdekében minden gyermeknek sikerélményhez kell jutnia az osztályon belül. A jelenlegi gyakorlatban leginkább az a jellemző, hogy a sikeres, jól teljesítő gyermekek állnak minden lehetséges megmérettetés során az előtérben, míg az ügyetlen, számos területen alulteljesítők esélyt sem kapnak arra, hogy sikerélményhez jussanak.

A figyelemzavar természetének ismerethiányából fakad az a pedagógusok körében általános meggyőződés, hogy a „nem kívánatos viselkedés” kiküszöbölhető azáltal, hogy a szülők nem ismétlik el a gyermek előtt minduntalan az elvárásokat és figyelmeztetéseket, így az rá lesz kényszerítve arra, hogy egyszeri hallás után megjegyezze azokat.

A tanárok nem értik a jó, nemritkán kimagasló képességek mellett a teljesítmény indokolatlanul gyors és szélsőséges ingadozását sem, amely jelenség a – pedagógusok által is hozzáférhető – szakirodalom szerint a figyelemzavar egyik kísérőjelensége.

A feszített haladási tempótól lemaradó gyermekekre már az általános iskola első osztályában ráakasztják a „rosszul olvasó, csúnyán író” címkéket. Az elmaradás tényleges okának felismerése és a szükséges fejlesztés hiánya miatt növekszik ezen gyermekek átlagtól való leszakadásának mértéke, és ezzel együtt egyenes arányban csökken annak az esélye is, hogy ki tudjanak kerülni a negatívan minősített kategóriából. (A haladási ütem erőltetett voltát jelzi, hogy az általános iskola első osztályaiban átlagosan hetente 2-3 betűt tanulnak a gyermekek, a második hónapban pedig kötelező ezeket összeolvasniuk). Több

esetben is találkoztam azzal a jelenséggel, hogy az erősen teljesítményorientált pedagógusok – különösen az általános iskola első két osztályában, amikor alapvetően fontos lenne a tanulás iránti motiváció erősítése – minden olyan tanulói teljesítményt, amely nem tartozik az általuk jónak minősített kategóriába, erősen alulértékelnek.

*„Az írásra, amire én azt mondtam, hogy gyönyörű, a tanító néni ráírta, hogy „sokkal szebben”, ami olyan volt mint a nyomtatás, az sem volt elég szép...”*  
(K.Á.(48) orvos, 19 éves lány anyja)

Nem közismert eléggé az iskolában az a tény, hogy mekkora erőfeszítésbe kerül például egy írásvisszajelzővel küzdő gyermeknek az erőltetett tempó és a megkívánt magas szint elérése, és mennyire személyiségromboló hatású a gyermekek munkájának folyamatos negatív minősítése. Az sem eléggé ismeretes a pedagógusok többsége előtt, hogy ezen gyermekek teljesítménybeli kudarcától való szorongása olyan jelentős mértékű, kudarc toleráló képessége pedig olyan alacsony fokú, hogy hajlamosak az aktuálisan végzett tevékenység, vagy az iskola teljes feladására, ha munkájukat nem fogadja el, vagy nem megfelelően méltányolja a tanár. Több esetben tapasztaltam, hogy a serdülőkorban a végső megmérettetés (például érettségi vizsga) előtt hagyják abba az iskolát, a kisiskolás korúak pedig olyan depresszióssá válnak, hogy napokon keresztül képtelenek bármely tanulással (iskolával) kapcsolatos tevékenységre.

Az elavult, az adott korosztály szempontjából inadekvát tanítási módszerek (például középiskolások hangos olvastatása az osztály előtt) a diszlexiás gyermekeknél olyan pszichés sokkot eredményezhet (ezt két esetben tapasztaltam), amely akár a gyermek pillanatnyi beszéd- és olvasásképtelenségéhez, „meg-némulásához” vezet.

Mivel sok pedagógus nincs tisztában e jelenség valós okával, egyedüli kézenfekvő magyarázatnak csupán a tanuló szándékos feladatmegtagadása tűnik számukra. Ha ennek a „nem teljesítő” gyermek morális elítélése keretében nyilvánosan is hangot adnak, nemcsak az érintett gyermek énképe rombolódik le a megaláztatás és a csökkent-értékűség érzete miatt, hanem nagy valószínűséggel a kortárs csoporton belüli pozíciója is leértékelődik, arról a pszichés kárról nem is beszélve, amit az eset megismétlődésétől való szorongás okoz. Hiába kéri a szülő a tanárok diszkrécióját és tapintatát az átlagosnál jóval érzékenyebb pubertáskorú (diszlexiás) gyermekekre való tekintettel, a pedagógusok reakciója sajnálatosan gyakran nem a megértés, hanem a felelősség áthárítása az iskolakezdés körüli időszakra és a családra.

*„...elmondtam, hogy ez a helyzet, de nem publikus, mert nem szeretném, a gyerek nem szeretné, ha megtudnák, hogy milyen gondok vannak. Erre azt mondta a magyar tanárnő, hogy higgyem el, hogy nem ez a probléma, és igenis, azért van a gyerekeknek olvasási és írásvisszajelző, mert a kezdet kezdetén nem tanították meg.”*  
(P.M. (43) erdőmérnök, 15 éves fiú anyja)

Annak ellenére, hogy napjainkban a diszlexia- diszgráfia témaköre viszonylag nagy publicitást élvez a pedagógiai szakirodalomban (amely Selikowitz 2000-ben megjelent, magyar nyelvű, szülőknek írt könyve révén szélesebb kör számára hozzáférhető), meglehetősen gyakori az a jelenség, hogy számos pedagógus minden olyan új információ befogadását hátrítja, amely kívül esik az általa tanult pedagógiai tananyagon.

Azt tapasztaltam, hogy ha egy tanuló „csak” figyelem- és részképesség-zavarban szenved, a hiperaktivitás nem jellemző rá, a lemaradás valódi okát abban az esetben sem

ismerik ugyan fel az iskolában, de a gyermek legalább némi türelmi haladékokat (egy-két évig terjedően) kap a végleges eltávolítás előtt az életkori sajátosságok indokával.

Kutatásom is azt támasztja alá, hogy ha az iskolák az egyes kirívó esetekben (például írástanulási nehézségek) fel is hívják a szülő figyelmét arra, hogy szakemberre van a gyermeknek szüksége, a maguk részéről a továbbiakban megoldottnak tekintik a problémát, azaz nem foglalkoznak korrepetálásukkal, fejlesztésükkel.

*Általánosan megállapítható, hogy a normál általános iskolák többségében az iskolavezetés csak a hagyományos oktatási módszerekkel közvetített információátadást tartja az illetékességi körükbe tartozónak, az átlagtól eltérő gyermekek fejlesztésének felelősségét az iskolán kívüli intézményekre, valamint a szülőre igyekszik hárítani.*

Vizsgálatom azt is alátámasztotta, hogy a magyar oktatásügy nagy részét jelenleg is jellemző frontális tanítási módszereken kívül sem ismeretekkel, sem eszközökkel nem rendelkezik a tanítók/tanárok jelentős hányada ahhoz, hogy tegyen valamit a tanulmányi téren lemaradók felzárkóztatása érdekében. Az említett pedagógusok nemcsak a gyermekekkel való egyéni differenciált foglalkozáshoz, hanem az iskolavezetés által jóváhagyott oktatási módszerektől eltérő metódus kikísérletezéséhez és gyakorlásához sem rendelkeznek elegendő szakmai kompetenciával. E jelenség háttérében valószínűleg olyan ok is áll, hogy egyszerűbb, kényelmesebb és az iskolavezetéssel kevesebb konfrontációt ígér a pedagógus számára az, ha megmarad a régi, „jól bevált” módszerek alkalmazásánál. Ezekben az esetekben csak az menti meg a gyermeket a végleges lemaradást megpecsételő bukástól, ha a szülő -mint láttuk- napi folyamatossággal nyomon követi az iskolában történeteket, és intuícióját követve ő maga lát neki, hogy kivizsgálta a teljesítményzavar okát és felkutatja a megfelelő szakembert.

Azt találtam, hogy a HKZ-s gyermekek kudarcát az pecsételi meg véglegesen, akkor válik társadalmi integrációjuk esélye minimálissá, ha nem áll mögöttük agilis, érdekérvényesítő attitűddel rendelkező, és az iskola ítéletébe nem beletörődő szülő.

Az iskolák nagy része sajnálatosan arra vonatkozóan sem rendelkezik megfelelő ismeretekkel, hogy hol kaphat a szülő felzárkóztató segítséget, illetve mely alapítványi vagy magániskolák foglalkoznak a szükséges fejlesztő tevékenységgel.

*„...halvány gőzük nem volt, hogy akkor esetleg más módszerrel kéne őt tanítani vagy hogy mondjanak valamit... az volt a legnagyobb probléma, hogy nem ismerte fel a pedagógus és én azt állítom, hogy a mai napig ez az iskolában így működik... nem járnak továbbképzésre vagy azon a szinten topognak, ahol 20 éve lediplomáztak. Nem kötelezik őket... szóval azért tragikus a helyzet szerintem... vidéken még rosszabb, mint Pesten.”*  
(T.M. (39) körzeti nővér, 15 éves fiú anyja)

Sajnos meglehetősen gyakori az is, hogy az egy iskolán belül működő pedagógusok testületileg szakmai tekintélyük csorbulásaként értelmezik, ha a szülő az ő véleményük ellenére keres iskolán kívüli szakemberek részéről segítséget, vagy egyszerűen csak kivizsgálta a tanulási zavar okát. Több gyermek esetében tapasztaltam, hogy az önértékükön esett sérelmet a gyermek számára potenciálisan sikerélményt nyújtó szereplések hátráltatásával (például versenyen való indulás megtiltásával) kívánják megtorolni. Amikor a szülő kísérletet tesz arra, hogy a pedagógusok előtt feltárja a születés körüli orvosi műhiba és az agyi funkciózavar tényét, cinikusan azzal hárítják el próbálkozását, hogy a gyermek mindössze nevelési hiányban szenved, hiszen szemmel

láthatóan ép és egészséges külsejű. Az információ- és tudáshiány ilyen megnyilvánulásai következtében több szülőben ma az a meggyőződés alakul ki, hogy jogosnak érzett igazuk estén sem tanácsos a tanárral vitába szállniuk, hogy az amúgy is negatívan értékelt gyermek helyzete ne romoljon tovább az iskolában.

Örvendetes tény, hogy a jelenleg érvényes törvények alapján már nem lehetséges a normál értelmi képességű és intellektusú HKZ-s tanulók gyógypedagógiai intézményekbe való áthelyezése. Ennek ellenére még ma is akad arra példa, hogy egy hiperkinetikus szindrómás gyermek az általános iskola 8 évét több különböző, köztük gyógypedagógiai intézményekben végzi el, mivel egyik normál általános iskola sem vállalja fel tanítását egy évnél hosszabb ideig, valamint nem található a településen megfelelő fejlesztő intézmény. Az utóbbi hiánya torz és az érintett gyermek további lehetőségeit erősen behatároló megoldásokat is eredményezhet, mint azt az alábbi példa mutatja:

*„Sok minden volt, csak autista nem. De már mindenhol kikapott, és hát semelyik dobozba nem fért bele, berakták az autista iskolába, noha állapota ezt a legkevésbé sem tette szükségessé.”*

*(K.Á. (48) gyermekpszichiáter)*

Teljességgel elfogadhatatlan az a gyakorlat, hogy számos iskolavezető indokolatlanul nagymértékben ellenáll annak a jogos igénynek, hogy a súlyos zavart igazoló diagnózis alapján mentesüljön egy tanuló az érintett tantárgyból való osztályozás alól, vagy annak, hogy az igazolás egyáltalán beszámítható legyen a vonatkozó tantárgy értékelésébe, annak ellenére, hogy ez utóbbit a közoktatási törvény is lehetővé teszi az érintett tanulók számára. Miközben a törvényhozás már 1993-ban a „más fogyatékoság” kritériumai közé sorolja a diszlexiát és a diszgráfiát, az igazgatók tetemes része – ha van is tudomása az adott zavarok létezéséről – sem ezek mibenlétét, sem súlyát nem hajlandó elismerni.

*„...meg volt róla az A-nak a papírja, hogy mentességet kapjon, csak az igazgató azt mondta, hogy késett két napot a papír, és így utólag nem fogadja el.. februártól májusig azért lett volna ideje elrendezni az igazgatónak... csak nem akarta.”*

*(A.S. (22) gyógypedagógus hallgató)*

Így áll elő néhol az a helyzet, hogy némely tanár diákjainak megsegítése és az igazság érvényesítése érdekében szerepével ellentétes, humánus szempontok alapján mindenképpen indokolt és elfogadott, azonban az iskolai életben törvénytelennek számító eszközökhöz kénytelen folyamodni.

*„... azt mondta a magyartanár, hogy nem baj, hogyha rosszul sikerül az érettségi, ő érvelni fog ezzel a papírral (diagnózissal), oda fogja csatolni a dolgozathoz, és az érettségi elnök figyelembe veszi. Végül is nem kellett elmenni a magyar érettségire, kiadta két héttel előre a tesztet... Én otthon megtanultam A-val. Kitöltöttem neki, és ő mindent bemagolt rajta.”*

*A.S. (22) gyógypedagógus hallgató)*

Szomorú és sajnálatos, hogy ezen fiatalok jövőbeli sorsa – ha nem áll mellettük érdekeik érvényesítésére alkalmas családtag – napjainkban Magyarországon kizárólag a véletlen

szerencsén, azaz egy-egy ember jóindulatú hozzáállásán múlik (az említett esetben például a magyartanáran).

Azon gyakorlat is módosításra szorul, amely alapján a szakértői bizottság szakvéleményének elkészítése a legtöbb esetben csak a 18 éven aluli fiatalok esetében történik meg. Jelenleg ugyanis a nagykorúvá vált fiatalok esetében sajnálatosan csupán a különböző hatalmi pozíciókban levő egyénekhez fűződő formális és informális kapcsolatok felhasználásával vagy az adott intézményben (Tanulási Képességeket Vizsgáló Szakértői Bizottság) történő erőteljes fellépéssel lehet a tünetek alapján jogosan járó szakvéleményhez hozzájutni.

„A magyartanár küldte el diszlexiavizsgálatra, hogy felmentést kapjon helyesírásból, mert tudta, hogy semmiképp nem tudja letenni az érettségét... ő elmúlt 18 éves, és az egész országban sehol nem akartak neki papírt adni arról, hogy ő diszlexiás. És akkor nagy nehezen, amikor már sokadszorra kivertük a balhét, mert össze kellett veszni mindenkivel... és akkor végül Sz-on nagy nehezen protekcióval... a megyéből többen is odaszóltak. Ott a megyeszékhelyen megadták neki a papírt.”

(A.S. (22) gyógypedagógus hallgató)

Külön tanulmányt érdemelne annak a kérdésnek a körbejárása is, hogy a jelenlegi iskolarendszer a tanulói teljesítmény és személyiség mely oldalait preferálja. Több olyan gimnáziumot találtam, ahol a jó magyar nyelvi osztályzat feltétele a tanár által szigorúan megkövetelt, az általános iskola alsó tagozatára érvényes formai kritériumnak való megfelelés – például a szélközök és sortávok betartása a füzetben – az általános iskola alsó osztályaiban pedig sok tanító a szépírást tekinti az iskolai előrehaladás egyik legfontosabb kritériumának.

Iskolaszociológiai munkákból is tudható, (Id. Férge, [1974,1976, 1980], Gázsó, [1976]) hogy a tanulók a legjobb osztályzatokat az alapvetően a középosztály által használt nyelvezethez közel álló, verbalításra épülő készségek alapján kapják. „A tanulók megmérettetése főként formális-intellektuális teljesítőkéességük szerint történik. Aki jó emlékezettel rendelkezik és jól felel, azt „jó tanulónak” minősítik. Ez az egyoldalú értékelés a tanuló személyiségét szétdarabolja. A kapcsolatteremtés adottsága, az érzelmi jegyek, a testi képességek csak annyiban érvényesülhetnek, ha nem zavaróak a tanórán. Az iskola ily módon szinte leépíti a személyiséget (Mattmüller-Frick, [1993] 65. o.).

Kutatásom során azt tapasztaltam, amit Csepeli és munkatársai 1976-ban (!) megfogalmaztak:

„A rossz tanuló szerepéhez hozzátartozik a fegyelmezetlenség, a rossz magatartás.” (Csepeli és munkatársai, [1976] In: Kósáné, [1989]).

Ha tehát egy tanuló osztályzatai nem jók, az új iskolában a teljesítménybeli sikertelenség valódi okának (például diszlexia) megismerése és a gyermek részéről bármilyen magatartási zavar megtapasztalása nélkül feltételezik az iskolában a negatív viselkedést.

„Már az elején hívatott bennünket az osztályfőnök, hogy nem szeretné, ha a T. a kemény maghoz tartozna.”

(R.M. (43) erdőmérnök, 15 éves fiú anyja)

Kutatásom tapasztalatai szerint csak akkor értékelik pozitívan, és csak abban az esetben hitelesek a személyiség azon tulajdonságai, mint az őszinteség, nyíltság, egyenesség, ha azok az elvárásoknak megfelelően beilleszkedett, jól teljesítő, nem pedig egy „nehezen

kezelhető” gyermektől származnak, valamint nem a tanári munka bírálatával kapcsolatosan jelennek meg.

*„Ővele azért is volt mindig több gond, mert őtőle face to face jött ki mindig, amit gondol. Nem válogatta, mondta. De ez együtt járt azzal, hogy iszonyú őszinte volt. Az óvodában a gyerekek hozzászórtak ahhoz, hogy igenis mindig, minden helyzetben felvállalom, amit csináltam, és arra hallgatnak is... Ő megszokta, hogy az ő szavában hisznek. És bekerült egy iskolába, ahol kb. egy-másfél hónap alatt megtanították neki azt, hogy mondhatsz, amit akarsz, én akkor is azt hiszem el, hogyha Kiss Jóska, Pista, akárki mondja... Na, ott volt egy elég nagy törésünk. Meg akkor jöttek ki belőle olyan dolgok, hogy anya, akkor mi a fenének mondjak igazat, ha úgyse hiszi el senki.”. (LJ. (49) terapeuta, 18 éves fiú anyja)*

Az előbbi interjúrészlet alapján is látható, hogy milyen nagy nehézségeket okoz egy őszintétlen iskolarendszerben azon gyermekeknek létezniük, akiknek a fő személyiségvonásai közé tartozik, hogy nem tolerálják a hazugságot és a becstelenséget.

A szülők nagy részében meglehetősen korán tudatosul az, hogy milyen mértékben akadályozó tényezője lehet a gyermek szókimondása személye elfogadásának a mai iskolarendszerben. Erre vezethető vissza, hogy olyan nagyfokú szorongással éli meg több szülő az iskolakezdés körüli időszakot, hogy ez komoly szomatikus betegséghez vezethet.

*„...nagyon félek az iskolától. Nálam is pszichoszomatikus problémák jelentkeztek. Gerincsérvet kaptam egyszerűen a... szó szerint megroppansz a terhek alatt, mert annyira féltem, hogy mi lesz. Szóval egyszerűen tartottam attól, hogy még rosszabb lesz az iskolában. Mert ugye ő a véleményét kimondja úgy, ahogy gondolja. Nehezen tudja visszatartani magát... Ami sérelmek vagy csak vélt sérelmek érik, azt nehezen viseli. És, hát be is igazolódott a félelmem.”*

*(O.K. (34) tanár, 9 éves fiú anyja)*

A HKZ-s gyermekek többsége autisztikus tüneteket is mutat, (például erősen ragaszkodik a megszokott tárgyakhoz, eseményekhez). E tény, valamint a figyelemzavar is azt indokolja, hogy a tanárral való folyamatos órai kontaktus fenntarthatósága érdekében ezek a tanulók lehetőleg az első padban, állandó ülőhellyel és padszomszédokkal rendelkezzenek az osztálytermen belül. Sajnos, a mindennapi gyakorlat mit sem változott az 1970-es évek iskolaszociológiai vizsgálatainak következtetéseitől: Férge Zsuzsa számos jelenség mellett azt is kimutatta, hogy a jó tanuló gyermekek elől, a bármely ok miatt problémásnak minősítettek hátul ülnek.

Ma is tipikus jelenség sajnos, hogy még olyan egyszerű, technikailag könnyen megoldható kérdés, mint az állandó ülőhely engedélyezése is viszonylag erős ellenállásba ütközik a tanár részéről akkor, ha a gyermeknek magatartási vétségek miatt már bizonyos „előléte” van.

*„Heteken keresztül kérleltem a tanító nénit, hogy ültesse vissza, mert a gyermeknek ez borzasztó, hogy hetente más mellé ül... egyszerűen rosszul volt tőle, a változástól. Tehát annyira ragaszkodik a fix dolgokhoz.”*

*(AJ. (34) szociális munkás, 10 éves kislány anyja)*

Nem eléggé közismert az iskolai gyakorlatban sűrűn előforduló gyakori ülésrend-változtatás figyelemzavaros gyermekekre gyakorolt káros hatása. Az előbbi azzal jár, hogy az osztálytermet új perspektívából kell megismernie mindazon számtalan ingerrel együtt,

amit eközben észlelnie kell. Ha a padváltás padszomszéd-cserével is jár, ez újabb komoly figyelemelterelő momentum.

A pedagógusok nagy részének gondolkodására az a sematikus minta jellemző, miszerint a gyermek teljesítménye és magatartása egyenesen arányos a szülők képzettség- és munkahierarchiában betöltött helyével, ennél fogva a gyermekkel szembeni elvárások is a szülők iskolai végzettségének és társadalmi pozíciójának megfelelően alakulnak. Ez különösen abban az esetben érvényes, ha az egyazon családban élő többi gyermek megfelel a sikeres teljesítmény és beilleszkedés iskola által támasztott kritériumainak. Minél magasabb végzettségű a szülő, annál előítéletesebben és negatívabban viszonyulnak hozzá is az oktatási intézmények mindegyikében, ha gyermeke nem a szülő társadalmi helyzete alapján elvárható tanulmányi és viselkedési normákat teljesíti.

A tanulási zavarokra és a hiperkinetikus zavarra vonatkozó ismeretek hiányában teljes értetlenséggel szemlélik a pedagógusok azt a jelenséget, hogy az egyazon iskolába járó testvérek közül – azonos környezeti és nevelési feltételek mellett – az egyik gyermek teljesen problémamentes, míg a másik hiperaktivitással és részképesség zavarokkal küzd. Az utóbbi gyermek tüneteit sajnálatosan kizárólag az iskolával és a tanulással szembeni ellenállásra vezetik vissza, és szankciókkal sújtják az oktatási intézményekben. Ha mindezek mellett a szülő olyan ponton helyezkedik el a társadalmi hierarchiában, ahonnan a tanárok megítélése szerint nem vehet „revansot” a gyermekén elkövetett jogtalanság miatt, és/vagy emellett nem elég agilis személyiségű, bármilyen jelentéktelennek tűnő fegyelmi vétség is indokul szolgálhat a hiperaktív gyermek iskolából való eltávolításához.

*„Megkaptuk ugyanazt a tanár nénit, akihez a nagyfiam járt. Volt ez a nagyon kedves, tüneményes szép kölyök három évig a tanítványa, és megkapta az öccsét, akiről nem fogta fel, hipermotil volt, részképességzavar és hasonló... ott nagyon-nagyon gyorsan borult a bili. A gyermekből abban a pillanatban itthon jött ki, hogy mi történt. Hogy beleverte a fejét a padba, hogy elküldte melegebb éghajlatra, és elmondta mindennek... igazából nem talált rá okot, hogy mi a fenével tudná kirúgni. De miután az osztályban még volt rajta kívül kettő, abból az egyik egy ismerős házaspár unokája, a másik meg nem tudom kinek a kije, nem sok választása volt, a D-től kellett megszabadulnia.”*

*(LJ. (49) terapeuta, 18 éves fiú anyja)*

A megkérdezett szülők egyértelműen alátámasztották azt, hogy a pedagógusok részéről még ma is általános az a meggyőződés, hogy a magasan iskolázott szülők ép értelmű, jó képességű gyermekei esetében a tanulási problémák kizárólagosan a szülő nemtörődömiségére vezethetők vissza. Az pedig különösen nagy ellenszenvet vált ki – amely elsősorban a gyermekre vetül ki -, ha tudomásukra jut az, hogy a szülő különmunkát is vállal, még abban az esetben is, ha minderre megélhetési gondok miatt kerül sor.

Az alacsony iskolai végzettségű fizikai munkakörben dolgozó szülők esetében a valamely részterületen (például írás-olvasás) fennálló gyenge teljesítményt – a másik részterületen megmutatkozó kimagasló képességek esetén is – a gyermek alacsony értelmi szintjének tulajdonítja az iskola. Az ily módon előítéletesen kezelt gyermekek esetében sajnálatosan sok helyen fel sem merül a szakemberhez való irányítás szükségessége.

A tanárok számára kötelező jelleggel előírt értékelési rendszer rejtetten a tanulási zavarokkal küzdő gyermekek szelektálását szolgálja megítélésem szerint: ugyanis amíg az elmúlt időszakban volt arra lehetőség, hogy a némely területen kiemelkedő tehetségű, emellett a többi tantárgyból a követelményszint minimuma alatt teljesítő gyermekek ne

kényszerüljenek bukás miatt az iskola elhagyására, jelenleg az a kötelező központi utasítás, hogy ha a tanuló munkája csak az 50%-os készültségi szintet éri el, azt a jó minőség ellenére is elégtelen osztályzatúnak kell minősíteni.

*„...egy nagyon profi tanár nénijük van... maximálisan próbál segíteni, de mondta, hogy ezt sokáig nem csinálhatja, mert neki is megvannak azok a pontrendszerek, amik alapján osztályozni kell. Szóval így nem tudja kihúzni sokáig.”*

*(O.É. (34) háztartásbeli, 10 éves kislány anyja)*

*„... az én időmben még működött az, hogy valahogy próbáljuk meg ezt a gyermeket kímélni az elméleti tárgyaktól, mert nagyon tehetséges. Volt egy olyanfajta szemlélet, hogy igen, áthúzzuk... ez a rendszer ma már úgy működik, hogy elég annyi, hogy amiket ő csinál – például a dolgozatnak a fele van meg -, hiába jó, de ugye, a fele az még egyes. Ez a másik hülye szelektív módszer...”*

*(LJ. (49) terapeuta, 18 éves fiú anyja)*

Nagyon kedvezőtlenül érinti, nem egy esetben végletesen lerombolja a tanulási zavarokkal is küzdő hiperkinetikus gyermekek iskolával és tanulással kapcsolatos motivációját az, hogy a versenyszellem (az iskola presztízsének növelése érdekében) a minél magasabb tanulólétszám (ezzel együtt a magasabb összegű állami normatíva) elérésének igénye, és az adott településen belül az egyes városrészek (például Budapesten a II., XI. és XII. kerület) magas iskolai végzettségű és társadalmi státuszú szülőinek nyomásgyakorlása következtében a tanárok és az iskolák egymást túllícitálva igyekeznek munkájuk eredményességét az egyes osztályok tanulmányi sikereivel igazolni.

*„... nagyon látványos volt, amit csinált. Ő bemutató tanár is volt... iszonyú jól mozgatta a társaságot, rengeteget hozott ki belőlük. Ez volt, amit az ember láthatott, ha bement egy ilyen órát végigülni... és a gyermekek nagyon jó tempóban haladtak”*

*(LJ. (49) terapeuta, 18 éves fiú anyja)*

Ha azonban egy gyermek nem képes a tanár és a tanmenet által erőltetett ütemben haladni, emellett hiperaktivitása is a tanóra menetét zavaró tényező, maximum a tanítási félév hátralévő idejéig tűrik meg jelenlétét az adott osztályban. Ha az iskola egészére a magas oktatási színvonal megteremtésének szándéka jellemző, gyakorlatilag még az osztályismétlés lehetősége sem áll rendelkezésére, mivel még az oktatási intézményen belül sem maradhat meg a nem odavaló gyermek.

### **Megállapítások a gyermekek iskolai pályafutásáról**

Annak a hiperkinetikus zavaros gyermeknek az otthontól tolerálja az iskola – azaz egy vagy több részterületen való tartós elmaradás ellenére sem válik a fő szelektációs eszköz, a megbuktatás, majd eltanácsolás áldozatává -, aki esetében legalább az egyik szülő részéről az oktatási intézménnyel való tartós együttműködést, a tanárok szakmai kompetenciájának feltétlen elismerését, és a gyermek folyamatos tanulásbeli segítségét tapasztalják meg a pedagógusok.

*„Ők tudták, hogy nálunk ez úgy van, hogy hazajövök a munkából, és leülök a gyermek mellé tanulni. És mondták is, igen, ezzel a gyermekkel az anyuka, másképp nem is megy, ott*

*kell mellette ülni... Ha ugyanakkor a magatartásával valami probléma is lett volna, akkor semmiképp se fogadták volna el ilyen könnyen...”*

*(I.J. (43) jogász, 19 éves fiú anyja)*

Az általam vizsgált gyermekek többségénél azt találtam, hogy ha a tanulási zavar magatartási zavarral párosul, az iskolavezetés jóváhagyásával – vagy egyenesen szorgalmazására – a tanári kar egységes gépezetként működve, a valós tények megmásításától és jogszerűtlenségtől sem visszariadva, a külső szemlélő számára elképzelhetetlenül rövid időn belül (egy-két hét leforgása alatt) távolítja el a „zavaró, nem odavaló” gyermeket az iskola tanulói közül. Míg egyes szakértők szerint ez a tendencia leginkább az általános iskolára jellemző, én ezzel a jelenséggel a középfokú iskolákban is találkoztam.

*„... a gyermeket elképesztő módon megviselte... végül is tényleg iszonyatos energiát fektetett bele, hogy meg tudjon felelni annak az elvárásnak, hogy ülök a helyemen, befogom a pofámat, mindent megcsinálok, amit akarnak – és pofán vágják. Ezt nem bírta megemészteni. Olyan szintig nem, hogy közölte velem, hogy: – Te anya, hát soha nem gondoltam: egy tanárnak szabad hazudnia?”*

*(L.J. (49) terapeuta, 18 éves fiú anyja)*

Az utóbbi jelenség azért is igen káros hatású, mivel a gyermekek korai szocializációjában az erkölcsi normák átadásának tekintetében a szülők mellett az oktatási-nevelési intézményekben dolgozó pedagógusoknak is kitüntetett szerepük van. Az ezen személyek részéről tapasztalt morális vétségek a gyermekekben a felnőtt társadalom iránti bizalmat alapjaiban rendítik meg. Jelenleg is érvényesnek tartom azt a megállapítást, amely négy évtizeddel ezelőtt keletkezett. „Az iskola egyre inkább a tisztességtelenség és a rossz közérzet terepévé válik. Mi, felnőttek ritkán vagyunk becsületesek a gyermekekkel, az iskolában pedig végképp nem... Még ennél is rosszabb, hogy magunkhoz sem vagyunk őszinték. Félelmeinket, korlátainkat és gyengeségeinket nem valljuk be, előítéleteinket és családi indítékainkat letagadjuk. A gyermek szemében igyekszünk a mindentudó és mindenható isten képében tetszelegni – nekünk mindig igazunk van, mindig helyesen és ésszerűen cselekszünk. Ez rosszabb bármely hazugságnál, amit csak ki tudunk találni magunkról.” (Holt, J. [1991] 187.0.)

Több példát találtam arra vonatkozóan is, hogy a nem hiperaktív, de valamilyen rész képességzavarban szenvedő, a gyermekek átlagától lefele eltérő tanulóval szemben abban az esetben intoleráns és elutasító a többségi iskola, ha ellenvéleményét kifejezésre juttatja, emellett ellenállást tanúsít az iskola „belső világával”, például az ott megkövetelt munkatempóval szemben.

*„Ő folyton le volt maradva, de ugyanakkor ragaszkodott hozzá, hogy így fogja írni, és sehogy máshogy... Akárhogy próbáltuk győzködni, hogy gyorsabban, gyorsabban... ő kitartóan haladt a maga feje után, és abban az irányban, hogy eltanácsolják az iskolából.”*

*(I.J. (43) jogász, 19 éves fiú anyja)*

*„...Én nem látom problémásnak. Egy nagyon tehetséges gyermek művészeti vonalon, aki viszont nagyon lassú. Minden. A beszéde, a tevékenység... egy olyan gyermek, akire azt szokták mondani, hogy kicsit elvárásolt... van egy érdeklődési területe, arra nagyon rámeleg – ez a tehetségesekre különösen érvényes – és teljes személyiségében leköti az a dolog, amit*

*csinál... Valami olyan elképesztő személyisége van ennek a gyermeknek, hogy sehol sem fogadják igazán be. A furcsasága miatt... Szóval, valami egész elképesztő személyisége van. De ez per pillanat ma itt Magyarországon már nem fér bele az elfogadottba. Tehát őt nem képes például tolerálni az oktatás... Ez a gyermek nagyon könnyen kezelhető, udvarias... és nem bírják elviselni, csak mert más.*

*(M.K. (49) terapeuta, 18 éves fiú anyja)*

A vizsgált családok nagyjából háromnegyed részére érvényes – több vidéki általános és budapesti középiskolában is tapasztalható ez a jelenség -, hogy a tipikus tünetek ellenére sem ismerték föl a pedagógusok éveken keresztül a diszlexiát, disz-gráfiát, diszkalkúliát, majd amikor ezek meglétére kivizsgálás útján fény derült, arra hivatkoztak, hogy a feszített ütemű tanmenet miatt sem idejük, sem energiájuk nem marad arra, hogy a nagy csoportlétszámú osztályokban a tanulási és magatartási zavarok egyéni okait kutassák, valamint minden gyermekre egyenlő figyelmet fordítsanak.

A nemzetközi tapasztalok is azt igazolják, hogy az iskola rendszerint nem, vagy csak igen csekély mértékben figyel fel a teljesítményzavar egyéni teljesítőképeségbeli hátterére. Bizonyos részfunkciókban mutatkozó alulteljesítés gyakran az egész tanulmányi előmenetelt veszélybe sodorja, indokolatlanul csökkentve ezáltal a gyermek továbbjutási esélyeit. A pedagógusok a figyelemzavarral összefüggő diszfunkciók, valamint a részképesség-zavarok terén – mint említésre került -, igen hiányos ismeretekkel rendelkeznek. Feltehetően erre vezethető vissza az, hogy ha a gyermek személyisége és viselkedése nem kirívó, a tanárok az általános iskola alsó 1-2. osztályában általában nem tulajdonítanak nagy jelentőséget a lemaradásnak még abban az esetben sem, ha ez már a szülő számára is feltűnővé válik.

*„Az iskolában másodikos koráig nem mondtak semmit. Én saját magam vittem el a gyermeket megnézetni, mert én azt mondtam, hogy az nem létezik, hogy keveri a betűket, meg nem úgy haladunk. Soha nem mondta senki konkrétan, hogy probléma van vele... itt az általános iskolai tanárok is, fogalmuk nem volt, hogy mi az, hogy diszlexia vagy diszkalkúlia.*

*(P.M. (44) szociális ápoló, 15 éves fiú anyja)*

Arra is akad példa jelenleg, hogy a valamely részképességzavar (például diszlexia) írásos dokumentálása, pontosabban a diagnózis szülő részéről történő bemutatása az iskolában nem a tanárok gyermekekkel szembeni empátiájának és toleranciájának megnövekedését, hanem ellenkezőleg: ellenséges, negatív attitűdváltást eredményez. Ez a jelenség különösen abban az esetben gyakori, ha megítélésük szerint a lemaradás a megfelelő szülői segítség és gyakorlás elmulasztására vezethető vissza.

Az iskolai élet felnőtt résztvevőinek ismerethiánya olyan méreteket ölthet – mint azt a példa mutatja -, hogy a diszkalkúliáról kiállított nevelési tanácsadói szakvélemény olyan értelmezést nyer, mintha a gyermek alacsony fokú mentális képességeire vagy „csökkentértékűségére” derült volna fény.

*„Nem közösitették ki, de a pedagógusok szemében azért szálka volt a gyermek onnantól. Holott egy borzasztó jóindulatú valaki. Magatartási problémája nem volt. Ha bármi volt, akkor 6 volt az első, aki ott van, és segítőkész, és csinálja... Például ha szerepelni szeretett volna, meg verset mondani, akkor nem, te nem.”*

*(P.M. (44) szociális ápoló, 15 éves fiú anyja)*

Igen sajnálatos és elszomorító az a szemlélet, hogy olyan súlyú zavar(ok) esetében mint a diszkalkúlia vagy a diszlexia, gyakori, hogy még egy kis létszámú tantestületen belül sem tartják szükségesnek a pedagógusok azt, hogy közöljék egymással, ha ilyen gyerekekről van tudomásuk. Ezzel szemben az a tény például, hogy a gyermek „elviselhetetlen” (nem tudja végigülni a 45 perces órát, belekiabál stb.), olyan fokú rendellenességnek számít, amely még intézményközi kommunikációt is maga után von.

Azon az állásponton vagyok, hogy ez a gyermekkorban tipikus, de maradványtünetei révén a felnőttkorra is áthúzódó zavar alapvetően genetikai és fiziológiai eredetű, ezért egyenlő eséllyel jelenik meg a társadalmi rétegződéstől, iskolai végzettségtől, anyagi helyzetétől és lakóhelytől függetlenül. Véleményem arra a tapasztalati tényre alapozom, hogy a magzati és újszülött kori részleges agyi oxigénhiányt okozó orvosi műhibák, illetve beavatkozások – a szülész szakorvosok erre vonatkozó ismeretének és felvilágosításának hiányában –, a jól felszerelt városi kórházakban is gyakran előfordulnak.

Amíg a – különösen az általános iskolában tanító – pedagógusokat a kontraszelekció jellemzi, és a pedagógusképző intézmények oktatási anyaga a nehezen kezelhetőség témakörében olyan egyoldalú és hiányos, mint jelenleg, addig nem is várható el, hogy felvilágosítás és módszertani segítség híján a tanárok képesek legyenek a HKZ jelenségét kezelni. Az sem elhanyagolható szempont, hogy a pedagógusok a mindennapi munkájukban a tantervi követelmények és a szülők elvárásainak szorításában élnek. Mivel gyakran érzik magukat túlhajszoltnak, elutasítással vagy fásultsággal, közömbösséggel reagálnak az egyes gyermekek orvosi vagy pszichológiai szempontú speciális szükségleteire:

*„... rögtön az év elején megkerestem, hogy problémás, nehéz, de ez és ez az út vezet hozzá... nem volt rá érzéke, hogy ezeket a dolgokat megfogja vagy egyáltalán érdekelje a gyermekorsza... a többi gyermek sorsa se... nem törődött senkivel.”*

*(O.K. (34) gyógypedagógus, 9 éves fiú anyja)*

A tünetek okának fel nem ismerése és a megfelelő fejlesztés elmaradása miatt a gyermekek jó része el sem jut a 4 éves középiskoláig, hanem – a legjobb esetben egy szakmunkásképző iskolát végez el, s ez magas IQ-hányadosukat figyelembe véve meglehetősen méltatlan jelenség.

Találtam arra is példát, hogy a diák a szakmunkásképző erősen lecsökkentett mennyiségű és minőségű közismereti tantárgyait sem volt képes elsajátítani egyedül, majd miután a szülő saját keserves tapasztalatai révén felismerte a gyermek folyamatos korrepetálásának szükségességét, nagy energiabefektetés árán ugyan, de letette az érettségi vizsgát, és jelenleg (szintén tanulásbeli segítséssel) felsőfokú tanulmányait végzi.

Sajnos általánosan érvényes az a jelenség, hogy megfelelő fejlesztő iskolarendszer és a HKZ kezelésére kellő sokoldalúsággal kiképzett szakembereknek az országos szükségletekhez képest alacsony száma- miatt, *jelenleg Magyarországon a szülői anyagi teherviselés, fejlesztésben részvállalás nagyságán és nem utolsósorban a szülőnek a gyermek iránti attitűdjén múlik az, hogy a gyermek el tud-e végezni valamilyen iskolát.*

*Az iskolarendszer jelenlegi diszfunkcionális működésének is jelentős szerepe van abban, hogy a gyermekek mintegy ötöde „eltűnik”, azaz kikerül az állami oktatás keretei közül. Mint az említett példák is alátámasztják, akik egy kicsit is eltérnek az átlagtól, bármilyen ok miatt nem olyanok mint a többség, azok rögtön megbélyegzetteké válnak, kiveti őket magából az iskolai gépezet, és ha nem rendelkeznek megfelelő családi háttérrel és szülői segítséggel, a hiányzó állami intézményi és szociálpolitikai segítség hiányában szinte lehetetlenné válik a társadalmi integrációjuk.*

Az egyik sarkalatos problémát az képezi álláspontom szerint, hogy a hiperkinetikus szindróma szerepel ugyan az oktatási törvényben – mint emelt fejkvótát eredményező tünetcsoport -, azonban ennek ellenére sem állami pénzen kerül megoldásra ezeknek a speciális szükségletű gyermekeknek az oktatása.

Bár egy évtizede kikerült a probléma ismerete a szűk szakmai körökből a szélesebb társadalmi nyilvánosság és a két civil szervezet (PO(S)ITIV Országos Szülőszövetség és Pozitív Országos Szakmai Szövetség) szakembereinek ismeretterjesztő munkája révén az állami oktatás- és pénzügy döntéshozói elé, ennek ellenére sem történtek meg a szükséges intézkedések az illetékes minisztériumok részéről, jóllehet tisztában vannak a hiperkinetikus szindrómás gyermekek magas bukási és lemorzsolódási arányszámaival.

A különböző intézmények oldaláról megnyilvánuló attitűdöt és gyakorlatot jól szemléltetik az alábbiak:

*„Az állam az egész problémakört úgy, ahogy van, nem szeretné fölvállalni.. Menekül előle minden ponton. Menekül az egészségügy, eleve nem is diagnosztizálja... odáig nem jutottak el, hogy felmérjék, hány ilyen gyermek van. Az oktatásügy szintén nem vállalja őket föl, mert azt mondja, hogy állami oktatás normál populációnak jár. Tehát a speciális igényeket az államnak nem kötelessége kielégíteni.”*

*(M.K. (49) terapeuta, 18 éves fiú anyja)*

Azon az állásponton vagyok, hogy hibás, inkorrekt, az alapvető emberi jogokkal ellenkező az az állami oktatáspolitikai oldaláról megnyilvánuló szemlélet, amely az ép értelmű, normál intelligenciaövezetbe tartozó gyermekek esetében speciális igénynek tartja az olyan alapvető tanulási készségek, mint az írás, olvasás, számolás nehezítetttségének megsegítését, és a fejlesztés hozzáférhetőségét a magas tandíjat szedő alapítványi és magániskolák körébe utalja.

Az a tény is elfogadhatatlan, hogy 1997-től hivatalosan jogosult egy iskola tandíjszedésre annak ellenére, hogy közoktatási feladatokat lát el. Szükség lenne az oktatási törvény olyan módosítására, hogy attól kezdve, amint egy intézmény állami feladatot lát el, ne legyen jogosult tandíj szedésére annak ellenére sem, hogy magánfenntartó tulajdonában van. Ha abból indulunk ki, hogy az ingyenes oktatáshoz való hozzájutás alkotmányosjog, akkor az állam kötelezettségei közé tartozik annak biztosítása, hogy minden alap- és középfokú, önkormányzati fenntartású iskolában létesüljenek a speciális szükségletű gyermekek számára kiscsoportos (8-12 fős) fejlesztő osztályok, hogy megszűnjön az a tarthatatlan állapot, amely a HKZ-s gyermekek jelenlegi iskolai helyzetét jellemzi.

*„Több százezer gyermeknek per pillanat nincs hely az állami oktatáson kívül. A meglepő...hogy pont most, amikor azt próbálják erősíteni, hogy még a különböző fogyatékossgal élő gyermekeket is integrálni kéne az állami oktatásnak az egészséges gyermekek közé. Kivéve ezeket. Hamarabb el tudják képzelni azt, hogy egy mozgássérült, egy vak gyermeknek, még akár egy enyhe fokban értelmi fogyatékosnak is megteremtsék a megfelelő körülményeket a normál iskolában, de ezeknek a gyerekeknek nem.”*

*(PO(S)ITIV Országos Szülőszövetség vezetője, 2001.)*

**Milyen tényezők könnyíthetnék meg a HKZ-s és tanulási zavarokkal küzdő gyermekek helyzetét?**

Már az óvodában szükséges lenne egységesen minden ötödik életévét betöltött gyermek diszlexia, diszgráfia és diszkalkúlia szűrését elvégezni. A korai felismerés és az ezt követő fejlesztés, valamint a szülők felvilágosítása a zavar természetét és az otthoni gyakorlás formáit illetően, elejét vehetné annak a vizsgált családoknál is tapasztalható többéves küzdelemnek és konfliktussorozatnak, amely a szülő és a gyermek, valamint a szülő és az oktatási intézmények között zajlik. Ez hozzájárulhatna a gyerek másságának és teljesítménybeli elmaradásának megértéséhez és a vele való toleránsabb bánásmód kialakulásához.

*A hiperkinetikus gyermekek oktatásának olyan irányelvekkel kell kiegészülnie (például – toleráns pedagógusi bánásmód; a gyermekek ne legyenek az osztályozási vizsgadrukk miatt további feszültségeknek kitéve – ez nem zárja ki a teljesítmény építő jellegű értékelését; a túlterhelés elkerülése; az emberi és tárgyi környezet állandóságának biztosítása), amelyek az iskolarendszer teljes és egységes paradigmaváltását és szerkezeti átalakítását teszik szükségessé. Az utóbbiak alatt elsősorban az alap- és középfokú oktatásban dolgozók szemléletváltását, másodsorban a merev és tekintélyelvű iskolastruktúra megszüntetését értem.*

Szükséges, hogy az egyes iskolák önállósága növekedjen, de ez csak a tanári kar és a vezetés közötti valódi demokrácia létrejöttével következhet be, különben az a helyzet áll elő, amely ma meglehetősen tipikusnak tekinthető: az egyes iskolák önállósága nőtt ugyan, de azon belül az igazgatók szinte korlátlan teljhatalmat élveznek mind a működési rend, mind pedig a tanárok számára megengedett munkamódszerek, oktatási stílus „szabadságfokának” meghatározásában. Így állhat elő az a helyzet, hogy a tantervi követelményrendszer túlzott központosítottsága és az ennek való megfelelési kényszer következtében, több tanár olyan minimális eltérést sem engedélyez, amely révén eredményesebbé válhatna egy tanulási zavarral küszködő gyermek teljesítménye. (Például a diszgrafiás gyermekeknek nagy segítséget jelentene a ceruza használata a második osztálytól kötelező golyóstoll helyett.)

### **Szemléletváltás szükséges!**

*Mindez igényli az iskolavezetést, a tanárok nyitottságát és rugalmasságát legalább az olyan előírások megváltoztatásának irányában, amelyek megvalósíthatósága csak emberi jóakaraton, múlik. Például annak engedélyezése, hogy egy diszlexiás gyermek szóban adhasson számot tudásáról. Ez a sérülés természete alapján jogos és a szakirodalomban is javasolt igény jelenleg – érthetetlen módon – számos helyen a tanárok ellenállásába ütközik, mint korábban utaltam rá.*

*„Több dolgot íratott a történelemtanár, és persze nem ment neki, nem ment, én mondtam, diszlexiás a gyerek, hát hogy esetleg lehetőség lenne-e szóban? Hú, hát mit képzelek, hát 28 gyerek mellett hogy gondolom én, hogy majd feleltetjük.”*

*(KM. (39) szociális ápoló, 15 éves fiú anyja)*

A hiperkinetikus zavaros gyerekek átlagon felüli érzékenységből és sajátos tulajdonságaiból fakad: ha azt érzékelik, hogy a másik emberből, például a tanárból szeretet, személyiségük elfogadása, megértése és tisztelet sugárzik, ez elképzeltetlenül magas szintű teljesítményváltozást idéz elő náluk. Több példát találtam arra vonatkozóan, hogy a gyerek elégséges osztályzata egyazon tárgyból a tanárcsere követően fél év alatt jelesre változott(!). Mint említésre került, ezek a gyermekek nem tisztelik vakon a pozíció, tanári

vagy egyéb felnőtt szerep adta tekintélyt, hanem tiszteletük kizárólag annak a személynek szól, aki érző, értelmes emberi lénynek és nem idomítandó báboknak tekinti őket.

A jelenlegi, nagyrészt poroszos típusú iskolarendszer szinte azt sulykolja bele a diákjaiba, hogyan „kell” gondolkodnia, mit „kell” éreznie például egy irodalmi vagy műalkotással kapcsolatosan, holott ők fontos elméleti (például erkölcsi, filozófiai) kérdésekről korukat meghazudtoló érettséggel gondolkodnak és nyilatkoznak. Csak olyan elvárásokat hajlandóak interiorizálni és betartani, amelyek értelmes voltáról maguk is meg vannak győződve. (Például az iskolába járást is visszautasítják, ha nem látják értelmét az ott eltöltött időnek.) Azt tapasztaltam, hogy számtalan tanárt szinte az első pillanattól kezdve irritál ezeknek a fiataloknak az arckifejezése, amely az előbbieken kívül azt tükrözi, hogy ők nem betörhető, trenírozható, konformizmusra hajló, hanem önálló személyiséggel, eredeti, ötletgazdag gondolkodásmóddal rendelkező emberek.

„Nem mindenki tud vagy akar a beteggé tevő tanulási, illetve életfeltételekhez alkalmazkodni. Aki ellenállást tanúsít, az önállóságáról és életrevalóságáról ad tanúbizonyságot.” (Mattmüller – Frick, [1993]71.o.)

(A tanulmány irodalomjegyzéke elérhető a szerkesztőségben.)

Írta: Berszán Lídia

## INTEGRÁCIÓS KÍSÉRLETEK

### Bevezetés

A társadalmi kirekesztés-integráció kérdése az utóbbi évek szakmai vitáinak gyakori témája. A globalizáció felé haladó világ értékrendjében az integráltságnak, a társadalmi részvételnek prioritássá kell válnia, különben a közös Európához tartozás csak politikai szlogen marad. Számos nemzetközi fórum rendeli el a diszkrimináció mentességet, a kirekesztés bármilyen formájának megszüntetését.

Az ENSZ 1995-ös Koppenhága-i Világtalálkozóján a 4. elköteleződésben így fogalmazta meg ezt: „Kötelezettségvállalás a társadalmi integráció erősítésére: olyan biztonságos és igazságos társadalom révén, amely az emberi jogok erősítésére és védelmére, diszkriminációmentességre, toleranciára, esélyegyenlőségre, szolidaritásra, biztonságra és mindenki részvételére épül, ideértve a hátrányos helyzetű és sebezhető embereket és csoportokat is.”<sup>7</sup>

Az Európa és Közép-Ázsia gyermekeiről szóló Kormányközi Konferencia (Berlin, 2001. május 16-18.) szintén felvállalja az integráció erősítését, külön kitérve a fogyatékkal élők jogaira is: „Kiemelt figyelmet kell szentelni a fogyatékkal élő gyermekek védelmének és támogatásának. Biztosítani kell, hogy azonos jogokkal, valamint az egészségügyi alapellátáshoz, oktatáshoz és kényelmi szolgáltatásokhoz való akadálymentes hozzáféréssel fogadják el és integrálják őket a civil társadalomba.”<sup>8</sup>

Az EU csatlakozás egyik kiemelt feltétele Románia számára a társadalmi integráció erősítése, különös tekintettel a speciális szükségletű gyerekek élethelyzetének és oktatási lehetőségeinek javítására. Az UNICEF 5 éven át jelentős szakmai és anyagi támogatást nyújtott a meglévő speciális oktatás szakmai felülvizsgálatához és az új, integrációs gyakorlat előkészítéséhez<sup>9</sup>. 1999/102 júliusában kibocsátott sürgősségi kormányrendelet meghirdetett célja az esélyegyenlőség megalapozása és a komplex rehabilitáció biztosítása. Szemléleti „elmozdulást” is jelent az új törvény: a sérült személyek addigi, túlnyomóan medikális/orvosi „diagnosztizálásról” a multidiszciplináris állapot-felmérésre és intervencióra teszi a hangsúlyt. A szegregált oktatás helyett az integrációra való áttérést és a normalizációt támogatja azért, hogy a fogyatékkosságot többé ne betegségként tekintsek az iskolában és a társadalmi élet többi színterén, hanem olyan másságként, amelynek helye és létjogosultsága van. 2000-től megkezdődött az enyhén és közepesen sérültek kísérleti jellegű integrációja a normál oktatásba. Az Oktatási Minisztérium (Ministrul Educatiei si Cercetarii) 2001-ben kidolgozta az iskolai integráció komplex módszertanát (a 2001/23 törvény alapján). Azt, hogy mit jelent az integráció a mindennapi gyakorlatban, a Bethánia Gyógyterápiás Napközi Otthon tevékenységének bemutatásával és eddigi tapasztalatainak összegzésével szeretném szemléltetni.

<sup>7</sup> Európai Bizottság: web ([www.kappa.ro](http://www.kappa.ro))

<sup>8</sup> Kormányközi Konferencia 2001: web ([www.szochalo.hu](http://www.szochalo.hu))

<sup>9</sup> Traian Vrámas, Patrick Daunt, Ionel Musu: Integrarea in comunitate a copuului cu cerinte educative speciale 1996 ed. Ministrul Invatamantului si Reprezentanta Unicef in România

## A Bethánia Gyógyterápiás Napközi Otthonról

A megyében első rehabilitációs célkitűzésű civilszervezetként 1992 júliusában jött létre a kolozsvári Bethánia Gy.N.O. a P.C.K. (Maarsbergen, Hollandia) kezdeményezésére és az Erdélyi Református Egyházkerület védnöksége alatt. Célja azoknak a 2-9 év közötti gyerekeknek az óvodai ellátása és rehabilitációja, akiknek a fejlődésében zavar vagy lemaradás lépett fel (mozgássérültek, szellemileg fogyatékosak, szervi betegségekben szenvednek) testi, szellemi vagy szociális okok miatt. Az intézmény kapacitása 60 fő és nyitva áll a városban és környékén lakó minden sérült gyerek számára, függetlenül társadalmi, vallási és nemzetiségi hovatartozásától.

A Bethánia nevelési elve: minél korábban és minél hatékonyabban fejleszteni a gyereket anélkül, hogy családi környezetéből kiszakítanánk, sőt a szülőket is bevonva a terápiás munkába. A fejlesztési cél: megadni a lehetőséget és a segítséget a gyerek számára a csoportos és egyéni foglalkozások által, hogy elérje képességei maximumát és integrálódni tudjon a normál óvodai oktatásba, a normál iskolába vagy egy speciális osztályba.

1999-ig a gyerekek 70%-ával csak a 4 éves kor betöltése után jelentkeztek először fejlesztésre a szülők, '99 óta a korai fejlesztési lehetőségek megjelenésével és talán a jobb információáramlás miatt is, javulás tapasztalható ilyen irányban: a gyerekekkel sokkal hamarabb szakemberhez fordulnak a szülők.

Az óvoda 10 éves működése alatt összesen 168 gyerek fejlesztésével foglalkozott, ebből 120 gyerek már továbbment (vagy megy 2002 őszén) normál óvodába, iskolába vagy a speciális oktatásba. A tőlünk elkerült gyerekek továbbtanulási eredményeit, integrációs lehetőségeit nyomon követtük, a dolgozat célja, hogy ezeket a tapasztalatokat feldolgozza és kiértékelje.

### Az integráció előkészítése

Mindazok, akik speciális szükségletű gyerekekkel és családjaikkal dolgoznak, tapasztalják, hogy a sérült gyermek megszületésével, az ebből fakadó fájdalom, kétségbeesés, tanácstalanság miatt a szülők eleinte többnyire kiszorulnak a társasági életből, gyakran a tágabb családból, baráti körből is. Önmagában az a tény, hogy elindulnak óvodát, fejlesztési lehetőséget keresni gyermekük számára, azt jelenti, hogy megtették az első lépéseket a visszakerülés irányába: tartozni fognak egy intézményhez, kapcsolatba kerülnek szakemberekkel, hasonló sorsú családokkal. Elmondásuk szerint ambivalens érzések dúlnak bennük: megkönnyebbülés, öröm találni egy olyan óvodát, ahol van „helye” a gyermeküknek, de azzal, hogy speciális óvodába kerül a gyermek, bizonyos mértékig elmélyül a szülőknél az a tudat, hogy most már hivatalosan is a „sérültek társadalmához” tartozik.

A szocializáció szempontjából mind az egészséges, mind a sérült gyermek számára meghatározó, nagy lépés az óvodába kerülés. A sérült gyermek számára nem csak a szocializáció, de az integráció első mozzanata is ez a változás: ki kell lépnie a sokszor nagyon szűk körű családi körből, új renddel, programmal, elvárásokkal találkozik, de nemritkán legelső alkalma ez a barátra, játszótársra találásnak is. A tíz év alatt hozzánk került gyerekek majdnem felét megpróbálták normál óvodába, esetleg bölcsődébe vinni a szülők, de ott nem tudtak beilleszkedni, nem volt egyéni fejlesztésre lehetőségük, kiszorultak a gyermekcsoportból.

Az integráció következő nagy lépése az, amikor el kell hagyni a terápiás óvodát: át kell menni normál óvodába, vagy el kell kezdeni az iskolát. A megmérettetés kezdődik meg ekkor gyermek és szülő számára, a felkészítő óvoda számára, de az oktatási rendszer valódi „befogadó-készsége” szempontjából is. A sérült gyermekek normál osztályokba való integrációját megpróbáljuk minél jobban előkészíteni. Az előkészítés három szinten történik: a gyermek felkészítése, a család/szülők felkészítése, a jövőbeli tanítónővel való kapcsolatfelvétel és kapcsolatépítés.

A gyermek felkészítése az integrációra: Az óvónő, gyógypedagógus, pszichológus meghallgatják és megbeszélnek a gyerek iskolával kapcsolatos elképzeléseit, fantáziáit, elmondják neki, hogy miben lesz más az iskola, mint az óvoda, „tanító néni” szerepjátékokat játszanak a csoportban, iskola-előkészítő feladatokat végeznek a gyerekekkel, meglátogatnak egy közeli iskolát, osztály-szerűen rendezik be egy-egy foglalkozásra az óvodai termet, búcsúztatót tartanak az iskolába menőknek, ahol iskolásoknak való „hasznos felszerelésekkel” ajándékozzák meg őket. Nagyon fontos mozzanata az előkészítésnek (és erre maguk a gyerekek vezettek rá bennünket), hogy megtanuljanak beszélni a sérültségükről: el tudják mondani hasonló korú társaiknak azt, hogy miért járnak, beszélnek, viselkednek másként, mint a többiek, és megértsék, hogy nem megsértődni, elkeseredni, hanem válaszolni kell, ha az állapotukat illető kérdéseket tesznek fel nekik. Számunkra is szinte hihetetlennek tűnik néha, hogy milyen higgadt, értelmes magyarázatokat tudnak adni az iskoláskorú sérült gyerekek, ha megkapják ehhez a kellő segítséget.

A család/szülők felkészítése az integrációra: A pánikszerű félelemtől-féltéstől, a teljes elragadtatásig mindenféle hozzáállást tapasztalni lehet a szülők körében akkor, amikor fogyatékos gyermekük integrált oktatásának a lehetősége felmerül. Akik félnek az addig megélt sok elutasítás, negatív stigma miatt, tartanak a gyermek normál iskolába kerülésétől. Többnyire elfogadták már gyermekük sérültségének tényét és óriási kihívásnak gondolják az integrációt, nem bíznak az osztályközösségek, pedagógusok elfogadókészségében. Gyakran érvelnek az üvegház-példával: a fogyatékos gyermek gyenge kis palánta, védett környezetre van szüksége, nem tehető ki az időjárás szeszélyeinek. Viszont bennük is megvan vagy felébreszthető az a vágy, hogy kipróbálják: palántájuk vajon megerősödött-e az addigi gondos nevelgetés során annyira, hogy életképesnek bizonyuljon az üvegházon kívül is. A szülők félelmei sajnos gyakran nem alaptalanok, az erőszakos, mindenáron való, előkészítetlen integrációnak elsősorban a gyerek látja kárát, kudarc, törés neki, ha az derül ki, hogy nem fogadják be, vagy nem tud megfelelni a követelményeknek.

Az integrációért fenntartások nélkül rajongó másik végletbe néha azok tartoznak, akik nem tudták sehogy sem feldolgozni a gyermek fogyatékoságát. A gyermek minden áron való integrálásától tulajdonképpen saját integrálásukat várják: ne kelljen többé kimondani a speciális, sérült, fogyatékos szavakat, mondhassák, hogy normál iskolába jár, s majd csak elboldogulnak valahogy. A szülők felkészítését legjobban azok a szülők tudják segíteni, akiknek már iskolás sérült gyermekük van. Szülőcsoportokat szervezünk, ahol megoszthatják kérdéseiket, tapasztalataikat ilyen szülőkkel és szakemberekkel (pl. a Beiskolázási Bizottság pszichológusait), kiegészítő, alternatív és normál iskolákat látogatunk meg. Nagyon fontosnak tartjuk az integrációval kapcsolatos tanügyi rendeletek megismertetését azért, hogy a szülő, mint a gyermek jogainak érvényesítője tisztában legyen azzal, hogy mit kérhet gyermeke számára. Ugyanúgy, mint a gyerekek felkészítése esetében, lehetőséget kívánunk adni a szülőknek arra, hogy beszélhessenek féleleimeikről és vágyaikról az iskolával kapcsolatosan családlátogatások, szülőcsoportok, az óvoda szakembereivel való megbeszélések során. Ebben a felkészítő munkában óvónő, szociális munkás, pszichológus, az óvoda valamennyi szakembere részt vesz.

A jövődöbéli tanítónővel való kapcsolatfelvétel és kapcsolatépítés: Az évek során azt tapasztaltuk, hogy a tanítónők nem kapnak elég információt arról, mit is jelent majd az, hogy egy sérült gyermek kerül az osztályukba, sőt megtörtént, hogy kiosztották nekik ezt a feladatot anélkül, hogy önként vállalkoztak volna erre. Ezért fontosnak tartottuk, hogy a szociális munkás, a szülőkkel előzetesen tanácskozva, megkeresse azt az iskolát, ahová a gyermek tartozni fog, és felvegye a kapcsolatot a gyermek jövődöbéli tanítójával. Nagyon sok fenntartás, alaptalan előítélet tisztázódhat így mindkét (szülők, tanító) részről. Gyakran a tanítók és a szülők felveszik közvetlenül is a kapcsolatot, nemegyszer a tanítónő eljön megnézni a gyermek óvodáját, itteni munkáit, beszél a gyermekkel addig foglalkozó személyekkel. Így rakódnak le az alapjai egy jó munkakapcsolatnak előkészítő intézmény és iskola között is, ami nagyon megkönnyítheti mind a gyermek és család, mind a gyermek integrálását felvállaló tanító helyzetét is. A gyermek távozásakor magával visz egy dossziét a normál óvodába vagy iskolába, ami minden jelentős információt tartalmaz a fejlesztésével kapcsolatosan, hogy ez is eligazításként, kiindulási pontként segítségére legyen a vele azután foglalkozók számára.

### **Integráció a gyakorlatban**

Valamennyi gyerek a Beiskolázási Bizottság irányítását figyelembe véve kerül iskolába. Az évek során három lehetőség volt: a gyermek képességeinek megfelelően került normál osztályba, integrációs esetként került normál osztályba, kiségitő osztályba került. A normál óvodába kerülést a szülők és a Bethánia szakembereinek együttes megbeszélései alapján döntöttük el. Az 1992-2002 időszakban a Bethániából eltávozott gyerekek helyzetét mutatja be a táblázat:

	<b>normál óvoda</b>	<b>normál iskola</b>	<b>kiségitő iskola</b>	<b>otthon maradt*</b>	<b>összesen</b>
Hová ment a Bethániából	<b>29</b>	<b>61</b>	<b>27</b>	<b>3</b>	120
Hol van jelenleg	<b>- **</b>	<b>80</b>	<b>34</b>	<b>5</b>	119***

semmilyen szervezett oktatási formában nem vesz részt, alkalmi jelleggel nappali foglalkoztatóba jár be \* a Bethániából normál óvodába menő gyerekek később normál iskolába kerülnek \*\* egy gyerek esetében nincs adatunk jelenlegi helyzetét illetően

A táblázat adatai alapján összesen 90 gyermek (29+61) kezdte az első osztályt normál iskolában, a jelenleg normál iskolában tanulók száma viszont csak 80. Ez a táblázat nem mutatja elég részletesen azt a nagyfokúnak mondható mozgást, vándorlást, ami a valóságban történik egyik kiségitő osztályból a másikba, vagy a normál oktatásból a kiségitő felé.

Az iskolaváltoztatások zöme az első osztály közben vagy végén és a negyedik osztályból ötödikbe való átmenetkor történt. Okként a szülők a gyermek marginalizálódását, gyenge tanulmányi eredményeit vagy a bukásveszélyt jelölték meg. Sok szülő ezért döntött úgy, hogy elviszi gyermekét egy másik iskolába, osztályba, ahol kisebb az osztálylétszám, több idő jut egy-egy gyermekre. A kisebb létszámú (12-14 fős) osztályokban, az országos szinten jellemző jelentős gyermeklétszám-csökkenés miatt, a gyerekek nem váltak osztályismétlőkké, mert ez esetleg veszélyeztethette volna az osztály létét, de mivel tanulmányi eredményeik gyengék voltak, az osztályközösségbe nem mindig tudtak itt sem beilleszkedni.

A tanügyi törvény előírja azt, hogy a normál osztályba integrált gyerekek és tanítóik munkáját gyógypedagógusoknak kell segíteniük, a kiségitő osztályokban tanuló gyerekek számára pedig kötelezően biztosítani kell az egyéni fejlesztési lehetőséget. Megfigyeléseink és a szülők beszámolói alapján azonban az derül ki, hogy ez a segítség gyakran elakad adminisztratív okokból, nem elég gyakori és nem elég rendszeres, vagy egyáltalán nincs. A

gyermekkel foglalkozó tanítók és a szülők sem egyforma mértékben igénylik az egyéni foglalkozást a gyermek számára. Az integráció szempontjából nagyon fontos lehetőség: az alternatív pedagógiájú osztályok választása. Az utóbbi négy évben 13 gyermek kezdte a tanulást Montessori, Waldorf, Happy Kids és Step by step osztályokban. Egy gyermek kivételével mind beilleszkedtek és saját ritmusukban ugyan, de képességeiknek megfelelő jó eredményekkel tanulnak.

**Egyéni foglalkozásban részesülő gyerekek:**

oktatási típus	össz.gyerekszám	rendszeres segítségben részesül	iskola biztosítja	szülő biztosítja
normálba integrált	67	11	2	9
alternatív	13	8	?	8
kisegítő	34	13	10	3
otthon	5	2	-	2

## **Egy sikertelen és egy sikeres integráció**

### *Sanyika és a pozitív diszkrimináció*

Sanyika több mint öt évet járt a Bethániába. Progresszív izomleépülésben szenvedett, ami a mozgását (különösen a finommozgásokat), beszédét és látását is érintette. Lassan, de érzékelhetően fokozódó fogyatékosága időről időre depresszió-közeli érzelmi állapotba juttatta. Szülei, családja minden emberileg lehetséges kezelést megpróbáltak, nagy fájdalommal, de sok szeretettel álltak mellette a nehéz periódusokban. Az óvodai közösségbe jól beilleszkedett, sok pajtása és két jó barátja is volt. Érdeklődő, a tanulásra nyitott gyerek volt az iskola-előkészítő foglalkozásokon, nagyon készült iskolába. A szülők, óvónő, óvodai specialisták, Beiskolázási Bizottság egybehangzóan úgy gondolták: Sanyikát normál osztályba kell integrálni. Igaz ugyan, hogy már csak kerekesszékekkel közlekedik, az önellátásban segítségre van szüksége, de szellemi képességei jók. Az anyuka féltette ugyan a gyereket, voltak fenntartásai, viszont miután meglátogattuk a mozgássérültek speciális iskoláját, mint a másik lehetséges iskolát, ő is az integráció mellett döntött. Márciusban felvettük a kapcsolatot a gyermek lakhelyéhez legközelebb eső iskolával. Az igazgatónő egyetértett az integrációval, elmondása szerint volt már tapasztalatuk ezen a téren. Az ősszel első osztályt kezdő tanítónő is készségesen fogadott, sok kérdése volt, meg akart ismerkedni a szülőkkel is. Négyszer találkozott a szociális munkás a tanítónővel, kétszer kereste meg az anyuka, mielőtt Sanyika elkezdte az első osztályt.

Az iskola az első napokban nagy élményt jelentett Sanyikának. Húszan voltak az osztályban, ő az első padba került. Szülei nem akarták kerekesszékekkel vinni, mert emeleten volt az osztály, ezért ölben vitték-hozták, édesanyja nagyszünetben is bement és kivitte a WC-re. Órákon nagyon figyelt, szorgalmasan, bár keservesen húzogatta az első hetekben füzeteibe a vonalkákat. Reggelenként énekelt az osztály, ő akkor már csak nagyon ritkán volt elég erős ahhoz, hogy lábra álljon, de ilyenkor ő is felállt, mert a többiek is állva énekeltek. A gyerekek sokat kérdezősködtek az állapota felől, ő válaszolgatott nekik, ha nem tudta, megkérdezte az anyukáját. A gyerekek a tanító nénitől is kérdezősködtek: miért nem jár Sanyika, miért csak egyszer-egyszer áll fel, miért jöhet be az anyukája szünetben, miért csak hajtogat kézimunkából és nem vág, pedig azt is kézzel kell csinálni, miért születik így egy gyerek, miért, miért... A tanító néninek nem mindig volt könnyű válaszolnia. Igyekezett kerülni azokat a helyzeteket, amikor a többi gyerek felfigyelt arra, hogy Sanyika nem azt, nem úgy csinál valamit, mint ők: hazaküldte kézimunka és tornaórákról, nem beszélgetett többet az anyukájával, mint a többi gyermekével. Hetente más gyereket ültetett mellé, hogy

lassan mindenki megismerje. Sanyikának nem mindig tetszettek ezek a „kedvezmények”: szerette nézni a tornaórát, szeretett volna maradni kézimunka órákon, mire megbarátkozott egyik padtársával, ismét új padtársa lett. Néha rendetlenkedett órán: ledobta a radírját, ceruzáját, tetszett neki, hogy a mögötte ülő kislány felveszi, meg-meglökte a gyöngybetűkkel író padtársa könyökét, ne legyen a füzeté tökéletes, mikor neki csak ákombákomok sikerültek. Aztán egyszer meg is sértődött: három sort másolt otthon az olvasókönyvéből, és amikor a tanító néninek büszkén bemutatta, ő visszakérdezett: „mi ez a sok krikosz-krakosz?” Másnapra nem akart házi feladatot írni, de akart menni iskolába másnap is.

Aztán ahogy teltek a hetek, egyre másra gyűltek a közepes, elégséges osztályzatok. A feladatlap betűi túl aprók voltak neki, az írott betűket nem tudta sehogy sem kikanyarítani, diktáláskor pánikba esett, túl lassan beszélt, a többiek megelőzték a válaszadásban. A szülők naponta érdeklődtek a tanító néninél az előrehaladásáról, kérték, hogy ülhessen azzal a kisfiúval, akivel barát lett, aki mindig önként segített neki, amikor uzsonnát kellett kicsomagolni. Kiderült, hogy az a legrosszabb gyerek az osztályból, meggondolatlanság lenne Sanyika mellé ültetni. Mikor már nagyon sok panasz volt az írás miatt, speciális füzetet készített Sanyikának az édesapja: nagykockás, nagyvonalközös füzeteket, de írni továbbra is csak nyomtatott betűkkel tudott.

Két hónappal az iskolakezdés után megkereste a tanító nénit az iskola orvosa. Megdöbbenésének adott hangot, hogy ilyen könnyelműen felvállalt egy progresszív betegségben szenvedő gyereket. A tanító néni ránk, az óvodára hivatkozott, hogy mi ajánlottuk, nincsenek krízisei, nem volt még eddig beteges.

Egy oldalnyi diagnózisa van – érvelt az orvos -, kockázatos dolog normál iskolában tartani.

Ekkor a tanító néni felhívta a Bethánia szociális munkását és egy találkozást kért. Elmondta, hogy teljesen elbizonytalanodott, fél a kockázattól, érzelmileg is, pedagógusként is nehezen viseli a gyerekek kérdezősködések, újabban a többi szülő is mindenfélét kérdez, félnek, hogy leromlik az osztály színvonala, ha ő ilyen gyerekeket vállal fel. Az ő felkészültségét meghaladják a Sanyika írás körüli nehézségei, ezt a Sanyika szüleivel is közölte. A szülők elkezdtek érdeklődni az iskola gyógypedagógusa iránt, amire azt a választ kapták, hogy hat iskolát kell ellátnia, csak hetente egyszer jöhet ebbe az iskolába, de szívesen felméri a gyereket és tanácsot ad, ha gond van. A tanító nénit nyugtatni próbálta, hogy mivel itt integrációról van szó, ne akarjon mindenből az osztályátlagnak megfelelő teljesítményt a gyerektől, hisz képességeihez mérten jól halad. A szülők nem hagyták ennyiben a dolgot, ezért egy egyetemi hallgatót fizettek meg, hogy hetente kétszer-háromszor rendszeresen foglalkozzon a gyerekekkel. Sanyika egész jól olvasott, fejben is összeadott, kivont húszig decemberre, de minden igyekezete ellenére még egyetlen kitérő osztályzatot sem sikerült szereznie. Mivel mind többet írtak minden órán, az az ötlete támadt a gyermek tanulását segítő diáknak, hogy próbálkozzanak a számítógépen való írással, amit majd az iskolában is használhatna. A tanító néni ekkor kifakadt: hogy fogja megmagyarázni az osztálynak ezt az újabb kedvezést: másfajta füzet, másféle feladatlap, másféle órarend, most meg ez a számítógép ötlet. Amit tőle elvárnak, az már pozitív diszkrimináció, oda a tekintélye az osztály előtt, a szülők előtt, ha ebbe is belemegy. Hallani sem akarta már, hogy az integráció velejárója az, hogy vannak dolgok, amiben a sérült gyerek más, ezért más eszközöket, elbírálást igényel. A téli vakáció idejére egy közös találkozást beszélünk meg, ahol jelen volt a tanító néni, Sanyika a szüleivel, a Bethánia pszichológusa és szociális munkása. A találkozás feszült légkörben zajlott, a tanító néni nyíltan kijelentette, hogy nem vállalja tovább azt, hogy a gyerek az osztályába járjon, nem ott a helye. A szülők sejtették,

hogyan ezt a választ kapják majd, sőt a gyerek is. Hallgattak, nem érveltek, nem magyarázkodtak. Januártól beírták a lakhelyétől 8 kilométerre levő, román tannyelvű mozgássérültek speciális iskolájába. Első nap kitűnőt vitt haza...

Három év telt el azóta. Nemrég, amikor megkérdezték tőle milyen iskolába jár, ezt válaszolta: „olyanba, ahol hozzám hasonló gyerekek vannak”.

### *Mihai első szülinapi meghívója*

Mihai normál iskolába integrálásával kapcsolatosan voltak kételyeink. Bár gond nélkül beilleszkedett az óvodai közösségbe, sőt igyekezett mindenki kedvencévé válni, de igazi, passzivitásra hajló Down-os volt: elüldögélt órákig képeskönyvvel a kezében egy sarokban, s a gyerekjátékokban legszívesebben csak szemlélőként vett részt. Az oviban mindenféle egyéni tevékenységben része volt: logopédushoz, gyógytornászhoz, gyógypedagógushoz járt, édesanyja rengeteget foglalkozott vele, s néha látványosan jól haladt, máskor hónapokig falra hányt borsónak tűnt a tanítása. A beiskolázást megelőző megbeszélésen mégis a gyermeknek egy alternatív pedagógiájú normál osztályba integrálása felől döntöttek a specialisták, szülő, óvónő, Beiskolázási Bizottság. Így került Mihai a Pedagógia Líceum „step by step”<sup>10</sup> osztályába.

Az iskolakezdés előtt három hónappal megkezdődtek az előkészületek: egy szülőcsoportra meghívtunk néhány olyan szülőt, akiknek szintén Down-kóros gyermekük van és kisegítő, normál, illetve alternatív osztályba járnak a gyerekeik, majd meglátogattuk az anyukával az iskolát. A tanító néni kissé tartózkodva fogadott, de elmondta, hogy mi a „step by step” módszer lényege és ígérte, meglátogatja a Bethániát, hogy egy kicsit informálódjon, mielőtt dönt afelől, hogy elfogadja-e Mihait. A látogatás meg is történt, Mihai a helyzet magaslatán volt, mint mindig, amikor meg akart nyerni valakit, csak azt nem értette, miért kell neki tanító néni, miért nem mehet vele az óvó néni is iskolába, hisz ennyi év után már ő is befejezhetné az óvodát.

Az első iskolai nap nagy izgalmak között telt el. Amikor a tanítónő feltette a félig-meddig költői kérdést, hogy van-e valaki, aki esetleg szeretne egy mesét vagy verset mondani, Mihai azonnal rákezdett egy mesére. A gyerekek, szülők kicsit csodálkozva hallgatták a nem mindenütt érthető történetet. A tanító néni megelőzve a kérdéseket röviden elmondta, hogy ki Mihai, és szólt néhány szót az integrációról. Az első hetek nem voltak könnyűek sem a gyerek, sem az anyuka számára: az anya sokat szorongott, nehogy egy nap, amikor a fiáért megy, azt mondják, hogy megpróbálták, mégsem sikerült Mihait együtt oktatni a többiekkel, mégiscsak vigye kisegítőbe. Szinte naponta kérdezgette a többi szülő és gyermek Mihai mássága felől, mert az érdeklődőket a tanítónő legtöbbször hozzá irányította. A gyermeknek is nehéz volt az órákon csendben ülni s közben nem csak nézelődni, de csinálni is a kiszabott feladatokat, megszokni az új eszközöket, munkamódszert, otthon házi feladatot írni. Ki is jelentette néhány hét után, hogy már járt iskolába eleget, otthon akar maradni. Ebből aztán nem is engedett, az édesanyja kénytelen volt néhány napig a fiával együtt járni iskolába, együtt ülni vele a padban. Segélykérő telefonok, beszélgetések kezdődtek el az anyuka és a volt óvónő, tanítónő és anyuka között, hogy mit kellene tenni, hogy kellene a gyereket valahogy rávenni arra, hogy nem tanulhat még az anyukája sem helyette, neki is akarnia kell.

A mélypontról mégiscsak kimozdult a helyzet, Mihai szülői ígéreték és fenyegetések hatására mégiscsak megjelent újból egyedül az iskolában. Az osztály munkáját segítő gyógypedagógus, aki az írás és matek foglalkozásokon a Mihai csoportjával együtt dolgozott

<sup>10</sup> Lépésről lépésre (angol)

és utólag is többször gyakorolta vele a csoportban tanultakat, egy-egy ajánlkozó kislánynak kezdte megmutatni, hogy kell Mihainak segíteni: megkezdeni neki a sort, kirakni a számkártyákat stb. Mihai kezdett azért tanulni, hogy megnyerje csoporttársai tetszését, beférkőzzön a tanító néni kegyeibe. És lassan-lassan megtanult iskolás lenni, sóhajtván ugyan, de indult reggelenként, s már nem az ovi felé vette az irányt, hanem kikérte magának azt, mivel már iskolás. A tanító néni szerint ma már elképzelhetetlen nélküle az osztály és szerényebb eredményekkel ugyan, de lépést tart a többiekkel, sőt egy dologban verhetetlen: ha kétszer meghallgat egy számára érdekes szöveget, harmadszor csak az ujját húzza a sorok alatt, a szöveget már kívülről „olvassa”.

Talán mindenki hamarabb megnyugodott afelől, hogy Mihait valóban elfogadta az osztályközösség és a tanító néni, hogy tényleg integrálódott, ő maga is jól érzi magát, megtalálta a helyét a társai között, mint az anya. Hónapokig szorongva nyitott be az osztályba, picit mindig félt, ha egy szülővel találkozott. Egyik nap Mihai egy kicifrázott borítékkal szaladt elé az órák után. Szülinapi meghívó volt benne egy osztálytársától. Ez volt a bizonyíték az anyuka számára: kezdte elhinni, hogy valóban befogadták.

Írta: Mádi Csabáné

## KITÁRUL A VILÁG

*„Az élet nem azon áll,  
Hogy milyen jó kártyát kapunk a sorstól,  
Hanem azon,  
Hogy egy rossz osztást jól játsszunk meg.”  
(Stevenson)*

### Találkozásom a gyermekotthonban nevelkedő gyermekekkel

1991 óta dolgozom a Speciális Csoportos Gyermekotthonban<sup>11</sup>. Eleinte félve, bizonytalan érzéssel kezdtem itt a munkát. Nem tudtam, jó döntés lesz-e részemről ez a választás. Azt gondoltam: „Szörnyű lehet az életük, milyen kicsi a világuk, minden beszűkül körülöttük.” Szerencséjükre, talán ők ennek nincsenek tudatában. Vajon képes leszek-e hosszú távon vállalni e munka felelősségét? A sok szomorú, nehézsorsú gyermekek között tudok-e örömet találni s nyújtani önmagam és a gyerekek számára.

Ahogy telt az idő, a mindennapos munka során egyre inkább éreztem ragaszkodásukat, szeretettségüket – s bár voltak nehézségek is -, ez számomra mindig új erőt adott.

Tíz éve foglalkozom gyermekekkel gondozónőként. Gondoskodom ruházatuk rendben tartásáról, étkezésükről, fürdetésükről, s közben a megfelelő viselkedési formákat igyekszem elsajátíttatni a játék, az önkiszolgálás tanulása közben. Törekszem arra, hogy a felnövő, sérült fiatal saját környezetében ne érezze magát kiszolgáltatottnak, hanem fejlődjön öntudata, tartsa be a társadalmi érintkezés különböző formáit, tudjon felnőttek között viselkedni, tudja vágyait, érzéseit kifejezni, és maga is törekedjen dolgai rendezésére, valamint rendelkezék minél nagyobb fokú önállósággal.

Egy olyan látásfogyatékos (gyengénlátó – a koraszülötteknél diagnosztizált szemidegsorvadás) és idegrendszeri károsodott kislány sorsát és eddigi életét írom le, akinek reménye van arra, hogy végigmegy egy hosszú fejlődési úton, amelynek végén kitarul a világ előtte.

### A Speciális Csoportos Gyermekotthon

Jelenleg a speciális szükségletű gyermekek és fiatalok igényeit csak részben érzékeljük, de pontosan még nem tudjuk megfogalmazni, s ennek következtében nem alakulhatott ki az egységes tipológia. Sok helyen nincsenek speciális gyermekotthonok, így a speciális szükségletű gyermekek elhelyezése esetleges, nemegyszer otthonról-otthonra költöztetik őket, nem kapják meg a megfelelő segítséget, gondoskodást.

A gyermekvédelmi gondoskodás alatt álló speciális igényű gyermekek a Gyermekvédelmi törvény értelmében „... az ideiglenes hatállyal elhelyezett, az átmeneti és tartós nevelésbe vett tartósan beteg, illetőleg fogyatékos, beilleszkedési, magatartási vagy

<sup>11</sup> Egy megyei fenntartású speciális gyermekotthonról van szó a cikkben (A szerk.)

tanulási zavarokkal küzdő, szenvedélybeteg, illetve koruk miatt különleges ellátást igénylő gyermekek.”<sup>12</sup>

Megyeinkben a 3 év alatti gyermekek gondozását ma már csak gyermekotthonunk látja el, amely 1999 óta működik Speciális Csoportos Gyermekotthonként. Jelenleg 30 gyermek és 10 anya férőhelyünk van. Kihasznátságuk átlagban a gyermekotthoni részen 104%-os, az anyás részen pedig 33,8%. Gyermekeink döntő többsége súlyosan, halmozottan sérült. Komplex rehabilitációjukat részben a Gyermekrehabilitációs Osztály gyógytornászai végzik ambuláns formában, másrészt gyógypedagógiai korai fejlesztésüket a fejlesztő és iskola előkészítő foglalkozásokat óvónői, tanítói, gyógypedagógiai asszisztensi végzettségű dolgozóink látják el.

Gyermekeinknek – egy-két kivétellel – semmilyen családi kapcsolata nincs, ezért teljes körű ellátásukat hosszú távra kell tervezni. Gondoskodni kell folyamatos habilitációjukról, rehabilitációjukról, korai fejlesztésükről, lehetőleg az otthonon belül. Később integrált óvodai, iskolai foglalkoztatásukról, felzárkóztatásukról, illetve ha egyéjszégi állapotuk ezt nem teszi lehetővé, akkor speciális óvodai, iskolai elhelyezésükről kell gondoskodnunk.

Tapasztalataink szerint sajnos a súlyosan, halmozottan sérült, fejlődésében több területen akadályozott gyermeket a családja többnyire „elfelejti”. A gyermekotthon felelősségteljes feladata az, hogy minden rábízott gyermeknek szilárd alapot adjon. A sérült gyermekeknek a lehetőségeikhez képest a gyermekotthonban kell megtanulniuk szeretni, hogy később képesek és képesek legyenek új, tartalmas és mély emberi kapcsolatok kötésére. Ez csak stabil gondozói kapcsolat megvalósításával sikerülhet. A gyermekotthonban kell megtanulnia, hogy bízjon környezetében és ismerje, becsülje önmagát. Ezt eredményezheti, ha mindenki, mindig élő-érző emberként és sohasem tárgyként foglalkozik vele. Partnerként, aki aktív részese a felnőtt tevékenységének, akit tájékoztatnak a vele történő pillanatnyi és későbbi eseményekről, akinek tulajdonságait, erényeit számon tartják, megbecsülik, ezek által fontosnak és jónak érezheti magát.

### **Rózi bekerülése a gyermekotthonba**

Rózi 1999 szeptemberében született. Nem tudom milyen idő volt azon a napon, azt sem, hogy éjszaka volt-e vagy nappal. A szülők vajon készültek a gyermek fogadására? Átélték a gyermekvárás szorongással, izgalommal vegyített örömteljes időszakát? Vagy talán nem kívánt gyermekként jött a világra?

Anamnézise szerint X. terhességből 29. hétre, 1216 g-mal és 35 cm-rel született. Édesanyja tanácsadásra nem járt. Születése után 5 napig gépi lélegeztetést igényelt, majd garat oxigénre tértek át. A 6. életnapon hasi meteorismus, lázas állapot lépett fel, a kitenyészett kórokozó alapján célzott antibiotikus kezelést igényelt. A 3., majd a 6. élethéten transzfúziót kapott. Diagnosztizálták a koraszülötteknél fellépő szemideghártya elsorvadását. Szemészeti konzílium alapján mindez igazolódott, szemfenéki elváltozása további követést igényelt. Két hónapos kórházi kezelés után helyezték el gyermekotthonunkba.

A területileg illetékes polgármesteri hivatal jegyzője, mint első fokú gyámhatóság a gyermek ideiglenes elhelyezéséről döntött. A gyermek tartós kórházi kezelése, egészségi állapota indokolta a speciális gyermekotthoni ellátását. Családjába nem lehetett helyezni, mivel a szülők felügyeleti jogát a bíróság jogerősen megszüntette. Eszerint a szülők nem megfelelő életvitelük miatt alkalmatlanok összes gyermekük ellátására, nevelésére. Hat

<sup>12</sup> A gyermekek védelméről szóló 1997. évi XXXI. tv. 58.§ (1.)

hónap múlva a gyámhivatal az ideiglenes hatályú elhelyezést felülvizsgálta. A felülvizsgálati tárgyalás és a beszerzett szakvélemények alapján a kislány ideiglenes elhelyezését megszüntették és ezzel egy időben tartós nevelésbe vették. A gyámhivatal a szoros érzelmi kötődésre való tekintettel (ami a későbbiekben, illetve a lassan eltelt 3 év alatt nem igazolódott) a szülők kapcsolattartási jogát fenntartotta. A tartós nevelésbe vétellel egyidejűleg részére gyámot rendeltek ki, illetve a Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálat részéről vagyongazdálkodót.

### Rózi fejlődésének jellemzése

Rózi 1999-ben érkezett gyermekotthonunkba. Bekerülése után csendes, nyugodt csecsemő, ritkán sír, általában csak étkezések előtt. Napközben az ágyában tartózkodik, a nap nagy részét átalussza. Fürdetés alatt, tisztázásnál feszít, de a vízben rendszerint megnyugszik, elengedett.

*4 hónaposan:* öt napot a Schöpf-Mérei Kórházban tölt kórházi, szemészeti konzílium céljából, műtétet azonban nem javasolnak, mivel a szem állapota ezzel sem javítható.

A következő hónapokban gyakran betegeskedik, köhög, légzése nehezített, bal füle érzékeny. Fürdetésnél már nem feszít, elengedett, együttműködő. A vízben jól érzi magát, örömmel pancsol a kezével. Az ágyában lévő játékokat érintgeti, figyel a beszélőre, mosolyog, hangot ad, gőgicsél.

*8 hónaposan:* ébrenléti idejét a hempergőben tölti, nézelődik, figyel a körülötte történő eseményekre. A kezeinek nézése sokáig leköti a figyelmét. Ujjait egyesével hajlítgatja, csuklóját forgatja, hasra fordul, célbízatosan nyúl, fog. Ekkor a főzeléket kanállal kapja, a szájában tartogatja, nem nyeli le, ezért hígított főzeléket kap, amelyet cumisüvegből fogyaszt. Alvása nyugodt, szeret hason aludni.

*9 hónaposan:* nyugodt, jó kedélyű csecsemő. Hasra és visszafordul, majd gurulva közlekedik. Egy tárggyal manipulál, a kezében lévő játékot forgatja, nyomkodja, egyik kezéből átveszi a másik kezébe.

*1 évesen:* két tárggyal manipulál, a kezében lévő játékokat összeüti, kúszva közlekedik. Étkezéseknél a pohárra teszi a kezét, a gondozónő beszédére mosolyog, gagyog: ba-ba, gé-ge, te-te.

*13 hónaposan:* szőnyegen játszik, kezdetben nagy szemekkel, csodálkozva nézi a tágasabb teret és társait, majd nagy örömmel fedezi fel az új játékokat és a nagyobb játszóhely minden részét. Mozgásfejlődése újabb fokára ér – félig ülő helyzetbe emelkedik. Sikerral próbálkozunk a kanállal való etetéssel, kanál érintésére a száját kinyitja.

*14 hónaposan:* kapaszkodva feláll és néhány hónap elteltével egy-két lépést önállóan is megtesz. Sokat gagyog, halandszázik. Kisebb tárgyakat biztonsággal megfog, kosárba, tálkába beletesz. Padban etethető, darabos ételt, kiflit, pirítóst majszol.

*24 hónapos korában:* arckifejezése nyugodt, jó kedélyű kislány, örömét hangos nevetéssel fejezi ki. Játék közben, gondozás alatt vidám (pl. fürdés közben kezével, lábával pancsol), ha fáradt vagy rosszkedvű kevesebbet játszik.

Gondozónőihez barátságos, reggel a csoportba lépő gondozónőjét örömmel fogadja (felelget nekik, nevet rájuk). Gondozáson kívül megszólítással kezdeményez kapcsolatot. Sírással kér segítséget, ha társai bántják. Különbséget nem tesz az őt gondozók között, a gyermekotthon többi dolgozójához, kevésbé ismert emberekhez barátságos.

*Étkezés:* türelmesen vár az étkezésekre, padban eszik, az étel minőségére vonatkozóan egyéni kívánságai nincsenek. Ha nem ízlik neki az étel, vagy ha jóllakott, akkor fejét elfordítja. Szívesen iszik pohárból, lassú tempóban. Türelmesen vár, amíg újratöltjük poharát. Önállóan iszik. Kanállal való evéssel próbálkozik, egyre önállóbban eszik. Kezdetben nem akarta az evőeszközt megfogni, várta, hogy a gondozónő etesse. Próbálja meríteni a kanalat, de még előfordul, hogy nem jó szögben viszi a szájához. A darabos ételt lassan rágja, időnként gyűjtögeti a szájában, emiatt fokozott figyelmet igényel a gondozónő részéről.

*Fürdetés-Öltöztetés:* a fürdetés előkészületeit látván lelkesen készülődik. Az öltöztetésnél sokat fejlődött az önállóság terén, próbálkozik egy-egy ruhadarab levételével, öltöztetés közben segít. Jelenleg önállóan jár, biztonsággal közlekedik. A szobában és közvetlen környezetében jól tájékozódik. Több tárggyal manipulál, szívesen épít- két-három elemet egymásra rak.

*Beszédértése:* Szóval irányítható, beszédértése jó, de a bonyolultabb közlést, összefüggéseket még nem érti. Szemüvegét viseli gondozás közben és most már egyre gyakrabban gondozáson kívül is.

*Alvása* nyugodt, nappal és éjszaka egyaránt. Még nem érez hajlandóságot a szobatisztaság iránt.

A gyermekek mindennapi életét, napirend szerint folyamatos gondozással tesszük egyenletessé. Gondozónői stabilitással, egyöntetű gondozással nő a gyerekek biztonságérzete. Minden változás, új dolog bevezetése megbeszélés, pontos egyeztetés alapján történik, és a lehető legnagyobb mértékben törekszünk az egyéni szükségletek felismerésére és kielégítésére.

„A látási fogyatékoság – legújabb szakmai elnevezés szerint: látási akadályozottság – mindenki számára könnyen felismerhető. A sérülés az ember, a gyermek számára a vizuális úton történő tapasztalatszerzést igen nagymértékben megnehezíti, illetve teljesen lehetetlenné teszi. A károsodás létrejöhet: a szemben, a látóidegben, az agyban. Az így bekövetkezett sérülések nem csupán a látási folyamat gyengülését vagy éppen teljes elvesztését okozzák, de megváltoztatják a gyermek személyiségfejlődését is.”<sup>13</sup> A látási fogyatékoság öröklés, méhen belüli sérülés, szülés következtében vagy az azt követő bármely életszakaszban történt betegség vagy sérülés hatására alakul ki. Három csoportját különítjük el: vakok, aliglátók, gyengénlátók. A gyengénlátó gyermek a speciális optikai segédeszközök (szemüveg, speciális nagyító, stb.) és a pedagógiai módszerek alkalmazásával a síkírást-olvasást szemem keresztül még képes elsajátítani, illetve folyamatosan használni. A gyengénlátás okai között első helyen a fénytörési rendellenességek (rövidlátás, távollátás) állnak. A gyengénlátás 83%-a fénytörési hibákból származik, a többi vegyes eredetű. „A látási fogyatékoság személyiségalkotó hatásával

<sup>13</sup> Gyógypedagógia, Comenius Bt., Pécs, 1996.

kapcsolatban két alapvető szempontot kell figyelembe venni: 1) a látási fogyatékoság súlyossági fokát, 2) a fogyatékoság bekövetkezésének időpontját.”<sup>14</sup>

2001 április elején gyermekotthonunk igazgató-főorvosa levelet küldött a Látásvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság és Gyógypedagógiai Szolgáltató Központhoz, amelyben kérte Rózsi szakvizsgálatát és a központ javaslatát korai fejlesztésére. Egy hónap múlva Rózsi Budapestre utazott gyógypedagógusa és gondozónője kíséretében. A megtörtént szakvizsgálat után a szakértői vélemény elkészült, amelyben leírták a komplex vizsgálat eredményét:

„Javasoljuk a szem-kéz koordináció és a vizuális differenciáló képesség fejlesztését, továbbá rendszeres korai fejlesztését jelenlegi gondozási helyén.”

A korai fejlesztés célja elősegíteni a gyermek fejlődését. A gyermeklélektani kutatások bebizonyították, hogy az emberi fejlődés üteme az élet első éveiben a leggyorsabb. Ez az időszak különösen fontos azon gyermekek számára, akik valamilyen ok miatt (gyengénlátó és gyermekotthonban él) az átlagtól eltérő módon és ütemben fejlődnek. Legfőbb cél a megkésett területek fejlődésének elősegítése.

Korai fejlesztésre jogosultak azok a gyermekek, akik megfelelő diagnosztikai vizsgálatmódszerrel jelentős elmaradást mutatnak egy vagy több fejlődési területen: mozgásfejlődés, értelmi fejlődés, kommunikáció, beszédfejlődés, szociális, érzelmi fejlődés, figyelem, magatartás, látás-, hallássérültek.

Ennek megfelelően 2001. májusától elkezdődött a korai fejlesztés, amelyet intézetben belül teszünk lehetővé, így Rózsi hetente öt alkalommal fejlesztő foglalkozásra jár. A foglalkozások alatt Rózsi felszabadult, együttműködő. A foglalkozások során próbálkozik a színek szerinti szétválogatással. A színek közül a pirosat kedveli a legjobban. Tetszés szerint veszi ki a vödörből, tálkából a golyókat, és a neki megfelelő színű tálkába rakja. A gyógypedagógus mondja a forma színét, Rózsi pedig megpróbálja utána mondani. Két színnel kezdték, és amikor ezt már jól tudta, akkor lehetett próbálkozni a színek bővítésével (jelenleg öt színt válogat szét: piros, sárga, fehér, kék és zöld). A műanyag golyókat később lehet különböző formájú, anyagú tárgyakkal helyettesíteni.

A foglalkozásokon a kislány gyakorolja az utasítások végrehajtását is: „Tedd a polcra!”, „Kérem a labdát!”, „Rakd a helyére!”, stb. Ezeket az utasításokat megérti és teljesíti. A testrészek megnevezését is próbálja elsajátíttatni a vele foglalkozó gyógypedagógus (saját magán és babán). A babán már sikerült neki megmutatni néhány testrészt (szem, fül, haj).

A mozgó tárgyak szemmel követése igen fontos a fejlesztés során, mivel a pedagógus nyomon követheti a látás „távolságának mértékét”, esetleges változásait. Erre jól használható a labda és a kisautó mozgásának szemmel követése. A mozgás befejeződése után a tárgyat fixálja, érte megy és visszahozza azt.

A két-három éves gyermekek eltérő szinten állnak beszédfejlődés tekintetében. Rózsi szót, szótöredéket használ – kissé elmaradva a korának megfelelőitől. Beszédfejlesztésének lehetőségei intenzív gyakorlással: beszélgetés játéktelefonon, állathangok utánzása, mese olvasása (lehetőség szerint minden este elalvás előtt), „köszönöm”, „kérem”, „tessék” szavak használatának gyakorlása, belsővé tétele.

„A gondolkodás fejlesztésének stabil ismeretanyagra, alkalmazható ismeretekre van szükség, s csak megfelelő mennyiségű ismeretek birtokában fejleszthető a gyermek kombinatorikai, problémamegoldó képessége.”<sup>15</sup>

<sup>14</sup> Gyógypedagógiai pszichológiai alapismeretek, Comenius Bt., Pécs, 1997.

<sup>15</sup> Deákné B. Katalin: Anya taníts engem! Fejlesztési lehetőségek születéstől iskolakezdésig

A séta nagymértékben fejleszti a gyermekotthonban nevelkedők érzelmi életét is a tapasztalatszerzésen túl. A gyermekek többségénél – így Rózsi esetében is -, a séta örömet, megelégedettséget vált ki. Keresni kell, és meg kell ismételni azokat a helyzeteket, eseményeket, amelyek a gyermekből pozitív érzéseket hoz elő. Ilyen lehet pl. a zenehallgatás vagy egy állatkerti séta.

Ez a kislány születésekor kevés eséllyel indult az életbe. Kis súllyal, idő előtt, éretlenül jött a világra. A gyermekotthonban maximális segítséget kap ahhoz, hogy egyre több eséllyel legyen képes fogyatékosága mellett teljes életet élni. Ehhez szüksége van a környezetében dolgozó felnőttek együttes, összehangol munkájára. Rózsi fejlődése kissé lassú ütemű, ő azonban érdeklődő, kommunikációs készsége jó. A nagyszámú gyermekcsoportok mellett kevés a lehetőségünk arra, hogy több időt fordítsunk egy gyermek gondozására, nevelésére. Ezeknek a gyermekcsoportoknak a 90%-ban halmozottan sérült gyermekek a tagjai, akiknek még nagyobb szüksége van a gondozásra, törődésre. Rózsi korai fejlesztése után – reményeink szerint – integrált óvodában való elhelyezése valósul meg. Ehhez közösen, sok bátorítással nagy előrelépést kell tennünk az önállósodása és a szobatisztaságra való nevelés eléréséhez, valamint találnunk kell egy olyan óvodát, csoportot, amely felvállalja az ő gondozását, nevelését és a gyengénlátásával kapcsolatos többletfeladatokat. Rendszeres korai fejlesztése gyermekotthonunkban folyik, konzultációs lehetőségünk a Látásvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottságnál, vagy a debreceni Kettesy Aladár Általános Iskolában – integrációt segítő gyógypedagógusánál van.

Az óvodai évek befejezésével a Látásvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság és Gyógypedagógiai Szolgáltató Központ megállapítja, hogy tanulmányait integráltan vagy szegregáltan (vakok és gyengénlátók általános iskolájában) kezdheti el.

Az integráltan nevelkedő gyermekek másságát a környezete is ismeri, elfogadja, megszokja. Megtanulja és belátja, hogy sérült társa is tanulni, játszani, élni akar, éppúgy, mint ő, s a közös cél előbb-utóbb összekovácsolja őket. Ezzel könnyebbé válhat az a nehéz, rögzös út, amely a szegregált, „külön iskoláztatás” befejezésével a fiatalra vár, amikor helyét, szerepét próbálja megtalálni a társadalomban, amikor megkísérli elfogadtatni fogyatékoságát a felnőttek gyakran előítéletes társadalmában. Rózsi életigénye, tenni akarása, akarata – bízom benne, hogy a későbbiekben – képessé teszi további jó teljesítményének elérésére. Hosszú út áll még előtte, sok mindent kell még megismernie, megtapasztalnia, elsajátítania, hogy minél kevésbé legyen kiszolgáltatott, minél nagyobb fokú önállóságra tegyen szert, amire felnőtté válik.

*„... A normális gyermekek hamar felnőnek, már nincs szükségük az emberre, a maguk útját járják... elfelejtik azt, aki szerette őket és gondoskodott róluk, de ezeknek a gyermekeknek egész életükön át szükségük van mindarra, amit az ember adhat nekik... nehéz itt a munka, de megéri.”*

(Daniel Keyes: Virágot Algernonnak)

Írta: Sáska Géza

## PILLANATKÉP A KANADAI GYERMEKVÉDELEMÉRŐL Makkay Melinda, gyermekvédelmi előadó<sup>16</sup> összefoglalója

Egy, még folyamatban lévő ügyet arra használunk fel itt, hogy a kanadai gyermekvédelem szerkezetének néhány elemét, a döntések logikáját és korlátjait érzékeltessük az egymást követő események és lépések bemutatásával. Az alább feltárulkozó portré természetesen elnagyolt, de reményeink szerint nem annyira, hogy az alapelemeket ne lehetne látni. Természetesen ügyelünk arra, hogy a szereplőket ne lehessen felismerni, s ezért a környezetüket, az érintett gyermekek számát, nemüket stb. megváltoztattuk. A történetünk tehát fél-fiktív.

Az esetet végiggondolva úgy látom, hogy két alapvető elv mentén szerveződik a gyermekvédelem Kanadában. Az első: a gyermek és család elválaszthatatlanságának az elve, ami annyit jelent, hogy a végsőkig el kell mennie a gyermekvédelmi hálózatban dolgozónak, hogy a gyerek a – szélesebb értelemben vett -család, tehát a rokonság kötelékei között maradjon. A Kanadában uralkodó nézet szerint ugyanis, ez szolgálja leginkább a gyermekek javát. Éppen ezért a hivatásos, tehát költségvetésből fenntartott nevelőszülői hálózatot és állami intézeteket csak a legkritikább és a legszükségesebb esetben vesszük igénybe. Mindkettő állami támogatásból működik, s mindkettőt szervezetünk, a Gyermekvédelmi Szolgálat felügyeli. Önkormányzati, vagy akár egyházi forrásból finanszírozott hálózat nincs, mindent a tartomány költségvetése áll és ellenőrzi.

A hatósági és az általános emberjogi területek éles elkülönítésének az alapeszméje a másik elv, amelyik az ország közszolgáltatásának egészét áthatja. A gyerek sorsát meghatározó döntéseket nem csak a szakmai szempontok, nem csak a gyermekvédelemben dolgozók legjobb szándéka irányítja, mert a gyermekvédelmi bíróság megnehezíti, hogy bármilyen jobbító szándék, vagy esetenként indokolhatónak is felfogható elfogultság a szülők bármelyikének, vagy a gyermeknek jogsérelmet okozzon. Az államigazgatás mozgásterét korlátozó közigazgatási bírósági rendszer – természetesen – a gyermekvédelemnek mint hatóságnak a tevékenységét is folyamatosan ellenőrzése alatt tartja.

Vegyünk most példának egy esetet!

### A krízis

Egy asszony vasárnap betelefonált a munkahelyem (Youth and Family Center) efféle bejelentések állandó fogadására berendezkedő részlegére (RTS). Mi a kormányzat által fenntartott hatósági jogkörrel ellátott szervezet vagyunk. (Ilyen hatáskörrel más szervezet-például önkormányzati, magán vagy egyházi-, nem rendelkezik.) Elmondta, hogy a nála lakó, ideiglenesen befogadott barátnője, aki noha mindössze kétórai gyerekfelügyeletre kérte meg őt, mára második napja haza sem jött; s tegyenek valamit ezzel a másfél és a négy éves

<sup>16</sup> Makkay Melinda foglalkozásának angol elnevezése a diplomája alapján 'social worker', azonban a munkahelyéből fakadóan 'Youth Protection delegate' megszólítás illeti. Minthogy az a tartomány, ahol dolgozik angol és francia nyelvű, így természetes, hogy mind a két nyelven jól tudjon közlekedni. Ezért kell e közalkalmazotti állás betöltéséhez az egyetemi diplomán kívül (igen nehéz) sikeres francia és angol szigorúan ellenőrzött állami nyelvvizsga.

gyerekkel, akiket sem ideje, sem kedve nincs gondozni, etetni. Elege van az egészből, mert ezt már többször megtette vele a barátnője. Elmondta továbbá, hogy az idősebbik gyereket már elvitte az édesapja, s nála csak a kisebbik maradt.

Erről a bejelentésről természetesen jegyzőkönyv készült, amelyet átadtak a Gyermekvédelmi Osztálynak, a főnököm pedig nekem adta az ügyet. Ugyanis az akut ügyek intézése a munkám. Egyszerre öt ügyem van, többet nem is kaphatok, de ennyi éppen elég, hogy lelkiismeretem szerint tudjak dolgozni, és el tudjam viselni a rám nehezedő lelki nyomást. Arról van szó, hogy tenni kell az elfásultság bekövetkezése ellen. Előfordult már, ha valakit nagyon megvisel egy ügy, a főnök hazaküldi pihenni.

Vissza az ügyhöz! Hétfőn kimentem a bejelentőhöz egy egészségügyi asszisztens társaságában. Jogszály kötelez bennünket ugyanis, hogy az öt évnél fiatalabb gyerekekhez egészségügyi ápolóval együtt kell kimennünk, hogy felmérje a gyermek egészségügyi és fejlődési állapotát. Két dolgot kellett tennem: egyfelől olyan helyet kellett találni az otthagyt kisbik gyereknek, ahol gondoskodnak róla, másfelől meg kellett teremteni mindkét gyerek elhelyezésének a jogi feltételeit.

Az első feladat mindenki számára kézenfekvő, a másodikra azért van szükség, mert a kisebbik gyereket szervezetünk a törvény szerint legfeljebb 24 órányi időre veheti el a szülő beleegyezése nélkül. Mindemellet az ilyen esetekben a törvény arra kötelez, hogy a döntésünket a bíróság elé vigyük.<sup>17</sup> A krízis kezeléséhez azonban láthatóan ennél jóval hosszabb időre volt szükség. Ugyanakkor az apa, noha indokoltan, de mégis jogszerűtlenül vette magához idősebbik gyereket, mert a válásukat kimondó bíróság az anya gondozására bízta a gyerekeket.

### **A gyerekek elhelyezése és a bíróság**

A gyermekvédelmi bíróságtól kértük, hogy hosszabbítsa meg a jogszerű hatósági beavatkozást 24 órától öt napra. (Hosszabb időre a törvény 47.§-a nem ad lehetőséget, mozgásterünk tehát korlátozott. Az esetleges felhatalmazás birtokában a gyerekek öt napra kikerülhetnek az anya gondoskodása alól. A kisebbiket, a fiút nevelőszülőkre bízuk erre az időre. Kockázatosnak ítéltük ugyanis mindkét gyereket az apára bízni, hiszen semmit se tudtunk körülményeiről, ugyanakkor tapasztalataink szerint nem ritka, hogy eltűnnek a szemünk elől a gyerekekkel együtt, ami a gyerekek szempontjából általában nagy kockázatot jelent.

Ahhoz, hogy az apához kerüljön a gyerek, akárcsak öt napra is, a körülményekről tájékozódnom kellett. Elmentem abba az óvodába ugyanazzal az egészségügyi asszisztenssel, ahová az idősebb gyerek járt. Megnéztük a gyereket és beszélgettünk az apával. Megállapítottuk, hogy a gyermek normális fejlődésű, kapcsolata az apjával pozitív. Az apa még ott elmondta, hogy felhagyott a kábítószerrel és az alkohollal, meg is adta a vele kapcsolatban álló, a drog és alkohol ügyekre specializálódott pszichológus-terapeuta telefonszámát. A terapeuta megerősítette az apa szavait. Nem láttam komoly kockázatát mindezek után, hogy öt napra az apához kerülhessen az idősebbik gyermek.

Mindemellet nekünk is szükségünk volt öt napra, hogy áttekinthessük a helyzetet, felmérhessük a körülményeket, és javaslatot tegyünk a gyermekek tartósabb elhelyezésére. Az ügyről értelemszerűen nyitottunk egy aktát.

Most vessünk egy pillantást a bíróság szervezetére, ezt követően pedig térjünk vissza a történethez!

<sup>17</sup> A bíróság minden esetben azonnal napirendre tűzte az ügyet, olyan még nem volt, hogy ne legyen tárgyalás.

## Az Ifjúsági Bíróság

A gyermekek ügyeit az igazságszolgáltatás rendszerében szervezetileg elkülönült és önálló bíróság tárgyalja. Az Ifjúsági Bíróság intézménye két további egymástól független részre bomlik: az egyik a fiatalkorúak bűncselekményeit tárgyalja, a másik pedig gyámügyekben dönt. Nos, ez utóbbihoz fordultunk.

A bíró mellett ügyvédek alkotják az igazságszolgáltatás közvetlen szereplőinek a körét. Bennünket – tehát a gyermekvédelemi hatóság szempontjait-, tőlünk független és a bíróság szervezeti rendjébe tagozódó ügyvédek képviselik. Ugyanakkor minden egyes gyermek érdekeit még egy, a bíróság által kirendelt ügyvéd köteles képviselni. A szülő joga, hogy maga vállalkozzon érdekeinek képviseletére, de ügyvédet is felkérhet. Ha úgy látja, hogy ügyvédi segítségre van szüksége, akkor felfogad magának egyet, ha ez nem áll módjában, kirendelnek számára egy védőt.

Mindhárom szerepet ellátó ügyvéd éppen úgy közalkalmazott, mint én. De ők, mindannyian a bíróság szervezeti rendjébe tartozóan, az előbb ismertetett szerepek szerint tagolt három osztály munkatársai. A szerepek cseréje sohasem fordulhat elő: aki gyereket véd, az sohasem védhet szülőt, és nem képviselheti a gyermekvédelmi hatóságot sem. Ez a rendszer- az áthallások és az esetleges érzelmi kötődések kiküszöbölésével – garantálja az érdekek mind tisztább megjelenését.

## A tárgyalás

A bíróság előtt csak az anya jelent meg. Tiltakozott javaslatunk ellen, hogy 5 napra meghosszabbíttatnánk rendkívüli meghatalmazásunkat. Erős szavakat használt, követelte, adják vissza gyermekeit, akikkel az Indián Nőket Védő Intervenciós Házba költözne, míg tartós otthonra nem lel. (A Nőket Védő Intervenciós Házak különböző szabályok szerint működnek. Általában mindenkinek van egy kis szobája, azonban a konyha, a fürdő és a WC többnyire közös. A Házak belső rendjét külön-külön állapítják meg az alapítók-működtetők, amelyeknek a többsége Alapítvány. Az igénybevétel hosszát többnyire egyéni mérlegeléssel állapítják meg, a történetünkben szereplő Házban az átlagosnál hosszabb ideig lehet lakni.)

A bíróságon az anya kirendelt ügyvédje a javaslatunk indokoltságát firtatta, minden apróbb részletre kíváncsi volt. A bíró végül is az anya tiltakozása ellenére 24 órától öt napra terjesztette ki a rendkívüli felhatalmazásunk idejét, amely alatt gyakorolhattuk hatósági jogainkat. Nevezetesen: az apánál hagytuk a leánygyermeket és nevelőszülőkhöz kerülhetett a kisebbik. Természetesen csak öt napra. Nekünk pedig ennyi idő alatt kellett áttekintenünk a helyzetet, feltárni a múltat és ki kellett dolgoznunk a közép- és hosszútávra vonatkozó javaslatainkat.

## A helyzet feltárása

Az apa és az anya körülményeit külön-külön kellett feltárnom, hiszen külön élnek. A nyilvántartásunkban megtaláltam a börtönben született idősebbik gyerek adatait és az akkori körülményeit. (Az adatokat öt évig tarthatjuk meg, ezt követően tilos bármiféle információt felhasználnunk.) Az apa és anya telefonszámát és lakcímét már tudtuk, bementa a bejelentő.

### *Az apa helyzete*

Telefonos egyeztetés után felkerestem az apát otthonában, amelyben igen nagy tisztaság fogadott, de nem volt kiságy a kisebbik gyermeknek. A félvér férfi elmondta, hogy tartósan munkanélküli, szociális segélyekből él. (A segély éppen elég a lakbér kifizetésére és a legszükségesebb élelemre.) Elmondta ismét azt is, hogy korábban alkohol és drog problémákkal küszködött. Ugyanakkor az apa beleegyezésével<sup>18</sup> a drogfüggőket segítő feladatokat ellátó pszichológus-terapeutától – aki szintén közalkalmazott, de a közegészségügyi rendszerben – megtudtam, hogy az apa több mint két hónapja 'tisztá'. Tehát elindult a jó úton. Az apa családjában biztos pont az édesanyja, a gyerekek nagyanyja, aki már eddig is hivatalból nevelte lánya – az apa testvérének- gyermekét. Az anyát ugyanis a bíróság szexuális visszaélés miatt eltiltotta a fiától és a nagymamát jelölte ki nevelőnek. A gyerek után járó családi pótlékot a nagymamának utalják.

### *Az anya helyzete*

A történetünkben szereplő két gyermek anyjának életvezetéséről árulkodik az a tény, hogy volt már két idősebb gyermeke is két különböző férfitől, akiket az ő édesanyja nevelt az indiánok rezervátumában. A formálisan elvált szülők hol együtt éltek, hol külön. Az utolsó összeveszésük után költözött az Első Nemzethez tartozó anya az Indián Nőket Védő Intervenciós Házba. Innen költözött a börtönben megismert barátnőjéhez, aki az ügyet elindította. Az anya életét erősen meghatározza az alkohol és a drog, olyannyira, hogy kábult állapotban elkövetett gyilkossági kísérletért ítélték öt évre, amiből jó magaviselete miatt két évet el is engedtek.

A börtönben szülte meg a történetünkben szereplő idősebbik gyermekét, akinek az elhelyezéséről kellett akkor döntenünk; így került a nyilvántartásukba a családról néhány adat

### **A helyzetértékelés**

Az adatok összegyűjtése, a felekkel folytatott beszélgetések után összeállt bennem a kép: a legcélravezetőbb, ha a két gyermek az apjához kerül. Ha az apa netán mégis újra kábítószerhez nyúlna, az apai nagymama bizonyítottan biztonságban tudja majd felnevelni a kicsiket. (Jogom van az apát bármikor kábítószer-használat ellenőrzésére felkérnem, neki pedig joga van ezt visszautasítania. Ebből természetesen további következtetéseket vonhatok le.)

Az anyához csak akkor kerülhetnének vissza a gyermekek, ha drog és alkohol elvonókúrára önként jelentkezne. Ha ez sikerülne, a gyermekeknek is jobb volna. Ha visszaesik, akkor az anyai nagymama mint biztonsági elem itt is szóba jöhet.

A helyzetet és a lehetséges megoldásokat természetesen megbeszéltem a főnökömmel, hiszen a javaslatomat neki is alá kell írnia. Mondhatjuk úgy is, hogy beszámolási kötelezettségemnek eleget tettem.

### **A javaslatok**

<sup>18</sup> Beleegyezése nélkül nem vehettem volna fel a terapeutával a kapcsolatot, s ő meg nem mondhatott volna nekem semmit. A személyiség jog nem külön érdem vagy ráteremttség kérdése.

Külön-külön, a két szülő elé tártam javaslatomat: további harminc napra kerüljön minkét gyermek az apához, s az anya pedig kezdje meg saját akaratából az elvonókúrát. A 30 nap elteltével pedig tekintsük át újra a helyzetet. (Hosszabb időt, ha akartam volna, se tudtam volna javasolni: a jogom ennyire terjed ki.) Az anya kikötötte, hogy legalább minden második nap láthassa gyermekeit.

Ezt a javaslatot mindkét szülő elfogadta és aláírta velem együtt. A szülők közös megegyezése feleslegessé tette, hogy a bíróság döntsön a gyerekek elhelyezéséről, hiszen az anya önként mondott le a gyermekek gondozásának jogáról, de csak harminc napra.

A két gyerek az apához került. Ebben a hónapban gyakran beszéltem telefonon az apával, az anyjával, személyesen is találkoztam velük. Lehet, hogy meg kellett volna látogatnom a lakásán, de feleslegesnek ítéltém. Az apa rendszeresen elvitte volt feleségéhez a láthatóan jól gondozott gyerekeket. Ha nem így lett volna az anyjuk nyomban kifogást emelt volna nálunk az apa ellen.

Az anya három hét elmúltával megkeresett, hogy őt itt, helyben alkohol és drog elvonókúrára csak várakozó listára veszik fel, s ezért inkább a szomszéd tartományba menne, ahol azonnal megkezdhetné a kúrát, ráadásul ugyanebben a tartományban él az anyja is. Mutatta: igyekszik magát a gyermeknevelésre alkalmassá tenni, ennek igazán örültem.

Miután az anya adott szava ellenére egy hét múltán sem adott életjelt, felkerestem telefonon a szomszédos tartomány drogambulanciáját, ahol közölték, hogy nincs információjuk a keresett személyről.

### **A második tárgyalás**

A harminc nap elteltével ismét döntési helyzet keletkezett: az anya és az apa nem értett egyet gyermekeik elhelyezését illetően, mindkettő magának követelte őket.

Az apa nem akarta, hogy a gyerekek messze kerüljenek tőle, különösen nem a drog-alkohol rehabilitációs központba, ahová a volt felesége végül is bekerült, de azt sem, hogy a volt anyósához. Az anya pedig közel szerette volna tudni saját gyermekeit. Következésképpen bíróság elé kellett vinni az ügyet, ám ha a szülők megegyeztek volna még egyszer, 30 napra megoldódott volna az ügy. De nem ez történt.

Szervezetünk azt javasolta, hogy az apánál maradjanak a gyerekek, két okból is. Egyfelől az apa életvitele biztató volt, másfelől pedig a gyerekek formálódó nyugalma nem akartuk megzavarni. Nagyon fontos kiemelni, hogy az ügy akut szakaszában nincs jogunk az elhelyezés időhosszára javaslatot tenni, csak az irányára. Az elhelyezés időtartamának megállapítása a bíróság hatásköre. Döntését két elem határozza meg: a helyzet súlyossága és a bíróság leterheltsége: mikorra tudják a következő tárgyalási napot kitűzni. Sok ügyük van ugyanis, de az ügyek csak elvéve csúsznak egy keveset.

A bírósági tárgyaláson természetesen jelen volt a gyermek és a szülők érdekeit képviselő ügyvédek mellett a mi ügyvédünk is. Ez alkalommal csak az apa volt jelen, mivel az anyát nem lehetett értesíteni, mert ismeretlen helyen tartózkodott.

A bíróság a feleket meghallgatva úgy döntött, hogy további 60 napra, azaz két hónapra – továbbra is ideiglenesen – az apánál marad a két gyermek, s az idő leteltével újra tárgyalja az ügyet, akkor kerülhet sor a gyermekek hosszabb távú elhelyezésére.

A gyermekek életét folyamatosan követtem, az apa nem esett vissza. Az anya időközben megjelent. Továbbra sem tudott az alkohol és a drog kihívásának ellenállni. Gyermekeit csak egyszer tudta meglátogatni. Ugyanakkor felvetette, hogy szerinte az volna a jobb, ha a két kicsit az ő anyja nevelné, mert így gyakrabban láthatná mindkettőjüket. A kérésének

mérlegeléséhez az anyai nagymama körülményeinek ismerete nélkülözhetetlen. Ő azonban szintén a szomszédos tartományban él, ott, ahol lánya elvonókúrán vesz részt, ott, ahol nekem nincs hatásköröm közvetlenül vizsgálódni. Ezért hivatalból, a főnökeimen keresztül felkérhetem az ottani, a mienkkel azonos szervezetet, hogy végezzék el nekünk ezt a munkát.

A hatvan nap lassan letelik. Történt még egy nagyon fontos lépés a bírósági tárgyalás előtt...

### **A szereplők együtt áttekintik a helyzetet**

Minden olyan esetben, ha gyermek kikerült a családból, vagy a családon belül nincs megegyezés a gyermek elhelyezését illetően, le kell ülnie valamennyi érintettnek, hogy közösen tekintsék át a helyzet és keressenek megoldást. Ennek összehívása kötelező. Fontos ez a megbeszélés, mert voltaképpen a bírósági tárgyalást előzi meg; már itt élesen el kell különülnie azoknak az elemeknek, amelyekben egyetértés mutatkozik és azoknak, amelyekben nem.

Erre a tárgyalásra el kellett készítenem a helyzet pontos leírásán túl a megoldási javaslataimat is. (Persze ezt főnökömmel jóvá kellett hagynia.) Javasoltam, hogy hat hónapra maradjon az apánál a két gyerek. Feltártam, hogy az anyának mit kellene tennie ahhoz, hogy a gyermekei visszakérülhessenek hozzá. Ezt a dokumentumot minden érdekelt még az ülés előtt megkapta.

Az egyeztetést egy olyan személy vezeti, aki ettől kezdve a szülőknek és a gyermekeknek állandó partnere lesz a jövőben a bírósági tárgyalás után. Ő fogja össze az egyre terebélyesedő ügyet, s összekötő szerepet játszik a szülők, valamint a hivatal változó szereplői között. A koordinátor ekkor ismeri meg személyesen a szereplőket, s ugyanakkor ő ellenőrzi munkámat, javaslataimat. A rendszerben ez nagyon fontos elem, mert esetleges hibáimat, elfogultságaimat ekkor lehet kiigazítani. A bíróság elé nemcsak az én javaslatom kerül, hanem a koordinátor jelentése is.

A szülők természetesen részt vesznek e tárgyaláson. Minthogy az anya indián származásúba kisebbségvédelmi törvények érdekében ezen a tárgyaláson jelen volt a kisebbségi szempontok és érdekek képviselője is.

### **A történet vége**

Most tehát még a bírósági döntés előtt vagyunk. Azt, hogy mit fog dönteni, nem tudom, de azt igen, hogy munkám ebben az ügyben befejeződött, mert megszűnt az akut helyzet. Az aktát át fogom adni egy másik osztályon dolgozó kollégámnak, aki egyszerre 20, de 25-nél semmiképpen sem több krónikus ügyet gondoz.

Ennek az ügynek nincs még vége és hosszú ideig nem is lesz.

A dossziét sokáig nem lehet bezárni. Azon dolgozunk, hogy az apa vissza ne essen, az anya mihamarabb kerüljön a gyermekneveléshez minimálisan elégséges helyzetbe, s közben figyeljük a kicsik körülményeinek változását. Ha netán rosszabbodna, közbe kellene lépniük így vagy úgy. A folyamatosan ellenőrző, paternalista szerep ellenére következetesen azt sugalljuk magatartásunkkal a szülőknek, hogy 'tudsz te jobb szülő lenni, csak egy kicsit változtatni kellene magadon. Biztos sikerülni fog, ha igazán akarsz.'

Nem is tud ennél jobb és hatékonyabb üzenetet kommunikálni egy gyermekvédő a család felé..

