

Poremećaj pažnje i hiperaktivnosti kod djece predškolske dobi

Vugrinec, Sandra

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

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:147:191514>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-17**

Repository / Repozitorij:

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



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

Sandra Vugrinec

**POREMEĆAJ PAŽNJE I HIPERAKTIVNOSTI KOD DJECE
PREDŠKOLSKE DOBI**

Završni rad

Čakovec, rujan, 2024.

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

Sandra Vugrinec

**POREMEĆAJ PAŽNJE I HIPERAKTIVNOSTI KOD DJECE
PREDŠKOLSKE DOBI**

Završni rad

Mentorica: doc. dr. sc. Šarić Drnas, Marija

Čakovec, rujan, 2024.

Sadržaj:

UVOD.....	1
1. POREMEĆAJ S DEFICITOM PAŽNJE I HIPERAKTIVNOŠĆU.....	2
1.1. Što je ADHD/ADD?.....	2
1.2. Vrste ADHD-a i njihova glavna obilježja	3
1.3. Mogući uzroci nastanka poremećaja.....	4
2. SIMPTOMATOLOGIJA- PRIMARNI I SEKUNDARNI SIMPTOMI.....	5
2. 1. Primarni simptomi.....	6
2. 1. 1. Hiperaktivnost.....	6
2. 1. 2. Impulzivnost.....	6
2. 1. 3. Nepažnja.....	8
2. 2. Sekundarni simptomi.....	9
2. 2. 1. Nisko samopouzdanje i samopoštovanje.....	9
2. 2. 2. Agresija.....	9
2. 2. 3. Prkos sa suprotavljanjem.....	10
2. 2. 4. Teškoće u učenju.....	10
2. 2. 5. Socijalni problemi.....	10
2. 2. 6. Neorganiziranost.....	11
2. 2. 7. Hiperfokus.....	11
3. DIJAGNOSTIKA.....	11
3. 1. Postupak postavljanja dijagnoze.....	11
4. LIJEČENJE.....	14
4. 1. Psihosocijalni pristupi.....	14
4. 2. Farmakološka terapija.....	15
4. 3. Alternativni oblici tretmana.....	16
4. 4. Multimedijalni pristup.....	17
5. SAVJETI ZA RODITELJE.....	18
5. 1. Pružanje djetetu rutinu, strukturu i predvidljivost.....	18
5. 2. Jasna komunikacija s djetetom.....	19
5. 3. Imati realistična očekivanja.....	19
6. IGRE I AKTIVNOSTI ZA POTICANJE PAŽNJE.....	20

7. PRIKAZ SLUČAJA DJETETA S ADHD-OM IZ PRAKSE.....	22
ZAKLJUČAK.....	26
LITERATURA.....	27

SAŽETAK

Poremećaj s deficitom pažnje i hiperaktivnosti (eng. Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, ADHD) je razvojni poremećaj čija je jedna od najistaknutijih značajki nemogućnost kontroliranja vlastitog ponašanja što djetetu može otežati uspostavljanje socijalnih odnosa. To su djeca koja ne mogu mirno sjediti, stalno su u pokretu, teško se koncentriraju, teško kontroliraju nagone te su impulzivna. Navedene karakteristike dovode djecu s ADHD-om najčešće u probleme s okolinom. Da bi se izbjegla potpuna socijalna izolacija djeteta, potrebno je na temelju konkretnih simptoma otkriti poremećaj te postaviti odgovarajuću dijagnozu. Cilj završnog rada je pobliže objasniti što je ADHD, kako funkcioniraju djeca rane i predškolske dobi koja ga imaju te kako ih putem različitih igara i aktivnosti možemo osnažiti u pažnji i koncentraciji. U dijagnosticiranju i terapiji ADHD-a sudjeluje multidisciplinirani tim uz suradnju roditelja, odgajatelja i učitelja. Ignoriranje poremećaja kao i izostanak optimalnog liječenja ima razarajuće posljedice za djetetov razvoj, akademski uspjeh i formiranje u zdravo društveno biće. Osiguravanjem adekvatne pomoći te vodeći računa o djetetovim jakim i slabim stranama, obitelj, odgajatelji i stručnjaci mogu zajedno osigurati da dijete s hiperaktivnim poremećajem bude u mogućnosti voditi sretan i uspješan život.

KLJUČNE RIJEČI: ADHD, deficit pažnje i hiperaktivnost, odgajatelji, hiperaktivnost

SUMMARY

Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) is a developmental disorder whose one of the most prominent features is the impossibility of controlling one's own behavior, which can make it difficult for the child to establish social relationships. These are children who can not sit quietly, they are restless, constantly in motion, they are difficult to concentrate, often beat other children and it is difficult for them to control their impulses. These characteristic most often lead children with ADHD to problems with the environment. It is often forgotten that hyperactive children have their good sides. Such children are full of new ideas, creative, love to explore and are flexible. However, disregarding the usual rules and the provisions of the society in some ways makes them unsuitable. To avoid a complete social isolation of a child it is necessary, based on specific symptoms, to detect the disorder and set up an appropriate diagnosis. The aim of the final work is to explain more closely what ADHD is, how early and pre-school children are functioning, and how they can be empowered by different games and activities and how we can empower their attention and concentration. In diagnosing and treating of ADHD, a multidisciplinary team participates in cooperation with parents, educators and teachers. Ignoring the disorder as well as the lack of optimal treatment has devastating consequences for the child's development, academic success and forming in a healthy social being. By providing adequate assistance and taking care about the child's strong and weak sides, family, educators and experts can together ensure that a child with hyperactive disorder is being able to lead a happy and successful life.

KEY WORDS: ADHD, Attention Deficit and Hyperactivity, Educators, hyperactivity

UVOD

Hercigonja Novković i Kocijan- Hercigonja (2022) navode da je ADHD 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.

Barkley (1998) navodi da poremećaj pomanjkanja pažnje/pozornosti može postojati i kao odvojena dijagnostička kategorija (ADD, eng. Attention Deficit Disorder). Bitno je znati da je poremećaj pažnje u velikoj mjeri organski utemeljen, odnosno javlja se kao posljedica bioloških i organskih disfunkcija. Smatra se da je utemeljen u fiziološki uvjetovanoj smanjenoj aktivnosti prefrontalnog dijela kore velikog mozga.

Barkley (1998) ističe da ADHD nije fenomen koji pripada samo suvremenom dobu. Još prije 2500 godina Hipokrat opisuje stanje koje je nalik današnjem pojmu ADHD-a. Znanstveni opisi hiperaktivnog ponašanja pojavili su se tek 1902. godine u radovima Stilla, koji je u Engleskoj opisao 43 impulzivne djece sa značajnim problemima u ponašanju uzrokovanim genetičkom disfunkcijom, a ne lošim odgojem: danas bi se ta djeca dijagnosticirala kao djeca s hiperaktivnim poremećajem.

Comings i sur. (2000) navode da se u pedesetim godinama prošlog stoljeća pojavljuje pojam minimalne cerebralne disfunkcije koji prethodi današnjem konceptu ADHD-a. Osamdesetih godina 20. stoljeća prvi se put spominje ADD u DSM III klasifikaciji. Poboljšanjem dijagnostičkih kriterija 1994. godine u sklopu DSM IV definirani su kriteriji prema kojima danas postavljamo dijagnozu ADHD-a. Od tada je publicirano više tisuća znanstvenih radova koji su se bavili prirodom poremećaja, etiologijom, liječenjem.

1. POREMEĆAJ S DEFICITOM PAŽNJE I HIPERAKTIVNOŠĆU

1. 1. Što je ADHD/ADD?

Kocijan-Hercigonja i sur. (2004) ističu da deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj (ADHD) je razvojni poremećaj u kojem su dominantni problemi s nedostatkom pažnje, impulzivnošću i hiperaktivnošću. U djece kojoj je dijagnosticiran taj poremećaj narušeno je funkcioniranje kod kuće, u školi i s vršnjacima. Takva djeca imaju teškoće sa sjedenjem na mjestu i praćenjem nastave, u stvaranju prijateljstva, pa zbog takva ponašanja često osjećaju negativne posljedice. Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj ima dugoročan utjecaj na školovanje djeteta, njegov uspjeh i društveno-emocionalni razvoj. Osnovni simptomi i prateći obrasci ponašanja zadržavaju se godinama, iako kod približno 50% djece s tim poremećajem simptomi u velikoj mjeri nestaju kako se približavaju odrasloj dobi. Problemi s koncentracijom i stalnim nemirom se postupno smanjuju sazrijevanjem, iako se mogu pojaviti druge vrste problema. Odrastanje podrazumijeva i preuzimanje veće odgovornosti, ali i rješavanje složenijih zadataka i problema te postavljanje većih zahtjeva pred dijete, što često dodatno otežava rad s hiperaktivnom djecom. Ulaskom u pubertet te u kombinaciji s problematičnim ponašanjem postoji veća vjerojatnost da se neće ponašati u skladu s društvenim normama, te kod takve djece postoji veća vjerojatnost da će se navedeni poremećaj nastaviti i u odrasloj dobi.

Poremećaj pomanjkanja pažnje promijenio je tijekom godina mnogo naziva. Stillova bolest i Poremećaj impulzivnosti bili su prvi pokušaji opisivanja prekomjerno aktivne i impulzivne djece. Slijedili su termini "minimalno oštećenje mozga" i "minimalna moždana disfunkcija" nakon kojeg se naziv "hiperkinetička reakcija dječje dobi", fokusirao na najočitiiji simptom ovog problema: prekomjernu aktivnost. Poremećaj pomanjkanja pažnje prvi je puta dobio svoj sadašnji naziv 1980. godine, u onome što je bilo poznato kao DSM-III. Nova je definicija tvrdila da je jezgra ovog problema teškoća u usredotočivanju i održavanju pažnje. Prema DSM-III utvrđene su dvije vrste ADD-a: ADD s hiperaktivnošću i ADD bez hiperaktivnosti. Oba su tipa uključivala ADD, ili teškoću pažnje, ali su djeca koja su imala ADD s hiperaktivnošću bila prekomjerno aktivna, impulzivna i nametljiva. Obično je bila riječ o dječacima. U slučaju ADD-a bez hiperaktivnosti se najčešće radilo o djevojčicama.

U DSM-III također je prepoznato da djeca s ADD-om često odrastaju u odrasle s ADD-om pa je zato uveden termin "ADD - rezidualni tip" .

1. 2. Vrste ADHD-a (Prema DSM-V) i njihova glavna obilježja

Prema DSM-V (2014) (sadašnjim dijagnostičkim kriterijima) postoje tri osnovna tipa poremećaja pažnje i hiperaktivnosti, a to su sljedeći tipovi:

Pretežito hiperaktivan – impulzivan tip- većina simptoma (šest ili više od devet) pripadaju kategoriji hiperaktivnosti i impulzivnosti. Prisutnost nepažnje prisutna je u manje od šest simptoma, iako može biti i dalje prisutna u određenoj mjeri.

Pretežito nepažljiv tip- većina simptoma (šest ili više od devet) su u području nepažnje i prisutno je manje od šest simptoma hiperaktivnosti i impulzivnosti, iako hiperaktivnost i impulzivnost može i dalje biti prisutna u određenoj mjeri. Manje je vjerojatno da će se djeca s ovim podtipom isticati u svojoj okolini ili da će imati teškoće u snalaženju s drugom djecom. Ona mogu mirno sjediti, ali se ne mogu koncentrirati na ono što rade te na to ni ne obraćaju puno pažnje. Zato dijete tijekom svoga rada može previdjeti detalje, a roditelji i učitelji mogu ne primijetiti da ono ima ADHD.

Kudek-Mirošević i Opić (2010) navode da kombinirani hiperaktivno- impulzivni-nepažljivi tip gdje je zastupljeno šest ili više simptoma nepažnje i šest ili više simptoma hiperaktivnosti – impulzivnosti koji trebaju trajati najmanje šest mjeseci. Kod djece s ovim tipom ADHD-a prisutni su oblici ponašanja karakteristični za impulzivnost, hiperaktivnost i nepažnju.

Neki simptomi se mogu potvrđivati i procjenjivati tek od sedme godine života djeteta i to u okviru šire okoline u kojoj se dijete kreće i živi (npr. obitelj, škola i dr.).

Navedena tri tipa ADHD poremećaja su univerzalno identično poznata u cijelom svijetu, u stručnoj i znanstvenoj javnosti. Njima se stručnjaci različitih profila koriste u profesionalnoj komunikaciji kada se govori o ADHD poremećaju. To se odnosi kako na zdravstvene djelatnike (psihijatri, liječnici općeg i specijaliziranog područja), tako i na struke socijalne domene (psiholozi, stručnjaci edukacijsko- rehabilitacijskog profila, socijalni radnici, pedagozi) , tako i na odgojno – obrazovne stručnjake (odgajatelji i učitelji) (DSM-V, 2014).

Teško je postaviti dijagnozu hiperaktivnosti prije četvrte, pete godine života jer je ponašanje kod djece u tom periodu varijabilnije nego kod starije djece. U razdoblju pred upis u školu dolazi do određenih poteškoća koje iziskuju intervenciju. Tako su gledajući u širem spektru glavna obilježja ADHD-a: nepažnja, impulzivnost i hiperaktivnost.

1. 3. Mogući uzroci nastanka poremećaja

Kudek i Opić (2010) navode da do danas još nisu u potpunosti poznati uzroci ADHD-a iako mnoge studije pokazuju da geni igraju veliku ulogu. Vjerojatno se radi o kombinaciji više različitih čimbenika. Shaw i sur. (2007) ističu da osim u genetici, znanstvenici traže i moguće ekološke čimbenike današnjice te istražuju kako ozljede mozga, prehrana i socijalna okolina mogu doprinijeti pojavi ADHD. Braun i sur. (2006) ističu da pored toga su neke studije kod predškolaca koji su bili izloženi visokim razinama olova ukazale da ta djeca mogu imati povećani rizik za razvoj simptoma ADHD. Nadalje, Biederman i Faraone (2005) navode studije koje ukazuju na komplikacije u trudnoći koje povećavaju rizik za nastajanje ADHD u djeteta. Govori se o komplikacijama koje uključuju toksemiju (prisustvo toksina u krvi) ili eklampsiju (komplikacija u trudnoći koja se u trudnice očituje grčevima, povišenim tlakom i poremećajima svijesti), slabo zdravlje majke, dob majke, fetalna post-maturnost, niska porođajna težina djeteta, iscrpljenost majčinog organizma tijekom trudnoće, fetalna iscrpljenost i dr. Analizirajući studije, Biederman i Faraone (2005) navode značaj psihosocijalne disfunkcije za povećani rizik i psihopatologiju te disfunkcionalnost u djeteta iz socio-kulturno depriviranih obitelji. Osim nižeg socijalnog statusa navode i ostale nepovoljne faktore koji mogu biti rizični za nastanak ADHD u djeteta poput stresa majke u trudnoći, disfunkcionalnost obitelji, niži stupanj obrazovanja majke i samohrano roditeljstvo.

Kudek Mirošević i Opić (2010) navode da za dijagnosticiranje ADHD-a u djeteta potrebno je prikupiti podatke o djetetu, njegovom ponašanju, okolini u kojoj živi, od više stručnjaka različitih profila (medicinska dokumentacija, psihološka i edukacijsko-rehabilitacijska testiranja). Pri tome 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. Na primjer, zdravstveni uvjeti koji privremeno mogu uzrokovati simptome ponašanja koji izgledaju kao ADHD simptomi poput infekcija srednjeg uha koje uzrokuju probleme sa sluhom, poteškoće s vidom, tjeskoba, depresija, emocionalni problemi vezani uz

okolinu i obitelj u kojoj dijete živi, smrt nekog člana obitelji, razvod roditelja, gubitak zaposlenja roditelja, stresne situacije u školi i dr.

2. SIMPTOMATOLOGIJA

Primarni simptomi ADHD-a su nepažnja, hiperaktivnost i impulzivnost. Kudek Mirošević i Opić (2010) navode da su sva djeca tijekom svoga odrastanja nemirna, na neki način hiperaktivna te ponekad impulzivna u svojim nastojanjima da se dokažu ili da ostvare neku svoju želju. U djece s ADHD-om, naime, kako odrastaju tako su ta ponašanja sve teža i ovi simptomi sve češći. Da bi se poremećaj dijagnosticirao, dijete mora imati izražene simptome šest ili više mjeseci te moraju biti zastupljeni u većoj mjeri nego ponašanja druge djece iste dobi.

Phelan (2005) navodi da su hiperaktivna djeca u stalnom pokretu, ne mogu mirno sjediti, skaču, penju se, jure naprijed-nazad, često pretjerano pričaju, imaju teškoća ako se trebaju mirno i tiho igrati, tresu rukama, nogama i vrpolje se na stolcu.

Prema Kudek i Opić (2010) simptomi ADHD-a su popraćeni funkcionalnim poremećajima koji se očituju u školskom uspjehu, problemima međuvršnjačkih odnosa, konfliktima u obitelji, slabijih radnih izvedbi, učestalijih povreda te asocijalnih ponašanja.

Kadum-Bošnjak (2006) ističe da do pojave sekundarnih simptoma može doći zbog nepodržavajuće okoline odnosno kroz negativne faktore koji doprinose značajnim događajima u životnom tijeku obitelji, a to su nedostatak podrške obitelji, neprihvatanje od strane vršnjaka, nepodržavajući odnosi u obrazovnom i zdravstvenom sustavu te stres majke. Mogu se manifestirati kao nisko samopoštovanje i samopouzdanje, agresija, prkos sa suprotstavljanjem, teškoće u učenju, socijalni problemi, neorganiziranost i hiperfokus.

U nastavku ćemo nabrojati i reći ponešto o najčešćim simptomima koji se javljaju kod djece predškolske dobi koja imaju poremećaj pažnje.

2. 1. Primarni simptomi

2. 1. 1. Hiperaktivnost

Hiperaktivnost se ističe kod male djece i znači opći motorički nemir, a ne samo vrpoljenje djece. Hiperaktivnost izraženija kod dječaka nego kod djevojčica s ADHD-om. Hiperaktivnost nije neprestana. Djeca mogu sjediti mirno u nekim novim, zadržavajućim ili zastrašujućim situacijama.

Prema Sekušak-Galešev (2009) hiperaktivnost se može dijagnosticirati i kod djece mlađe od 4-5 godina. Ta djeca imaju teškoća sa spavanjem, aktivnija su od ostalih vršnjaka, pokazuju probleme pri hranjenju, stalno plaču i teško ih je smiriti, a vrlo često i rano prohodaju. Iako su općenito djeca vrtićke i predškolske dobi vrlo aktivna i pokretna, djeca s ovim poremećajem se ističu po tome što trče kroz prostorije, jure naprijed-nazad, skaču ili se penju posvuda te imaju poteškoća u sjedilačkim aktivnostima.

2. 1. 2. Impulzivnost

Phelan (2005) navodi da impulzivnost obilježava djelovanje bez razmišljanja i provođenje nekih radnji u djelo bez obzira na posljedice. Ove radnje mogu biti bezopasne, ali u nekim slučajevima i vrlo opasne po život kako za dijete tako i za okolinu. Impulzivnost može ozbiljno narušiti socijalne interakcije kod djece s ADHD-om. Kada je dijete jako frustrirano može vikati i verbalno napadati drugu djecu kako bi ostvarilo ono što je naumilo. Njegova nestrpljivost da odmah bude prvo u redu i sklonost grabljenju stvari druge djece može postati izvorom stalne iritacije. Djeca s pomanjkanjem pažnje u novim situacijama ne uzimaju vrijeme kako bi promotrili i poslušali ono što se događa, a zatim odgovarajuće reagirali. Jednostavno će učiniti ono što im spontano ili automatski padne na pamet.

Jedno od osnovnih karakteristika impulzivnosti je također i teškoća odgađanja zadovoljenja određenih želja ili namjera. Kada djetetu padne na pamet zamisao o tome što želi, ono silno ustraje s ciljem da mu se želja ostvari. Prilikom obavljanja zadatka, umjesto da dobro poradi na njemu, dijete pokušava riješiti zadatak na što brži način bez zadovoljavajućeg rješenja.

Phelan (2005) navodi da dijete s ADHD-om će jednostavno uskočiti i učiniti što god mu spontano ili automatski dođe.

U razgovoru s djetetom koje ima ADHD, može se steći dojam kako nema dobro razvijenu sposobnost vizualiziranja posljedica ili "razgovara samo sa sobom" o vjerojatnim rezultatima svojih radnji. Neka djeca s ADHD-om koja, primjerice, impulzivno krađu, jednostavno ugledaju novac koji leži i pomisle: "Opa! Zgodno!" I uzmu ga. Phelan (2005) navodi da kada djetetu s ADHD-om na pamet pada zamisao o tome što želi, ono može biti zadržljivo ustrajno u nastojanjima da svoju želju ostvari. Ovakvo ponašanje ponekad čini odlazak roditelja s djetetom u kupovinu. Teškoća u odgađanju zadovoljenja obeshrabruje neke roditelje čak i prije nego napuste kuću jer misle da svaki odlazak u kupovinu znači da djetetu treba nešto kupiti. Phelan (2005) ističe da se dijete s ADHD-om prekomjerno uzbuđuje u očekivanju darova i želi ih dobiti ranije. Razdoblja oko Božića i drugih blagdana također predstavljaju neprilike iz istih razloga i naravno, nimalo ne pomaže što su u isto vrijeme i ostali članovi obitelji uzbuđeni.

Matić i sur. (2019) navode da je zanimljivo obilježje pomanjkanja pažnje intenzitet osjećanja koji često prelazi granice uobičajenog. Osjećaj mora biti snažan, a djeca će ga najčešće javno ispoljavati. Stanja koja uključuju emocionalno preuzbuđivanje su sreća kao pozitivna strana i ljutnja kao negativna. Sretno dijete je vrlo često preuzbuđeno, a ljutito može izvoditi bijesne scene.

Ignoriranje simptoma impulzivnosti kao i izostanak optimalnog liječenja ima razarajuće posljedice na djetetov razvoj, kočeci ga u njegovom školovanju i formiranju u zdravo društveno biće.

2. 1. 3. Nepažnja

Phelan (2005) navodi da djeca s ADHD-om imaju poteškoća u održavanju pažnje na zadatak ili aktivnost koja se od njih traži, osobito ako je aktivnost dosadna. Školu smatraju dosadnom, a rad i zadatke koje trebaju obavljati izrazito teškima. Kod njih se smetnje pojavljuju u četiri oblika: kao vizualne, slušne, fantazijske i somatske.

Vizualnu smetnju predstavljaju stvari unutar djetetova vidnog polja koje odmah odvlače njegovu pažnju sa zadatka na kojem radi. Naprimjer, ako netko prođe kraj njega, ono može podići pogled i nakon toga se uopće neće vratiti zadatku. Slušnu smetnju predstavljaju slušni podražaji. Mogu biti očiti, poput buke, ili tihi poput kucanja sata, lupkanja nečije olovke po stolu ili nečijeg šmrca. Somatske smetnje su tjelesni osjeti koji odvlače djetetovu pažnju. Prema Phelan i Thomas (2005) postoji mnogo djece koja se npr. žale kako im se čini da im čarape nisu na pravom mjestu, te to jednostavno ne mogu podnijeti. Počinju se jako vrpolti i ne mogu se usredotočiti. Isto se događa i kada stolac nije dovoljno udoban ili ako ih boli glava. Fantazijske smetnje su misli ili slike koje djetetu padaju na pamet i koje su mu privlačnije od zadatka.

Neka djeca mogu biti osjetljivija na određene vrste smetnji od drugih. Više se, primjerice, žale na ono što čuju nego na ono što vide. Zbog toga pri postavljanju dijagnoze pomaže da dijete vlastitim riječima opiše koje mu stvari odvlače pažnju od zadatka. Najveća smetnja je najčešće ljudski razgovor. Ako dijete kaže da se ne može koncentrirati kada druga djeca pokraj njega razgovaraju, vjerojatno to nije izlika; za njega je to stvaran problem.

Prema Phelan (2005) drugi način sagledavanja problema nepažnje je razmišljanje o njoj kao o rastresenosti: lakoći s kojom se dijete može udaljiti od zadatka pod utjecajem nekog drugog podražaja. Djeca s ADHD-om automatski reagiraju na bilo što novo. Mnogi od njih vam mogu reći kako im smeta kada tijekom nastave kamion za smeće podiže kontejnere na parkiralištu, kada se netko služi oštrilom za olovke ili kada su čarape odjevene naopako.

Phelan i Thomas (2005) ističu da ova privremena sposobnost djeteta s ADHD-om da djeluje kao da nema poteškoća može začuditi ljude koji su ga promatrali u njegovu hiperaktivnom stanju te dovesti do mnoštva pogrešnih dijagnoza! Primjeri tih posebnih situacija su prva dva tjedna u školskoj godini (novina), gledanje televizije ili igranje videoigrica (visok interes), posjet pedijatrijskoj ambulanti (zastrašivanje), odlazak na nogometnu utakmicu s mamom ili tatom (nasamo s odraslim), psihološko testiranje (sva četiri!).

2. 2. Sekundarni simptomi

2. 2. 1. Nisko samopouzdanje i samopoštovanje

Mrđen i Puhovski (2006) navode da dijete s ADHD-om često razvija nisko samopoštovanje te ima negativno mišljenje o sebi, što se razvija zbog dotadašnjih iskustava i različitosti od druge djece. To ga često sputava u postizanju uspjeha, prepoznavanju i prihvaćanju onih aktivnosti u kojima je dobro i uspješno. Pohvalama i primjećivanjem djetetovih osobina, ponašanja i postignuća može se povećati njegovo samopoštovanje i samopouzdanje. Također, mogu se odabrati aktivnosti koje djetetu dobro idu i koje brzo može naučiti. Aktivnosti trebaju imati svrhu jer dijete ima potrebu da njegov uloženi trud bude cijenjen.

2. 2. 2. Agresija

Kocijan-Hercigonja i sur. (2022) uočavaju agresivnost kao karakteristiku djece s ADHD-om. Međutim, kako sociometrijska istraživanja pokazuju da su djeca s ADHD-om češće odbačena od one koja nemaju ADHD, uočeno je da to čini rizik za razvoj dodatnih poteškoća koje prate ADHD, npr. agresivnost, provale bijesa i sl. S obzirom na dobivene rezultate, nije jasno je li agresija uzrok ili je agresija posljedica ADHD-a.

Miller i sur. (2006) upućuju na to da je agresija karakteristika koja se povezuje s nedostatkom pažnje i hiperaktivnošću i stoga je važno razumjeti kakav utjecaj ima na poremećaj, a neki autori se slažu da ozbiljnost i/ili prisutnost agresije kod djece s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem može imati značajne posljedice na tretman poremećaja.

2. 2. 3. Prkos sa suprotstavljanjem

Delić (2001) navodi da simptomi poremećaja protivljenja i prkosa uključuju stalne ispade bijesa, svađu s odraslima, nesuradnju, namjerno provociranje drugih i traženje osвете. Istraživanja pokazuju kako 45-84% djece s ADHD-om razvije i poremećaj protivljenja i prkosa. Tretman za taj poremećaj uključuje psihoterapiju i lijekove.

Prema Phelan (2005) prkos sa suprotstavljanjem najbolje se liječi bihevioralnim tehnikama koje uključuju dosljednu discipliniranost i poticanje željenog ponašanja (uz nagrade). Roditelji i nastavnici mogu biti podučeni o tim tehnikama od strane dječjeg terapeuta ili savjetnika.

2. 2. 4. Teškoće u učenju

Juretić, Bujas Petković i Ercegović (2011) navode da oko 50% djece s ADHD-om ima značajne teškoće u učenju. One opisuju s kojim problemima se susreću djeca s ADHD-om i specifičnim teškoćama učenja – problem obrade percipirane informacije, poteškoće u reprodukciji riječi, rečenica i slova (auditivno pamćenje), auditivna diskriminacija, reprodukcija crteža (vizualno-motorička diskriminacija), nizanje slova, dekodiranje slova ili riječi. Osim toga, u istraživanjima Barkley (1998) pokazuje da će djeca s ADHD-om vjerojatnije imati niža akademska postignuća, trebati usluge specijalne edukacije, imati niže ocjene, češće odustajati od obrazovanja u srednjoj školi i rijeđe nastavljati školovanje nakon srednje škole od svojih vršnjaka bez ADHD-a.

2. 2. 5. Socijalni problemi

Kadum-Bošnjak, (2006) navodi da će većina djece s ADHD-om teško se snalaziti u društvu druge djece. Dijete s ADHD-om se vrlo teško prilagođava rasporedu aktivnosti, teško podnosi i prihvaća dugi boravak u vrtiću ili školi. Boravak u tom zatvorenom prostoru zamara ga i zasićuje, postaje mu dosadno prije nego njegovim vršnjacima, od samog početka veoma mu se teško koncentrirati se samo na jedan predmet, više od ostalih iskazuje potrebu za aktivnošću, a zbog izuzetno slabe koncentracije ostala djeca ometaju ga u radu. Tako vrlo često doživljava neuspjeh, kritizira samoga sebe i kažnjava se njegovo ponašanje i (ne)uspjeh. Vršnjaci ga često

izbjegavaju, ne prihvaćaju i odbacuju. Sve to često utječe na djetetovu sliku o sebi i manjak samopoštovanja i samopouzdanja.

Bartolac (2013) navodi da svakodnevna situacija koju dijete s ADHD-om doživljava u vrtiću ili školi može izgledati ovako: dijete koje ne može održati pažnju na istom zadatku duže vrijeme, ne može mirno sjediti kada se to zahtjeva, često prekida druge u grupi kada je odgojiteljica, na primjer, zadala da nacrtaju na velikom papiru nešto zajedno. U tom trenutku vršnjaci mogu opominjati, gurati dijete s ADHD-om da se makne, govoriti mu da je „bezobrazan“, da se treba smiriti. No, dijete s ADHD-om ne može ispuniti njihove zahtjeve. Također, može se dogoditi da odgojiteljica kazni dijete s ADHD-om opominjanjem pred svima, izdvajanjem iz kolektiva ili nekom drugom vrstom kazne u vidu ostajanja u prostoriji dok svi idu van. Stigma s kojom se susreću djeca s ADHD-om, da su „zločesti, neodgojeni, lijeni“, ali i da su njihovi roditelji „pretjerano popustljivi, ne odgajaju svoju djecu“ njihova je svakodnevna realnost.

Ovakve osobine djece s ADHD-om mogu predstavljati problem u odgojnom sustavu koji je nefleksibilan i krut, koji ne podržava kreativnost već teži disciplini, redu i pravilima koji guše dječju jedinstvenost. Također, jedan od razloga nerazumijevanja ovog problema leži u slaboj informiranosti prije svega odgojitelja, a zatim i vršnjaka. Odgojitelj bi trebao iskazati visok nivo strpljenja i ljubavi, razumijeti djetetove potrebe i naći način da ih usmjeri. Također, odgojitelj bi trebao stvoriti uvjete za individualni i bliski kontakt s djetetom, ali i uvjete za ostvarivanje kvalitetnih djetetovih kontakata s drugom djecom. A što je najvažnije, odgojitelj treba prihvatiti dijete s ovim problemom sa svim njegovim mogućnostima, sposobnostima i tražiti u njemu potencijale koje može izraziti te mu pomoći u tome.

2. 2. 6. Neorganiziranost

Phelan (2005) navodi da su djeca s pomanjkanjem pažnje nerijetko neorganizirana i zaboravljiva, gube svoje stvari i osjećaj za vrijeme. Zbog poteškoća s koncentracijom oni neprestano nešto zaboravljaju. Mogu imati loš osjećaj za vrijeme i mjesto. Često ih ometaju vanjski podražaji, a u obavljanju školskih i domaćih zadataka zahtijevaju stalnu pomoć.

Igrić (2004) navodi da se dijete teško prilagođava rasporedu, teško podnosi dugi boravak u vrtiću, cjelodnevnu nastavu ili druge oblike poslijepodnevnog programa. Boravak u istom

prostoru ga zamara, brzo ga se zasiti, postaje mu dosadno prije nego vršnjacima, više od njih mu je potrebno kretanje, a zbog slabe koncentracije druga djeca ga smetaju u radu.

2. 2. 7. Hiperfokus

Sekušak-Galešev (2009) navodi da nasuprot poteškoća fokusiranja na zadatke koji im nisu zanimljivi, postoji tendencija da budu „apsorbirani“ u zadacima koji su im stimulativni i nagrađujući. Taj paradoksalni simptom se naziva hiperfokus. Smatra se da je to strategija suočavanja sa distrakcijom – način da se isključi kaos. Može biti tako jak da osoba postane zaboravna, odnosno ne primjećuje ništa što se oko nje događa npr. može biti toliko zaokupljena čitanjem knjige, gledanjem televizije, radom na računalu, da potpuno izgubi osjećaj za vrijeme i zanemari druge aktivnosti koje treba napraviti. Hiperfokus može biti prednost ako je kanaliziran u produktivne aktivnosti, ali također može dovesti do poteškoća u školi, na poslu i međuljudskim odnosima ako je nekontroliran.

3. DIJAGNOSTIKA

3. 1. Postupak postavljanja dijagnoze

Prilikom utvrđivanja dijagnoze važno je imati na umu da u djetetovu razvoju postoje problemi psihološke ili zdravstvene prirode, koji mogu proizvesti ponašanja slična deficitu pozornosti i hiperaktivnom poremećaju. Stoga je važno da u dijagnosticiranju ADHD-a sudjeluje multidisciplinarni tim (pedijatar, neuropedijatar, psiholog, defektolog-rehabilitator, logoped, dječji psihijatar).

Delić (2001) navodi znakove pomanjkanja pažnje u svoje djece roditelji vide prije polaska u školu, ali ih ne doživljavaju kao problem, posebice ako je slično njihovom ponašanju. Odgajatelji odnosno nastavnici su ti koji najčešće prepoznaju poremećaj, a nakon što odgajatelji, nastavnici i roditelji prepoznaju problem djeteta se vodi stručnom timu koji će daljnjom obradom dijagnosticirati i tretirati poremećaj pomanjkanja pažnje. Neki najznačajniji podaci koji su potrebni su: zdravstveni status, podaci o djetetovim mogućnostima, o okolini u kojoj živi, o ponašanju koje je zamijećeno u školi, pregled senzornih organa te postojanje emocionalnih ili drugih poteškoća koje su uzrokovane nekom traumom ili stresnom situacijom,

a koje bi dale pogrešnu dijagnozu. Također je važno znati u kojim se razmacima različiti oblici ponašanja javljaju. Nakon svega toga stručnjaci sastavljaju profil ponašanja koji se sastoji od niza pitanja i na temelju svega toga može se postaviti dijagnoza.

Prema MKB-10 za dijagnozu ADHD-a moraju biti zadovoljena sva tri kriterija-poremećaj pozornosti, hiperaktivnost i impulzivnost. Simptomi ADHD-a se moraju pojaviti prije sedme godine života i trajati najmanje 6 mjeseci u dva ili više okruženja (npr. škola / vrtić i kuća). Može se dijagnosticirati i u odrasloj dobi, no simptomi su i u tom slučaju bili prisutni u ranoj dječjoj dobi, ali vjerojatno zanemareni. Premda potpuno izlječenje poremećaja pozornosti s hiperaktivnošću danas još nije moguće, primjenjuju se različiti pristupi kako bi se barem kontrolirali simptomi i ublažili specifični problemi djeteta i obitelji.

Kako se svi simptomi i popratne teškoće ne javljaju kod sve djece, a različita je i njihova etiologija, primjenjuju se različiti postupci kojima se djeci može pomoći da se ne osjećaju manje vrijednima i da se donekle uspješno snalaze u obitelji, školi ili odnosu s vršnjacima.

Jurin i Sekušak- Galešev (2008) navode da se najbolji rezultati postižu ako se djeluje odmah čim se detektira problem, jer se tako može prevenirati ili bar ublažiti pojava dodatnih teškoća u obliku poremećaja u ponašanju (agresivnost npr.) i psiholoških problema. U literaturi se kao najučinkovitiji i znanstveno provjereni navode psihosocijalni pristupi i farmakoterapija, s preporukom njihove kombinacije. Liječenje se u pravilu počinje pedagoško-edukativnim i bihevioralno-kognitivnim programom, a ako uspjeh izostaje, uvodi se farmakološka terapija.

4. LIJEČENJE

4. 1. Psihosocijalni pristupi

Postoje terapije koje su usmjerene prema djetetu, terapije koje su usmjerene prema obitelji i terapije koje su usmjerene prema okolini, osobito vrtiću i socijalnom okruženju. Obitelj je jedna od vrlo važnih elemenata u terapijskom procesu. Roditelji koji nisu educirani o poremećaju skloni su ga proglasiti zločestoćom, inatom i sl. i iz takvog stava reagirati neprimjerenim metodama. S druge strane postoje roditelji koji djetetovo ponašanje procjenjuju kroz vlastitu krivnju, kao nešto za što su oni odgovorni te reagiraju iz krivnje neprimjerenim metodama. Dijete s ADHD-om vrlo često utječe na funkcioniranje čitave obitelji te dolazi do problema u interpersonalnim odnosima. Problem krivnje i odgovornosti za djetetovo ponašanje vrlo je često izvor konflikta među roditeljima. Roditelji frustrirani djetetovim ponašanjem često razvijaju niz psihičkih problema što zahtijeva poseban tretman i pomoć. Uz obiteljsku terapiju, korisna je i grupna terapija roditelja djece sa sličnim problemima jer se manje osjećaju sami. Na takvim terapijama roditelji uče različite tehnike kao što su potkrepljenje, samopotkrepljenje i modeliranje.

Berk (2005) navodi da potkrepljenje može biti pozitivno i negativno. Pozitivno potkrijepljenje može biti npr. svaki put kad dijete uspješno pospremi svoju sobu, roditelji ga pohvale. Dijete se osjeća dobro kad dobije pohvalu i zato je motivirano ponovno pospremiti sobu kako bi je opet dobilo. Negativno potkrijepljenje može biti npr. kad je dijete tijekom tjedna obavilo sve svoje kućanske obaveze i roditelji mu kažu da taj vikend ne mora obaviti ostatak obaveza. Samopotkrijepljenje je tehnika u kojoj prakticiramo razgovor o negativnim utjecajima koji mogu negativno djelovati na pozitivnu sliku djeteta o sebi, npr. na završnoj radionici provodimo ponavljanje i sažimanje edukativnog materijala, provodimo upitnik o samopoštovanju i uspjehu u zadanim aktivnostima. Očekujemo da će se nakon provedenih aktivnosti djeca više osnažiti, povećati razinu postignuća te smanjiti rizična ponašanja. Primjer modeliranja ili učenja po modelu nalazimo npr. u obliku učenja u kojem subjekt (osoba koja uči) promatrajući i imitirajući model (uzor) usvaja određene oblike ponašanja koje taj model prenosi.

Kocijan- Hercigonja i sur. (2004) ističu da djetetu treba strukturirana sredina te svaki dan u obitelji mora biti isplaniran. Uz obitelj, vrtić je druga sredina gdje problemi djeteta dolaze do izražaja te je terapija usmjerena prema okolini vrlo važna. Kao što je potrebno pomoći roditeljima djeteta i cjelokupnoj obitelji te odgajateljima u vrtiću, potrebno je pomoći i djetetu. Individualna terapija pomaže djetetu da razriješi svoje emocionalne probleme koji su se razvili kao posljedica frustracija vezanih uz odbacivanje okoline.

Phelan (2005) smatra kako je terapija usmjerena prema djetetu od velike važnosti. Dijete treba nekog tko će ga suosjećajno slušati i isticati njegove pozitivne kvalitete. Terapeut također može educirati dijete što je više moguće o ADHD-u.

Jurin i Sekušak-Galešev (2008) navode da biheviorna terapija usmjerena je prema unapređenju ciljanih vještina ili ponašanja, međutim nije učinkovita u smanjenju ključnih simptoma nepažnje, hiperaktivnosti i impulzivnosti. Također je usmjerena na razvoj strategija koje će proizvesti promjenu u okolini pa tako i promjenu djetetova ponašanja. Zahtijeva usku suradnju roditelja i odgajatelja, ali i drugih osoba kao npr. terapeuta. Kognitivno-biheviorna terapija primjenjuje kognitivne strategije kao što su strategije rješavanja problema i samoopažanje. Ona pomaže u tretmanu pratećih simptoma kao što su tjeskoba, depresija i sl.

4. 2. Farmakološka terapija

Prema Phelanu (2005), razlikujemo nekoliko vrsta lijekova koji pomažu djeci s ADHD-om. To su stimulansi, Strattera, antidepresivi, antihipertenzivi i lijekovi za komorbidna stanja. Jurin i Sekušak-Galešev (2008) ističu kako se najčešće primjenjuju stimulansi središnjeg živčanog sustava. Kocijan-Hercigonja i sur. (2002) ističe da je trajanje medikamentozne terapije individualno i u zavisnosti od odgovora na lijek.

Terapija ADHD-a stimulansima je iznimno dobro istražena. Stimulansi pomažu u poboljšavanju koncentracije i smanjenju impulzivnosti i hiperaktivnosti. Metilfenidat se može prepisati u oblicima kraćeg djelovanja kao što je Ritalin, i u oblicima duljeg djelovanja kao što su Ritalin LA i Concerta. Dexedrine je jedan od najstarijih lijekova iz skupine amfetamina te djeluje od tri do četiri sata. Adderall je najnoviji lijek u kategoriji amfetamina te traje dulje i može se podijeliti na nekoliko dijelova kako bi se doziranje individualiziralo.

Kocijan-Hercigonja i sur. (2002) smatraju kako su stimulansi vrlo efikasni te se pozitivni učinci pojavljuju u kratko vrijeme. Efikasni su za reduciranje poteškoća s pažnjom, impulzivnosti i nemira. Njihova osnovna karakteristika je da imaju vrlo brz, ali kratkotrajan efekt. Nuspojave ovise o doziranju lijeka.

Strattera je jedan od najnovijih lijekova za ADHD. On djeluje poput stimulansa, ali prema kemijskom sastavu nije stimulans te se recept može izdat i na dulje razdoblje. Prednost Strattere je u tome što kad se jednom dosegne terapijska razina u krvi, može trajati i do 24 sata. Najčešće nuspojave su mučnina i glavobolja. 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. Prema Phelanu (2005) antihipertenzivni lijekovi također mogu pomoći kod nekih simptoma ADHD-a kao što su nemir i prekomjerno uzbuđivanje. Oni ne pomažu u poboljšavanju koncentracije, ali su učinkoviti protiv tikova i mogu pomoći u poboljšavanju spavanja. Lijekovi za komorbidna stanja koriste se kada ADHD nije jedina dijagnoza.

4. 3. Alternativni oblici tretmana

Jurin i Sekušak-Galešev (2008) ističu da zadnjih desetak godina dolazi do osobito intenzivnog razvoja i sve šire primjene različitih vrsta alternativnih oblika tretmana za djecu i adolescente s ADHD - om. Razlog je čini se prvenstveno pokušaj roditelja i drugih članova zajednice za preuzimanjem aktivnije uloge u tretiranju simptoma ADHD - a, zabrinutost roditelja o mogućim negativnim i nedovoljno istraženim popratnim pojavama lijekova, kao i neučinkovitosti medikamentozne terapije kod određenog broja osoba. Iako postoje mnoge alternativne metode liječenja ADHD - a, nema kontroliranih kliničkih istraživanja koja bi potvrdila njihovu učinkovitost. Tu možemo svrstati liječenje hranom, dijetom te vježbanjem.

Zdrava prehrana važna je za svu djecu, a posebice za djecu s dijagnosticiranim ADHD-om. Zdrava prehrana pomaže našem tijelu i mozgu da ispravno funkcioniraju. Taylor (2008) navodi pet nutrijenata koji mogu pomoći djeci s ADHD-om. To su vitamini, bjelančevine, minerali, dobre masnoće i ulja te voda. Neke namirnice sadržavaju četiri ili pet nutrijenata te se nazivaju superhranom (losos, bakalar, tuna, orašasti plodovi i sjemenke, mlijeko, jaja, povrće).

Taylor (2008) ističe da su vitamini neophodno potrebni i da pomažu u održavanju stanica mozga zdravima. Oni mogu utjecati i na poboljšanje raspoloženja te pomažu da se osjećamo bolje. Bjelančevine su izrazito važne za djecu s ADHD-om jer pomažu u održavanju pažnje i održavanju tijela smirenim. Minerali su važni za međusobnu komunikaciju različitih dijelova mozga, a dobre masnoće i ulja, baš kao i vitamini pomažu dijelovima mozga koji su zaduženi za raspoloženje. Voda je od izrazite važnosti jer održava mozak na pravoj temperaturi i pomaže mu da se riješi štetnih tvari.

Lauth i sur. (2008) navode da liječenje ADHD-a djetom ima dugu tradiciju. Iako je djelotvornost takve terapije vrlo sporna, liječnicima i roditeljima je ovo omiljena metoda. Ona se može primijeniti samo kod ograničenog broja djece s poremećajem.

Prema Lauth i sur. (2008), ako poremećaj pozornosti prate i motoričke teškoće nužna je terapija vježbanjem kako bi se uklonili nedostaci u finoj i gruboj motorici te u upravljanju pokretima. Takvu terapiju izvode mototerapeuti i diplomirani sportski učitelji. Oni smatraju da se i sam poremećaj pozornosti i hiperaktivnosti mora podvrgnuti terapiji jer sportske vježbe poboljšavaju pozornost, smanjuju motorički nemir i uklanjaju teškoće u socijalnim odnosima.

Međutim, istraživanja prema Tayloru (2008) su pokazala da se motorička sposobnost djece donekle popravila, ali pažnja ni motivacija se nije poboljšala. Takva terapija ne bi trebala biti isključena jer je popraćena radošću zbog kretanja i dijete može iskusiti razne aktivnosti zajedno s drugom djecom.

4. 4. Multimedijalni pristup

Praćenje uspješnosti različitih tretmana pokazalo je najveću učinkovitost upravo kombiniranog, multimodalnog pristupa koji uključuje korištenje različitih psihosocijalnih i psihoedukacijskih tehnika u koje su uključeni dijete, roditelji, škola, odnosno važne osobe za dijete u različitim socijalnim situacijama, u kombinaciji s korištenjem lijekova.

Prema Jurin i Sekušak-Galešev (2008) multimodalni pristup koji osim liječnika i terapeuta uključuje učitelje, roditelje i druge osobe značajne u životu djece s ADHD - om, ima veliku prednost nad pojedinačnim tretmanima. Ako su postupci dobro koordinirani postiže se sukladnost i dosljednost uz osiguranje strukturiranih uvjeta koji imaju pozitivan učinak na razvoj pozitivnih obrazaca ponašanja djece i adolescenata s ADHD - om, te pozitivan učinak na opći socijalni i emocionalni razvoj djeteta. Edukacije i savjetovanje s članovima obitelji, učiteljima i ostalim

značajnim osobama iz zajednice izuzetno su značajni jer djeluju na promjene stavova prema djeci s ADHD - om u pozitivnom smislu i olakšavaju primjenu terapijskih postupaka. Pri tome je naravno neophodna dobra suradnja različitih stručnjaka i tijekom dijagnosticiranja i tijekom planiranja i provođenja tretmana. Koji će se tretmani kombinirati ovisi o simptomatologiji, jer je dokazano da postoje značajne individualne razlike kad je riječ o intenzitetu i kombinaciji pojedinih simptoma ADHD - a i dodatnih teškoća. Osim simptoma ADHD - a važno je uočiti jedinstvene potencijale koje djeca s ADHD - om imaju.

5. SAVJETI ZA RODITELJE

Prvčić i Rister (2009) hiperaktivna djeca mogu se osjećati negativno vezano uz svoje sposobnosti. To ih često sputava u tome da postignu uspjeh, a također da prepoznaju i prihvate da su u nekim stvarima dobri ili uspješni. Takvo osjećanje kod djece nije začuđujuće: radi svojih dosadašnjih iskustava i različitosti od druge djece hiperaktivna djeca često razvijaju nisko samopoštovanje. Radi toga što imaju negativno mišljenje o sebi, kod hiperaktivne djece nikada se ne može pretjerati s pohvalama. Ona trebaju pomoć u tome da se kritički osvrnu na svoje neuspjehe, da ih sagledaju u pozitivnom svjetlu te na taj način promijene svoje osjećaje i sliku o sebi. Roditelji trebaju naučiti svoju djecu kako da budu pozitivna na način da govore svojoj djeci pozitivne povratne informacije svaki dan. Hiperaktivna djeca su često vrlo kreativna i imaju posebne talente. Njihove prednosti i snage moraju se prepoznati i iskoristiti, čak i kada se ti talenti ne uklapaju u roditeljska očekivanja. Otkrivanje, naglašavanje i njegovanje područja kompetencije hiperaktivnog djeteta vrlo su učinkovit način mijenjanja niskog samopoštovanja kod te djece.

5. 1. Pružanje djetetu rutinu, strukturu i predvidljivost

Prvčić i Rister (2009) ističu da hiperaktivna djeca dobro reagiraju na predvidljivost i strukturu. Jasni raspored za ustajanje ujutro, ispunjavanje dnevnih obaveza imaju pozitivan utjecaj na hiperaktivnu djecu. Postepeno, djeci se treba prepuštati odgovornost za njihove obaveze. Hiperaktivna djeca imaju koristi od jasnih i konzistentnih granica ponašanja koje postavljaju roditelji. Za hiperaktivnu djecu je prevelik teret i stres ako se pravila stalno mijenjaju. Roditelji trebaju biti sigurni da djeca znaju pravila i način na koji ih trebaju slijediti te im trebaju reći ukoliko dođe do promjene u rutini.

Svaka se promjena treba unaprijed planirati. Oba roditelja moraju imati usklađene odgojne stavove i reakcije na različita ponašanja djeteta. To ponekad zahtijeva puno razgovora i planiranja. Kod starije djece korisno je da se i njih uključi u odluke o obiteljskim pravilima, nagradama i sankcijama. Kroz to što sudjeluju u procesu odlučivanja, djeca počinju učiti dugoročne strategije rješavanja problema.

5. 2. Jasna komunikacija s djetetom

Djeca koja su nepažljiva, impulzivna i koja se teško discipliniraju, trebaju što jasniju komunikaciju i upute. Upute trebaju biti jednostavne, sažete i konzistentne. Ako očekujemo od djeteta da se samo ispravi i disciplinira, često ćemo završiti u konfliktu i svađi s njim, što nimalo ne pomaže niti popravlja situaciju. Najučinkovitije su pozitivne upute, poput “Stavi cipele u ormar”, dok negativno formulirane upute, kao što je “Nemoj ostavljati cipele posvuda” ima malo učinka. Jako je bitno da dijete zna pravila i način na koji ih može slijediti. Roditeljima je često vrlo teško biti odlučan i konzistentan s djecom. Ukoliko se dijete naviklo da ne slijedi roditeljske upute, roditelji mogu pokušati nešto ili sve od navedenog, kako bi bili sigurni da dijete čuje ono što su tražili od njega:

- Držite ruke na ramenima djeteta dok mu govorite što želite da napravi.
- Gledajte dijete u oči.
- Govorite smirenim, ali odlučnim glasom.
- Inzistirajte na tome da dijete poslušati i napravi to što mu govorite, te navedite razlog zbog kojeg to želite.
- Zapamtite da Vas mumljanje, prigovaraje, raspravljaje, moljenje, vikanje ili nadglasavanje s televizijom neće nikuda dovesti.
- Može pomoći da od djeteta tražite da ponovi što želite da učini.

5. 3. Imati realistična očekivanja

Umjesto da prenaplašavaju male probleme i stvaraju nepotrebnu nelagodu i napetost, roditelji bi se trebali usmjeriti na nekoliko istaknutih ponašanja djeteta koja su im najvažnija. Važno je imati realistična očekivanja. Nije moguće i krajnje je neefikasno pokušati promijeniti sva djetetova nepoželjna ponašanja istovremeno. Kada se odluče promijeniti neko ponašanje,

roditelji bi trebali odabrati jedno ili dva jasno definirana obrasca ponašanja i isključivo raditi na njihovoj promjeni. Odabir tog ponašanja u velikoj mjeri ovisi o prioritetima u obitelji i stupnju vjerojatnosti da će to ponašanje imati dugoročne negativne posljedice za dijete (na primjer, udaranje druge djece).

6. IGRE I AKTIVNOSTI ZA POTICANJE PAŽNJE

- Precrtavanje različitih predložaka – prvo jednostavnijih, a kasnije i složenijih
- Pronalaženje skrivenih likova i traženje razlika na sličnim slikama, vježba usporedi dvije (ili više) slike – što je promijenjeno, izostavljeno ili dodano
- Slagalice – domino s brojevima ili slikama, loto, puzzle, prema predlošku izrezati i sastaviti sliku
- Misaoni zadaci – “Kod dolaska podsjeti me na...”, “Što sve moraš pripremiti ako želiš napisati pismo?”, “Postavi stol za ... osoba. Što ti je sve za to potrebno?”
- Vježbe kombinacije – umetanje riječi, rješavanje križaljki, dopunjavanje riječi, pogađanje životinja, cvijeća i dr. prema djelomičnim opisima, npr. “Što je to – ima četiri noge, krzno, spretno se penje po drveću?”... Igre: šah, mlin...
- Igre razvrstavanja po nekim kriterijima – “Napiši sve životinje koje imaju krila.”, “Poznajesh li životinje koje imaju više od četiri noge?” itd.
- Zadaci opažanja – promatrati tijek neke radnje ili događaja – dovršavanje rečenice usmeno ili pismeno (promatrati policajca na raskrižju, dati djetetu da jednu minutu promatra sliku i poslije pitati npr. ”Koliko je na slici bilo osoba, prozora, životinja...?”
- Vježbe razvrstavanja – razvrstavanje kocki, lego kockica i drugog, pomaganje u razvrstavanju posuđa kod kuće, razvrstavanje novčića po vrijednosti, kuglica po boji i veličini, pravljenje ogrlica po određenom redoslijedu, skupljanje kamenčića, sličica, markica itd.
- Crtanje i pričanje priča
- Igranje uloga - ovaj način pričanja garantira djetetovu pažnju jer se u njemu čitalac stavlja u ulogu junaka priče čime djecu navodi da zamišljaju ljude i događaje koji se događaju u knjizi. Možete očekivati smijeh, povike, malo straha i sve reakcije koje prate materijal koji čitate. Mijenjajte glasove, oponašajte zvukove.

- Igra "kipova" - Neka dijete pravi smiješne poze, a Vi u jednom trenu viknite "Ukipi se!" Dijete mora ostati mirno u poziciji u kojoj se našlo kada ste to uzviknuli (za početak barem 10 sekundi). Ako ostane mirno cijelo vrijeme, ono je na redu da uzvikuje rečenicu, a vi pokušavate ostati mirni.

- Pretvorite zadatke u pjesme- djeci s ADD-om i ADHD-om često treba podsjetnik kako bi ostali usredotočeni na zadatak. Istraživanja pokazuju kako glazba pomaže mozgu u organiziranju vremena i prostora, ali i u pamćenju i učenju. Drugim riječima, djetetu je teže zaboraviti što je radilo ako su njegov glas, um i tijelo usredotočeni na zadatak. Osmislite pjesmice koje će ih navesti i podsjetiti kako trebaju pospremiti igračke, oprati zube ili doručkovati. Šibalić (2009) ističe da bi dijete pjesmu najlakše zapamtilo, iskoristiti neku od njemu omiljenih melodija iz crtića ili reklama. Potaknuti dijete da i samo izmisli zabavne riječi za neku od njegovih obaveza ili zadataka.

7. PRIKAZ SLUČAJA DJETETA S ADHD-OM IZ PRAKSE

U daljnjem dijelu rada prikazat će se slučaj djevojčice E.V. s ADHD-om i nastojati povezati praksu s prethodno razrađenom teorijom. Djevojčica E. V. je od rođenja pokazivala znakove ADHD-a. Danas ima 9 godina. Njezini simptomi u potpunosti odgovaraju simptomima koji su ranije opisani.

U prvih nekoliko godina života u dobi dok je bila dojenče pa prema trećoj godini počeli su različiti znakovi premda se još u toj dobi ne može sa sigurnošću utvrditi poremećaj. Ona je uz simptome konstantnog plača, vrpoljenja, trčanja, poremećaja pozornosti, konstantnog traženja da bude na rukama i da se šeće s njom bez trenutka predaha, između ostalog bila i dijete teškog temperamenta što znači da je imala i druge znakove teškoća u ponašanju. Proces prilagodbe na nove promjene je bio izrazito težak, misleći da će takvo razdoblje prestati i proći samo od sebe, samo se ignorirao problem. Iznimno teško su je drugi smirivali dok se uzrujala, bila je jako razdražljiva i impulzivna, gdje god je bila odvedena na druženje, nije se uklapala u drušvo.

Kad je djevojčica išli na kontrole pedijatrici i nakon što se opisao taj slučaj, ona bi samo odmahнула rukom i rekla da je to dijete teškog karaktera i rekla roditeljima da se ne brinu zbog toga, da će proći samo od sebe. To je bilo razdoblje dok je bila dojenče i dok je tek prohodala.

Djevojčica je već s dvije i pol godine krenula u vrtić, ali problemi tu nisu stali. Malo se smirila na početku s obzirom na novo okruženje, djecu i odgojiteljice, ali nakon nekog vremena njena koncentracija se pogoršavala, bila je smirena samo dok bi joj roditelji pustili neki crtić da malo dođu do daha. Te slike su je smirivale, a posebno dok su se izmjenjivale jako brzo. Na to je pozitivno reagirala, ali dok bi joj majka htjela čitati slikovnicu, djevojčica nije mogla na miru sjediti čak ni dok bi ju majka čvrsto držala. U vrtiću su je djeca većinom izbjegavala jer je ona htjela sve po svome, bila je agresivna dok bi izgubila i jako se rastuživala i plakala. U socijalnim interakcijama često je prekidala ili ometala druge, nije mogla biti usmjerena na zadani zadatak. Na početku je bio prisutan osjećaj krivice i čim više su je svi gledali s osudom, tim više se djevojčica povlačila u sebe. Često se naljutila na drugu djecu iz vrtića i govorila da ju drugi ne vole i da ju odgojiteljice kažnjavaju što je još više otežavalo cijeli slučaj i pokušaj odgoja. Dijete se vrlo teško u tim situacijama prilagođava rasporedu aktivnosti, teško podnosi i prihvaća dugi boravak u vrtiću. Boravak u tom zatvorenom prostoru zamarao ju je i često je bila zasićena.

Više od ostalih iskazivala je potrebu za aktivnošću, a zbog izuzetno slabe koncentracije ostala djeca su bila ometana u radu. Tako je vrlo često doživljavala neuspjeh, kritike i kažnjavanje te nažalost neuspjeh. Sve je to utjecalo na njenu sliku o sebi i imala je znatan manjak samopoštovanja i samopouzdanja. Naime, samo je sudjelovala u aktivnostima koje uključuju neku vrstu umjetnosti. Ljudi s ADHD-om mogu biti vrlo inteligentni i izrazito maštoviti. Neuklapanje u običajena pravila i odredbe društva oko njih ih čini na neki način nepogodnima, te se medicina bavi time u cilju "izlječenja" hiperaktivnosti. Odgojitelji u vrtiću od djevojčice E. V. se nisu baš potrudili usmjeriti roditelje nego je ona uglavnom radi svojih ostalih normi ponašanja bila etiketirana kao teško, neodgojeno dijete. Često se i sami roditelji onda krive radi toga što nisu upjeli stvoriti nešto što čini se, svima ostalima polazi za rukom bez problema.

Kada je bila poslana u predškolu koja je bila organizirana u njenom vrtiću, nju kao da ništa nije zanimalo. Kada su odgojiteljice opisivale njezino ponašanje, postalo je jasno roditeljima da škola neće biti nimalo jednostavan zadatak i da će se susretati sa svakakvim izazovima. Ono što su roditelji zaključili nakon bliskih susreta u odgojno- obrazovnoj ustanovi, pre malo je stvarnih stručnjaka koji razumiju taj problem ili neke druge probleme s kojima se djeca i njihovi roditelji nose i trebali bi svi zajedno raditi najprije na boljoj suradnji u vrtićima, a nakon toga i na stručnosti u teoriji i praksi djece kojima treba pomoć i koja se također žele uklopiti i osjećati voljena, a ne odbačena i izolirana.

Krenuvši u školu, roditelji su se odlučili sami uhvatiti u koštac s time i popraviti situaciju koliko god je moguće. Na početku su se neki simptomi znatno pojačali. Roditelji su pričali sa učiteljicom na početku školske godine da ju pobliže upoznaju sa djetetom, a ne da ju i ona također etiketira i smjesti u grupu neodgojene djece te su ju probali zaštititi od mogućih posljedica. Naišli su na razumijevanje učiteljice i nastojala ih je utješiti i umiriti. Bila je poštena i pravedna, ali dosljedna i stroga nakon čega su roditelji djevojčice zaključili da su ljudi u školstvu ipak više upoznati s raznovrsnim problemima s kojima se djeca susreću i da su imali sreće što su naišli na stručnu osobu koja razumije problem. Ono što je bilo iznimno pojačano kod nje bili su veoma kratka koncentracija, sve joj je moralo biti „servirano na pladnju“ jer ništa nije radila sama. Brzo bi odustajala dok bi trebala neki zadatak izvršiti, brže bi planula nego prije. Roditelji su ju redovito podsjećali i nastojali držati joj koncentraciju na čim višem nivou. Uvijek su išli korak dalje sa zahtjevima. Kada su ju roditelji učili i pripremali za neki ispit, ona bi stalno skakala na stolcu, lupkala nogama, vrpaljila se, tražila pauze, a kad bi joj završila

pauza, bila bi strašno nervozna i negodovala bi. Njezin nemir, strašno bi izazivao iritaciju kod roditelja koji su ju učili. Ono što se pojačalo: veoma se brzo počela dosađivati, ali njezin um je bio pun ideja i mašte i jako teško ju je bilo usmjeriti na monotone i jednolične stvari. Kada je bila prisiljena raditi, um joj je odlutao na vlastite misli i zato se doimala nepažljiva. Ono što ju je pak krasilo, mašta se povećala i produbila, također je imala veliku moć zapažanja. Naime, ona je znala prepoznati sva velika i mala slova već s dvije godine, ali da bi nešto uistinu jednostavno trebalo zaključiti, to nije shvaćala. Imala je svoj svijet u kojem živi i trebalo je raditi sa njom da bi rezultati bili vidljivi.

Cijeli prvi razred roditelji su proveli u borbi, u poticanju, radu na njezinoj koncentraciji, radu na njezinoj pažnji, nastojanjima da ju se zainteresira za aktivnost, također radu na njezinoj strpljivosti. Sve to proveli su sami bez izrečene dijagnoze i medicinskih pomagala. Ono što je ohrabrivalo roditelje je to da je ipak željela naučiti, htjela je surađivati bez obzira na svoje poteškoće i na to da je ponekad imala izljeve bijesa i impulzivnosti. Prvi razred je završila sa "pet-nula" prosjekom i to je bila jedna pobjeda koju druge obitelji možda bez problema dobiju. Ali za tu obitelj je to bio uspjeh.

U drugom razredu upisali su ju na klavir u glazbenu školu. S obzirom da su roditelji glazbenici, bio je to logičan izbor da i nju uključe u glazbenu izvan školsku aktivnost u kojoj bi napredovala, naučila nešto novo, u kojoj bi joj pomogli da se podigne u samopoštovanju koje joj je još iz vrtića bilo dosta narušeno. Hyde i sur. (2009) ističu da jedan od ključnih načina na koji glazba utječe na mozak jest kroz poticanje neuroplastičnosti, sposobnosti mozga da se mijenja i prilagođava. Sviranje također dovodi do jačanja veza između neuronskih mreža, što može rezultirati poboljšanom sposobnošću učenja i pamćenja. Nakon kratkog vremena, uočili su da je to jako zahtjevan proces i da tu također imaju veoma puno zadataka iz solfeggia i klavira. Tako da je dosta trebalo raditi s njome, ali primjećivali su, premda svira klasiku, koja nije baš zanimljiva posebno manjoj djeci, ona bi bolje zapamtila određeno gradivo iz škole i brzo bi vraćala svoj fokus. Ona je imala svoj način rješavanja određenih zadataka. Jednostavno bi se isključavala dok bi joj postalo suviše dosadno, pa je čula samo dijelove zadataka koje je učiteljica postavila pred djecu. Učitelji iz glazbene škole naime nisu imali baš razumijevanja za djevojčicu čak i nakon obavljenih razgovora sa pedagoginjom i učiteljicom iz solfeggia. U osnovnoj školi je išlo kao i do sad- teško, ali izvedivo. Roditelji većinu vremena ulažu u nju, ali vrijedi svake minute jer vide napredak koji je malen, ali bitno da ga ima.

U drugom i trećem razredu postigla je značajne uspjehe, ima "pet-nula" prosjek usprkos konstantnom poticanju i pomoći koja joj je još uvijek uvelike potrebna. Ide na natjecanja iz likovnog i osvaja nagrade, u glazbenoj školi također postiže uspjehe i svira na produkcijama pred mnogo ljudi premda joj je još teško usmjeriti pažnju i stalno ju roditelji moraju vraćati na zadatak. Ono što su roditelji shvatili jest da je to problem i da si ona ne može pomoći sama. Najbolji put koji su mogli izabrati je da su u rad s njom uložili što manje ljutnje i okrivljavanja, a usmjerili su sav svoj roditeljski entuzijazam, energiju, ljubav, vrijeme i vjeru u to da ona također može biti uspješna kao i druga djeca. Za svako dijete je izuzetno bitno da osjeća da roditelji u njega vjeruju i da mu daju podršku za uspjeh. Na taj način roditelji mogu pomoći djetetu da što sretnije i uspješnije odraste.

Podrška roditelja i drugih odraslih u okruženju, djeci s ADHD-om će pomoći da razviju mnoge svoje potencijale iako je njihovo ponašanje specifično. Motivacija, zainteresiranost i strpljivost su karakteristike koje odgojitelj mora imati prilikom rada s djecom s ADHD-om. Prikazani slučaj potvrđuje kako okolina bez podrške pojačava simptome kod djece kao što je djevojčica imala, dok također potvrđuje kako i podržavajuća okolina, u ovom slučaju podrška roditelja i rad s djetetom umanjuje simptome i omogućuje dobar razvoj i napredak djeteta. Važno je da se odgajatelj interesira i proučava aktivnosti koje su primjerene djetetu s poremećajem te da uputi i ostalu djecu u grupi o tome kakve su sposobnosti djeteta s ADHD-om te kako se prema njemu treba odnositi. Stalni rad na sebi odgojitelju omogućuje kvalitetniji i produktivniji rad sa svom djecom, a naročito s djecom koja imaju ADHD. Nadalje, važna je i dobra suradnja sa stručnjacima koji su educirani u području ADHD-a, roditeljima sve djece u grupi te neprekidan kontakt i suradnja s roditeljima čije dijete ima poremećaj kako bi i oni mogli kod kuće primjenjivati strategije koje će doprinijeti dobrobiti djeteta, ali i boljem funkcioniranju cijele obitelji.

Hiperaktivna djeca su vrlo česti socijalno izolirana u vrtićima i školama te to rezultira manjkom prijatelja. Ova djeca su vrlo često svjesna svoje izoliranosti i odbačenosti te svoje nesposobnosti da zadrže prijatelja. To pokušavaju promijeniti, ali na žalost to ne znaju i nisu u mogućnosti sami učiniti. Međutim ukoliko se ovoj djeci pruži adekvatna pomoć oni često mogu naučiti imati uspješne socijalne odnose. Njima se mora pomoći da nauče ono što većina njihovih vršnjaka zna spontano i bez razmišljanja. U tom procesu u velikoj mjeri mogu pomoći učitelji i roditelji. Važno je da pomoć bude pružena na ne kritizirajući, podržavajući i pozitivan način.

ZAKLJUČAK

ADHD jedan je od najčešćih poremećaja u djetinstvu. Znanost nije ustanovila što točno uzrokuje ADHD, ali mnoge činjenice pokazuju da geni imaju veliku ulogu. Kod svakog djeteta treba postaviti terapijski cilj na osnovi dobro provedenog dijagnostičkog postupka i procjene kliničke slike. Nepažnja, hiperaktivnost i impulzivnost su ključni simptomi ADHD-a.

Osim simptoma ADHD-a važno je uočiti jedinstvene potencijale koje djeca i odrasle osobe s ADHD-om imaju. Oni su često onemogućeni negativnim odnosom i predrasudama okoline koje proizlaze iz neznanja o uzrocima i načinima manifestacije poremećaja. Odrastanje u pozitivnom i razumijevajućem okruženju koje prihvaća različitosti smanjuje socijalni pritisak na osobe s ADHD-om te tako omogućava oslobođenje kreativnih potencijala, povećava uspješnost i olakšava razvoj pozitivne slike o sebi. Osobe s ADHD-om mogu svoje teškoće pretvoriti u prednosti, čemu svakako doprinosi pravilan izbor tretmana usmjeren na osobu, a ne na poremećaj.

Djecu koja imaju ADHD trebamo prihvatiti jer oni ne žive nimalo jednostavnim životom. Veliku ulogu u životu takve djece imaju odgojitelji, učitelji i roditelji, te je stoga potrebna suradnja kako bi takvom djetetu omogućili kvalitetan i uspješan život. Odgojitelji bi u radu s takvom djecom trebali biti poticajni, pozitivni i u stalnoj interakciji i suradnji s roditeljima. Djeci bi trebalo pružiti ugodno okruženje, uključivati ga što više u socijalne odnose i pružiti im podršku u trenucima impulzivnosti i različitih drugih teškoća. Treba biti jasan, dosljedan, pružiti adekvatan model i primjer ponašanja. Trebaju se promatrati pozitivne kvalitete kod njih i nagrađivati poželjna ponašanja. Također, roditeljima treba podrška i treba im pružiti ohrabrenje i nadu jer nije lako živjeti s djetetom koje ima poremećaj pažnje, ali s obzirom da je to sve učestaliji problem, potrebno je uložiti trud i napor da se takav poremećaj otkrije čim prije i da se radi na njegovom rješavanju. Taj poremećaj nikada neće do kraja nestati, ali i takvi ljudi mogu doživjeti uspjeh u različitim područjima svoga života i biti ispunjeni i sretni. Najviše od svega je potreban rad na sebi i uspjeh neće izostati.

LITERATURA

1. Bartolac, A. (2013). Socijalna obilježja svakodnevnog života djece i mladih sa ADHD-om. *Ljetopis socijalnog rada*, 20 (2), 269-300.
2. Barkley, R.A. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder*. The Guilford Press, New York/London.
3. Biederman, J., Faraone, S.V. (2005); *Attention-deficit hyperactivity disorder*, 366, 237-248.
4. Braun, J., Kahn, R.S., Froehlich, T., Auinger, P. i Lanphear, B.P. (2006); *Exposures to environmental toxicants and attention-deficit/hyperactivity disorder in U.S. children*, *Environmental Health Perspectives*, 114 (12), 1904-1909.
5. Comings D. E., Gade-Andavolu R., Gonzales N., *Comparison of the role of dopamine, serotonin, and noradrenaline genes in ADHD, ODD and conduct disorder: multivariate regression analysis of 20 genes*, 57: 178- 96.
6. Delić, T. Poremećaj pažnje i hiperaktivnost (ADHD). *Kriminologija i socijalna integracija*. 2001; 9 (1-2).
7. Ferek, M. (2013). *Hiperaktivni sanjari: bolji, lošiji, drugačiji*. Zagreb: Buđenje.
8. Hercigonja Novković, V., Kocijan- Hercigonja, D. (2022). *ADHD - Od predrasuda do činjenica*. Zagreb; Egmont d.o.o.
9. Hyde KL, Lerch J, Norton A, Forgeard M, Winner E, Evans AC, Schlaug G, (2009). The effects of musical training on structural brain development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1169, 182-186.
10. Igrić Lj. (2004). *Priručnik za roditelje djece s posebnim edukacijskim potrebama*. Zagreb. Naklada: 1000 primjeraka.
11. Juretić, Z., Bujas Petković, Z. i Ercegović, N. (2011.). *Poremećaj pozornosti/ hiperkinetski poremećaj u djece i mladeži*. *Paediatrica Croatia*, 55, str. 61.-67.
12. Jurin, M. i Sekušak-Galešev, S. (2008). *Poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću (ADHD)- multimodalni pristup*.
13. Kadum-Bošnjak, S. (2006). *Dijete s ADHD poremećajem i škola*. Pula: Metodički obzori.

14. King, S. i Waschbusch, D.A. (2010). *Aggression in children with attention-deficit/hyperactivity disorder*. US National Library of Medicine National Institutes of Health, 10 (10), 1581-1594.
15. Kocijan-Hercigonja, D., Buljan-Flander, G. i Vučković, D. (2004). *Hiperaktivno dijete: uznemireni roditelji i odgajatelji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
16. Kudek Mirošević, J. i Opić, S. (2010). *Ponašanja karakteristična za ADHD*. *Odgojne znanosti*, 12 (1), 167-183.
17. Lauth, G. W., Schlottke, P. F. i Naumann, K. (2008). *Neumorna djeca, bespomoćni roditelji*. Zagreb: Mozaik knjiga
18. Linnet, K.M., Dalsgaard, S., Obel, C., Wisborg, K., Henriksen, T.B., Rodriguez, A., Kotimaa, A., Moilanen, I., Thomsen, P.H., Olsen, J., Jarvelin, M.R. (2003); *Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention-deficit/hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence*, *American Journal of Psychiatry*, 160 (6), 1028-1040.
19. Luca Mrđen J., Puhovski S. (2006). *Hiperaktivno dijete*, Poliklinika za zaštitu djece, Zagreb.
20. Matic, D., Badrov, T., Puharić, F., Žulec, A. i Bohaček Ella. (2019). *ADHD- izazov današnjice*. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 15 (54), 19 – 24.
21. Mick, E., Biederman, J., Faraone, S.V., Sayer, J., Kleinman, S. (2002); *Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy*, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(4), 378-385.
22. Miller, C.J., Miller, S.R., Trampush, J., McKay, K.E., Newcorn, J.H. i Halperin, J.M. (2006). *Family and cognitive factors: modeling risk for aggression in children with ADHD*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 45(3), 355-363.
23. Peteh, M. (1991). *Psihičko zdravlje predškolskog djeteta*. Zagreb: Radničke novine
24. Phelan, Thomas W. (2005). *Sve o poremećaju pomanjkanja pažnje- simptomi, dijagnoza i terapija u djece i odraslih*. Lekenik: Ostvarenje.
25. Prvčić I. i Rister M. (2009) *Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj ADHD*. Zagreb: Agencija za odgoj o obrazovanje.
26. Russell A. Barkley. (2006). *The Relevance of the Still Lectures to Attention Deficit Hyperactivity Disorder A Commentary*. *J Atten Disord*, 10 – 137.

27. Sekušak- Galešev Snježana. (2009). *Opće smjernice: studenti s invaliditetom*, Zagreb, Sveučilište u Zagrebu.
28. Shaw, P., Gornick, M., Lerch, J., Addington, A., Seal, J., Greenstein, D., Sharp, W., Evans, A., Giedd, J.N., Castellanos, F.X., Rapoport, J.L. (2007); *Polymorphisms of the dopamine D4 receptor, clinical outcome and cortical structure in attention-deficit/hyperactivity disorder*, Archives of General Psychiatry, 64(8), 921-931.
29. Šibalić, M. (2009). Buđenje- udruga za razumijevanje ADHD-a. Igre koje povećavaju koncentraciju i fokus kod djece s ADHD-om, na adresi:
<http://budenje.hr/igre-koje-povecavaju-koncentraciju-kod-djece-s-adhd-om/>
(preuzeto 22. 06. 2024.)
30. Taylor, J. F. (2008). *Djeca s ADD i ADHD sindromom*. Zagreb: Veble commerce
31. Velki, T. (2012). *Priručnik za rad s hiperaktivnom djecom u školi*. Jastrebarsko: Naklada Slap

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.

(vlastoručni potpis studenta)