

A „Fészek”: A Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancián működő kognitív-viselkedésterápián alapuló program bemutatása

Kis Dóra Sarolta¹, Miklós Martina^{2,3}, Fűz Angelika¹, Farkas Margit⁴, Balázs Judit^{1,3}

¹ Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

² ELTE PPK, Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest

³ ELTE PPK, Pszichológiai Intézet, Fejlődés-, és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék, Budapest

⁴ Child- and Adolescents Psychiatric Clinic of Region Västmanland, Västerås, Sweden

Összefoglalás: A figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar (attention-deficit/hyperactivity disorder, ADHD) az általános iskoláskorú gyermekek 4–6%-át érintő kórkép, melynek tünetei a tanulásban, a szabadidős tevékenységekben, a szülő-gyermek, illetve a kortárs kapcsolatokban is nehézséget okozhatnak. Az ADHD tüneteinek kezelésében a nem gyógyszeres és a gyógyszeres terápia együttes alkalmazása bizonyult a leghatékonyabbnak. Cikkünk célja a Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia keretein belül működő „Fészek” program bemutatása, ahol az ADHD-val diagnosztizált vagy a kórképre utaló tüneteket mutató óvodás- és kisiskoláskorú gyermekek kivizsgálása és kognitív-viselkedésterápiája történik.

Kulcsszavak: figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar; ADHD; terápia; „Fészek” program; kognitív-viselkedésterápia

Summary: Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is a common child psychiatric disorder, which occurs in approximately 4–6% of school-aged children. The symptoms of ADHD cause difficulties in academic performance, during leisure activities and affect family-, and peer relations as well. The most effective treatment for managing ADHD is the combination of non-pharmacological and pharmacological interventions.

The aim of this paper is to introduce the „Fészek” program – which takes place in Vadaskert Child and Adolescent Psychiatry Hospital and Outpatient Clinic – where children with the diagnosis of ADHD or showing the symptoms of ADHD go through the diagnostic procedure and participate in a cognitive behavioral therapy program.

Keywords: attention-deficit/hyperactivity disorder; ADHD; therapy; „Fészek” program; cognitive-behavioral therapy

1. Háttér

A figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar

A figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar (attention-deficit/hyperactivity disorder: ADHD) az egyik leggyakoribb fejlődési zavar, mely körülbelül 4–6%-ban érinti az általános iskoláskorú gyerekeket (1).

Az ADHD a Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyv 5. kiadásában (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition: DSM-5) az „Az idegrendszer fejlődési zavarai” (2), míg a Betegségek Nemzetközi Osztályozása 10. kiadásában (BNO-10) „A viselkedés és érzelmi-hangulati élet rendszerint gyermekkorban vagy serdülőkorban jelentkező zavarai” (3) között szerepel. Az ADHD hátteré-

ben a frontostriális körök szabályozási zavara és a dopaminrendszer alulműködése áll.

A kórkép gyakran már iskoláskor előtt megjelenik (4) és 40–60%-ban felnőttkorban is fennáll (5). Az ADHD-val diagnosztizált gyermekeknek és felnőtteknek nehézségei vannak a tanulásban/munkában, a társas működésben és beilleszkedésben, valamint a szabadidős programok során is (6). Gyermekkorban az ADHD megjelenése gyakoribb a fiúknál, mint a lányoknál (3:1-hez) (7, 8). Ez az arány kb. 40 éves korra kiegyenlítődik (5).

Az ADHD-val diagnosztizált gyermekek 33%-ánál egy, 16%-uknál kettő, 18%-uknál három, vagy több komorbid kórkép is jelen van az ADHD mellett (9–14). Leggyakoribb komorbid kórképek: viselkedési és/vagy oppozíciós zavar (15, 9),

szorongásos zavarok (16), tic zavarok (17), autizmus spektrum zavar (18, 19), obszesszív-kompulzív zavar (20), bipoláris zavar (21), depresszió (22), szuicidalitás (23). Mindezen komorbid kórképek együttjárása az ADHD-val súlyosabb keresztmetszeti képet mutathat a tünetek tekintetében, ezért az ADHD tüneteinek korai felismerése és kezelése a későbbi társuló állapotok kialakulását előzheti meg (17).

Az ADHD kezelésében a nem gyógyszeres és a gyógyszeres kezelés kombinálása bizonyult a leghatékonyabbnak (24–26). Az ADHD kezelésére kétféle hatásmechanizmusú gyógyszeres kezelés ismert: stimulánsok (pl. a hazánkban törzskönyvezett methylphenidate) és a noradrenalin visszavétel gátló atomoxetine (27). Nemgyógyszeres terápiák közé tartozik a viselkedés- és kognitív terápia, szülőtréning, pedagógustréning, valamint az osztályon belüli viselkedést menedzselő intervenciók (28–30).

2. A „FÉSZEK” program bemutatása

A Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancián működik a „Fészek” program, mely egy tematikus, viselkedésterápiás elemeken alapuló csoport ADHD diagnózisú óvodás- és kisiskoláskorú gyermekek számára. A programot *dr. Farkas Margit* indította el 2005-ben, mely azóta folyamatosan, változó stábbal működik a tapasztalatok alapján formálódva.

A csoport tagjai 6–10 éves, már korábban ADHD-val diagnosztizált, vagy a zavarra utaló tüneteket mutató gyermekek. Osztályunkon szükség esetén kivizsgálás is zajlik a kognitív-viselkedésterápián alapuló program mellett. A gyermekek 10 napot (2x5 napot – hétvégére hazamennek) töltenek az osztályon. Emellett a programban résztvevő gyermekek szüleinek 4 alkalmas szülőcsoportot tartunk, amelyen a gyermekkel foglalkozó pedagógusoknak is lehetőségük van részt venni.

2.1. Gyermekek-program

A Fészek program célja:

- problémás viselkedések csökkentése;
- figyelmi képesség erősítése;
- tanulási stratégiák gyakorlása;
- önismeret, önértékelés erősítése;
- kortársközösségekben mutatkozó szociális készségek fejlesztése.

A Fészek csoport kis létszámmal működik, egyidejűleg 6 gyermek részvételével, mely ideális lehetőséget biztosít a gyermekek egyéniségének megismerésére és a személyes odafigyelést biztosító légkör kialakítására.

2.1.1. Viselkedésterápiás füzet

Minden gyermeknek saját viselkedésterápiás füzete van a két hét során, melyben mind a 10 nap fel van tüntetve, képes és írott napirenddel (ld. alább) egyaránt. A Fészek program közvetlen célja, hogy a gyermekek az általuk készített bakancsokat 10 nap alatt feljuttassák a várba. A füzetek fedőlapján található vár rajz kiszínezésével egyedivé tehetik azokat, egyben emlékeztetőül szolgál, hogy miért is dolgoznak a két hét során. Minden tevékenységünk végén elővesszük a füzeteket, az elvárt szabályok betartását következetesen megbeszéljük, jutalmazzuk (pl. csillagok rajzolása), így a nap végi záráskor a gyermekek is vissza tudják idézni a nap eseményeit.

1. ábra

Vizuális támogatású szabálykártyák és napirend



2.1.2. Napirend

A Fészek-csoportban kialakított, alkalmazott szabályrendszert a korcsoportra szabott időbeosztás, napirend mentén alkalmazzuk. A napirend stabilitást, biztonságot nyújt mind a gyermekek, mind pedig a velük foglalkozó felnőttek számára. Nagy hangsúlyt fektetünk a vizuális támogatásra, mind a napirendet, mind a szabályokat jól látható helyen képekkel is jelöljük (1. ábra).

Egy-egy foglalkozás, játék végét a gyermekek által kedvelt zenével szoktuk jelezni, mely érdekesebbé teszi a tevékenységváltást is. Napirendünk kiszámítható és állandó, de az irányított és szabad tevékenységeink keretein belül tartott foglalkozásokat változtatjuk, színesítjük. Tapasztalataink szerint a gyermekekben pár nap alatt rögzül a tevékenységek sorrendje, mely segíti őket a napi feladatok átláthatóságában. A nehezen megfogalmazható, értelmezhető „idő” konkréttá válik, választ kaphatnak olyan kérdésekre is, amelyek foglalkoztatják őket (pl. „Mikor lesz tízórai?”; „Ebéd előtt kimegyünk az udvarra?”). Továbbá a napirend működtetésével az önállóságuk is fejleszthető azáltal, hogy követni tudják a nap folyamán zajló eseményeket, megtanulják, mikor, mi a dolguk.

2.1.3. Szabályrendszer

A Fészek program szabályai tevékenységfüggők: minden napirendi ponthoz más, de állandó szabályok tartoznak, így más szabályok betartására ösztönözzük őket egy udvari játék, vagy egy irányított foglalkozás során, pl. udvari szabály: „Ha hallom a nevemet, odamegyek a felnőtthez, mert valami fontosat szeretne mondani.”; „Bot, kő a földön marad.”. Természetesen, nem elvárható, hogy a szabályokat első pillanattól kezdve tudják, betartsák a gyermekek, éppen ezért napi szinten gyakoroljuk, memorizáljuk őket játékos formában. Az első nap ismertetett alapszabályaink olyan nehézségeket fednek le, melyek gyakorta okoznak problémát a foglalkozásokon/tanórákon való részvétel során:

- Szék-szabály: „Ülök a széken.”
- Száj-szabály: „Ha más beszél, csendben maradok.”
- Kéz-szabály: „Jelentkezem, akkor szólok, ha a nevemet hallok.”

A szabályalkotás kritériumai jól tükröződnek az előbb felsoroltakon is:

- pozitív megfogalmazás, mely tartalmazza a kívánt viselkedést;
- tiltás, „ne/nem” szóhasználatának kerülése;
- szabályaink állandóak, így az elvárásaink is azonosak;
- egyértelmű, lényegre törő megfogalmazás;
- tevékenységeink során előre megbeszéljük, értelmezzük az adott, elvárt szabályokat;
- a szabályok betartása vagy be nem tartása, következetes jutalmazással, vagy a jutalmazás elmaradásával jár.

A gyermekek a szabad- és irányított tevékenységeik során is alkalmazzák az előre megbeszélte szabályokat. Folyamatos felnőtt kontroll mellett, alternatív viselkedéseket kínálva tevékenykednek, de nem folyamatos felnőtt irányítás alatt. Mindez segíti a szociális normák elsajátítását, pl. hogy egy gyermek a kívánt játékot, hogyan kérheti el társától, de a problémát nem oldjuk meg helyette. A gátlási problémák, okozati összefüggések értelmezésének nehézsége, szervezési problémák, tevékenységváltás nehézsége, szociális helyzetek félreértelmezése mind jelentős problémát okozhatnak az ADHD-val élő gyermekeknek, így mindennapjaink során ezeken a nehézségeken is dolgozunk, megoldási stratégiákat kínálva (pl. a házi feladat elkészítése tevékenységlistával, időbeosztással, szükséges eszközök előkészítésével). A szabályok betartásának ösztönzéséhez egyértelmű és világos felnőtt irányításra van szükség, olyan szituációk, helyzetek megteremtésével, amely tanítja a gyermeket a kívánt viselkedésre, folyamatos visszajelzést nyújtva a számára. A gyermek teljesítményének pozitív tartalmú közös átbeszélése során az elért eredményekre helyeződik a hangsúly.

2.1.4. Jutalmazás

426

A már említett napirend és viselkedésterápiás füzet segítségével tudjuk következetesen jutalmazni az elvárt szabályok betartását. Programunkban egy tevékenységnél csillaggal jutalmazzuk a feladatvégzést és a szabálytartást is. A viselkedésterápia elve szerint, a kívánt magatartásformát a tevékenység végén azonnali jutalmazással erősítjük meg a füzetükben, szóbeli dicsérettel. Amennyiben nem indokolt a jutalmazás nemkívánatos viselkedés esetén – hogy következetesek és kiszámíthatóak legyünk –, a jutalmazás elmaradásával hívjuk fel a gyermek figyelmét az aktuális nehézségére. Ilyenkor közös átbeszélés után fontos a gyermekeket a legközelebbi erőfeszítésre biztatni. A pozitív megerősítések, jutalmazások teszik motiválttá őket, segítik az érdekeltség fenntartását, lépésről-lépésre haladva a gyermekek megtapasztalják önmaguk sikereit, eredményeit. A megszokott időben történő alkalmazása egyre fontosabbá teszi magát a jutalmazást, nem pedig a jutalmat. A nap végi zárások alkalmával végigbeszéljük az adott nap legfontosabb eseményeit. A szabályok 80%-os teljesítése esetén (csillagok összeszámolása) emlékeztető jutalommal (pl. matrica, pecsét) az adott napot sikeresnek könyveljük el és egy lépéssel közelebb juttatjuk a gyermek bakancsát a célt jelképező várhoz. Amennyiben a gyermek teljesítménye nem éri el a 80%-ot, másnap, pótlási lehetőséget kínálunk fel, hogy lemaradását be tudja hozni. Az utolsó nap jutalma célba érés esetén közös, külső helyszíni program, és ünnepélyes emléklap átadás, így reméljük, hogy a Fészek-csoportban töltött idő emlékezetes marad számukra.

2.1.5. A nem-kívánatos viselkedés

A viselkedésterápia során alkalmazott technikáknak segíteniük kell a gyermek elfogadható viselkedésének erősítését, éppen ezért a csoportban a gyermeket nem büntetjük. Ha nem indokolt a jutalmazás, a korábban már említett jutalmazás elmaradása érvényes.

A figyelem megvonása (ignorálás) is alkalmazott technika a nemkívánatos viselkedés esetén, amennyiben azzal nem veszélyezteti a gyermek saját magát, vagy környezete épségét. Fontos megemlíteni, hogy szóbeli negatív kritika esetén a bírálat nem a gyermek személyének, hanem a tanúsított viselkedésformának szól (pl. „Kedvellek téged, de most szomorú vagyok a csúnya beszéded miatt.”; „Nem rád vagyok mérges, hanem arra, amit tettél.”).

A csoportból való kiemelés (a gyermekcsoportban pl. „gondolkodóhelynek” nevezett) az elvárásokkal szembeni ismételt ellenállás esetén alkalmazható. A helyzetből való kiemelés, ingerszegény környezet biztosítása segítheti a gyermeket lenyugodni, gondolkodni. A kiemelésnek célja, hogy a gyermek reálisan lássa át, mely nemkívánatos viselkedésének következménye ez. Előre megbeszélte idő elteltével – ha sikerült megnyugodnia –, átbeszéljük a történeteket, szóbeli dicséretet követően a gondolkodóidő véget ér, és a gyermek csatlakozhat a csoportba. Amennyiben a kijelölt idő nem volt elég a megnyugváshoz, konkrét időtartammal hosszabbíthatjuk azt. A technika célja, hogy a gyermeknek lehetőséget biztosít a nemkívánatos viselkedést előhívó inger kizárására, felnőtt segítséggel való megnyugváásra.

2.2. Szülőcsoport

A szülőcsoporton való részvétel feltétele a gyermek osztályos felvételének. Célja, hogy a szülőcsoporton tanult módszerek, stratégiák otthoni életbe való bevezetésével, a szülők is segíteni tudják ADHD diagnózisú gyermekük nehézségeit. A szülőcsoportokat az osztályon dolgozó gyermekpszichiáter, pszichológus és a gyermekkel napi szinten együtt lévő foglalkoztató tartja. A szülőcsoporton előre meghatározott tematika mentén ismerkednek meg a szülők az ADHD jellemzőivel, tüneteivel, terápiás kezelési lehetőségeivel és a zavarral élő gyermekek mindennapi nehézségeivel. Minden alkalom az elméleti ismeretek átadása mellett gyakorlatorientált és interaktív, hogy az egyéni nehézségek, megoldások is előtérbe kerülhessenek. A terápiában

1. táblázat

A szülőcsoportok tematikája

1. alkalom	2. alkalom	3. alkalom	4. alkalom
- bemutatkozás - részletes anamnéziszfelmérés	- információ ADHD-ról: tünetek, kezelési lehetőségek - viselkedésterápia elméleti alapjai, eszköztára - A „Fészek” program részletes bemutatása - házi feladat megbeszélése: a szülőknek a hétvégén alkalmazniuk kell a kapott információkat, hatékony kommunikációval, 2–3 problémás viselkedésre irányuló szabály felállításával és nyomon követésével, valamint a gyermek erőfeszítéseinek jutalmazásával	- beszámoló a „próbahétvége” alakulásáról esetleges táblázatok bemutatásával: közös átbeszélés, konzekvenciák levonása - ismeretek további bővítése - házi feladat megbeszélése: napirendkészítés	- napirendek bemutatása, közös átbeszélése - az osztályon dolgozó szakemberek közreműködésével egyéni beszélgetések a családokkal, a program kéthetes tapasztalatairól, a gyermek viselkedéséről, további fejlesztési- és terápiás javaslatokról

427

használt eszközök, módszerek bevezetése az óvodában, iskolában is segítheti a gyermek kívánatos viselkedését, ezért különösen hasznos, ha pedagógusok is részt vesznek a csoporton. A gyakorlatorientált, interaktív szülőtréningek alkalmazásával különösen nagy hangsúlyt fektetünk a kognitív-viselkedésterápia eszköztárának megismertetésére. A négy alkalom során, a szülők elsajátíthatják azokat a megoldási stratégiákat, melyeket a későbbiekben ők maguk is képesek lesznek alkalmazni a mindennapok során. A lényegre törő, hatékony kommunikáció, a pozitív hangvételű, vizualizált szabályalkotás (1. kép), a napi rutin átláthatóságáért alkotott napirend, a kívánt viselkedés előmozdítását segítő viselkedésmódosító technikák és a pozitív megerősíté-

sen alapuló jutalmazás bevezetésével bizonyítottan pozitív eredmények érhetőek el a gyermekek és családjaik életminőségében. Az 1. táblázat bemutatja a szülőcsoportok tematikáját.

3. Megbeszélés

Összefoglalóan elmondható, hogy az ADHD komplex terápiája során alkalmazott Fészekcsoport elméleti alapokon nyugvó, gyakorlatorientált tréning. A program során tanult módszereket, stratégiákat a családok a mindennapokban képesek alkalmazni. Mindez megkönnyíti a családok életét, és mind a gyermek, mind szülei életminősége javul.

Köszönetnyilvánítás

Köszönetet szeretnénk mondani a Fészek program kialakítását nyitottságával támogató *Gáboros Júliának*, a Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház alapítójának, valamint az elindításában résztvevő foglalkoztató pedagógusnak, *Hajdú Ágnesnek* és a hosszú évek során folyamatos, gördülékeny menetét lehetővé tevő további vezetőinek, *Baji Ildikónak*, *Barna Csillának*, *Kiss Enikőnek*, *Máté Mónikának* és *Szolnoki Nikolettnek*.

Ezt a munkát az OTKA K108336 pályázat támogatta. Balázs Judit a Bolyai János Kutatási Ösztöndíj támogatásában részesült.

Irodalom

1. SWANSON JM, SERGEANT JA, TAYLOR E, SONUGA-BARKE EJS, JENSEN PS, CANTWELL DP: Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *Lancet* 1998; 351(9100): 429–433.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington: APA, VA, 2013.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION: The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Geneva: World Health Organization, 1992.
4. APPLGATE B, LAHEY BB, HART EL, BIEDERMAN J, HYND GW, BARKLEY RA ÉS MTSAI: Validity of the age-of-onset criterion for ADHD: A report from the DSM-IV field trials. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(9): 1211–1221.
5. SIMON V, CZOBOR P, BÁLINT S, MÉSZÁROS A, BITTER I: Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2009; 194(3): 204–211.
6. NICE PROJECT TEAM: Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. NICE Clinical guideline. National Institute for Clinical Excellence, 2013.
7. SAGVOLDEN T, JOHANSEN EB, AASE H, RUSSELL VA: A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive /impulsive and combined subtypes. *Behav Brain Sci* 2005; 28(3): 397–419.
8. POETA LS, NETO FR: Epidemiological study on symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder and behavior disorders in public schools of Florianopolis/SC using the EDAH. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26(3): 150–155.
9. LARSON K, RUSS SA, KAHN RS, HALFON N: Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US Children with ADHD, 2007. *Pediatrics* 2011; 127(3): 462–470.
10. WILENS TE, BIEDERMAN J, BROWN S, TANGUAY S, MONUTEAUX MC, BLAKE C ÉS MTSAI: Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and schoolage youths with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41(3): 262–268.
11. COSTELLO EJ, MUSTILLO S, ERKANLI A, KEELER G, ANGOLD A: Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60(8): 837–844.
12. GILLBERG C, GILLBERG IC, RASMUSSEN P, KADESJO B, SODERSTROM H, RASTAM M ÉS MTSAI: Co-existing disorders in ADHD – implications for diagnosis and intervention. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13(1): 180–192.
13. BIEDERMAN J, FARAONE SV: Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 2005; 366(9481): 237–248. [Erratum in: *Lancet* (2006), 367 (9506), 210.]
14. BIEDERMAN J, MONUTEAUX MC, MICK E, SPENCER T, WILENS TE, SILVA JM ÉS MTSAI: Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psychol Med* 2006; 36(2): 167–179.
15. BIEDERMAN J, FARAONE SV, MILBERGER S, JETTON JG, CHEN L, MICK E ÉS MTSAI: Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35(9): 1193–1204.
16. GELLER D, DONNELLY C, LOPEZ F, RUBIN R, NEWCORN J, SUTTON V ÉS MTSAI: Atomoxetine treatment for pediatric patients with attention-deficit/hyperactivity disorder with comorbid anxiety disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46(9): 1119–1127.
17. MTA COOPERATIVE GROUP: A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Multimodal treatment study of children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56(12): 1073–1086.
18. HOLTMAN M, BÖLTE S, POUSTKA F: ADHD, Asperger syndrome, and high-functioning autism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44(11): 1101.
19. HOLTMAN M, GOTH K, WÖCKEL L, POUSTKA F, BÖLTE S: CBCL-pediatric bipolar disorder phenotype: severe ADHD or bipolar disorder? *J Neural Transm (Vienna)* 2008; 115(2): 155–161.
20. GELLER D, BIEDERMAN J, FARAONE SV, FRAZIER J, COFFEY BJ, KIM G ÉS MTSAI: Clinical correlates of obsessive compulsive disorder in children and adolescents referred to specialized and non-specialized clinical settings. *Depress Anxiety* 2000; 11(4): 163–168.
21. WALSHAW PD, ALLOY LB, SABB FW: Executive function in pediatric bipolar disorder and attention-deficit hyperactivity disorder: in search of distinct phenotypic profiles. *Neuropsychol Rev* 2010; 20(1): 103–120.
22. MILBERGER S, BIEDERMAN J, FARAONE SV, MURPHY J, TSUANG MT: Attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disorders: issues of overlapping symptoms. *Am J Psychiatry* 1995; 152(12): 1793–1799.
23. DAVISS WB, BIRMAHER B, DILER RS, MINTZ J: Does pharmacotherapy for attention-deficit/hyperactivity disorder predict risk of later major depression? *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2010; 18(3): 257–264.
24. PELHAM WE, WHEELER T, CHRONIS A: Empirically supported psychosocial treatments for ADHD. *J Clin Child Psychol* 1998; 27(2): 190–205.
25. SWANSON JM, MCBURNETT K, CHRISTIAN DL, WIGAL T: Stimulant medication and treatment of children with ADHD. In: OLLENDICK TH, PRINZ RJ (eds.): *Advances in clinical child psychology* (Vol. 17, pp. 265–322). New York: Plenum Press, 1995.
26. PELHAM WE, GNAGY EM, GREINER AR, HOZA B, HINSHAW SP, SWANSON JM ÉS MTSAI: Behavioral versus Behavioral and Pharmacological Treatment in ADHD Children Attending a Summer Treatment Program. *J Abnorm Child Psychol* 2000; 28(6): 507–525.
27. BALÁZS J: Figyelemhiányos/hiperaktív zavar/Hiperkinetikus zavar. In: BALÁZS J, MIKLÓSI M (szerk.): *A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve*. Budapest: Semmelweis Kiadó, 2015. 69–75.
28. CHRONIS AM, JONES HA, RAGGI VL: Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Psychol Rev* 2006; 26: 486–502.
29. YOUNG S, AMARASINGHE M: Practitioner Review: Non-pharmacological treatments for ADHD: A lifespan approach. *J Child Psychol Psychiatry* 2010; 51(2): 116–133.
30. JONES HA, CHRONIS-TUSCANO A: Efficacy of teacher in-service training for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychol Schools* 2008; 45(10): 918–929.