

ADHD kod djece u predškolskoj dobi

Markulin, Veronika

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Teacher Education / Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:147:117769>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-13**

Repository / Repozitorij:

[University of Zagreb Faculty of Teacher Education - Digital repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ

Veronika Markulin

ADHD KOD DJECE U PREDŠKOLSKOJ DOBI

Završni rad

Zagreb, kolovoz 2023.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ

Veronika Markulin

ADHD KOD DJECE U PREDŠKOLSKOJ DOBI

Završni rad

Mentorica rada:

izv. prof. dr. sc. Maša Malenica

Zagreb, kolovoz 2023.

SADRŽAJ

SAŽETAK.....	1
SUMMARY	2
1. UVOD	3
2. DEFICIT PAŽNJE/HIPERAKTIVNI POREMEĆAJ – ADHD	4
2.1. Povijesni razvoj ADHD-a.....	5
2.2. Tipovi ADHD-a.....	6
3. UZROCI ADHD-a	9
3.1. Organske teorije.....	9
3.2. Genetske teorije	10
3.3. Psihosocijalne teorije.....	10
4. SIMPTOMI ADHD-a.....	12
4.1. Nepažnja	12
4.2. Hiperaktivnost	13
4.3. Impulzivnost	13
5. DIJAGNOZA	15
5.1. Dijagnostički kriteriji.....	15
5.2. Dijagnostički postupak	16
6. LIJEČENJE	20
6.1. Psihoedukacija	20
6.2. Medikamentozna terapija	21
6.3. Ostali oblici tretmana – Neurofeedback	22
7. DIJETE S ADHD-om U VRTIĆU	23
8. DIJETE S ADHD-om U OBITELJI.....	25
9. ZAKLJUČAK	27
LITERATURA.....	28
Izjava o izvornosti završnog rada.....	29

SAŽETAK

ADHD je jedan od najčešćih poremećaja koji se javljaju kod djece i adolescenata. Uzrok nastanka ovog poremećaja još je uvijek nepoznat i nedovoljno istražen, ali se raznim istraživanjima otkrilo koji bi čimbenici možda mogli utjecati na razvoj ovog poremećaja. Glavni simptomi ovog poremećaja koji se javljaju su nepažnja, hiperaktivnost i impulzivnost. To troje su najvidljiviji simptomi ADHD-a i oni se uvijek nekako isprepliću jedno s drugim. Kako bi se ADHD dijagnosticirao, potrebno je da su zadovoljeni uvjeti iz Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-5). Da bi se ADHD dijagnosticirao, simptomi moraju biti prisutni prije sedme godine djetetova života, moraju trajati najmanje šest mjeseci i moraju se pojavljivati u dva različita okruženja, bilo u vrtiću, bilo kod kuće. Dijagnostičkim postupkom se želi prikupiti što veći broj informacija o djetetu iz više različitih izvora. U dijagnosticiranju sudjeluje tim koji se sastoji od pedijatra, neuropedijatra, logopeda, psihologa, a informacije dobivaju od roditelja i odgojitelja. Kada se dijagnoza uspostavi kreće se sa liječenjem. Tretmanom se samo žele ublažiti simptomi i umanjiti specifične teškoće. Prvi korak u liječenju je psihoedukacija, a zatim medikamentozna terapija. Postoje još i ostali oblici liječenja kao primjerice neurofeedback. Kako su tijekom odrastanja djeca s ADHD-om uglavnom neshvaćena, ignoriranje ovog poremećaja nikako nije dobro jer to može imati razarajuće posljedice za dijete. Bitno je da djetetova bliža okolina, posebice roditelji i odgojitelji, prihvate da dijete ima poremećaj, krenu s liječenjem na vrijeme te da budu puni razumijevanja i podrške za dijete kako bi se ono moglo bez problema uklopiti u svakodnevni život.

Ključne riječi: ADHD, poremećaj, dijete, simptomi, dijagnoza, liječenje

SUMMARY

ADHD is one of the most common disorders that occur in children and adolescents. The cause of this disorder is still unknown and insufficiently researched, but various researches revealed which factors could possibly influence the development of this disorder. The main symptoms of this disorder are inattention, hyperactivity and impulsivity. Those three are the most visible symptoms of ADHD and they always somehow intertwine with each other. In order to diagnose ADHD, it is necessary that the conditions from the Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders are met. In order to be diagnosed ADHD, symptoms must be present before the child is seven years old, they must last at least six months and must appear in two different environments, either in kindergarten or at home. The diagnostic procedure aims to gather as much information as possible about the child from many different sources. A team consisting of pediatricians, neuropsychiatrists, speech therapists, and psychologists participates in the diagnosis, and they receive information from parents and educators. Once the diagnosis is established, the treatment begins. Treatment is only intended to alleviate symptoms and reduce specific difficulties. The first step in treatment is psychoeducation, followed by drug therapy. There are also other forms of treatment, such as neurofeedback. As children with ADHD are mostly misunderstood while growing up, ignoring this disorder is not good because it can have devastating consequences for the child. It is essential that the child's immediate environment, especially the parents and educators, accept that the child has a disorder, start treatment on time, and be full of understanding and support for the child so that he can fit into everyday life without any problems.

Keywords: ADHD, disorder, child, symptoms, diagnosis, treatment

1. UVOD

Jedna narodna poslovice kaže – *sto ljudi, sto ćudi*. Isto tako se mogu opisati i svi ljudi na ovoj planeti, svi su različiti i svako je osoba za sebe. Tako je i sa djecom. U svijetu postoje mirna, tiha i povučena djeca koja mogu biti mirna i bez problema pratiti sve što im se zadaje, te je njihova pažnja usmjerena samo na zadani zadatak. S druge pak strane postoje djeca koja su hiperaktivna, impulzivna te im pažnja svako malo luta i skreće s jedne stavke na drugu. Upravo su ovo simptomi koji karakteriziraju poremećaj kod djece, a u današnje vrijeme i kod odraslih, poznatiji kao ADHD.

Kako navode Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja (2022), ADHD je danas jedan od najčešće dijagnosticiranih poremećaja i jedan od najčešćih razloga zašto se dijete upućuje na medicinsku procjenu. ADHD je prema najnovijim klasifikacijama DSM-5 svrstan u neurorazvojne poremećaje što bi značilo da je biološki uvjetovan tj. da nastaje tijekom sazrijevanja središnjega živčanoga sustava.

Kao glavni simptomi ovog poremećaja navode se nepažnja, hiperaktivnost i impulzivnost. Dijete ne mora imati sve simptome poremećaja, no ukoliko ima više od šest simptoma koji traju dulje od šest mjeseci bilo nepažnje, hiperaktivnosti ili impulzivnosti, može se dijagnosticirati ADHD. Naravno da se kod djece ne mora uvijek raditi o poremećaju jer su djeca po svojoj prirodi nemirnija, impulzivnija te im pažnja lako odluta. Upravo iz tih razloga se rade dijagnostička istraživanja koja daju odgovor radi li se o poremećaju ili je jednostavno dijete takvo kakvo je.

Danas je ADHD uvelike istražen te se o njemu jako puno zna. Upravo iz tih razloga bi svatko od nas trebao znati funkcionirati sa osobom kojoj je postavljena ta dijagnoza, kao i znati se ponašati prema toj osobi. Proučavajući dijete s ADHD-om, većina autora koji se bave ovim poremećajem nam daje smjernice kako i na koji način se ponašati prema njima. Od iznimne je važnosti da djeca s ADHD-om žive u podržavajućoj okolini, bilo u obitelji, bilo u vrtiću ili školi, da se ne osjećaju odbačeno i zapostavljeno, te da im se na najadekvatnije načine pokušava pomoći koliko možemo i koliko nam oni sami to dopuštaju.

2. DEFICIT PAŽNJE/HIPERAKTIVNI POREMEĆAJ – ADHD

ADHD je danas jedan od najčešće dijagnosticiranih poremećaja pa samim time prema najnovijim klasifikacijama (DSM-5 – *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*, 5. izdanje) svrstan je u neurorazvojne poremećaje što bi značilo da je biološki uvjetovan odnosno da nastaje tijekom sazrijevanja središnjega živčanog sustava koji se dešava u ranom djetinjstvu. Također je ujedno i jedan od najčešćih razloga zašto se dijete upućuje na medicinsku procjenu. No kada se govori o poremećajima u dječjoj dobi, to ne znači da oni ne mogu postojati ili nastati i u odrasloj dobi, ali će najčešće nastati u djetinjstvu (Hercigonja Novković, Kocijan-Hercigonja, 2022).

Većina ljudi ima predrasudu kako je ADHD zapravo bolest. Činjenica je zapravo da ADHD nije bolest nego poremećaj koji označava skup simptoma za koje je potrebno da postoje u određenom minimalnom broju i koji utječu na mentalno ili na fizičko zdravlje. Ako nema dovoljno simptoma, nema ni poremećaja (Hercigonja Novković, Kocijan-Hercigonja, 2022). Osobe koje imaju ADHD ne znači da su lijene, glupe, lude, loše ili bolesne. To jednostavno znači da postoje neke razlike u radu njihovog mozga koji rezultiraju time da pokazuju osobine ADHD-a. Također osobe koje imaju ADHD imaju posebne vještine i talente, puni su energije, znatiželjni te kreativni (Taylor, 2008).

Prema Kocijan-Hercigonja, Buljan-Flander i Vučković (1997), ADHD je definiran i kao razvojni poremećaj samokontrole kod kojeg su dominantni problemi s nedostatkom pažnje, impulzivnošću i hiperaktivnošću. Ukoliko su ti simptomi kod djece značajno izraženi oni mogu narušavati obiteljske odnose i odnose s vršnjacima, jednako kao i odnose unutar odgojno-obrazovnih institucija, točnije između djeteta i učitelja ili odgojitelja.

Deficit pažnje odnosno hiperaktivni poremećaj opisuje djecu koja su nepažljivija, nemirnija i brzopletija od ostale djece. ADHD se osobito zapaža kod predškolske djece, ali se on zapravo razvija i puno ranije (Lauth, Schlottke, Naumann, 2008). Dijagnozu je teško postaviti prije četvrte ili pete godine života jer dječje ponašanje tada varira, te im se postavlja i manje zahtjeva koje bi iziskivalo trajnije održavanje pažnje i kontrolu ponašanja (Velki, 2012). Po statistikama samo 3 do 7% djece doista ima poremećaj pozornosti. Jednako tako učestalost poremećaja pozornosti nije jednaka kod dječaka i djevojčica jer dječaka ima jedno šest puta više s tim poremećajem nego što ima djevojčica. (Lauth i sur., 2008).

ADHD je danas među djecom i mladima sve prisutniji i sve se češće traži pomoć stručnjaka. Ipak, neki ne prizaju postojanje istog smatrajući da su današnja djeca samo

„razmažena“, „neodgojena“ i „lijena“, te da izgledaju „previše normalna“ a da im sama dijagnoza služi kao izlika (Hercigonja Novković, Kocijan-Hercigonja, 2022).

2.1. Povijesni razvoj ADHD-a

Današnji naziv ADHD postoji tek od 1987. godine, dok se kroz povijest taj naziv mijenjao ovisno u pristupu znanstvenika koji je obilježio pojedino razdoblje. Suvremeno shvaćanje ADHD-a definira se od 1994. godine izlaskom DSM-4, no ipak ADHD nije fenomen koji pripada samo suvremenom dobu. Hipokrat prije nekih 2500 godina opisuje stanje koje je nalik upravo današnjem poremećaju ADHD-u (Ferek, 2006; Jurin, Sekušak-Gelešev, 2008).

Većinom se smatra da je ADHD prvi put spomenut i opisan 1902. godine od strane engleskog pedijatra doktora Georga Stilla koji je tada prvi uočio specifično ponašanje kod djece koje opisuje kao pretjeran nemir, destruktivnost, samopovređivanje i probleme s pažnjom. Za Stilla je to bio organski problem jer je smatrao da su razna oštećenja mozga kao primjerice virusne infekcije mozga kod djece, dovodila do hiperaktivnosti, impulzivnosti i nepažnje (Ferek, 2008).

U literaturi se zapravo prvi opisi ADHD-a navode još 1775. godine kada je njemački liječnik Melchior Adam Weikard u svojem udžbeniku *Der Philosophische Art* (Doktor filozofije) opisao simptome ADHD-a, primarno simptome nepažnje. Isto tako 1798. godine Sir Alexander Chricton, škotski liječnik koji je radio diljem Europe, objavio je knjigu *Istraživanje o prirodi i podrijetlu mentalnog poremećaja: razumijevanje sažetog sustava fiziologije i patologije ljudskog uma i povijest strasti i njihovih učinaka*, gdje u poglavlju „O pažnji i njezinim oštećenjima“ daje opis osobe koja bi odgovarala DSM-ovim kriterijima za ADHD (Hercigonja Novković, Kocijan-Hercigonja, 2022).

Opisi ADHD-a se također nalaze i u pjesmama njemačkoga liječnika Heinricha Hoffmana u knjizi *Janko Raščupanko* koja je izašla 1845., a u kojoj Hoffman jasno opisuje razne poremećaje dječje dobi s kojima se susretao. U knjizi se nalaze opisi nepažljivog tipa ADHD-a koji se jasno vide kroz likove Nemirnog Filipa i Dječaka s glavom u oblacima (Hercigonja Novković, Kocijan-Hercigonja, 2022).

Nakon pandemije encefalitisa (1917. – 1926.) i u Sjevernoj Americi je porastao interes za ovaj poremećaj. Kliničari su opisivali djecu koja su se oporavila od encefalitisa, ali su pokazala odstupanja u ponašanju. Tada se govorilo o „postencefalitičkom poremećaju ponašanja“ te se smatralo da je on posljedica oštećenja mozga. Medikamentozna terapija započinje u razdoblju od 1937. do 1941. gdje su psihološki poremećaji smatrani dokazom da

im je uzrok oštećenje mozga. Upravo zbog tih dokaza u razdoblju od 1950. do 1960. razvio se termin „minimalna disfunkcija mozga, MBD (Hercigonja Novković, Kocijan-Hercigonja, 2022).

Godine 1957. dječji psihijatar Laufer i dječji neurolog Denhoff mijenjaju naziv poremećaja u hiperkinetičko-impulzivni poremećaj jer se od tada u nazivu ne spominje mogući uzrok takva ponašanja, nego njegove konkretne karakteristike. Uzroke nalaze u poremećajima motorike i percepcije kao posljedicama oštećenja mozga (Kocijan-Hercigonja i sur., 1997; Ferek, 2006).

Među brojnim radovima ističe se onaj iz 1960. godine psihijatrice Stelle Chess u kojem se glavni naglasak stavlja na simptom hiperaktivnosti. Godine 1968. objavljen je *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje* (DSM-2). DSM-2 poremećaj je klasificiran kao hiperkinetička reakcija u dječjoj dobi. Godine 1980. objavljen je DSM-3 gdje se poseban naglasak stavlja na poremećaj pažnje i impulzivnosti te je zbog toga DSM-3 klasificiran kao poremećaj pažnje i hiperaktivni poremećaj. Tada je i prihvaćeno da je ADHD razvojni poremećaj kronične prirode s velikom biološkom i nasljednom predispozicijom. DSM-4 objavljen je 2004. pod aktualnim nazivom deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj te se on koristio do 2013. godine kada je objavljen DSM-5. Razlika između prije korištenih klasifikacija i DSM-5 je u tome što je ovaj poremećaj smješten u kategoriju neurorazvojnih poremećaja te se isto tako po prvi puta, otkad traju istraživanja o ADHD-u, navodi kako se poremećaj može dijagnosticirati i kod odraslih (Kocijan-Hercigonja i sur., 1997; Hercigonja Novković, Kocijan-Hercigonja, 2022).

2.2. Tipovi ADHD-a

U novije vrijeme hiperaktivnost se dijagnosticira zajedno s deficitom pažnje jer se smatra da su povezane te se samim time i često zajednički pojavljuju (Kocijan-Hercigonja i sur., 1997). Kako je već ranije navedeno, dijagnozu poremećaja ADHD je teško postaviti prije četvrte ili pete godine pa se dijagnoza najčešće postavlja kada dijete krene u školu jer su tada zahtjevi za prilagodnom kod djece najveći i od njih se zahtjeva veća kontrola ponašanja i održavanje pažnje. Da bi se poremećaj dijagnosticirao, trebali bi se zadovoljiti određeni kriteriji za određivanje dijagnoze. Neki od tih kriterija su da se simptomi pojave prije sedme godine života i da traju najmanje šest mjeseci u neskladu s razvojnim stupnjem. Također moraju značajno ometati sposobnost funkcioniranja u svakodnevnom životu te se pojavljivati u dvije ili više sredina (u školi, kod kuće, u nekom radu) (Ferek, 2006; Velki, 2012).

Prema DSM-5 (APA,2014.) postoje tri tipa ADHD-a:

1. Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj – kombinirani tip
2. Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj – predominantno nepažljivi tip
3. Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj – predominantno hiperaktivno-impulzivni tip (Velki, Dudaš, 2016)

Kod kombiniranog tipa ADHD-a je zastupljeno šest ili više simptoma nepažnje kao i šest ili više simptoma hiperaktivnosti odnosno impulzivnosti s time da oni traju najmanje šest mjeseci u stupnju koji direktno negativno utječe na socijalne i akademske ili radne aktivnosti. Kombinirani tip je ujedno i najteži ali i najčešći oblik poremećaja koji se pojavljuje kod djece i adolescenata (Velki, 2012). Takva djeca imaju teškoća s obraćanjem pažnje i također su prekomjerno aktivni. Imaju slabo razvijene funkcije mozga koje bi im trebale da započnu organiziranje, rješavanje, pamćenje ili planiranje zadataka koje im je potrebno cijelog života (Phelan, 2005; Cooley, 2017). Kod predominantno nepažljivog tipa ADHD-a zastupljeno je šest ili više simptoma nepažnje, ali manje od šest simptoma hiperaktivnosti i impulzivnosti koji traju isto tako najmanje šest mjeseci. Ovaj tip ADHD-a je najčešće dijagnosticiran kod djevojčica (Taylor, 2008). Ova djeca nisu nametljiva ili nemirna, ali imaju dosta poteškoća s usredotočavanjem na zadatke, održavanjem pažnje i organiziranjem kao i dovršavanjem zadataka (Phelan, 2005). Također ta djeca vrlo teško uče te zbog toga mogu imati poteškoća s akademskim uspjehom, ali i s usvajanjem praktičnih i motoričkih vještina, mogu imati poteškoća s učenjem govora, te poteškoće u socijalizaciji. No ako se poremećaj otkrije na vrijeme, i ta djeca mogu napredovati (Prvčić, Rister, 2009). Predominantno hiperaktivno-impulzivni tip ima zastupljenost šest ili više simptoma hiperaktivnosti i impulzivnosti, ali manje od šest simptoma nepažnje koji isto tako traju najmanje šest mjeseci. Prema Phelan (2005) predominantno hiperaktivno-impulzivni tip je zapravo isto što i kombinirani tip, ali u njegovoj mlađoj verziji. Ta skupina djece je vrlo mlađe dobi, u prosjeku od četiri do pet godina pa se taj tip ADHD-a najčešće i dijagnosticira u predškolskoj i vrtićkoj dobi. Što se tiče hiperaktivnosti ta djeca su stalno u pokretu, ne mogu mirno sjediti, sve diraju, stalno nešto zapitkuju, penju se u situacijama kad je to neprimjereno, nespretni su. Često su takva djeca neustrašiva i ustraju u situacijama koje plaše drugu djecu. Što se tiče pak impulzivnosti, takva djeca reagiraju bez razmišljanja o mogućim posljedicama ponašanja, odgovaraju prije nego im se pitanje i postavi, teško čekaju u redu i prekidaju druge (Prvčić, Rister, 2009). Kako navodi Taylor (2008), djevojčice mogu imati ovu vrstu ADHD-a, ali se ipak ovaj tip češće pripisuje dječacima.

3. UZROCI ADHD-a

Pravi uzrok poremećaja ADHD još uvijek nije otkriven, no ipak znanstvenici su otkrili koji bi čimbenici mogli utjecati na uzroke te kako ti čimbenici utječu i na određene simptome ADHD-a.

Ne možemo reći da istraživanja ovog poremećaja nisu urodila plodom te da se i danas baš ništa ne zna o ADHD-u. Znamo da uzrok ne leži u nedostatku roditeljske brige, pretjeranom gledanju televizije, nepravilnoj prehrani ili primjerice u poremećaju lučenja nekih hormona, no ipak svi ti čimbenici mogu utjecati na jačinu simptoma (Jurin, Sekušak-Galešev, 2008). Isto tako važno je naglasiti da uzrok pojave poremećaja nisu ni vršnjaci, škola, pa čak niti samo dijete. Okolina kojom je dijete okruženo, primjerice roditelji, vršnjaci, nastavnici, kao i njihov odnos sa djetetom isto tako nisu uzrok ADHD-a. Oni jedino mogu utjecati na jačinu simptoma i neželjenih ponašanja (Velki, 2012).

U današnje je vrijeme ADHD sve učestaliji kod djece, ali i vrlo težak kako za dijete tako i za okolinu koja ga okružuje pa su samim time i brojna istraživanja usmjerena upravo na otkrivanje uzroka ovog poremećaja. Pošto točnog uzroka nema, jedino što je sasvim sigurno je to da su uzroci mnogobrojni, različiti te nedovoljno definirani, ali opet nekako međusobno isprepleteni. Zato je poznavanje tih uzoraka, za budućnost nemirne djece, od izuzetnog značaja (Kocijan-Hercigonja i sur., 1997).

3.1. Organske teorije

Oštećenje mozga uslijed pandemije encefalitisa smatralo se odgovornim za nastanak poremećaja. Danas pak sve više istraživača ovog poremećaja vjeruje da je poremećaj uzrokovan raznim neuroendokrinološkim, neurokemijskim i neuroanatomskim čimbenicima. Sve veći broj istraživanja naglašava da problemi s pažnjom, impulzivnošću i hiperaktivnošću nastaju iz neadekvatnog funkcioniranja određenih područja u mozgu (Kocijan-Hercigonja i sur., 1997; Phelan, 2005).

Analiza usporedbe djece s ADHD-om i djece bez ADHD-a pokazala je da djeca s ADHD-om imaju smanjenu aktivnost bilateralnog prefrontalnog korteksa, temporalnog režnja i desnog parijentalnog režnja u pogledu primjene zadataka kognitivne fleksibilnosti. Jednako tako kao mogući uzrok navode se promjene koje nastaju u prenatalnom razdoblju kao što su pušenje majke, zloupotreba alkohola i droga, stres. Niska porođajna težina je isto tako jedan od čimbenika rizika za razvoj ADHD-a (Hercigonja Novković, Kocijan-Hercigonja, 2022).

3.2. Genetske teorije

Brojne analize obitelji djece s ADHD-om temelj su određenim genetskim čimbenicima. Prema Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja (2022), utjecaj naslijeđa kreće se prema procjenama u rasponu od 71 do 90 posto. Djeca koja u obitelji imaju rođake s ADHD-om, pod većim su rizikom da i sama imaju isti taj poremećaj. Pa tako primjerice ako određeno dijete ima brata ili sestru koje ima ADHD, vjerojatnost da će i to dijete imati ADHD raste na 30 posto. Drugo provedeno istraživanje pak otkriva da ako roditelj ima ADHD, rizik da će ga imati i dijete tog roditelja nešto je veći od 50 posto. Bitno je naglasiti da analiza posvojene djece prema Thaleru pokazuje da naslijeđe ipak ima jak utjecaj. Što se tiče blizanaca i kod njih je podudarnost velika. Jednojajčani blizanci imaju mogućnost od 50 posto da oboje imaju ADHD, dok je kod dvojajčanih ta mogućnost nešto manja i iznosi 33 posto.

Isto tako vezano za genetske teorije, većina stručnjaka smatra da nekoliko od oko 100 000 ljudskih gena u konačnici sudjeluju u nastanku ADHD-a. Analizom uzoraka krvi roditelja i djece može se dobiti uvid u njihove gene kako bi se utvrdilo postoji li zajednički genetski poremećaj koji se događa kod njih, a uzrokuje genetsko naslijeđe ADHD-a (Phelan, 2005).

3.3. Psihosocijalne teorije

Kod psihosocijalnih utjecaja se posebno naglašava uloga stresa u obitelji koji je najčešće povezan sa lošim socioekonomskim stanjem, odnos majka-dijete kao i neka druga nepovoljna obiteljska stanja koji mogu dovesti do poremećaja. Jednako tako neki stručnjaci govore i o psihogenim teorijama gdje se različiti afektivni poremećaji manifestiraju kod bliskih članova obitelji, posebice majki, te upravo ti poremećaji loše utječu na emotivnu vezu između djeteta i okoline (majke) koji će kasnije dovesti do raznih emotivnih problema te će dijete najvjerojatnije razviti ADHD (Kocijan-Hercigonja i sur., 1997). Okolina može direktno i indirektno utjecati na pojavu simptoma ADHD-a. Među najčešćima spominju se fizički faktori. Statistika pokazuje da veći dio djece koji ima ADHD potječe iz okruženja u kojemu se nije vodilo računa o djetetovu tjelesnom zdravlju.

Za nastanak ADHD-a odgovorni su uz psihosocijalne i biološki i okolišni čimbenici. Istraživanja pokazuju da su psihološki i organski čimbenici međusobno povezani jer kada se određeni biološki čimbenici s kojima je dijete rođeno spoje s nepovoljnim psihološkim čimbenicima poput odrastanja u disfunkcionalnoj, zanemarujućoj obitelji ili okruženju, događaju se promjene koje itekako utječu na organsko oštećenje. Tako se dolazi do zaključka

da nepovoljni psihosocijalni čimbenici povezani sa onim biološkim mogu izazvati ADHD (Hercigonja Novković, Kocijan-Hercigonja, 2022).

4. SIMPTOMI ADHD-a

Nepažnja, hiperaktivnost i impulzivnost su ključni simptomi za prepoznavanje ADHD-a. Tijekom svog odrastanja, sva djeca su nemirna, hiperaktivna te ponekad impulzivna u nekim svojim nastojanjima kako bi ostvarila svoje želje ili se dokazala drugima, no ipak, djeca s ADHD-om kako odrastaju tako i njihova ponašanja postaju sve teža, a simptomi sve češći (Kudek Mirošević, Opić, 2010). Ponašanje u kojima su prisutni ovi simptomi narušava socijalne odnose pa su takva djeca obično neprihvaćena u društvu, ali i slabije funkcioniraju na odgojno-obrazovnom i profesionalnom polju (Kocijan-Hercigonja i sur. 1997; Hughes, Cooper, 2009).

Boschitz i sur. (2004, prema Kudek Mirošević, Opić, 2010) opisuju neka karakteristična ponašanja za ADHD pa tako djeca koja imaju ADHD počinju s radom i prije nego što dobiju upute, promatraju drugu djecu kako nešto rade, bez da oni to sami probaju. Jednako tako su stalno u pokretu, sve moraju dotaknuti, ne mogu sjediti duže vrijeme na jednom mjestu, brzopleti su pa rade nepotrebne pogreške, prelaze s jedne aktivnosti na drugu, neorganizirani su, nespretni, mislima su negdje drugdje, te nemaju dovoljno samopouzdanja.

Iako su nepažnja, hiperaktivnost i impulzivnost glavni znaci ADHD-a, Ferek (2006) navodi i popratne simptome ADHD-a koji se povremeno pojavljuju. Tako djeca odnosno osobe koje imaju ADHD mogu imati i nisko samopouzdanje, može im se razviti depresija, društveno su izolirani, imaju strah od učenja nečeg novog, zloupotrebljavaju alkohol i droge, devijantno se ponašaju zbog svih nagomilanih frustracija, te imaju osjećaj da ne daju svoj maksimum u svemu što rade.

4.1. Nepažnja

Trajanje pažnje djeteta s ADHD-om je kratka za njegovu dob. Kod djece predškolske dobi nepažnju je teže zamijetiti jer se njima postavlja manje zadataka koji iziskuju održavanje pažnje. Djeca s deficitom pažnje nisu u stanju sjediti s odraslom osobom i čitati slikovnice, ne mogu sjediti u skupini i slušati kraću priču. Toj djeci i najmanji podražaj iz okoline može odvući pažnju te postaje središte njihova interesa ali na kratko vrijeme (Velki, 2012).

Djeca s ADHD-om imaju velikih poteškoća u održavanju pažnje u aktivnostima. Douglas (1983, prema Hughes, Cooper, 2009) navodi kako djeca teško započinju neke određene zadatke, a onda kad ih i započnu, ubrzo gube pažnju te se teško vraćaju na ponovno izvršavanje zadataka. Dijete ne može održati pažnju na nekom zadatku pogotovo ako mu je taj zadatak nezanimljiv i dosadan. Njima je vrlo naporno ustrajati u rješavanju zadataka, te osjećaju konstantan stres kod izvršavanja istog (Phelan, 2005).

Pažnja kod djece s ADHD-om je kratkotrajna. Dijete bez ikakvog razloga napušta određenu aktivnost i prelazi na drugu. Kako djetetu pažnja slabi dijete postaje nemirnije. Oscilacija pažnje je izrazita te dijete u svoje dobre dane može održati pažnju do 20 minuta, dok u loše dane održavanje pažnje traje manje od 5 minuta (Kocijan-Hercigonja i sur. 1997). Posljedice nemogućnosti održavanja pažnje očituju se kako u području obrazovanja, tako i u normalnim, zadovoljavajućim odnosima sa članovima obitelji i prijateljima (Prvčić, Rister, 2009).

4.2. Hiperaktivnost

Prema Hercigonja Novković, Kocijan-Hercigonja (2022) „Hiperaktivnost se definira kao motorički nemir u situacijama koje zahtijevaju mirnoću.“ Hiperaktivnost uključuje skakanje, trčanje, ustajanje sa stolice kada bi trebalo sjediti, vrpoljenje i to sve ovisno o dobi i situaciji u kojoj se dijete nalazi. Mala djeca su obično nemirna te ta njihova nemirnoća ne mora nužno upućivati na poremećaj. Zato je bitno da dijagnostičar poznaje dječji razvoj kako bi mogao vidjeti radi li se o poremećaju ili ne.

Hiperaktivnost se razlikuje ovisno o dobi djeteta i njegovom razvojnom stupnju. Obično je kod djece predškolske dobi normalno da se motorički aktivno ponašaju, no takvo ponašanje se ipak razlikuje kod djece s ADHD-om. Hiperaktivna djeca su stalno u pokretu i svuda moraju biti pristuna. Ona trče kroz prostorije vrtića, skaču i penju se po namještaju, imaju teškoće kod aktivnosti koje zahtijevaju mirno sjedenje. Ovo se ponašanje često tumači kao djetetovo ignoriranje uputa (Velki, 2012).

Hiperaktivnost je simptom koji se najranije očituje te je najizraženiji. Vrlo lako se primjećuje u najranijoj dobi pa se tako hiperaktivnost dijagnosticira i kod djece mlađe od 4 ili 5 godina. Ta djeca su već u dojenačkoj dobi neobičajeno aktivna. U predškolskoj dobi najizraženija karakteristika hiperaktivnosti je nestrpljivost. Kako je već ranije navedeno, ta djeca nikada nisu na svom mjestu, ne slušaju odgojitelje, a jedna od isto tako bitnih karakteristika je i pretjerana brbljavost gdje takva djeca pretjerano ispituju, puno govore te ponekad komentiraju sama sa sobom (Prvčić, Rister, 2009; Delić, 2010).

4.3. Impulzivnost

Impulzivnost se definira kao djelovanje bez razmišljanja i provođenje u djelo svega što padne djetetu s ADHD-om na pamet bez obzira na posljedice (Phelan, 2005). Impulzivnost može ometati socijalne odnose, kontrola impulsa je nemoguća, u opasnim situacijama se javlja nepromišljenost, impulzivno se krše društvena pravila kao što su prekidanje i ometanje tuđih

aktivnosti, prerano se odgovara na nepostavljena pitanja, teško se čeka u redu i sl. (Hercigonja Novković, Kocijan-Hercigonja, 2022).

Jednako tako i Kadum-Bošnjak (2006) navodi kako su impulzivna djeca nestrpljiva, teško odgađaju zadovoljavanje želja, te teško čekaju neki događaj zbog nedovoljne mogućnosti planiranja. Ne mogu se oduprijeti trenutnom iskušenju, te prekidaju i ometaju druge upadajući u razgovor ili igru. Roditelji se primjerice žale kako takva djeca često upadaju u probleme tako što se potuku sa drugom djecom, bave se nekim opasnim aktivnostima bez razmišljanja o posljedicama istih, te im se često događaju nezgode zbog čega i roditelji sami moraju biti na još većem oprezu. Takva se djeca oglašuju na zahtjeve i molbe roditelja i odgojitelja, razgovaraju u neprikladno vrijeme, diraju stvari koje ne bi smjeli te se „ludiraju“.

Impulzivna djeca ne mogu kontrolirati svoje trenutne reakcije pa se zbog toga lako mogu naći u neugodnim i opasnim situacijama. Jednako tako često mogu biti agresivni prema nekome ko ih želi spriječiti u njihovom naumu. Česte su situacije gdje impulzivna djeca teško stvaraju i održavaju prijateljstva. Zbog njihovog impulzivnog ponašanja, takva djeca ponekad budu i odbačena (Delić, 2001; Prvčić, Rister, 2009).

5. DIJAGNOZA

Dijagnosticiranje ADHD-a razlikuje se od nekih dijagnostičkih postupaka u općoj medicini koja se bavi tjelesnim zdravljem te od dijagnosticiranja drugih vrsta psiholoških poteškoća. Za dijagnosticiranje ADHD-a ne postoji nikakav neurološki, tjelesni ili psihološki test koji bi mogao potvrditi radi li se od ADHD-u ili ne. Dijagnostički proces mora uključivati prikupljanje većeg broja informacija iz više različitih izvora pa je tako za dijagnosticiranje ADHD-a kod djeteta potrebno sakupiti podatke o djetetu, njegovu školovanju, životu s obitelji i socijalnim interakcijama (Phelan, 2005). Važno je da u dijagnosticiranju ADHD-a kod djeteta sudjeluje tim koji se sastoji uglavnom od pedijatra, neuropedijatra, psihologa, logopeda, a informacije mogu prikupiti od roditelja i odgojitelja najprije (Jurin, Sekušak.Galešev, 2008).

Postavljanje pravilne dijagnoze je veoma značajno zbog procjene vrste uzroka kao i zbog određivanja pravilnog tijeka liječenja. Za dijagnosticiranje ADHD-a je važna obiteljska i osobna anamneza, odnosi unutar obitelji, izostanak emotivne podrške i sigurnosti u obiteljskoj dinamici, traume tijekom poroda. Djeca kojoj je dijagnosticiran ADHD, loše funkcioniraju kod kuće, u školi, ali i s vršnjacima. ADHD je definiran od strane Američke-psihijatrijske udruge (APA) u Dijagnostičko-statističkom priručniku za mentalne poremećaje s obzirom na kombinaciju simptoma koji se javljaju kod djece (Kocijan-Hercigonja, 1997; Velki, Dudaš, 2015).

5.1. Dijagnostički kriteriji

Prema DSM-V (APA, 2014), da bi ADHD bio dijagnosticiran moraju biti zadovoljeni određeni uvjeti. U ovom slučaju to su:

- Nekoliko simptoma nepažnje ili hiperaktivnosti-impulzivnosti bilo je prisutno prije dobi od 12 godina
- Nekoliko simptoma nepažnje ili hiperaktivnosti-impulzivnosti su prisutni u dva ili više okruženja u kojima se dijete nalazi (npr. kod kuće, u vrtiću, s prijateljima)
- Postoje jasni dokazi da simptomi ometaju ili smanjuju kvalitetu socijalnog, akademskog ili radnog funkcioniranja
- Simptomi se ne pojavljuju tijekom epizode shizofrenije ili drugih psihotičnih poremećaja i ne mogu se bolje objasniti drugim mentalnim poremećajima (npr. poremećaj raspoloženja, anksiozni poremećaj, poremećaj ličnosti..).

Dijagnostički kriteriji ADHD-a prema DSM-V:

- 1) Nepažnja: šest ili više simptoma traje najmanje 6 mjeseci, nisu u skladu sa stupnjem razvoja i loše utječu na socijalne, akademske i radne aktivnosti:
 - a) Često ne obraća pažnju na detalje ili radi pogreške u školi, na poslu ili drugim aktivnostima
 - b) Često ima teškoća u zadržavanju pažnje kod obavljanja određenih zadataka ili u igri
 - c) Često izgleda kao da ne sluša dok mu se obraća
 - d) Često ne prati detaljno upute pa iz tog razloga ne uspijeva završiti zadane zadatke
 - e) Često ima poteškoća u organizaciji
 - f) Često izbjegava ili se ne želi uključiti u zadatke koji iziskuju veće mentalne napore
 - g) Često gubi potrebne stvari
 - h) Često ga ometaju vanjski podražaji
 - i) Često zaboravlja
- 2) Hiperaktivnost i impulzivnost: šest ili više simptoma traju najmanje 6 mjeseci, nisu u skladu sa stupnjem razvoja i loše utječu na socijalne, akademske i radne aktivnosti:
 - a) Često miče rukama i nogama i ne može mirno sjediti
 - b) Odlazi sa mjesta u situacijama gdje se očekuje da je na mjestu
 - c) Često trči uokolo i penje se nepotrebno
 - d) Često je bučan u igri i ne može biti tiho
 - e) Pokazuje prekomjernu motoričku aktivnost
 - f) Pretjerana brbljavost
 - g) Prije nego što je pitanje postavljeno, često brzo odgovara
 - h) Često ima teškoća sa čekanjem na red
 - i) Često ometa i prekida druge (APA, 2014; Hercigonja Novković, Kocijan-Hercigonja, 2022).

5.2. Dijagnostički postupak

ADHD zahtijeva dugotrajan tretman i od velike je važnosti otkriti radi li se o nekim emocionalnim ili drugim poteškoćama ili o ADHD-u jer je to isto tako jedna vrlo ozbiljna dijagnoza. U mnogim slučajevima će odgojitelji biti ti koji će prvi prepoznati poremećaj jer neki roditelji takvo ponašanje djeteta ne doživljavaju kao problem (Delić, 2001).

Prema Hercigonja Novković, Kocijan-Hercigonja (2022), četiri najvažnije komponente opsežnog postupka dijagnosticiranja ADHD-a su:

1. Klinički intervju

2. Medicinski pregled
3. Ocjenske skale
4. Psihologijski testovi kojima je cilj isključiti i uključiti dodatne poremećaje uz ADHD

Također postoje i ciljevi dijagnostičke obrade kojima se želi utvrditi ili isključiti postojanje ADHD-a te utvrditi diferencijalnu dijagnostiku kojom se ADHD razlikuje od svih drugih mogućih patoloških stanja u dječjoj dobi. Jednako je tako bitno utvrditi tipove intervencija i mogućih tretmana koji su usmjereni prema poremećaju. Treba utvrditi i druga stanja koja često nalazimo uz ADHD te njihov način i stupanj utjecaja na tretman ADHD-a. Na kraju još treba utvrditi razinu djetetova funkcioniranja u svim područjima pa stoga u dijagnostički proces nije uključeno samo dijete nego i njegova neposredna okolina (Hercigonja Novković, Kocijan-Hercigonja, 2022).

Koraci dijagnostičkog postupka su:

- 1) Prvi korak – intervju s roditeljima i djetetom
 - a) Intervju s roditeljima – najčešće prvi korak u dijagnostičkom postupku, te taj razgovor vodi psihijatar. Liječnik kroz razgovor doznaje razlog dolaska na sam razgovor. Razgovor se odvija u obliku intervjua i sve informacije koje roditelji tada daju o djetetu su od velike važnosti jer daju uvid u djetetovo svakodnevno funkcioniranje, kako dijete funkcionira sa ostalim članovima obitelji, vršnjacima, o njegovim obvezama, bolestima i traumama. Liječnik može kroz razgovor vidjeti i kolika je razina stresa kod roditelja, koja su njihova očekivanja od djeteta, zdravstveni problemi, način odgajanja. Razgovor je itekako od velike važnosti za roditelje jer je bitan za uspostavljanje povjerenja s liječnikom. Liječnik tijekom razgovora dobiva informacije od roditelja, ali isto tako roditelji dobivaju informacije o tijeku i članovima dijagnostičkog procesa. Prije nego što dijete uđe u dijagnostički proces, potrebno je prikupiti sve potrebne informacije kao što su nalazi od pedijatra te je isto tako potrebno pregledati evaluaciju stručne službe vrtića ili škole.
 - b) Intervju s djetetom – razgovor s djetetom slijedi nakon razgovora s roditeljima te je on prilagođen dobi djeteta. Koliko će razgovor trajati ovisi o dobi djeteta te njegovom intelektualnom i emocionalnom statusu, ali i razvoju govora. Razgovor se sastoji od slobodne igre, razgovora i aktivnosti. Stariju djecu se može izravno pitati što misle, kako se osjećaju, dok se s mlađom djecom ta aktivnost provodi kroz igru, crtanje, slaganje. Sve te informacije su korisne kako bi se dobila cjelovita slika o djetetu. Kroz razgovor

s djetetom, psihijatar stječe uvid i u teškoće poput teškoća u učenju, depresije, anksioznosti, loših vršnjačkih odnosa. Pažljivim vođenjem razgovora psihijatar promatra mogućnosti djetetove pažnje tijekom razgovora o temama koje dijete ne zanimaju i koje ga zanimaju te ih ono samo bira, promatra znakove hiperaktivnosti te neke od znakova problema u ponašanju. Bitno je da obrada traje neko vrijeme i u nekoliko dolazaka jer djeca s ADHD-om u novim situacijama pokazuju manje teškoća nego u situacijama koje su im dobro poznate.

2) Drugi korak – izvještaji iz škole i ocjenske skale

Uvid u djetetovo funkcioniranje u školi je moguće dobiti samo uz dopuštenje roditelja. Postoje određene ocjenske skale koje se šalju školi na ispunjavanje, a poželjno je i da učitelj pisano ili putem telefona opiše dijete i njegovo ponašanje u školi. Potrebne su informacije o interakciji s nastavnicima, vršnjacima, kako nastavnik doživljava komunikaciju s djetetovim roditeljima. Informacije dobivene od odgojitelja i nastavnika imaju uvid u ponašanja očekivana za djetetovu dob. Ocjenske skale koje se koriste su skala prema DSM-5 i ocjenska skala SNAP-IV gdje se mogu vidjeti i drugi mogući psihijatrijski poremećaji.

3) Treći korak – psihologijska obrada

Sastoji se od kliničkog intervjua i opservacije ispitanika te testiranja psihologijskim mjernim instrumentima. Ona sama nije dovoljna za postavljanje dijagnoze ADHD-a, ali je vrijedan dio dijagnostičke procjene jer utvrđuje moguće poremećaje te zbog diferencijalne dijagnostike. Njome se može utvrditi ima li dijete neki emocionalni poremećaj, ima li teškoća s pažnjom i koncentracijom, impulzivnošću.

4) Četvrti korak – medicinski pregled

Neurološki pregled upućuje na minimalna odstupanja kao što su problemi s održavanjem ravnoteže, orijentacije na tijelu kao i oponašanje pokreta. Opisuju se promjene na EEG-u. Prema potrebi s primarnim ciljem utvrđivanja poremećaja jezika, govora i glasa, poremećaja u čitanju i pisanju, poremećaja u verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji upućuje se na logopedski pregled. Zaključak logopeda je važan za odabir adekvatnog tretmana. Većina djece dolazi kod logopeda zbog sumnje da se radi o disleksiji, a zapravo se samo radi o brzopletosti.

5) Peti korak – konačni zaključak timske obrade

Zaključak dijagnostičkog postupka se donosi timski. Svi članovi koji su bili uključeni u sam postupak zajednički daju konačno mišljenje, svatko iz svoje specijalnosti te se na temelju toga

donosi preporuka za tretman. Roditelje se upoznaje sa mišljenjem, te im se daju savjeti kako i na koji način postupati dalje bilo sa djetetom bilo sa cjelokupnim liječenjem (Hercigonja Novković, Kocijan-Hercigonja, 2022).

6. LIJEČENJE

ADHD se ne liječi nego se tretmanom samo žele ublažiti simptomi i umanjiti specifične teškoće. Svaki od tretmana se prilagođava svakome ponaosob s obzirom na različitost simptoma i popratnih teškoća. Svrha odabranih tretmana je da dijete popravi samokontrolu i nauči organizirati složenije aktivnosti. Dijete vježba kako na što bolji način izaći na kraj sa zadacima pisanja, rješavanja matematičkih zadataka i sa socijalnim zahtjevima. Terapija je organizirana na način da dijete rado dolazi na terapiju i da tijekom terapije uspostavi dobar odnos sa terapeutom. Dijete mora imati osjećaj da ga se shvaća ozbiljno, te se s njim sklapa neka vrsta „ugovora“ gdje se navode ciljevi i postupci terapije jednako kao i termini. Također je važna i suradnja roditelja, ali i suradnja učitelja ili odgojitelja kako bi se postigao još bolji napredak tijekom terapije (Lauth i sur., 2008; Hercigonja Novković, Kocijan-Hercigonja, 2022).

Tretmani su uglavnom usredotočeni na dijete, ali jednako tako moraju biti usredotočeni i na roditelje kroz primjerice grupe za podršku, na školu preko nekih praktičnih tehnika podučavanja djece s ADHD-om, te na terapiju lijekovima. Prvi korak tretmana je uvijek psihoedukacija roditelja i nastavnika ili odgojitelja, a prema potrebi se uvodi medikamentozna terapija s kojom bi se trebalo odmah započinjati ako su simptomi izraziti i ometaju djetetov razvoj i ako je djetetu narušena funkcionalnost (Ferek, 2006; Hercigonja Novković, Kocijan-Hercigonja, 2022).

6.1. Psihoedukacija

Kako je već ranije navedeno, prvi korak tretmana je psihoedukacija koja ne uključuje samo rad s roditeljima nego i sa svim odraslima, nastavnicima ili odgojiteljima, koji se nalaze u djetetovoj blizini. Psihoedukacija izravno utječe na povoljan ishod, te je od velike važnosti za dijete. Roditelje je kroz psihoedukaciju potrebno educirati o ADHD-u te ih poučiti strategijama kako svakodnevno funkcionirati te im dati podršku i osnažiti ih u njihovoj roditeljskoj ulozi. Nakon postavljanja dijagnoze, kao glavni cilj rada, s roditeljima se postavlja rad na promjeni odnosa prema djetetu. Pozitivne rezultate rada daje i uključivanje roditelja u grupu roditelja u kojoj se radi na eliminiranju njihova osjećaja krivnje. Većina roditelja je zaposlena ili imaju još djece s ADHD-om pa zbog toga uza sve obaveze koje imaju nisu uvijek spremni poslušati savjete i promijeniti pristup. Tim roditeljima je neophodna psihološka pomoć bilo u obliku individualnog ili grupnog savjetovanja. U cijeli taj proces je potrebno uložiti puno vremena i truda kako bi rezultati na kraju bili pozitivni ponajprije za dijete, ali i za roditelje (Hercigonja Novković, Kocijan-Hercigonja, 2022).

6.2. Medikamentozna terapija

U svijetu je medikamentozna terapija broj jedan u liječenju ADHD-a te je samim time i jedan od najčešćih načina liječenja. Raznim lijekovima se želi djelovati na simptome poput nepažnje i impulzivnosti. Sama ponuda lijekova za liječenje ADHD-a je u posljednje vrijeme porasla. Psihostimulansi su najčešće primjenjivani lijek u liječenju ADHD-a. Osim što smanjuju glavne simptome hiperaktivnosti i impulzivnosti, utječu i na povećanje pažnje kod djece. Kao i svaki lijekovi tak i ovi kod 15 do 20% djece nemaju učinka, dok se kod oko 5% djece liječenje mora prekinuti zbog nuspojava (Lauth i sur., 2008).

Lijekovi koji se najčešće koriste kod liječenja ADHD-a su svrstani u skupine, a to su: stimulansi, atomoksetin (*strattera*) lijekovi, antidepresivi, antihipertenzivi i lijekovi za komorbidna stanja. Stimulansi od svih lijekova imaju najjače djelovanje, učinkoviti su, ali prije svega i bezopasni, te pomažu u oko 75% slučajeva. Stimulansi koji se najčešće primjenjuju su metilfenidati (*Ritalin*) te amfetamini (*Dexedrine* i *Adderall*). Svi ti lijekovi ako se razmjerno uzimaju, imaju pozitivan učinak na dijete. Phelan (2005) navodi neke od tih pozitivnih učinaka, a posebno se ističe povećanje pažnje, a smanjenje hiperaktivnosti i impulzivnosti. Dijete poboljšava ocjene u školi, smanjuje mu se agresivnost, te je spremno na suradnju. Kao i pozitivni učinci, Phelan također navodi i moguće nuspojave uzimanja lijekova kao što su nesаница, gubitak apetita, glavobolja, tuga, razdražljivost, pospanost. Hercigonja Novković i Kocijan-Hercigonja (2022) navode kako je uz terapiju stimulansima važna i psihoedukacija te da su stimulansi prva crta izbora terapije kod ADHD-a.

Atomoksetin (*Strattera*) je relativno nov lijek za ADHD koji u smislu pozitivnih učinaka djeluje kao stimulans, ali prema kemijskom sastavu nije te se recept za ovaj lijek može izdati telefonski i prepisati se na duže vrijeme. Ovaj lijek se dugo zadržava u tijelu, i do 24 sata pa je dijete zato stalno pod pozitivnim djelovanjem lijeka. Nuspojave koje prate ovaj lijek su mučnina i glavobolja (Phelan, 2005).

Za smanjenje simptoma ADHD-a koriste se i antidepresivi. Antidepresivi su svrstani u dvije skupine od kojih je jedna triciklički antidepresivi, a druga SIPPS-i. Razlika između ove dvije skupine antidepresiva je u tome što triciklički antidepresivi utječu na ADHD i komorbidna stanja, dok SIPPS-i pomažu samo kod komorbidnih stanja. Zajedničko im je to što imaju veliku duljinu djelovanja što ih ponekad čini boljima i od stimulansa. Tricikli koji se koriste su imipramini (*Tofranil*), desipramin (*Norpramin*) i nortriptilin (*Pamelor*). Oni se najčešće koriste kada se stimulansi nisu pokazali uspješnima. Antidepresivi imaju skoro pa slične učinke kao i

stimulansi, a najbitnije je da smanjuju hiperaktivnost i impulzivnost, te povećavaju pažnju. Moguće nuspojave uzimanja antidepresiva su pospanost, suhoća usta, zamagljen vid, vrtoglavica. Bupropion (*Wellbutrin*) je antidepresiv koji kemijski ne spada ni u jednu skupinu antidepresiva. Ovaj antidepresiv se pokazao učinkovitim u liječenju kod ADHD-a, ali i može biti koristan kod liječenja depresije i anksioznosti, pa čak i kod odvikavanja od pušenja (Phelan, 2005).

Antihipertenzivi su kategorija lijekova koja utječe isto tako na smanjenje simptoma. U tu skupinu lijekova ubrajaju se klonidin (*Catapres*) i gvanfacin hidroklorid (*Tenex*) koje inače koriste ljudi za smanjenje krvnog tlaka. Ove lijekove koriste djeca koja su uzbuđena, izrazito aktivna i krajnje energična djeca s vrlo niskom tolerancijom na frustraciju. Djeca s ADHD-om koja uzimaju antihipertenzive su sklonija većoj suradnji i spremnija su dovršavati zadatke i održavati konverzaciju. Ovi lijekovi se uzimaju kada stimulansi ne djeluju dovoljno dobro. Pozitivni učinci antihipertenziva uključuju smanjenje tikova i pomoć u spavanju (Phelan, 2005).

6.3. Ostali oblici tretmana – Neurofeedback

Ostali oblici tretmana su se razvili kao reakcija na nezadovoljstvo ili manjkavost medikamentoznog liječenja, a jedan od njih je i „neurofeedback“. Neurofeedback je terapijski sustav čija se upotreba smatra vrlo korisnom za ublažavanje simptoma ADHD-a, te pomaže djeci da sustavno utječu na vlastite moždane aktivnosti. Dosadašnji rezultati ove vježbe su obećavajući jer pokazuju da djeca s ADHD-om mogu povećati i učvrstiti samokontrolu. Iz njega se razvio sustav „Play Attention“ koji omogućuje korisniku da vidi vlastitu pažnju u stvarnom vremenu tako što kontrolira računalnu igru samo pažnjom. Ovaj sustav koristi moždane valove koji pokreću razne igre sustava. Korištenje sustava pomaže djeci s ADHD-om produljiti i učvrstiti fokus pažnje te isto tako poboljšati pamćenje. Sustav sadrži biciklističku kacigu opremljenu senzorima spojenim na računalo. Sastoji se od 5 igara koje imaju cilj produljivanja pažnje, vizualnog praćenja objekta, te poboljšanja kratkotrajnog pamćenja. Da bi igrač igrao tu igru, pažnja mu mora biti visoko usmjerena na samu igru. Ukoliko mu pažnja padne, igra prestaje. Kod neurofeedbacka javlja se i pojam *neuroplastičnosti* gdje je mozak sposoban adaptirati se i učiti cijeli život. Play Attention pomaže da dijete tijekom vremena kontinuiranim vježbanjem nauči produljiti pažnju i poboljšati koncentraciju. Takva vrsta tretmana zahtijeva vježbanje u kontinuitetu od 40 dolazaka što je jedna od manjkavosti tretmana zbog vremenskog i materijalnog iscrpljenja (Hercigonja Novković, Kocijan-Hercigonja, 2022).

7. DIJETE S ADHD-om U VRTIĆU

ADHD se može zapaziti kod predškolske djece, ali se zapravo u nekim slučajevima može zapaziti i puno ranije. Phelan (2005) navodi kako je već i u dojenačkoj dobi dijete s ADHD-om aktivnije u odnosu na drugu djecu, puno je razdražljivije i stalno plače, te ima poteškoće u spavanju. Lauth i sur. (2008) nadalje navode kako se djetetovo ponašanje u vrtiću može lako popratiti i vidjeti jer se nalazi u istim okolnostima kao i druga djeca pa se ponašanja lako mogu usporediti. Iz tih razloga ukoliko je neko dijete hiperaktivno, impulzivno ili ima deficit pažnje, to se lako može vidjeti jer takvo ponašanje postane upadljivo. U vrtiću, prilikom čitanja priča takvo dijete ne može ostati mirno i slušati, stalno je u pokretu, svaki najmanji šum mu odvrća pažnju, svojim ponašanjem ometa drugu djecu i stvara nered.

Dijete koje ima ADHD teško podnosi i prihvaća boravak u vrtiću jer ga boravak u zatvorenom prostoru zamara i zasićuje te mu postaje dosadno. Jednako tako se vrlo teško prilagođava rasporedu aktivnosti te teško podnosi cjelodnevno sudjelovanje u aktivnostima (Cooper, Hughes, 2009).

U predškolskoj dobi dijete odbija poslušnost odgojitelju, prije nego nešto pokuša i krene raditi, gleda ostalu djecu kako rade određene zadatke. Nikad nije na jednom mjestu duže vrijeme, ne zna se obući, ni zakopčati bez tuđe pomoći. Kad krenu pripreme za školu kao što je usvajanje slova, brojeva i boja, pokazuje slabije rezultate, ometa drugu djecu u aktivnostima i igrama, prekida rad grupe te neprekidno upada u riječ drugima ne shvaćajući da to nije dobro (Phelan, 2005).

U igri s vršnjacima, djeca s ADHD-om se često svađaju s njima jer se djeca s poremećajem ne pridržavaju pravila. Nestrpljiva su te tako ne mogu čekati na red bilo u igrama bilo u aktivnostima jer odmah žele zadovoljiti svoje potrebe. Upravo iz tih razloga, dijete s ADHD-om ima manji broj prijatelja, druga djeca ga nerado primaju u igru ili čak odbijaju igrati se s njim, a odgojitelji se žale na djetetovo ponašanje (Lauth i sur., 2008).

Odgojitelji bi u radu s takvom djecom trebali biti prije svega strpljivi, vedri, smireni, te se djetetu obraćati jasno i umjerenom brzinom i glasnoćom. Odgojitelji bi djetetu trebali biti model ponašanja u kojeg će se dijete ugledati i kojeg će slušati te mu govoriti što se radi, kako i zašto. Djeci je potreban netko tko će vjerovati u njih, stajati uz njih, hrabriti ih te im pomagati. Također trebaju nekoga tko će vjerovati u njih i govoriti im kako zbog svog ponašanja nisu nespretni, glupi ili zločesti. Sve je to neka polaznica odgojiteljima kako se na najbolji način ponašati prema djetetu s ADHD-om. Odgojitelj koji prepoznaje dijete s ADHD-om će potražiti

razne načine samopomoći kao što su dodatna znanja o poremećaju, iskustva drugih i dobro razvijene komunikacijske vještine. Samim time će odgojitelj dijete promatrati sa svim njegovim mogućnostima i sposobnostima, a ne poput mnogih drugih koji će kod djeteta primjećivati samo njegov poremećaj (Lauth i sur., 2008).

Od velike važnosti za dijete je da odgojitelji, ali i vrtić općenito razumiju i shvaćaju specifičan način funkcioniranja djeteta s ADHD-om. Dijete uspješno uči samo u okruženju koje podržava individualne razlike unutar fleksibilnog i strukturiranog pristupa. Važna je pravila prostorna i vremenska organiziranost kako bi se u vrtićima mogle osigurati sve bitne radnje koje bi pospješile kontrolu neprimjerenih ponašanja (Kadum-Bošnjak, 2006).

8. DIJETE S ADHD-om U OBITELJI

Obitelj ima važnu ulogu u djetetovu odrastanju jer u obitelji uče održavati veze, kako se odnositi prema drugima, postavljati ciljeve za budućnosti i rješavati određene probleme. S druge strane pak, djeca s ADHD-om imaju problema s usvajanjem svih ovih vještina jer im simptomi ADHD-a stvaraju probleme sa normama i okolinom. U tome svemu glavnu ulogu imaju roditelji koji će svoju djecu poučiti željenom ponašanju kako bi tim putem utjecali na njihovu socijalnu prilagodbu i razvojni put. Kroz sve to roditelji se nose s neželjenim i teškim ponašanjem djece pokušavajući postaviti djeci granice i očekivanja sve u svrhu stvaranja obiteljskog identiteta i emocionalne klime. Postoje roditelji koji su brižni te znaju kako i na koji način odgovoriti na potrebe svoje djece, ali da sve ostane u postavljenim pravilima ponašanja. No jednako tako postoje i roditelji koji svoju djecu kažnjavaju te nemaju razumijevanja za njih te djeci s poremećajem ne postavljaju jasna pravila i zahtjeve (Velki, 2012).

Roditelji svakodnevno svom djetetu trebaju pružati potporu i trebaju zauzeti čvrst unutarnji stav kako bi se poboljšali međusobni odnosi. Djetetu se trebaju postaviti granice, osigurati neke rutine, ali i dati obveze. Nepoželjno ponašanje ne treba prihvaćati, ali jednako tako ne treba se dijete često ni opominjati ili ga stalno smirivati kako se ne bi narušilo njegovo samopouzdanje i kako ga se ne bi obeshrabrilo. Bilo bi dobro da roditelji ulože trud u postizanje djetetovog uspjeha u nekim važnim područjima života i da se u konačnici ne fokusiraju samo na djetetovo problematično ponašanje. Kroz zajedničku igru i zajedničke aktivnosti, roditelji bi trebali pohvalama stvarati pozitivno ozračje. Roditelji će druženjem sa djecom s poremećajem vidjeti i njihovu umiljatu, zainteresiranu stranu te stranu punu ljubavi, a djeca će pak shvatiti da ih roditelji bezuvjetno vole (Lauth i sur., 2008).

Roditelji se trebaju usredotočiti samo na ono što je bitno, a ne reagirati na svako neprihvaćeno ponašanje djeteta. Bitno je da razluči koja su ponašanja bitna i koja želi promijeniti ubuduće, a koja se mogu tolerirati i ignorirati. Dijete samo mora otkloniti štetu koju je napravilo svojim ponašanjem kako bi se kanije to ponašanje otklonilo. Kritike koje roditelji daju trebaju biti usmjerene na djetetovo ponašanje, a ne na njega samoga. Roditelji postavljaju određena pravila koja bi trebali iznijeti i pojasniti svim članovima obitelji kako bi ih se svi zajedno mogli dosljedno pridržavati. Ukoliko dijete prekrši neko od pravila, mora snositi posljedice za to ponašanje kako bi se ono u budućnosti ili smanjilo ili otklonilo u potpunosti (Lauth i sur., 2008).

Velki (2012) navodi kako važnu poziciju zauzimaju i odnosi s braćom i sestrama. Često je njihov odnos pun konflikata upravo zbog simptoma ADHD-a koje dijete ima. Djeca s ADHD-om su spremna otimati igračke, udariti brata ili sestru kako bi dobili ono što u tom trenutku žele. No unatoč tome svemu, između djece s ADHD-om i njihove braće i sestara ipak postoji određena bliskost i toplina. Kad dođe do sukoba, roditeljima se preporuča da mirno analiziraju i riješe najprije odakle dolazi sukob, a kasnije i sam sukob.

Ferek (2006) navodi kako su djeca s ADHD-om zahtjevnija jer postavljaju puno pitanja i emotivno reagiraju, pa samim time emotivno iscrpljuju i druge oko sebe. No ipak, takvu djecu bi trebalo što više hvaliti jer su različiti te im treba dopustiti da budu ono što jesu. Ferek također tvrdi kako roditelji imaju najvažniju ulogu i veliki utjecaj u razvitku djece i zato savjetuje roditeljima da razumiju svoju djecu čak i kad ih je teško razumjeti.

9. ZAKLJUČAK

Kako je već više puta kroz rad naglašeno, ADHD je neurorazvojni poremećaj koji je danas dijagnosticiran kod sve većeg broja djece. Iako su o ovom poremećaju provedena već mnoga istraživanja, i danas se zna što je ADHD, kako on funkcionira te kako se odražava na osobu i njegovu okolinu, neki ljudi ga jednostavno ne priznaju. Lakše je zaključiti kako je neko dijete zločesto, bezobrazno ili neodgojeno, nego možda malo više istražiti o samom poremećaju i vidjeti kako pristupiti i pomoći osobi kojoj je ovaj poremećaj dijagnosticiran.

Glavni simptomi poremećaja koji se spominju su nepažnja, hiperaktivnost i impulzivnost te su oni samo najvidljiviji simptomi. Pravi uzrok ovog poremećaja, unatoč brojnim istraživanjima, još uvijek nije sa sigurnošću utvrđen. Može se samo govoriti o genetskim uzrocima gdje se poremećaj može prenijeti unutar obitelji, o organskim uzrocima kao što su oštećenja mozga ili o psihosocijalnim uzrocima.

ADHD nije bolest, nego poremećaj. Postavljanje pravilne dijagnoze je značajno zbog procjene vrste uzorka kao i zbog određivanja pravilnog tijeka liječenja. ADHD ima svoj tijek liječenja, no liječi li se on odnosno može li se izliječiti? Odgovor na to pitanje je ne, ADHD se ne može izliječiti. Jedino na što se liječenjem djeluje je ublažavanje simptoma i umanjivanje specifičnih teškoća.

Za dijete s ADHD-om je od velike važnosti da njegova okolina, roditelji, odgojitelji, nastavnici razumiju poremećaj kako bi mogli poduzeti pravodobne korake u pomoći, ako ne u rješavanju problema, barem u smanjenju njegova intenziteta. Djetetu je potrebna podrška i razumijevanje bilo od strane obitelji, bilo od strane vrtića. Roditelji bi trebali moći prihvatiti dijete s ADHD-om i prema njemu se odnositi na način da se dijete ne osjeća izolirano ili krivo zbog svojeg poremećaja, dok bi vrtić kao ustanova u kojoj dijete boravi trebalo djetetu omogućiti poticajne oblike rada gdje će dijete pomoću raznih aktivnosti postići svoj maksimum u skladu sa svojim mogućnostima.

Od velike je važnosti za dijete koje ima ADHD poremećaj da okolina koja ga okružuje prihvati taj poremećaj kao nešto normalno, da uče o tome poremećaju iz dana u dan zajedno sa djetetom, da se trude biti puni razumijevanja, podrške i ljubavi kako bi se na kraju krajeva i dijete lakše nosilo sa poremećajem kojeg ima i kako bi se i ono osjećalo općeprihvaćeno u društvu.

LITERATURA

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual od Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. United States.
2. Cooley, M. L. (2017). *Djeca s teškoćama u učenju i mentalnim smetnjama u redovitoj nastavi*. Zagreb: Naklada Kosinj.
3. Delić T. (2001). *Poremećaj pažnje i hiperaktivnost (ADHD)*. Kriminologija i socijalna integracija, Vol. 9 (1-2), 1-10. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/98959>
4. Ferek, M. (2006). *Hiperaktivni sanjari: Drugačiji, lošiji, bolji*. Zagreb: „Buđenje“ udruga za razumijevanje ADHD-a.
5. Hercigonja Novković, V., Kocijan-Hercigonja, D. (2022). *ADHD: Od predrasuda do činjenica*. Zagreb: Ergmont d.o.o.
6. Hughes, L., Cooper, P. (2009). *Razumijevanje djece s ADHD sindromom i pružanje potpore*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
7. Jurin, M. i Sekušak.Galešev, S. (2008). *Poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću (ADHD) – multimodalni pristup*. *Pediatrica Croatica*, 52 (3), 195-201. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/29620>
8. Kadum-Bošnjak, S. (2006). *Dijete s ADHD poremećajem i škola*. *Metodički obzori*, 1 (2), 113-121.
9. Kocijan-Hercigonja, D., Buljan-Flander, G., Vučković, D. (1997). *Hiperaktivno dijete: uznemireni roditelji i odgojitelji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
10. Kudek Mirošević, J. i Opić, S. (2010). *Ponašanja karakteristična za ADHD*. *Odgojne znanosti*, 12 (19), 167-183. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/59615>
11. Lauth, G.W., Schlottke, P. F. i Naumann, K. (2008). *Neumorna djeca, bespomoćni roditelji*. Zagreb: Mozaik knjiga d.o.o.
12. Phelan, T. W. (2005). *Sve o poremećaju pomanjkanja pažnje: simptomi, dijagnoza i terapija u djece i odraslih*. Lekenik: Ostvarenje d.o.o
13. Prvčić, I., Rister, M. (2009). *Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj ADHD*. Zagreb: Kikagraf.
14. Taylor, J.F. (2008). *Djeca s ADD i ADHD sindromom*. Zagreb: Veble commerce.
15. Velki, T. (2012). *Priručnik za rad s hiperaktivnom djecom u školi*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
16. Velki, T., Dudaš, M. (2016). *Pokazuju li hiperaktivnija djeca više simptoma agresivnosti?*. *Ljetopis socijalnog rada* 2016., 23 (1), 87-121. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/164947>

Izjava o izvornosti završnog rada

Izjavljujem da je moj završni rad izvorni rezultat mojeg rada te da se u izradi istoga nisam koristila drugim izvorima osim onih koji su u njemu navedeni.

Veronika Markulin

(vlastoručni potpis studenta)