

Ranschburg Jenő

A serdülőkor

A hiperaktivitás

(részlet)

Napjaink pedagógiai és pszichológiai gyakorlatában rendszeresen tapasztaljuk a tanulási zavarok és az agresszív viselkedés kapcsolatát: a súlyos tanulási problémákkal küszködő gyerekek általában agresszívbabak kortársaiknál, de meg is fordíthatom az állítást: az agresszív gyerekek iskolai teljesítménye rendszerint jelentősen elmarad az átlagtól. A pszichológiában sokat vitatott kérdés: vajon mi az elsődleges? A veleszületett agresszív viselkedés vezet el az iskolai teljesítmény kudarcához, vagy éppen fordítva: a tanulás belső akadályozottsága teszi a gyermeket agresszívvá?

A kérdés megválaszolása során, szinte mindig – akárcsak most – az egyik leggyakoribb pszichológiai rendellenesség, a hiperaktivitás problémájába ütközünk.

A hiperaktivitás a gyermek-, illetve serdülőkori viselkedés zavarai közül talán a leglátványosabb – és a legtöbbet vizsgált – pszichológiai rendellenesség. Olyan összetett, és – minden kézenfekvőnek látszó feltételezés ellenére – olyan bizonytalanul diagnosztizálható, hogy prevalenciája (előfordulási gyakorisága) megbízhatóan nem állapítható meg. Hivatalosan 3-5%-os gyakoriságot szoktak közzétenni (ami azt jelenti, hogy 7 és 18 éves kor között minden száz gyerek, illetve serdülő közül öt hiperaktív), de előfordulnak 2%-ról, sőt 25%-ról szóló adatok is.

Mindez arra utal, hogy ez a magatartási zavar diagnosztikai elvek és társadalmi tolerancia függvénye lehet. A vizsgálatok azt mutatják, hogy az iskolákban vagy a szülők által hiperaktívnek tartott gyerekeknek mintegy a fele kapja meg ezt a minősítést a pszichológustól vagy a pszichiátertől is, és – tovább bonyolítva a képet – három-négy egymástól függetlenül vizsgáló szakember közülük is csak 15-20%-ot diagnosztizál egyöntetűen hiperaktívnek.

Egy azonban bizonyos: a hiperaktivitás azok közé a mentális zavarok közé tartozik, melyek döntő súllyal a fiúkat érintik. A vizsgálatok szerint a hiperaktív gyerekek között négyszer-ötször annyi a fiú, mint a lány!

A hiperaktivitás rendszerint öt-hat éves kortól diagnosztizálható zavar (erre később visszatérünk még), mely a viselkedésnek három fő területén jelenik meg, melyek:

- a mozgékonyosság, „pszichomotoros aktivitás”,
- az impulzivitás és
- a figyelem.

Ahhoz, hogy a diagnózis felállítható legyen, a pszichomotoros aktivitás területén legalább két tünetnek kell regisztrálhatónak lennie az alábbiak közül:

- a gyermek megállás nélkül futkározik, a helyiség bútorait rendszeresen mászóként használja,
- képtelen egy helyben ülni,
- még ülő helyzetben is izeg-mozog,
- alvás közben is sokat mozog,
- mindig „úton van”, illetve olyan, „mintha fel lenne húzva”.

Az impulzivitás regisztrálásához három tünet meglétére van szükség az alábbiakból:

- gyakran előbb cselekszik, mint ahogy gondolkodnék,
- feltűnően gyorsan és sokszor vált át egyik cselekvésből a másikba,
- feladatait – a munkáját – képtelen megszervezni,
- életkorához viszonyítottan túlzottan sok ellenőrzést igényel,
- játékokban, a csoportban nagyon nehezen tudja kivárni, amíg sorra kerül.

A figyelem zavara pedig legalább három tünetből állapítható meg a következők közül:

- gyakran nem tudja befejezni, amit elkezdett,
- gyakran észrevehető, hogy „nem figyel oda”,
- a figyelme könnyen elterelhető,
- képtelen koncentrálni iskolai munkájára, vagy más, folyamatos figyelmet igénylő feladatra,
- nem tud tartósan játszani egy játékot, illetve egy játékszerrel.

A hiperaktivitást, mint klinikai értelemben vett magatartási zavart, az esetek legnagyobb részében hatéves kor után – tehát az iskolai tanulmányok megkezdését követően – diagnosztizálják.

Természetesen a hat-hét éves korban hiperaktívnak minősülő gyermek korábban is mozgékony, élénk, az átlagosnál nyugtalanabb. Az óvoda lazább normái, játékosabb, több mozgásra épülő feladatai mellett azonban az ilyen gyermek sokszor alig tűnik fel; játékos, „csupa élet”, mondják róla – különösen akkor, ha ezt a fáradhatatlan mozgékonyt a család is jól tolerálja, így a gyerek harmonikus, magabiztos, nem szenved még a nevelői, szülői elégedetlenségtől, a később szinte kétségbeesett fegyelmezési kísérletektől.

Mindebből következik: bár a hiperaktivitás, mint pszichológiai rendellenesség, már kisgyermekkorban is fennáll – mint látni fogjuk, egyre erősebb az a szakmai meggyőződés, hogy genetikailag örökített, veleszületett zavar –, csak az iskola sajátos normarendszerében válik igazán feltűnővé. Jellemző ugyanis ezeknek a gyerekeknek a rossz mozgásidőzítése: általában akkor mozognak, amikor ezt a legkevésbé várják tőlük. Mindezt kiegészíti az a tény, hogy a hiperaktivitás a verbális viselkedésben is megnyilvánulhat: az ilyen gyerek szüntelenül – témáit gyakran váltogatva – beszél...

A kérdésre: milyen szerepet játszik a közvetlen környezet toleranciája, illetve intoleranciája a hiperaktivitás kialakulásában, nem könnyű válaszolni. A probléma megértéséhez képzeljünk el két egyformán mozgékony, nyugtalan, nyolc-tíz év körüli fiúgyermeket.

Az egyik esetben mind a család, mind a pedagógus megértő és maximális türelemmel – a gyerek jó képességeit kihasználva törekedve – foglalkozik a problémával, a másik esetben éppen ellenkezőleg: vagy a szülő, vagy a pedagógus (esetleg mindkettő) rosszul túri a gyerek figyelmetlenségét, motoros nyugtalanságait. Egyre idegesebben büntet, egyre biztosabban érzi, hogy a gyerek „beteg”, orvoshoz fordul, gyógyszeres kezelést igényel.

Nyilvánvaló, hogy a két gyerek szocializációja eltérően alakul; de mondhatjuk-e, hogy ez a második, a türelmetlen nevelői magatartás a klinikai hiperaktivitás előidézője?

A szakirodalom – a motoros nyugtalanság, a figyelemzavar, illetve az impulzivitás tüneteinek viszonyában – a hiperaktivitásnak három típusát írja le.