

ADHD kod djece predškolske dobi

Cajner, Sara

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

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:147:410933>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-21**

Repository / Repozitorij:

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



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ**

Sara Cajner

ADHD KOD DJECE PREDŠKOLSKE DOBI

Završni rad

Zagreb, kolovoz 2022.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ**

Sara Cajner

ADHD KOD DJECE PREDŠKOLSKE DOBI

Završni rad

**Mentorica rada:
izv. prof. dr. sc. Maša Malenica**

Zagreb, kolovoz 2022.

Zahvala

Zahvaljujem se svojim roditeljima na pomoći i stalnoj podršci tijekom studiranja

SADRŽAJ

Sažetak	1
Summary	2
1. UVOD	3
2. POVIJEST ADHD-a	4
2.1 Razlika između ADD-a i ADHD-a	5
2.2 Tri tipa ADHD-a	6
3. UZROCI	7
4. SIMPTOMI	8
4.1 Nepažnja	9
4.2 Hiperaktivnost	10
4.3 Impulzivnost	11
5. DIJAGNOZA	11
5.1 Dijagnostički kriteriji	12
5.2 Dijagnostički postupak	13
6. LIJEČENJE	17
6.1 Psihoedukacija	17
6.2 Terapija ponašanja	18
6.3 Medikamentozna terapija	19
6.4 Neurofeedback	20
7. SAVJETI ZA RODITELJE	21
7.1 Prijedlozi za vježbanje pažnje	22
8. ZAKLJUČAK	24
LITERATURA	25
Izjava o izvornosti rada	27

Sažetak

ADHD (od engl. Attention Deficit Hyperactivity Disorder) - Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj jedan je od najčešćih neurorazvojnih poremećaja dječje i adolescentne dobi. To je poremećaj kojeg karakteriziraju hiperaktivnost, impulzivnost i nedostatak pažnje. Uzrok poremećaja još nije otkriven, ali poznato je da veliku ulogu ima utjecaj nasljeđa. Dijagnoza se postavlja na temelju preporuka Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-V) i Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10). Da bi se poremećaj dijagnosticirao simptomi se trebaju pojaviti prije sedme godine djetetova života i trajati najmanje šest mjeseci te trebaju biti jačeg intenziteta nego kod djece iste dobi i razvojne razine. U dijagnosticiranju i terapiji ADHD-a sudjeluju mnogi stručnjaci uz suradnju roditelja, učitelja ili odgojitelja. Najbolji rezultati u liječenju djece s ADHD-om postižu se istodobnom primjenom odgovarajućih lijekova i različitih psihosocijalnih i psihoedukacijskih pristupa. U ovom završnom radu se opisuju i objašnjavaju postupci u liječenju i naglašava važnost edukacije roditelja i okoline o prirodi bolesti, kako bi se što bolje prilagodili djetetu. Ignoriranje ovog poremećaja kao i izostanak optimalnog liječenja ima razarajuće posljedice na djetetov razvoj, kočeći ga u njegovom školovanju i formiranju u zdravo društveno biće. Osiguravanjem adekvatne pomoći te vodeći računa o djetetovim jakim i slabim stranama, obitelj, odgojitelji i stručnjaci mogu zajedno osigurati da dijete s hiperaktivnim poremećajem bude u mogućnosti voditi sretan i uspješan život.

Ključne riječi: ADHD, poremećaj pažnje, hiperaktivnost, predškolska djeca

Summary

ADHD - Attention deficit/hyperactivity disorder is one of the most common neurodevelopmental disorders of childhood and adolescence. It is a disorder characterized by hyperactivity, impulsivity and lack of attention. The cause of the disorder has not yet been discovered, but it is known that the heredity influence plays a major role. The diagnosis is made based on the recommendations of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) and the International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). In order for the disorder to be diagnosed, the symptoms must appear before the child's seventh year of life and last at least six months. They must also be more intense than in children of the same age and developmental level. Many specialists participate in diagnosing and treating ADHD with the cooperation of parents, teachers or educators. The best results in the treatment of children with ADHD are achieved with the simultaneous use of appropriate drugs and various psychosocial and psychoeducational approaches. The paper describes and explains treatment procedures and emphasizes the importance of educating parents and the environment about the nature of the disease, in order to adapt better to the child. Ignoring this disorder, as well as the absence of optimal treatment, has devastating consequences on the child's development, hindering his education and formation into a healthy social being. By providing adequate help and taking into account the child's strengths and weaknesses, family, educators and experts can together ensure that a child with hyperactivity disorder is able to lead a happy and successful life.

Keywords: ADHD, attention deficit disorder, hyperactivity, preschool children

1. UVOD

ADHD je danas jedan od poremećaja dječje dobi koji se najčešće dijagnosticira i jedan od najčešćih razloga zašto se dijete upućuje na medicinsku procjenu. Prema najnovijim klasifikacijama (DSM-V) ADHD je svrstan u neurorazvojne poremećaje, a to znači da je biološki uvjetovan odnosno da nastaje tijekom sazrijevanja središnjeg živčanog sustava, dakle u ranom djetinjstvu (Hercigonja Novković, Kocijan-Hercigonja, 2022).

ADHD je poremećaj karakteriziran trajnim obrascem nepažnje i/ili hiperaktivnosti/impulzivnosti koja ometa funkcioniranje ili razvoj. Poremećaj nedostatka pažnje/hiperaktivnosti jedan je od najčešćih mentalnih poremećaja koji pogađaju djecu. Simptomi ADHD-a uključuju nepažnju (nemogućnost zadržavanja fokusa), hiperaktivnost (pretjerano kretanje koje ne odgovara okruženju) i impulzivnost (ishitrene radnje koje se događaju u trenutku bez razmišljanja). ADHD se smatra kroničnim i iscrpljujućim poremećajem i poznato je da utječe na pojedinca u mnogim aspektima njihova života, uključujući akademska i profesionalna postignuća, međuljudske odnose i svakodnevno funkcioniranje. ADHD može dovesti do lošeg samopoštovanja i socijalne funkcije kod djece ako se ne liječi na odgovarajući način.

Sekušak-Galešev (2008) navodi da se ADHD očituje kao razvojno neodgovarajući stupanj nepažnje, pretjerane aktivnosti i impulzivnosti, a otežava samousmjerenje, planiranje i organizaciju ponašanja.

ADHD nije samo faza koju će dijete jednom prerasti, nije uzrokovan neuspješnim odgojem, niti je znak djetetove "zločestoće". To je stvarni, biološki uvjetovan poremećaj. Djeca s ADHD-om često se suočavaju s poteškoćama koje druga djeca nemaju. To im ruši samopouzdanje i daje osjećaj manje vrijednosti. Odgojitelji imaju važnu ulogu u odgoju djece te je nužno da odgojitelj takvom djetetu posveti pažnju, pruži podršku i istraži problem. Važno je da odgojitelji u vrtiću razumiju kako djeca s ADHD-om funkcioniraju i koje su metode i aktivnosti najbolje za njih. Na taj način mogu pružiti potrebnu podršku toj djeci da ostvare svoj puni potencijal.

2. POVIJEST ADHD-a

Današnji naziv ADHD postoji tek od 1987. godine, a u povijesti se mijenjao ovisno o pristupu znanstvenika koji je obilježio pojedino doba. Čak je i grčki liječnik Hipokrat oko 470 godina pr. Kr. opisivao stanje koje je nalik na današnji pojam ADHD-a. Suvremeno shvaćanje ADHD-a definira se od 1994. godine izlaskom DSM-IV (Jurin, Sekušak-Galešev, 2008; Ferek, 2006).

U literaturi se prvi opisi tog poremećaja navode još 1775. kada je dr. Melchior Adam Weikard, njemački liječnik, u svojem udžbeniku *Doktor filozofije* opisao simptome ADHD-a, primarno simptome nepažnje. Godine 1798. Sir Alexander Chrichton, škotski liječnik, je objavio knjigu *Istraživanje o prirodi i podrijetlu mentalnog poremećaja: razumijevanje sažetog sustava fiziologije i patologije ljudskog uma i povijesti strasti i njihovih učinaka* u čijem drugom dijelu u poglavlju „O pažnji i njezinim oštećenjima“, daje opis osobe koja bi odgovarala DSM-ovim kriterijima za ADHD (Hercigonja Novković, Kocijan-Hercigonja, 2022).

Opise poremećaja nalazimo nadalje u knjizi „Janko Raščupanko“ koju je 1845. godine u Njemačkoj napisao dr. Heinrich Hoffman kao poklon za svoga sina. Opisao je Nemirnog Filipa i Dječaka s glavom u oblacima koji odgovaraju nepažljivom tipu ADHD-a (Hercigonja Novković, Kocijan-Hercigonja, 2022).

Prvi znanstveni opisi ADHD poremećaja pojavili su se u radovima engleskog liječnika George Frederic Stilla, 1902. godine, koji je u engleskoj opisao 43 impulzivne djece sa značajnim problemima u ponašanju uzrokovanim genetičkom disfunkcijom, a ne lošim odgojem, koji bi se danas dijagnosticirali kao djeca s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem (Jurin, Sekušak-Galešev, 2008).

Interes za ovaj poremećaj u Sjevernoj Americi počeo je nakon pandemije encefalitisa (1917.-1926). Govorilo se o „postencefalitičkom poremećaju ponašanja“ te se smatralo da je on posljedica oštećenja mozga. Medikamentoznom terapijom smatra se razdoblje od 1937. do 1941. godine jer su se psihološkim poremećajima pripisivala oštećenja mozga. Zbog toga se u razdoblju 1950. – 1960. razvio termin „minimalna disfunkcija mozga“ odnosno MBD (Hercigonja Novković, Kocijan-Hercigonja, 2022).

Dječji psihijatar Laufer i dječji neurolog Denhoff promijenili su 1957. godine naziv u hiperkinetičko-impulzivni poremećaj ne spominjući uzrok ponašanja, nego njegove konkretne karakteristike. Uzrok ovog stanja nalaze u poremećajima motorike i percepcije kao posljedicama oštećenja mozga.

U Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje DSM-II, poremećaj je klasificiran kao hiperkinetička reakcija u dječjoj dobi, da bi se već u DSM-III naziv promijenio u ADHD, što znači poremećaj pažnje i hiperaktivni poremećaj, a u DSM-IV deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj (Kocijan-Hercigonja i sur., 2004). Današnji naziv ADHD postoji tek od 1987., a njime se ističe dječje teško ustrajanje ili usredotočenost na jedan predmet (Phelan, 2005).

Pojam „ADHD“ je relativno nov. Danas se koristi umjesto starijih definicija kao što su hiperkineza, minimalno oštećenje mozga, hiperkinetički sindrom, MCD, i poremećaj zapažanja jer one ili previše naglašavaju pojedine aspekte poremećaja ili pretpostavljaju uzroke koji nisu dokazani (Lauth, Schlottke, Naumann 2008). Novim nazivom se treba istaknuti da se djeca teško usredotočavaju na jedan predmet i da može biti prisutan motorički nemir, ali i ne mora.

2.1 Razlika između ADD-a i ADHD-a

ADD je stariji izraz koji se koristi za upućivanje na poremećaj deficita pažnje. Ovaj tip je sada poznat kao pretežno nepažljiv i stavljen je u podskup ADHD-a. Djeca s ADD-om su nepažljiva, ali nisu hiperaktivna ili impulzivna. Ona imaju poteškoća s fokusiranjem na jedan zadatak u isto vrijeme. Često se lako ometaju, zaboravljaju, sporija su, sanjaju, djeluju nezainteresirano i uspavamo. Prema DSM-III ustanovljene su dvije vrste ADD-a: ADD sa ili bez hiperaktivnosti. Obje su vrste uključivale pomanjkanje pažnje, ali kada bi se kod djece zamijetila pretjerana aktivnost, impulzivnost i nametljivost tada bi se uz pomanjkanje pažnje uključila i hiperaktivnost (Phelan, 2005). Hiperaktivnu djecu je lakše primijetiti nego nepažljivu. Hiperaktivci su glasni, stalno su u pokretu, skaču i trče, neumorni su i vrpolje se. Stari naziv ADD danas je zamijenio ADHD. Postoje tri tipa deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja, ovisno o tome koje osobine iskazuje dijete u različitim situacijama (Taylor, 2008).

2.2 Tri tipa ADHD-a

Određivanje tipa ADHD-a najčešće se obavlja kada dijete krene u školu jer su tada zahtjevi za prilagodbom kod djece puno veći. Postavlja mu se puno više zadataka koji zahtijevaju dužu koncentraciju ili samokontrolu, te je zato prije četvrtne godine teško odrediti kojem tipu ADHD-a dijete pripada. Da bi se poremećaj dijagnosticirao simptomi se trebaju pojaviti prije sedme godine djetetova života i trajati najmanje šest mjeseci, simptomi trebaju biti jačeg intenziteta nego kod djece iste dobi i razvojne razine, moraju utjecati i ometati djetetovo svakodnevno funkcioniranje te se pojavljivati u više situacija istovremeno (Velki, 2012).

Postoje tri vrste s različitim simptomima:

1. Pretežno hiperaktivno – impulzivni ADHD
2. ADHD u kojemu dominira nepažnja
3. Kombinirani ADHD (Hudson, 2018.)

Najteži i najčešći oblik ADHD-a je kombinirani tip (Phelan, 2005). Razlikovanje ovisi o stupnju prisutnosti šest do devet kriterija koji se odnose na pažnju, plus šest do devet kriterija za hiperaktivnost, impulzivnost. Djeca s ovim tipom ADHD-a imaju problema s impulzivnošću, nepažnjom i hiperaktivnošću. Takvu djecu okolina često brzo primijeti jer imaju niz teškoća s ponašanjem, ali i uspjehom u usvajanju i učenju. Ova djeca imaju slabo razvijene funkcije mozga više razine koje bi im trebale omogućiti da započnu rješavanje zadatka, organiziranje, pamćenje ili planiranje koje im je potrebno tijekom cijeloga života (Cooley, 2017). Pretežno hiperaktivno-impulzivni ADHD se najčešće dijagnosticira u predškolskoj i vrtičkoj dobi. Da bi se on djetetu dijagnosticirao, određeni oblici ponašanja moraju se pojavljivati u najmanje dva okruženja. Oblici ponašanja koji su karakteristični za tu vrstu su: konstantno nemirno micanje rukama ili nogama kao i stalna vrpoljenja na mjestu, dizanje sa stolca u situacijama kada se od djeteta zahtjeva da sjedi (za vrijeme jela), dijete je vrlo nemirno i teško mu je igrati se mirno, stalno trči i penje se na mjesta gdje mu to nije dozvoljeno ili kada situacija nije prikladna, vrlo je pričljivo i ne može čekati red kada se to od njega traži, stalno upada u riječ, prekida i ometa druge u svojoj okolini te često odgovara brže nego li se pitanje uopće postavi. Takva stalna ometanja mogu imati utjecaja i na socijalne odnose djeteta. Ona tada teško sklapaju prijateljstva, a njihovo agresivno rješavanje sukoba može dovesti do velikih problema u odnosima s

vršnjacima pa su takva djeca obično odbačena. Teškoća impulzivnosti utječe na djetetovo reagiranje bez razmišljanja o mogućim posljedicama što loše utječe na dijete, ali i na njegovu obitelj. Članovi obitelji, a posebno roditelji koji najveći dio vremena provode sa svojom djecom, trebaju stalno biti na oprezu i paziti da njihovo dijete ne napravi nepromišljenu reakciju koja bi mogla biti opasna za njega. Konkretni primjer takve situacije je prelaženje pješačkog prijelaza na cesti bez gledanja. Dijete će ne razmišljajući prijeći cestu što predstavlja potencijalnu opasnost. Roditelji imaju veliku ulogu stalno motriti na dijete i ne ispuštati ga na duže vrijeme iz vida (Prvčić, Rister, 2009). Iako ovakav tip ADHD-a možemo pronaći i kod djevojčica, puno se češće pojavljuje kod dječaka (Taylor, 2008). ADHD u kojemu dominira nepažnja se najčešće dijagnosticira kod djevojčica. Osobe s navedenom dijagnozom imaju problema s pažnjom, planiranjem, pamćenjem i organiziranjem. Takav poremećaj može kod djeteta izazvati ozbiljne poteškoće s praktičnim i motoričkim vještinama, budućim školskim ili akademskim uspjehom, teškoćama u učenju govora te poteškoće u socijalizaciji, no ako se otkrije na vrijeme dijete može napredovati u budućem životu (Prvčić, Rister, 2009). Karakteristike ove vrste su što djeca mogu izgledati spora, bojažljiva ili nemotivirana. Teško se koncentriraju i održavaju pažnju, gube stvari, napuštaju započetu igru i započinju drugu. Često imaju slabiji uspjeh u školi i pogrešno ih se opisuje kao neodgovornu ili lijenu u izvršavanju obaveza i zahtjeva (Laniado, 2007).

3. UZROCI

Znanost još nije u potpunosti sigurna što uzrokuje poremećaje vezane za ADHD iako mnoge studije pokazuju da geni igraju veliku ulogu. Smatra se da se radi o kombinaciji više različitih čimbenika (Kudek, Opić, 2010). Danas sasvim pouzdano znamo da to svakako nije nedostatak roditeljske brige, pretjerano gledanje televizije, neadekvatna prehrana ili npr. poremećaj u lučenju nekih hormona, iako svi ti nabrojani čimbenici mogu utjecati na jačinu simptoma. Prema brojnim, posebno novijim istraživanjima uzrok leži u različitosti funkcioniranja središnjeg živčanog sustava, koja proizlazi iz naslijeđa ili je posljedica nepovoljnih čimbenika što mogu djelovati tijekom trudnoće, porođaja ili nakon djetetova rođenja. Među nepovoljnim čimbenicima koji se navode kao uzroci ADHD-a su neurotoksični teški metali, osobito

olovo, preuranjeni porođaj i mala porođajna težina, eklampsija i toksemija u trudnoći, osobito pušenje u trudnoći. Konzumiranje kokaina i alkohola tijekom trudnoće također djeluje nepovoljno. Neka istraživanja registriraju i psihosocijalne razlike kao uzrok ADHD-a. Šest čimbenika rizika u obiteljskom okruženju koji značajno utječu na mentalne poremećaje u djece su: velika i neskladna obitelj, niski socijalni standard, kriminalitet oca i mentalna bolest majke te davanje djeteta na usvajanje. Dakle, možemo zaključiti da su glavni uzroci genetski čimbenici, kao što je naslijeđe i obiteljsko stablo, zatim perinatalni čimbenici, koji se odnose na konzumaciju sredstava majke i njene moguće bolesti tijekom trudnoće, potom okolinski tj. obiteljski čimbenici poput neskladne obitelji i nestabilnih roditelja i na kraju, različitosti funkcioniranja središnjeg živčanog sustava i razlike u strukturi mozga te poremećaj u funkcioniranju frontalnih područja (Jurin, Sekušak-Galešev, 2008).

4. SIMPTOMI

Tri su osnovne karakteristike koje opisuju ADHD poremećaj: hiperaktivnost, impulzivnost i nepažnja. Istraživači se općenito slažu da ih uzrokuje smanjena aktivnost dijela mozga odgovornog za regulaciju i kočenje emocija. Učinak tih problema može biti vrlo širok. Djeca sa ADHD-om teško se prilagođavaju, i uzrok su velikog dijela stresa u svojoj obitelji. Iako su obično otvoreni i ljubazni, teško prepoznaju signal iz okoline, što im otežava stjecanje i zadržavanje prijatelja. Kako primaju mnogo negativnih povratnih informacija, djeca s ADHD-om mogu imati nisku samoprocjenu što poslije može voditi u depresiju (Shapiro, 2002).

Vrlo je važno biti oprezan pri utvrđivanju hiperaktivnosti u ranoj dobi, s obzirom da je teško razlikovati simptome ADHD-a od ponašanja aktivnoga predškolskog djeteta (Kudek, Opić, 2010). Ako je dijete živahno, puno energije, brbljavo ili u pokretu, to još uvijek ne znači da je hiperaktivno (Flander, Karlović, 2004).

Poremećaj pažnje se kod male djece očituje ponajprije u motoričkom nemiru, u povišenoj razdražljivosti i otežanoj prilagodljivosti. Djeca ne mogu spavati koliko je potrebno, ne mogu se naviknuti na ritam spavanja i objedovanja, ne mogu se smiriti, danju su nemirna, prkose i teško se uklapaju u okolinu. Vrlo se rado kreću i motorički su dobro razvijena i vrlo su znatiželjna. Intenzivno se posvećuju svemu što je novo, ali

samo na kratko vrijeme. Prvi znakovi mogućeg poremećaja dolaze najčešće već iz vrtića. Djetetovo ponašanje u takvoj sredini se može lako analizirati i prosuditi jer se nalazi u jednakim okolnostima kao i ostala djeca. Nedostatak pažnje, hiperaktivno ili impulzivno ponašanje zbog toga brzo upadaju u oči. Dijete je nemirno kada se čitaju priče, ne sluša, stvara nered, skače i ometa druge. Stalno se prebacuje s jedne aktivnosti na drugu. U usporedbi s drugom djecom je izrazito nemirno, brzopleto i neusredotočeno. Kod djece s poremećajem pažnje aktivnost mozga se stalno mijenja. Njihov je mozak ili previše ili premalo aktivan. On se stoga ne može točno posvetiti onome što treba učiniti. Zbog toga ni zadaci neće biti uspješno izvršeni. Informacije se u mozgu prenose manjom brzinom i točnošću te se dijete ne može dobro usredotočiti na zahtjeve okoline, i ne može pokrenuti dodatnu energiju ili smanjiti postojeću (Lauth, Schlotke, Naumann, 2008).

4.1 Nepažnja

Velki (2012) ističe kako se pažnja kod mlađe djece teže uočava jer im još nisu postavljeni zadatci koji traže trajno zadržavanje pažnje, ali pomnim promatranjem može se uočiti razlika iz razloga što se njihova pažnja očituje u više raznovrsnih situacija. Djeca s deficitom pažnje ne mogu sjediti mirno i slušati čitanje slikovnice, a igračke im mogu zaokupiti pažnju na samo nekoliko minuta. Tijekom igre ili aktivnosti misli mogu vrlo lako odlutati pa se nekada može činiti kao da dijete namjerno ne želi slušati odgojitelja ili roditelja.

Imaju teškoća s brзом i preciznom obradom podataka, lako postaju zbunjeni i usporeno reaguju. Često gube stvari, izostavljaju detalje i najmanji ometajući faktor može im odvući pažnju. Pažnja je izrazito kratkoga trajanja, a oni su odsutni mislima, rastreseni, sanjare. Ne uključuju se u grupne razgovore te ako su prekinuti u radu, sporo se ili se uopće ne mogu vratiti na prekinuti zadatak. Teškoće u pažnji su puno manje ili ih gotovo nema ako je dijete pod vrlo strukturiranom i dosljednom kontrolom, ako se bavi nekom, za njega, vrlo zanimljivom aktivnošću, ili ako ga se često pohvaljuje za primjereno ponašanje ili obavljeno. Pažnja je izrazito promjenjiva: tijekom dana, od jutra do večeri, koncentracija je najčešće bolja ujutro, a varira i po danima, nekad imaju bolje nekad loše dane. Djeca svakom podražaju poklanjaju pažnju, svi podražaji prisutni su mu jednako važni. S rasipanjem i slabljenjem pažnje,

pojačava se motorički nemir, što povratno uzrokuje još jaču i veću zamorljivost djeteta (Kadum-Bošnjak, 2006).

4.2 Hiperaktivnost

Glavne karakteristike hiperaktivnosti su djetetov nemir te potreba za aktivnošću i pokretom. Hiperaktivna djeca u vrtiću nikad nisu na svom mjestu, ne slušaju odgojitelja, brbljaju dok se druga djeca igraju i rade u tišini. Često prekidaju rad u grupi, ometaju drugu djecu u izvršavanju zadataka i aktivnosti, skaču ili se penju po namještaju i drugim predmetima te često upadaju u riječ (Prvčić, Rister, 2009; Sekušak-Galešev, 2014).

Kod hiperaktivnog djeteta česti su poremećaji spavanja, dijete ima teškoća pri usnivanju, san mu je nemiran i isprekidan te se također rano budi, što traje i u kasnijoj dobi. To često dovodi do pojave psihičke i fizičke iscrpljenosti djeteta, ali ponajviše njegovih roditelja, koji danju stražare, a noću ne spavaju. Hiperaktivno dijete ne podnosi ograničenja niti zabrane, a još manje disciplinu. Dijete ne sluša i ne prihvaća zadana pravila, ne uči na vlastitim niti tuđim pogreškama, već ih stalno ponavlja. Nepredvidivošću i impulzivnošću svoga ponašanja, hiperaktivno dijete može ugroziti svoj život, ali i živote drugih, pa stoga mora biti pod stalnim, budnim nadzorom kako bi ga se zaštitilo od ozljeđivanja. Pokazuju slabije socijalne vještine te ih vršnjaci ne prihvaćaju zbog nezrelog ponašanja i agresivnosti što u kasnijem djetinjstvu rezultira niskom razinom samopoštovanja (Kadum-Bošnjak, 2006).

Prema Flander i Karlović (2004) dijete koje ima smetnje iz skupine hiperaktivnosti prepoznaje se po tome što je izrazito glasno (puno više, priča..), neumorno je, ustaje kada se očekuje da sjedi i ima teškoća ako se treba mirno baviti nečim. Također, naglo poseže za predmetima, meškolji se i vrpolji na stolici i ima stalnu potrebu manipulirati predmetima.

4.3 Impulzivnost

Kadum-Bošnjak (2006) navodi da dijete s impulzivnim ponašanjem ima problem s ponašanjem koje se odvija bez razmišljanja. Često ima teškoće s odgovaranjem na pitanja, odgovara prije negoli je pitanje i postavljeno do kraja. Nestrpljivo je, ima poteškoća s čekanjem na red, teško odgađa zadovoljavanje želja. Dijete s impulzivnim poremećajem teško se odupire trenutnom iskušenju, vrlo često prekida i ometa rad drugih, ne uvažava zahtjeve roditelja niti učitelja, razgovor započinje u neprikladnom trenutku, dira predmete koje ne bi smjelo.

Ono pokazuje često površnost u socijalnim odnosima, zanimanje za vršnjake je kratkotrajno i ne uspijeva ga zadržati. Nesposobno je da se prilagodi grupi, druga djeca ga iz nje isključuju, pa se najčešće igra ili s mlađom djecom ili sa suprotnim spolom. Ponašanje mu je nepredvidivo i roditelji često imaju dojam da ne pokazuje bol od ozljeda te da kritike i ukidanje povlastica isto ne daju rezultate (Flander, Karlović, 2004).

Kod takve djece vrlo se često javlja emocionalna nestabilnost koja se izražava kroz nisku toleranciju na frustracije, pa oni često plaču, svađaju se, imaju napade bijesa i netolerancije. Za vlastite probleme često okrivljuju druge, pokazuju svoje emocije bez ograničenja, i djeluju bez obzira na posljedice. Smatra se da impulzivnost predstavlja neuspjeh u savladavanju samokontrole što znači da takva djeca imaju poteškoća s kontroliranjem svojih reakcija na određeni podražaj, zbog čega se mogu naći u različitim neugodnim ili čak opasnim situacijama. Također mogu biti agresivni prema onima koji ih pokušavaju spriječiti u njihovim naumima (Delić, 2001; Kadum-Bošnjak, 2006; Kudek, Opić, 2010).

5. DIJAGNOZA

Dijagnostički proces mora uključivati opsežno prikupljanje informacija iz različitih izvora. Za dijagnosticiranje ADHD u djeteta potrebno je sakupiti podatke o djetetu, njegovom ponašanju, okolini u kojoj živi, od više stručnjaka različitih profila (medicinska dokumentacija, psihološka i edukacijsko-rehabilitacijska testiranja), ali također i od roditelja, učitelja ili odgojitelja. Pri tom je važno koliko su se ta ponašanja javljala kontinuirano i koliko dugo te je potrebno isključiti druge mogućnosti koje

mogu dovesti do pojave istih simptoma (Kudek, Opić, 2010; Phelan, 2005). Danas u svijetu postoje i koriste se dvije klasifikacije: DSM-V i MKB-10 (*Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema*), ona se uglavnom koristi u Europi dok se DSM koristi u SAD-u. Iako obje klasifikacije opisuju isti poremećaj, dijagnostički kriteriji im nisu isti.

5.1 Dijagnostički kriteriji

Dijagnostički kriteriji za ADHD prema DSM-V:

- I. *Nepažnja*: šest ili više simptoma nepažnje za djecu do 16 godina (ili pet ili više za adolescente od 17 godina i odrasle). Simptomi nepažnje prisutni su najmanje 6 mjeseci, neprimjereni su razvojnoj razini i izravno negativno utječu na socijalne, radne i akademske aktivnosti:
 - 1) Često ne obraća pozornost na detalje ili čini nepažljive pogreške u školskom radu, na poslu ili u drugim aktivnostima.
 - 2) Često ima problema sa zadržavanjem pažnje na zadacima ili igrama.
 - 3) Često se čini da ne sluša kad mu se izravno govori.
 - 4) Često ne slijedi upute i ne uspijeva završiti školske obveze, kućne poslove ili dužnosti na radnom mjestu (gubi fokus, skreće s puta).
 - 5) Često ima problema s organiziranjem zadataka i aktivnosti.
 - 6) Često izbjegava, ne voli ili nerado obavlja zadatke koji zahtijevaju mentalni napor tijekom dugog vremenskog razdoblja (kao što su školske ili domaće zadaće).
 - 7) Često gubi stvari potrebne za zadatke i aktivnosti (npr. školski materijal, olovke, knjige, alate, novčanike, ključeve, papirologiju, naočale, mobitele).
 - 8) Često joj lako odvuku pažnju nebitni podražaji.
 - 9) Često je zaboravan u svakodnevnim aktivnostima.

- II. *Hiperaktivnost i impulzivnost*: šest ili više simptoma hiperaktivnosti-impulzivnosti za djecu do 16 godina (pet ili više za adolescente od 17 godina i odrasle). Simptomi hiperaktivnosti-impulzivnosti prisutni su najmanje 6 mjeseci u mjeri koja je ometajuća i neprikladna za razinu razvoja osobe:

- 1) Često se vrpolti (na stolici), nema mira ili tapka rukama ili nogama.
- 2) Često napušta mjesto u situacijama kada se očekuje da ostane sjediti.
- 3) Često trči ili se penje u situacijama u kojima to nije prikladno (adolescenti ili odrasli mogu biti ograničeni na osjećaj nemira).
- 4) Često se ne mogu tiho/mirno igrati ili sudjelovati u slobodnim aktivnostima.
- 5) Često je „u pokretu“ ponašajući se kao da ga „pokreće motor“.
- 6) Često pretjerano priča.
- 7) Često izbrblja odgovor prije nego što je pitanje dovršeno (dovrši tuđu rečenicu).
- 8) Često ima problema čekati na red.
- 9) Često prekida ili ometa druge (miješa se u razgovore ili igre, upada u riječ).

Osim toga, moraju biti ispunjeni sljedeći uvjeti:

- Nekoliko simptoma nepažnje ili hiperaktivnosti-impulzivnosti bilo je prisutno prije dobi od 12 godina.
- Nekoliko simptoma nepažnje ili hiperaktivnosti-impulzivnosti prisutno je u dva ili više okruženja (npr. kod kuće, u školi ili na poslu; s prijateljima; u drugim aktivnostima).
- Postoje jasni dokazi da simptomi ometaju ili smanjuju kvalitetu društvenog, školskog ili radnog funkcioniranja.
- Simptomi se ne javljaju samo tijekom shizofrenije ili drugog psihotičnog poremećaja i ne mogu se bolje objasniti drugim psihičkim poremećajem kao što je poremećaj raspoloženja, anksiozni poremećaj, disocijativni poremećaj ili poremećaj ličnosti (Hercigonja Novković, Kocijan-Hercigonja, 2022; APA, 2013).

5.2 Dijagnostički postupak

Tijek razvoja ADHD-a obično započinje između treće i četvrte godine života, međutim kod neke djece simptomi se mogu uočiti i ranije. Međutim, neki roditelji ne doživljavaju takvo ponašanje djeteta kao problem i u mnogim slučajevima nastavnici i odgojitelji prvi prepoznaju poremećaj (Delić, 2001).

Najčešće se dijagnoza postavlja polaskom djeteta u školu, odnosno između 6 i 12 godina jer je kod te dobi najlakše uočiti simptome koji dolaze do izražaja u školskom okruženju. U postavljanju dijagnoze sudjeluje raznovrsni (dijagnostički) tim stručnjaka: neurolog, pedijatar, dječji psihijatar, psiholog, pedagog, defektolog, logoped i rehabilitator. Tu su također i roditelji, odgojitelji/učitelji i liječnici koji pripomažu i pružaju podršku.

Četiri najvažnije komponente opsežnog postupka dijagnosticiranja ADHD-a:

1. Klinički intervju
2. Medicinski pregled
3. Ocjenjske skale
4. Psiholojski testovi (cilj im je isključiti ili uključiti dodatne poremećaje uz ADHD)

Ciljevi dijagnostičke obrade su da se utvrdi ili isključi postojanje ADHD-a te da se utvrdi diferencijalna dijagnostika kojom se ADHD razlikuje od ostalih mogućih patoloških stanja dječje dobi. Zatim, obrada ima za cilj utvrditi tipove intervencija i moguće tretmane usmjerene na poremećaj, i uz to utvrditi druga stanja koja se često pronalaze uz ADHD te njihov stupanj. Za kraj, treba se utvrditi razina djetetova funkcioniranja u svim područjima i djetetove jake strane kao i slabosti, te kako će to sve utjecati na prognozu i tretman (Hercigonja Novković, Kocijan-Hercigonja, 2022).

Dijagnostički postupak treba obuhvaćati:

1. *Intervju s roditeljima* – koji je najčešće prvi korak u dijagnostičkom postupku i vodi ga psihijatar. Prva tema koja se obrađuje u razgovoru s roditeljima jest razlog njihova dolaska i iako se informacije dobivene od roditelja smatraju subjektivnima ipak su vrlo važne jer daju uvid iz prve ruke o djetetovom funkcioniranju kroz njegovo odrastanje. Roditelji trebaju spomenuti djetetovu interakciju s drugim članovima obitelji i vršnjacima, djetetove obveze i eventualne bolesti/traume. Tijekom razgovora se također vidi razina roditeljskog stresa, njihov odnos i očekivanja od djeteta te način odgajanja. Osobito je važno znati patologiju u obitelji, ako je netko od roditelja ili rodbine dijagnosticiran s ADHD poremećajem. Ostale informacije koje je važno za prikupiti tiču se trudnoće i poroda jer postoji mogućnost da u nekim situacijama prenatalna, perinatalna ili postnatalna ozljeda mozga može uzrokovati ADHD.

Tijekom razgovora liječnik dobiva informacije od roditelja, ali i roditelji dobivaju povratne informacije o tijeku dijagnostičkog postupka. Osim intervjua s roditeljima, potrebno je prikupiti ostale važne informacije koje uključuju nalaze pedijatra kako bi se utvrdio djetetov zdravstveni status i ako postoji potrebno je pregledati evaluaciju stručne službe vrtića/škole.

2. *Intervju s djetetom* – slijedi nakon razgovora s roditeljima. Psihijatar razgovara s djetetom na način primjeren njegovoj dobi. Trajanje razgovora ovisi o djetetovom intelektualnom i emocionalnom statusu kao i o njegovoj dobi. Sa starijom djecom se može normalno i duže razgovarati no s mlađom djecom bi razgovor trebao trajati do pola sata i djetetu treba dopustiti da se igra ili crta. Kroz razgovor s djetetom psihijatar stječe uvid i u ostale teškoće kao što su teškoće u učenju, loši odnosi s vršnjacima, anksioznost, depresija. Pažljivim vođenjem razgovora psihijatar promatra mogućnosti djetetove pažnje tijekom razgovora o temama koje djetetu nisu zanimljive i koje samo odabere, promatra znakove hiperaktivnosti te moguće znakove problema u ponašanju poput odbijanja zadane aktivnosti ili uništavanja predmeta u prostoriji. Problem u dijagnosticiranju djeteta tijekom razgovora, leži u tome što će čak 80% djece mirno sjediti u liječničkoj ordinaciji, iako su inače vrlo nemirna, jer je takva situacija poprilično zastrašujuća za dijete i ono se nalazi u okolini koja njemu nije poznata.
3. *Sistematski pregled djeteta* – je izrazito važan, jer se mogu utvrditi i drugi znakovi koji upućuju na problem. Neurološki pregled često upućuje na minimalna odstupanja kao što su problemi održavanja ravnoteže, osobito kada se to ispituje zatvorenih očiju, asimetrija refleksa, otežani pokreti u finoj koordinaciji i motorici, te nespretnost. Laboratorijsko dijagnostički postupci značajni su u otkrivanju uzroka poremećaja, a odnose se na analizu krvnih pretraga, endokrinološka ispitivanja, analiza razine serotonina, i analize usmjerene na funkcioniranje mozga kao što su EEG i CT mozga. EEG je funkcionalna, bezbolna i neinvazivna metoda koja registrira električnu aktivnost neurona (moždanih stanica), a CT je bezbolna metoda snimanja organa i tkiva te njihovih slojeva korištenjem rendgenskog zračenja i posebnih detektora. Uz neurološki pregled, u nekim slučajevima, će također biti potreban

i logopedski pregled kojem je primarni cilj utvrditi poremećaje jezika, govora i glasa, poremećaja u čitanju i pisanju i u verbalnoj-neverbalnoj komunikaciji.

4. *Izveštaje iz škole* – koji se smiju koristiti samo uz dopuštenje roditelja. Nastavnici bi trebali putem telefona detaljno opisati dijete i njegovo ponašanje u školi na nastavi, pod odmorom, tijekom obroka te kakve su mu interakcije s vršnjacima i drugim nastavnicima. Postoje određene ocjenske skale (Barkley, Conneri) koje se šalju školi na ispunjavanje, iste kakve ispunjava i roditelj. Ocjenske skale koje se koriste su skala prema DSM-IV za detekciju ADHD-a i skala SNAP-IV isto za detekciju ADHD-a, ali i drugih mogućih mentalnih poremećaja.
5. *Psihologijske testove* - koji čine testiranja psihologijskim mjernim instrumentima koji objektiviraju dijagnostičku procjenu. Sama psihologijska obrada nije dovoljna za postavljanje dijagnoze ADHD-a jer ne postoji psihologijski mjerni instrument koji je toliko pouzdan da bi se na temelju rezultata moglo utvrditi da se radi o tom poremećaju. Neuropsihologijski mjerni instrumenti kod procjene ADHD-a su: Bender vizualno-motorički geštalt test, Reyev test složenog lika i pokus s prepoznavanjem (RCFT), Test d2 (test opterećenja pažnje), Wechslerov test inteligencije za djecu (WISC-IV) i Test kontinuirane provedbe (CPT test).
6. *Konačni zaključak timске obrade* (postdijagnostički razgovor) – koji se donosi timski. Svi članovi tima zajednički daju konačno mišljenje, svatko iz svoje specijalnosti i donosi se preporuka za tretman. Postdijagnostički razgovor vrijeme je da se roditelje i dijete pripremi i motivira za plan terapije. Razgovor s roditeljima i djetetom obavlja se i na samom kraju dijagnostičkog postupka, a nastoje im se pojasniti nejasnoće vezane uz ADHD, ako ih ima, te ih se savjetuje o postupanju s djetetom u obitelji (Hercigonja Novković, Kocijan-Hercigonja, 2022; Phelan, 2005).

6. LIJEČENJE

ADHD se ne može izliječiti u potpunosti. Cilj liječenja je ublažavanje simptoma poremećaja te smanjenje rizika od budućih komplikacija. Da bi liječenje bilo što uspješnije, potrebno je s terapijom krenuti na vrijeme, educirati roditelje i okolinu o prirodi bolesti te prilagoditi okolinu djetetu. Tretman se prilagođava svakoj osobi s obzirom na različitost njezinih simptoma i popratnih teškoća. Liječenje bi trebalo obuhvaćati više mjera, uključivati roditelje i dječji vrtić. Svi koji brinu o djeci s poremećajem ponašanja i koji ih liječe trebaju usko surađivati kako bi se cilj ostvario. Prvi korak tretmana uvijek je psihoedukacija. Ona se odnosi na niz intervencija čiji je primarni cilj pomoći kako bi što bolje razumjeli svoje trenutne smetnje, te se što uspješnije nosili s njima te njihovim posljedicama na svakodnevno funkcioniranje. No u neke djece, zbog izuzetno izraženih simptoma, potrebno je odmah početi s medikamentoznom terapijom koja prethodno mora biti dobro isplanirana. Ostale terapije koje postoje no nisu se pokazale previše uspješnima su terapija dijetom/hranom, liječenje motoričkim vježbama, ergoterapija, psihoanalitičko liječenje, pedagoška metoda liječenja, programi vježbi potpomognuti osobnim računalom. Sljedeće terapije mogu biti čak i štetne, a to su terapija Bachovim cvjetovima, terapija čvrstim zagrljajem i kineziologija (Hercigonja Novković, Kocijan-Hercigonja, 2022; Lauth, Schlotke, Naumann, 2008).

Prema znanstvenom iskustvu sljedeće terapije se smatraju uspješnima:

- Terapija ponašanja
- Obiteljska terapija usmjerena na ponašanje
- Medikamentozna terapija
- Kombinacija medikamentozne i terapije ponašanja
- Vježbe opuštanja - preporučuje se kombinirati s nekom drugom terapijom
- Neurofeedback (Lauth, Schlotke, Naumann 2008)

6.1 Psihoedukacija

Smatra se da je psihoedukacija prvi korak k uspješnom tretmanu i da izravno utječe na povoljan ishod. Ona ne uključuje samo rad s roditeljima već i sa svim odraslim osobama koje su u kontaktu s djetetom. Roditelje, koji su primarni cilj, je potrebno

educirati o ADHD-u, osnažiti ih u njihovoj roditeljskoj ulozi te ih poučiti strategijama i tehnikama za svakodnevni život. Potrebno im je pružiti podršku i uspostaviti s njima pozitivan odnos uz razumijevanje problema i njihove situacije, a prema potrebi uključiti ih u rad na roditeljskim odnosima i obiteljskoj dinamici. Većina roditelja je zaposlena i imaju još djece osim djeteta s ADHD-om, pa uza sve svoje obveze nisu uvijek spremni poslušati savjete i promijeniti pristup. Stoga im je ponekad potrebna psihološka pomoć u obliku individualnog ili grupnog savjetovanja (Hercigonja Novković, Kocijan-Hercigonja, 2022).

6.2 Terapija ponašanja

Terapija ponašanja je jedan od tretmana usmjerenih na dijete. Ostali tretmani su trening socijalnih vještina, grupni rad i psihoterapija, no terapija ponašanja je trenutačno jedna od najuspješnijih terapija. Preporučuje se također i kombinacija s lijekovima za što uspješnije rezultate. Kroz terapiju ponašanja djeca uče bolje upravljati vlastitim ponašanjem, zaštititi se od nepromišljenog ponašanja i dobro razmisliti prije nego što nešto učine. Smatra se da uglavnom usvajamo ona ponašanja koja daju pozitivne rezultate i izbjegavamo ona koja nam donose kaznu. Na taj način djeca uče upravljati svojim ponašanjem, razmišljati o zadacima ili situacijama u svojoj okolini, bolje promišljati, slušati i primati informacije. S druge strane, roditelji uče povoljnije utjecati na ponašanje svojeg djeteta, oblikuju svakodnevni život s manje problema, daju upute kako bi ih dijete moglo pratiti. Prvo se upućuje dijete u njegove teškoće, objašnjava mu se što je to poremećaj pažnje, jer dijete samo treba moći prepoznati svoje teškoće jer će ih jedino tako moći svladati. Zatim se uvježbavaju temeljne vještine, jednostavno ponašanje, pažljivo promatranje, slušanje ili reprodukcija doživljenog. Također, provode se različite vježbe za koje nije potrebno mnogo predznanja kao što su rješavanje labirinta ili zadaci svrstavanja. Nakon toga se postupno uvodi sustav nagrađivanja, za svako poželjno ponašanje dijete dobiva jasnu povratnu informaciju u obliku žetona. I na kraju se uči kontrola reakcije, dijete se uči suzdržavati i razmisliti prije nego bilo što poduzme. Ova terapija se često kombinira s lijekovima. Terapija i lijekovi moraju biti međusobno usklađeni kako bi se lijekovi redovito davali i kako bi dijete naučilo nositi se s teškim situacijama na odgovarajući način. Psihoterapiju treba intenzivirati kada se doza postupno smanjuje. Time se

stvaraju uvjeti za obustavljanje liječenja psihostimulansima. U idealnom slučaju terapiju prate i vježbe opuštanja. To su vježbe primjerene djeci i dolaze u obliku priče ili predstave (Lauth, Schlottke, Naumann 2008).

6.3 Medikamentozna terapija

Lauth i sur. (2008) navode kako je uzimanje lijekova jedan od najčešćih načina liječenja. Terapija lijekovima je terapija koja je najviše proučavana i dokumentirana. Za neke liječnike i roditelje medikacija je čak prvi izbor pogotovo ako su problemi i simptomi postalo vrlo kritični. Ponuda lijekova za liječenje ADHD poremećaja u posljednjih se nekoliko godina znatno povećala. Najčešće primjenjivani lijekovi za djecu s ADHD-om su psihostimulansi. Stimulansi su se pokazali vrlo učinkovitima i bezopasnima. Iako je uporaba stimulansa dobra, ona nikada ne bi trebala biti jedini način intervencije za ADHD, već se osim toga primjenjuju i druge tehnike liječenja. Lijekovi ponajprije ublažavaju glavne simptome, a to su impulzivnost i hiperaktivnost, te povećavaju djetetovu pažnju. Bitno je zapamtiti da kod oko 20% djece lijekovi nemaju nikakvog učinka i kod 5% djece liječenje se mora prekinuti zbog nuspojava.

Postoji nekoliko skupina lijekova koji se koriste u liječenju ADHD-a, a to su: psihostimulansi, strattera, antidepresivi, antihipertenzivi i lijekovi za komorbidna stanja. Stimulansi imaju najjače djelovanje te pomažu u poboljšanju koncentracije i umanjenu impulzivnosti i hiperaktivnosti. Najveći problem s uporabom stimulansa bila je kratkotrajnost njihova djelovanja. Stimulansi koji se najviše preporučuju su metilfenidati (Ritalin) i amfetamini (Dexedrine i Adderall). Phelan (2005) navodi kako rezultati istraživanja pokazuju da se uzimanjem stimulansa događaju ovi pozitivni učinci: poboljšanje pažnje, smanjenje impulzivnosti, smanjenje hiperaktivnosti i nemira, poboljšanje ocjena u školi, smanjenje agresivnosti, i veća spremnost na suradnju. Autor također navodi i nuspojave koje su povezane s uzimanjem stimulansa: smanjenje apetita, nesanica, glavobolja, trbobja, tuga i razdražljivost, pospanost, povećana hiperaktivnost i tikovi.

Strattera je jedan od najnovijih lijekova za ADHD. On djeluje poput stimulansa, ali prema kemijskom sastavu nije stimulans te se recept može izdati telefonski i na dulje razdoblje. Najčešće nuspojave su mučnina i glavobolja (Phelan, 2005).

U liječenju ADHD-a također se koriste i antidepresivi. Oni mogu pomoći kod osnovnih simptoma poput nepažnje, hiperaktivnosti i impulzivnosti. Njihovi učinci nisu toliko jaki kao kod stimulansa, ali traju dulje. Svrstani su u dvije skupine: triciklici i SIPPS-i. Triciklički antidepresivi utječu na ADHD i komorbidna stanja, a SIPPS-i obično samo na komorbidna stanja. Lijekovi za komorbidna stanja koriste se kada ADHD nije jedina dijagnoza. Najčešći triciklici koji se koriste su Tofranil, Norpramin i Pamelor. Jedinstveni antidepresiv Wellbutrin pokazao se veoma učinkovitim kod djece no i kod velikog postotka odraslih koji pate od ADHD-a. Wellbutrin djeluje poput stimulansa i povećava učinak dopamina u središnjem živčanom sustavu. Kako je antidepresiv može biti veoma koristan kod komorbidne anksioznosti i depresije. Očekivani pozitivni učinci antidepresiva su povećanje spremnosti na suradnju, povećanje smirenosti, smanjenje impulzivnosti, bolja koncentracija i smanjenje anksioznosti. Moguće nuspojave antidepresiva su pospanost, suhoća usta, vrtoglavica, zamagljen vid i kardiološke smetnje (Hercigonja Novković, Kocijan-Hercigonja, 2022; Phelan, 2005).

Četvrta kategorija lijekova koja može pomoći kod nekih simptoma ADHD-a uključuje određene antihipertenzivne lijekove, poput Catapres-a i Tenexa-a. Prema nekim stručnjacima kandidati za ovu vrstu lijekova su vrlo uzbuđena, izrazito aktivna i krajnje energična djeca s vrlo visokom tolerancijom na frustraciju. Ova skupina lijekova može pomoći djeci sklonoj naglim i intenzivnim provalama raspoloženja, eksplozivnim ispadima, kao i djeci s ADHD-om koja također pate od poremećaja u ponašanju. Oni ne pomažu u poboljšavanju koncentracije, ali su učinkoviti protiv tikova i mogu pomoći u poboljšavanju spavanja (Phelan, 2005).

6.4 Neurofeedback

Prema Kocijan-Hercigonja (2022) "Neurofeedback" pomaže djeci da sustavno utječu na vlastite moždane aktivnosti. Djeca tako uče kontrolirati moždanu aktivnosti, smanjuju hiperaktivnost i impulzivnost te pojačavaju pažnju. Iz njega se razvio „Play Attention“, računalni program koji sadrži razne igre, a koristi se moždanim valovima koji mogu pokrenuti neku igru te pomaže pri održavanju pažnje, učvršćenju fokusa pažnje i poboljšanju pamćenja kod osoba s ADHD-om. Tehnologija je originalno razvijena za pilote kako bi se poboljšala njihova budnost i pažnja. Sustav koristi

biciklističku kacigu opremljenu senzorima spojenim na računalo i sastoji se od pet igara kojima je cilj produljivanje pažnje, vizualno praćenje željenog objekta i poboljšanje kratkotrajnog pamćenja. Ako se igrač usredotoči na objekt na ekranu, tada samo svojom pažnjom igra igru, a ako mu pažnja oslabi, objekt na ekranu se prestane micati i igra prestaje. Znanstvena istraživanja pokazuju da je mozak sposoban adaptirati se i učiti cijeli život i to se naziva *neuroplastičnost*. Play Attention omogućuje korisniku da svoju pažnju promatra u stvarnom vremenu i tijekom vremena uz pomoć tih vježbi nauči produljiti svoju pažnju. Takva vrsta tretmana zahtijeva minimalno 40 dolazaka, uz kontinuirano vježbanje, što je nažalost materijalno i vremenski iscrpljujuće.

7. SAVJETI ZA RODITELJE

Hiperaktivna djeca moraju vidjeti posljedice svog ponašanja koje su predvidljive, konzistentne i jasne te dobivati povratnu informaciju češće i brže nego ostala djeca, jer će jedino tako moći ostvariti kontrolu nad svojim ponašanjem. Roditelji trebaju specificirati s djetetom ponašanje koje se očekuje od njega, što točnije i konkretnije mogu. Trebaju pokušati osigurati da dijete razumije koje je ponašanje prihvatljivo, a koje nije. Moraju pokušati objasniti djetetu što točno misle pod određenim terminima, kao što su “biti dobar” ili “biti zločest” jer ti termini mogu biti zbunjujući za dijete. Dobro je reći djetetu: “Sviđa mi se kako dijeliš igračke sa sestrom”, “Sviđa mi se kako ih pospremiš prije nego dođu gosti”, “Ne sviđa mi se kako vičeš dok smo u kupovini”. Roditelji moraju jasno komentirati ponašanje djeteta kako bi dijete počelo shvaćati što se od njega očekuje. Djetetu se trebaju objasniti posljedice dobrog ponašanja kako bi znalo kada i što će dobiti ako se ponaša prikladno. Dijete treba nagraditi za poželjno ponašanje jer će tako početi vjerovati da može uspjeti. Svako je dijete drugačije. Neke će nagrade biti uspješne kod neke djece, kod druge ne, stoga roditelji trebaju naći one nagrade na koje će njihovo dijete reagirati. Važno je da roditelji svakodnevno pohvaljuju svoje dijete za svako poželjno ponašanje. Često nije dovoljno povećati učestalost poželjnih ponašanja, već je potrebno i smanjiti pojavljivanje nekih nepoželjnih ponašanja. Vrlo korisna tehnika za smanjenje neželjenog ponašanja hiperaktivne djece je “isključenje” ili tzv. time - out. Isključenje podrazumijeva da se dijete makne iz konteksta u kojem se ponašanje pojavilo i osigura se da provede

dogovoreni vremenski period na neinteresantnom, ali sigurnom mjestu. Vrijeme u isključenju mora se mjeriti npr. štopericom, a ako dijete nastavi s ponašanjem zbog kojeg je uslijedilo isključenje, štopericu treba staviti na početak. Vrijeme koje dijete mora provesti u isključenju ne smije biti predugo i treba biti u skladu s djetetovom dobi. Važno je znati da se ponašanje djeteta ne može promijeniti preko noći. To je ponašanje koje se učilo i izgrađivalo godinama i bilo bi nerealno očekivati da će se brzo promijeniti (Prvčić, Rister, 2009).

Roditelji u svakodnevicu trebaju svome djetetu pružati potporu i trebaju zauzeti čvrst unutarnji stav. Time će se poboljšati međusobni odnosi. Djetetu se trebaju osigurati rutine, postaviti granice, ali i dati obveze. Strukturiranje je jedna od najvažnijih stvari u zajedničkom životu s djetetom s poremećajem pažnje. Rutine su važne za ustajanje i odijevanje, objed, pisanje zadaća i odlazak na spavanje. Nepoželjno ponašanje se ne treba prihvaćati, ali isto tako prečesto opominjanje može dovesti do djetetova obeshrabrenja i ono može prestati pokušavati biti dobro. Postavljanje realističnih ciljeva također je bitno jer neki roditelji se pak često fokusiraju samo na loše ponašanje koje im smeta i time propuštaju priliku za poticanje djetetovih pozitivnih osobina. Uz sve to najčešće su majke te koje su pod najvećim stresom i vidljivo su depresivne i izolirane te imaju osjećaj krivnje. Zato se moraju ponekad posvetiti i sebi, potražiti pomoć, posvetiti se onome što vole. To nije egoizam, nego olakšanje jer roditelji koji čine nešto za sebe, imaju više snage za baviti se s djecom (Lauth, Schlottke, Naumann 2008).

7.1 Prijedlozi za vježbanje pažnje

Postoje različiti zabavni načini kojima možemo povećati koncentraciju i fokus kod djece s ADHD-om. Istraživanja su pokazala kako svakodnevna igra, a pogotovo igre koje uključuju djetetovo tijelo i um, postižu cilj bolje nego zadaci, nagrade ili kazne.

Slikovne zagonetke

Dijete treba pronaći razlike između dviju ili više slika. Slike se mogu pronaći u časopisima. Druga mogućnost je da dijete kaže po čemu se razlikuju životinje, biljke, romobili ili brodovi.

Opisivanje slika

Skupa s djetetom što točnije opisujete jednostavne slike iz slikovnica ili novina. Druga mogućnost je da jedan drugome opisujete predmet koji se ne vidi. Ovaj postupak zahtijeva misaono zadubljivanje u drugu osobu.

Društvene igre

Djeca s ADHD-om posebno vole slagati puzzle, bojati bojanke, bojati prstima ili igrati se vodom. Takve aktivnosti zahtijevaju od djeteta da sjedne i fokusira se na dulje vrijeme. Ako dijete nije dovoljno motivirano za ovakve igre, mogu se organizirati razna natjecanja npr. tko će prvi nešto obojati ili složiti puzzle.

Vježbanje načela „prvo misli, a onda radi“

Ova aktivnost je prikladna u svim situacijama u kojima se prvo treba razmisliti pa onda tek krenuti. Npr. kupnja sastojaka za kolač s mamom, prvo se mora napisati popis sastojaka za dućan, vidjeti upute za taj kolač i kasnije kako ga ukrasiti.

Vježbe za pomno slušanje

U ovoj aktivnosti dijete gleda emisiju na televizoru i kasnije ju treba prepričati dok roditelji postavljaju pitanja poput „Kako je emisija započela?“, „Što se dalje dogodilo?“ (Lauth, Schlottke, Naumann 2008).

8. ZAKLJUČAK

Djetinjstvo je razdoblje u kojem prevladavaju nemir, nepažnja, nezgode, smijeh, suze, ozljede, nespretnost, impulzivnost. Djeci s poremećajem pažnje teško je mirno, strpljivo i opušteno baviti se nekim predmetom. Bilo da je riječ o školi, pisanju zadaća ili igri, takvo dijete će uvijek upasti u oči svojom nemogućnošću da se usredotoči i da promisli prije nego nešto učini. ADHD nije bolest nego poremećaj, i to danas jedan od najčešćih koji nastaju u ranom djetinjstvu. Poremećaj označava skup simptoma za koje je potrebno da postoje u određenom minimalnom broju i koji utječu na mentalno ili fizičko zdravlje. Glavna su obilježja ADHD-a hiperaktivnost, nepažnja i impulzivnost, no to su samo najvidljiviji simptomi. Najveće teškoće osobama s ADHD-om stvaraju izvršno funkcioniranje, inhibicija i samokontrola. Uzrok poremećaja nažalost još nije otkriven, samo je poznato da geni i nasljeđe igraju veliku ulogu. Najčešće zablude o ADHD-u su da je ADHD rezultat lošeg odgoja, da se ADHD preraste, da je uzrokovan prehranom, alergijom ili oštećenjem mozga, da je to pak izmišljena dijagnoza i da su djeca s ADHD-om uvijek hiperaktivna. Smatram kako se svi možemo složiti da je edukacija roditelja i okoline jedna od najbitnijih stavki k lakšem razumijevanju i nošenju s poremećajem. Također, smatram da su odgojitelji vrlo malo dodatno educirani o poteškoćama i prema tome nisu sigurni u rad i način kako uključiti dijete s poteškoćama u funkcionalnost grupe zajedno s ostalom djecom. Važna je suradnja roditelja i predškolske ustanove kako bi se nakon dijagnosticiranja ADHD-a dijete moglo što bolje uklopiti s drugima jer poznato je da takva djeca rijetko imaju prijatelje, stoga je inkluzija veoma bitna. Na pitanje „Može li se ADHD izliječiti?“ odgovor je ne. Ono na što se tretmanom djeluje jest ublažavanje simptoma i umanjivanje specifičnih teškoća. Tretman se prilagođava svakoj osobi s obzirom na njene simptome te se ranim uključivanjem u tretman preveniraju dodatne teškoće.

LITERATURA

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. United States.
2. Buljan-Flander, G., Karlović A. (2004). *Odgajam li dobro svoje dijete? Savjeti za roditelje*. Zagreb: Marko Marulić usluge d.o.o.
3. Cooley, M. L. (2017). *Djeca s teškoćama u učenju i mentalnim smetnjama u redovitoj nastavi*. Zagreb: Naklada Kosinj.
4. Delić, T. (2001). *Poremećaj pažnje i hiperaktivnost (ADHD)*. Kriminologija & socijalna integracija, Vol. 9 (1-2), 1-10. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/98959>
5. Ferek, M. (2006). *Hiperaktivni sanjari: Drugačiji, lošiji, bolji*. Zagreb: „Buđenje“ udruga za razumijevanje ADHD-a.
6. Hercigonja Novković, V., Kocijan-Hercigonja, D. (2022). *ADHD: Od predrasuda do činjenica*. Zagreb: Egmont d.o.o.
7. Hudson, D. (2018). *Specifične teškoće u učenju: Što učitelji i nastavnici trebaju znati*. Zagreb: Educa.
8. Jurin, M. i Sekušak-Galešev, S. (2008). *Poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću (ADHD) - multimodalni pristup*. Paediatrica Croatica, 52 (3), 195-201. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/29620>
9. Kadum-Bošnjak, S. (2006). *Dijete s ADHD poremećajem i škola*. Metodčki obzori, 1(2), 113-121.
10. Kocijan-Hercigonja, D., Buljan-Flander, G., Vučković, D. (2004). *Hiperaktivno dijete: uznemireni roditelji i odgajatelji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
11. Kudek Mirošević, J. i Opić, S. (2010). *Ponašanja karakteristična za ADHD*. Odgojne znanosti, 12 (19), 167-183. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/59615>
12. Laniado, N. (2007). *Nemirna djeca: Što učiniti kada su naša djeca nervozna i uznemirena?* Rijeka: Studio TiM
13. Lauth, G. W., Schlottke, P. F. i Naumann, K. (2008). *Neumorna djeca, bespomoćni roditelji*. Zagreb: Mozaik knjiga d.o.o.
14. Phelan, T. W. (2005). *Sve o poremećaju pomanjkanja pažnje: simptomi, dijagnoza i terapija u djece i odraslih*. Lekenik: Ostvarenje d.o.o.
15. Prvčić, I., Rister, M. (2009). *Deficit pažnje, hiperaktivni poremećaj, ADHD*. Zagreb: Kikagraf.

16. Sekušak-Galešev, S. (2014). *Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj*. Brošura. Zagreb: „Adopta“ udruga za potporu posvajanju.
17. Shapiro, L. E. (2002). *Malo prevencije: Kako roditelji mogu spriječiti probleme u ponašanju i emocionalne probleme od dojenčeta do tinejdžera*. Zagreb: Mozaik knjiga d.o.o.
18. Taylor, J. F. (2008). *Djeca s ADD i ADHD sindromom*. Zagreb: Veble commerce.
19. Velki, T. (2012). *Priručnik za rad s hiperaktivnom djecom u školi*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Izjava o izvornosti 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.

Sara Cajner

(vlastoručni potpis studenta)