Djeca s ADHD-om u primarnom obrazovanju

Kloc, Brigita

Master's thesis / Diplomski rad

2017

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://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:147:753842

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

University of Zagreb Faculty of Teacher Education - Digital repository







SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

UČITELJSKI FAKULTET

ODSJEK ZA UČITELJSKE STUDIJE

BRIGITA KLOC

DIPLOMSKI RAD

DJECA S ADHD-OM U PRIMARNOM OBRAZOVANJU

Petrinja, rujan 2017.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

UČITELJSKI FAKULTET

ODSJEK ZA UČITELJSKE STUDIJE

(Petrinja)

PREDMET: Problemi u ponašanju djece

DIPLOMSKI RAD

Ime i prezime pristupnika: Brigita Kloc

TEMA DIPLOMSKOG RADA: Djeca s ADHD-om u primarnom obrazovanju

MENTOR: doc. dr. sc. Marina Đuranović

Petrinja, rujan 2017.

SADRŽAJ

SAŽETAK 1
SUMMARY 2
1. UVOD 3
2. POKUŠAJ ODREĐENJA POJMOVA ADHD I ADD 4
3. POVIJEST ADHD-a 6
4. UZROCI ADHD-a 8
4.1. Organske teorije 9
4.2. Psihosocijalne teorije 9
4.3. Genetske teorije 10
5. KLASIFIKACIJA ADHD-a 12
6. DIJAGNOSTICIRANJE ADHD-a 14
7. POJAVNOST 20
8. KARAKTERISTIKE DJECE S ADHD-om 21
9. DODATNE TEŠKOĆE 28
10. LIJEČENJE ADHD-a 31
10.1. Pihosocijalno i psihoedukacijsko liječenje 31
10.2. Liječenje lijekovima 35
10.3. Alternativni oblici 38
11. DJECA S ADHD-om U OBITELJI 42
12. DJECA S ADHD-om U ŠKOLI 50
12.1. Kompetencije učitelja za rad u školi 52
12.2. Inkluzivno obrazovanje 55
13. PRIMJER IZ PRAKSE 58
14. ZAKLJUČAK 69
LITERATURA 70
KRATKA BIOGRAFSKA BILJEŠKA 73
IZJAVA O STAMOSTALNOJ IZRADI RADA 74

SAŽETAK

Jedna od čestih dječjih teškoća s kojom se učitelji u školama susreću je deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj (ADHD). Uzrok ove teškoće još u potpunosti nije poznat, ali se istraživanjima otkrilo što bi moglo dovesti do ove teškoće i koji čimbenici bi mogli biti odgovorni za pogoršanje simptoma ADHD-a. Glavne karakteristike djece koja imaju ADHD su nepažnja, hiperaktivnost i impulzivnost. Postupak dijagnosticiranja je bitan kako bi se teškoća pravovremeno otkrila i kako bi se na vrijeme počelo s terapijom. U dijagnosticiranju sudjeluje multidisciplinarni tim uz pomoć roditelja i učitelja. Terapija se uspostavlja nakon proučavanja dijagnoze. Postoji nekoliko vrsta liječenja, a to su psihoterapijsko i psihoedukacijsko liječenje, liječenje lijekovima i aternativni oblici liječenja. Tijekom odrastanja djeca s ADHD-om nailaze na brojne teškoće i nerazumijevanje okoline. Vrlo često okruženje u kojem žive njihovu teškoću percipiraju kao tvrdoglavost i neposlušnost. Ovim radom želi se pobliže objasniti što je to ADHD i kako funkcioniraju djeca koja ga imaju. Važno je senzibilizirati javnost za takvu djecu kao i za njihove probleme s kojima se svakodnevno susreću.

KLJUČNE RIJEČI: ADHD, karakteristike djeteta, kompetencije učitelja, liječenje, obitelj

SUMMARY

One of the more common childhood disorders, which primary school teachers encounter at school, is attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). The cause of this disorder is not yet completely known, but research has identified its causes and factors which could be responsible for the worsening of ADHD symptoms. The main characteristics of children with ADHD are inattention, hyperactivity and impulsiveness. The procedure for diagnosing ADHD is crucial for its timely detection and the beginning of therapy. The diagnostic process requires a multidisciplinary team and the parents' and teachers' assistance. Therapy is determined after the diagnosis has been studied. There are several kinds of treatment, including psychotherapeutic and psycho-educational treatment, treatment with medications and alternative treatment. While growing up, children with ADHD encounter different difficulties and lack of understanding from their environment. Very often the environment they live in perceives their difficulty merely as stubbornness and disobedience. This thesis wants to provide a better explanation of what exactly ADHD is and how children who are diagnosed with ADHD function in the society. It is important to sensitize the general public to these children and their problems, which they encounter on a daily basis.

KEY WORDS: ADHD, characteristic of the child, teacher competences, treatment, family

1. UVOD

Na svijetu postoji puno različite djece. Te razlike mogu se zapaziti u njihovom fizičkom izgledu, ali i u njihovom ponašanju. Postoje ona djeca koja su samozatajna, mirna, tiha i povučena, ali postoje djeca koja ne mogu posvetiti svoju pažnju nečemu u cjelini i koja su nemirna. Takva djeca odskaču od većine i lako ih je zamijetiti. Prije su se takva djeca prozivala neodgojenom i kažnjavala su se. No, kasnije se otkrilo da takvoj djeci mozak radi na drugačiji način i da su po tome posebna. Oni svoju pažnju usmjeravaju na nešto drugo, uglavnom na ono što je njima zanimljivije. Sve više djece sada ima problem poremećaja pažnje i hiperaktivnosti, ali više se za takvu djecu ne govori da su zločesta i neodgojena jer dobivaju dijagnozu ADHD – deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj.

U ovom radu će se pisati općenito o ADHD-u, o povijesti, uzrocima, karakteristikama djece s ADHD-om, liječenju, djeci s ADHD-om u školi i kod kuće, a prikazat će se i jedan primjer iz prakse.

2. POKUŠAJ ODREĐENJA POJMOVA ADHD I ADD

ADD (eng. Attention Deficit Disorder) je poremećaj pomanjkanja pozornosti, a ADHD (eng. Attention Deficit Hyperactivity Disorder) znači poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću. Djeci se pripisuje ADHD kada ne mogu biti mirna, koncentrirana i kada ne mogu donositi kvalitetne odluke. Naziv ADD odgovara djeci koja su nekoncentrirana i neodlučna. Tada se izostavlja „H“ jer hiperaktivnost nije njihov problem (Taylor, 2008).

U DSM-III (Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja, treće izdanje) se spominju dvije vrste ADD-a: ADD s hiperaktivnošću i ADD bez hiperaktivnosti. Kasnije su se još nekoliko puta mijenjali termini ovog poremećaja sve dok nije izašao DSM-IV koji je naveo ADHD kao tehnički ispravan termin. Tada se ADD spominje samo kao „pretežito nepažljivi tip“ s kojim se neki autori ne slažu, nego još uvijek daju prednost originalnom nazivu ADD (Phelan, 2005).

Neki autori u literaturi izjednačuju ova dva pojma kada govore o ovom poremećaju, jer su usko povezani. U većini slučajeva dijete koje ima poremećaj pažnje je i hiperaktivno i dijete koje je hiperaktivno ima i poremećaj pažnje.

Jurin i Sekušak-Galešev (2008) definiraju ADHD kao jedan od najčešćih neurorazvojnih poremećaja dječje i adolescentne dobi te kao kognitivni i bihevioralni poremećaj koji karakteriziraju hiperaktivnost, impulzivnost i nedostatak pozornosti. Ignoriranje ovog poremećaja i izostanak pravovaljanog liječenja ima teške posljedice na djetetov razvoj. To bi uzrokovalo još veće poteškoće u školovanju od već postojećih, a osoba bi se teže formirala u zdravo društveno biće.

ADHD nije jedna od razvojnih faza koju će dijete prerasti, nije uzrokovan roditeljskim neuspjehom u odgoju, a nije ni znak da je neko dijete zločesto. To je realni poremećaj koji zabrinjava roditelje, učitelje i samu djecu koja imaju ovaj problem. Većina djece je u određenom periodu svog života nemirno, impulzivno ili nepažljivo, ali da bi simptomi za hiperaktivnost bili klinički značajni i zadovoljavali dijagnostičke kriterije, moraju se manifestirati u znatno većoj mjeri od onog što se smatra normalnim s obzirom na djetetovu dob i razvojni stupanj. Također se smatra da ti simptomi u značajnom stupnju narušavaju normalno funkcioniranje djeteta u školi, vrtiću, socijalnim odnosima i slobodnim aktivnostima (Prvčić i Rister, 2009).

Bouillet (2010) razdvaja hiperaktivnost i poremećaj pažnje. Za hiperaktivnost navodi kako je to razvojni stupanj pozornosti i pretjerana aktivnost. Poremećaj pažnje opisuje impulzivnošću i neorijetniranošću u vremenu. Zatim, ističe kako je ADHD udružen poremećajem pažnje i hiperaktivnosti.

Sekušak-Galešev (2005, 40) navodi definiciju da je ADHD „razvojni poremećaj nedostatka inhibicije ponašanja koji se očituje kao razvojno neodgovarajući stupanj nepažnje, pretjerane aktivnosti i impulzivnosti, a otežava samousmjeravanje i organizaciju ponašanja u odnosu na budućnost.“

3. POVIJEST ADHD-a

Današnji ADHD nije novo otkriće ni novi skup određenih ponašanja. Kroz povijest se takva ponašanja opisuju na različite načine i nazivaju se različitim nazivima.

Jurin i Sekušak-Galešev (2008) pišu kako je još prije 2500 godina Hipokrat opisao stanje koje je nalik na današnji pojam ADHD-a.

Velki (2012) navodi da je dr. Heinrich Hoffman 1845. godine u Njemačkoj prvi put naznačio poremećaj u knjizi „Priča o nemirnom Filipu“ gdje je opisao svog trogodišnjeg sina s hiperaktivnim ponašanjem.

Davne 1902. liječnik George Frederic Still je već zabilježio određena abnormalna ponašanja kod djece koja je opisao kao abnormalni kapacitet za korištenje pažnje, nemir, samopovređivanje i destruktivnost (Kocijan Hercigonja, Buljan Flander i Vučković, 2002).

Kasnije, 1920.godine, je uveden naziv minimalna cerebralna disfunkcija, a liječenje medikamentima započinje oko 1940. godine (Ferek, 2006). Ferek (2006) navodi kako je bitno naglasiti da je George Frederic Still tada obuhvatio svojim opisima i djecu koja svojim ponašanjem nebi dobila dijagnozu ADHD, nego poremećaj učenja, ponašanja i dr. Nadalje, piše kako su 1957. godine dječji psihijatar Laufer i dječji neurolog Denhoff uveli naziv hiperkinetičko-impulzivni poremećaj.

Od tog vremena u Dijagnostičkom i statističkom priručniku Američke psihijatrijske udruge DSM-II poremećaj je nazvan hiperkinetička reakcija u dječjoj dobi, nakon toga u DSM-III je naziv promijenjen u ADHD, što znači poremećaj pažnje i hiperaktivni poremećaj i u DSM-IV ADHD sa značenjem deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj (Kocijan Hercigonja i sur., 2002). Nakon toga, izašao je DSM-V u kojem je zadržan naziv deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj.

Kocijan Hercigonja i suradnici (2002) pišu da se prva istraživanja o različitosti temperamenta kod djece javljaju 1937. godine. Giselh je snimao djecu kamerom u prvoj godini života i zatim u petoj godini, pa kasnije analizirao slike i došao je do zaključka da postoji 15 različitih oblika ponašanja koji su stabilni tijekom tih godina. Oko 1968. godine Thomas i Chess intervjuiraju i promatraju

roditelje i djecu staru 3 mjeseca, pa dolaze do zaključka da su pažnja i aktivnost sastavni dio temperamenta i da se djeca već u prvih nekoliko mjeseci razlikuju prema karakteristikama temperamenta, odnosno hiperaktivnosti, impulzivnosti i pažnji. Poznati su još i radovi Freemana i Weissa te Ruttera iz 1963. godine koji dokazuju da se kod jednojajčanih blizanaca češće pojavljuju iste odlike temperamenta nego kod dvojajčanih blizanaca (Kocijan Hercigonja i sur., 2002).

4. UZROCI ADHD-a

Znanstvenici još nisu otkrili što točno uzrokuje ADHD, ali su otkrili da neki čimbenici povećavaju šansu za ponašanja iz spektra ADHD-a i za pogoršanje određenih simptoma ADHD-a.

Jurin i Sekušak-Galešev (2008) tvrde da se danas pouzdano može reći kako se zna da uzrok nije nedostatak roditeljske brige, pretjerano gledanje televizije, neadekvatna prehrana ili poremećaj u lučenju nekih hormona, iako svi navedeni čimbenici mogu utjecati na jačinu simptoma ADHD-a. Novija istraživanja pokazuju da se uzrok krije u biološkoj različitosti funkcioniranja središnjeg živčanog sustava, a ona proizlazi iz naslijeđa ili može biti posljedica nepovoljnih čimbenika što mogu djelovati tijekom trudnoće, porođaja ili nakon djetetova rođenja. Među nepovoljnim čimbenicima koji se navode kao mogući uzroci ADHD-a su neurotoksični teški metali, posebno olovo, preuranjeni porođaj i mala porođajna težina, eklampsija i toksemija u trudnoći te pušenje u trudnoći. Uzroci se povezuju i s konzumiranjem kokaina i alkohola tijekom trudnoće. Neka istraživanja registriraju i psihosocijalne razlike kao uzrok ADHD-a. Navode se čimbenici rizika u obiteljskom okruženju koji značajno utječu na mentalne poremećaje u djece: velika i neskladna obitelj, niski socijalni standard, kriminalitet oca i mentalna bolest majke te davanje djeteta na usvajanje.

Taylor (2008) piše kako ljudi koji proučavaju ADHD ne znaju točno zašto neki ljudi imaju ADHD, da neki smatraju da se on prenosi s roditelja na djecu, a drugi vjeruju da su djeca s ADHD-om bila izložena određenim kemikalijama.

Okolina i ponašanje osoba koje su često u kontaktu s djetetom koje ima ADHD i njihov odnos mogu određivati jačinu simptoma i određenih neželjenih ponašanja, ali nisu uzrok ADHD-a (Velki, 2012). Istraživanja su pokazala kako je veća vjerojatnost pojavljivanja ADHD-a ako poremećaj postoji kod bliskih članova obitelji, stoga je jasno dokazano da ADHD ima svoju biološku osnovu (Velki 2012). Rutter (1977, prema Velki, 2012) navodi da su od 5%-10% djece s ADHD-om utvrđena oštećenja mozga.

4.1. Organske teorije

Organske teorije govore o neurološkoj disfunkciji mozga koja se očituje kroz kemijsku neravnotežu u mozgu i slabiju mozgovnu aktivnost. Kod kemijske neravnoteže u mozgu se misli na neuravnoteženo djelovanje neurotransmitera koji povezuju bazalne ganglije i prefrontalno područje kore velikog mozga. Ti dijelovi mozga služe za održavanje pažnje, kontrolu motoričkih aktivnosti i utječu na impulzivnost. U čeonom dijelu kore velikog mozga su centri za otpornost na ometanje i samokontrolu, pa je slabijom mozgovnom aktivnošću ometan rad ovog dijela mozga (Zrilić, 2011).

Od 1920. godine disfunkcija mozga smatrala se odgovornom za nastanak poremećaja ukoliko je do oštećenja došlo u trudnoći, tijekom poroda ili kasnije u razvoju. Sve više istraživača vjeruje da je poremećaj uzrokovan različitim neuroendokrinološkim, neurokemijskim i neuroanatomskim čimbenicima (Kocijan Hercigonja i sur., 2002).

Smatra se da je prefrontalni korteks područje mozga koje ima veze s ADHD-om. Taj dio mozga, koji ima značajnu ulogu u regulaciji aktivnosti, je nedovoljno aktivan. To dovodi do toga da je ponašanje osobe s ADHD-om nasumično, neusredotočeno, dezorganizirano, pretjerano agresivno i izrazito emocionalno. U sadašnjem vremenu se misli da ADHD ima veze s pretežito nasljednom nesposobnošću frontalnih područja mozga da ispravno obavljaju samoregulaciju. Naime, istraživanja su pokazala kako ADHD može biti povezan s biološki štetnim utjecajima koji na dijete mogu utjecati prije, tijekom ili nakon rođenja. Vrlo utjecajni rizični čimbenici su majčino pušenje i konzumiranje alkohola, prijevremeno rođenje i mala porođajna težina. Oni na neki način utječu na prefrontalne regije fetalnog mozga tijekom razvoja (Phelan, 2005).

4.2. Psihosocijalne teorije

U ovu skupinu uzroka spadaju psihosocijalni uzroci. Naglašava se uloga stresa u obitelji povezana s lošim socioekonomskim statusom, poremećaj u odnosu majke s djetetom i drugi činitelji koji mogu dovesti do poremećaja obiteljskih

odnosa. Stručnjaci navode različite afektivne poremećaje koje pronalaze kod majki ili ostalih članova obitelji, a to dovodi do poremećaja u uspostavljanju adekvatnih emotivnih veza između tih članova obitelji i djeteta, pa tako dijete razvije brojna odstupanja u ponašanju od kojih je jedan ADHD. Djetetova okolina direktno i inderektno utječe na pojavu simptoma poremećaja. Statistički podaci pokazuju da veći dio djece s ADHD-om potječe iz okruženja u kojima se nije vodilo računa o djetetovom tjelesnom razvoju, odnosno dijete se loše hranilo, imalo je manjak vitamina, lošu zdravstvenu skrb u ranoj dječjoj dobi i predškolskoj dobi, alkoholizam i narkomanija roditelja, dijete je bilo zlostavljano i sl. Dijete može stvoriti lošu sliku o sebi zbog neprijateljskog ponašanja okoline, a to može dovesti do depresije, osjećaja napuštenosti, osamljenosti i neuspješnog funkcioniranja. Tizard i Hidges (1978, prema Kocijan Hercigonja i sur., 2002) tvrde da anksioznost i depresija mogu biti uzrok i posljedica ADHD-a.

Postoje roditelji koji zanemaruju svoju djecu i zlostavljaju ih fizički ili psihički. No, roditelji svojim ponašanjem ne mogu djeci uzrokovati ADHD iako im tim ponašanjem mogu stvoriti psihološke probleme. Loši roditelji mogu utjecati na dijete na dva načina. Prvi način je da loše roditeljstvo može pogoršati određene simptome ADHD-a, a drugi da loše ponašanje roditelja može izazvati kod djeteta neke druge poremećaje (Phelan, 2005).

4.3. Genetske teorije

Genetske teorije ukazuju na određeni oblik nasljeđivanja jer se poremećaj javlja uglavnom unutar obitelji (Zrilić, 2011).

Antisocijalni poremećaji ličnosti se smatraju posljedicom kroničnog antisocijalnog ponašanja. Istraživanja pokazuju kako su očevi i majke djece s ADHD-om i sami imali ovaj poremećaj koji ih je vodio u socijalnu izolaciju. James Morrison i Mark Stewart su 1971. godine analizirali roditelje djece sa i bez ADHD-a, te dolaze do zaključka da je nemir u dječjoj dobi povezan s alkoholizmom, histerijom i psihopatijom roditelja. Dakle, simptomi ADHD-a se genetski prenose s roditelja na djecu. Braća i sestre djece s ADHD-om u 20-30% slučajeva imaju iste smetnje (Kocijan Hercigonja i sur., 2002).

Phelan (2005) također navodi kako će dijete, koje ima sestru ili brata s ADHD-om, u 30% slučajeva i samo imati ADHD. Ako roditelj ima ADHD, vjerojatnost da dijete dobije isti poremećaj je veća od 50% (Phelan, 2005). Među biološkim roditeljima djece s ADHD-om češći je poremećaj nego kod posvajatelja djece s ADHD-om (Phelan, 2005).

Hughes i Cooper (2009) isto tvrde da neke studije pokazuju kako se ADHD pojavljuje češće kod jednojajčanih blizanaca nego kod dvojajčanih te među djecom koja su biološki povezana nego kod posvojene djece.

Autori Hughes i Cooper (2009) te Phelan (2005) navode kako genetička istraživanja pokazuju da su određeni geni odgovorni za problem pri funkcioniranju neurotransmitera dopamina u središnjem živčanom sustavu, pa tako i za nastanak ADHD-a.

5. KLASIFIKACIJA ADHD-a

Danas se za dijagnosticiranje deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja koriste dvije bazične klasifikacije, a to su DSM-V (Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje, Američke psihijatrijske udruge (eng. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition)) i MKB-10/ICD-10 (Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, deseta revizija, u izdanju Svjetke zdravstvene organizacije (eng. International Classification of Diseases 10)). Prema ovim klasifikacijama bitno obilježje deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja je nepažnja sa i bez hiperaktivnosti i impulzivnosti.

U DSM-V postoje tri osnovna tipa deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja (ADHD-a):

1) deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj − kombinirani tip (zastupljeno je šest ili više simptoma nepažnje i šest ili više simptoma hiperaktivnosti – impulzivnosti koji traju najmanje šest mjeseci, a pojavljuje se kod najvećeg broja djece i adolescenata);

2) deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj − predominantno nepažljivi tip (zastupljeno je šest ili više simptoma nepažnje, ali manje od šest simptoma hiperaktivnosti – impulzivnosti koji traju najmanje šest mjeseci);

3) deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj − predominantno hiperaktivno-impulzivni tip (zastupljeno je šest ili više simptoma hiperaktivnosti – impulzivnosti, ali manje od šest simptoma nepažnje koji traju najmanje šest mjeseci) (Velki i Dudaš, 2016).

Pri dijagnosticiranju deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja koristi se i ICD-10, odnosno MKB-10. U njemu se opisuje deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj kao skupina ranih razvojnih poremećaja nastalih prije pete godine života. ADHD je opisan sniženom sposobnošću održavanja aktivnosti koje zahtijevaju kognitivni napor, prisutne su česte promjene aktivnosti bez dovršavanja istih te slaba organizacija i regulacija aktivnosti (Romstein, 2011).

U MKB-10 ne postoji podjela na podtipove na osnovu dominantnog oblika ponašanja, nego se podtipovi formiraju prema kriteriju zadovoljenosti za poremećaj ophođenja (Kocijan Hercigonja i sur., 2002).

Taylor (2008) navodi također tri tipa ADHD-a, ali ih naziva drugačije: hiperaktivno-impulzivan tip, dekoncentriran tip i kombinirani tip. Piše kako su hiperaktivno-impulzivni tipovi djeca koja su hiperaktivna i impulzivna, deokoncetrirana djeca su nekoncentrirana i neodlučna, a kombinirani tipovi su djeca koja su hiperaktivna i dekoncentrirana.

Kocijan Hercigonja i suradnici (2002) tvrde kako je najviše djece i adolescenata kombinirani tip ADHD-a. Naglašava da onaj tko provodi klasifikaciju mora biti upoznat s različitostima koje zavise od dobi i stupnju razvoja osobe. U različitim razvojnim stupnjevima neki pojavni oblici poremećaja postaju manje izraženi i često postaju zamijenjeni drugima. Vrlo često to može dovesti do pogrešne procjene i krivog tretmana. Autori navode primjer autora iz SAD-a i Velike Britanije koji pokazuje koliko je bitna obrazovanost osobe koja provodi klasifikaciju. Dakle, oni su s ciljem poboljšanja dijagnosticiranja i ujednačavanja stavova stručnjaka analizirali 36 standardnih povijesti djece s ADHD-om pomoću DSM-III R i MKB-10, pa su na osnovu te procjene htjeli utvrditi pouzdnanost analiziranih ljestvica. Međutim, razlike su bile vrlo velike iako su korišteni jedinstveni klasifikacijski kriteriji.

6. DIJAGNOSTICIRANJE ADHD-a

Svakom bolesnom čovjeku važno je otkriti njegovu težinu bolesti i uspostaviti pravilnu dijagnozu kako bi mu se moglo pomoći i kako bi mu se mogao lakše odrediti tretman liječenja. Tako je i svakom djetetu koje ima deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj važno dijagnosticirati poremećaj pravilno i na vrijeme.

Za ADHD ne postoji nikakav tjelesni, neurološki ili psihološki test kojime se odmah može potvrditi prisustvo ili odsustvo poremećaja, pa je za to potrebna posebna vještina dijagnostike. Cjelovitu evaluaciju na ADHD može provesti bilo koji stručnjak za mentalno zdravlje ili liječnik osposobljen i iskusan u dijagnosticiranju ADHD-a. Pedijatar također može provesti dijagnostički postupak ukoliko posjeduje tu stručnost i socijalni pedagog ako radi na području dječje psihijatrije ili psihologa (Phelan, 2005).

Zrilić (2011) tvrdi kako je pri dijagnosticiranju, a kasnije i određivanju te provođenju tretmana, potreban timski pristup. Navodi kako u tom timu obavezno moraju sudjelovati dječji psihijatar, klinički psiholog, pedagog, socijalni radnik, pedijatar i psihoterapeut. Taj tim je nazvan multidisciplinarni tim. Svaka pojedina osoba u timu ima posebnu ulogu u dijagnosticiranju i u tretmanu deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja jer omogućuju da se poremećaj sagleda iz različitih perspektiva i različitih znanosti, pa da se tako donese jedinstveno i konačno rješenje.

Postavljanje dijagnoze ADHD-a je prilično složen proces jer je značajna heterogenost ADHD-a i njegovi čimbenici komorbiditeta, pa je važan dogovor u procjeni i kontroli ovog multifaktorskog stanja (Hughes i Cooper, 2009). Kada se djetetu dijagnosticira ADHD, ono će i dalje pokazivati neke od simptoma tipičnih za ovaj poremećaj, ali će znati kako ih ublažiti i neće biti osuđivano od okoline te neće stvoriti lošu sliku o sebi (Zrilić, 2011).

Dijagnoza ADHD-a se uglavnom postavlja kod djece između 6 i 12 godina jer je kod te dobi najlakše uočiti simptome koji dolaze do izražaja u školskom okruženju (Zrilić, 2011).

Kocijan Hercigonja i suradnici (2002) ističu da je za pravilnu dijagnozu bitno primijeniti strukturirani intrevju kojim će biti ispitani roditelji, nastavnici i sama djeca. Bitna je i obiteljska anamneza jer sve više autora tvrdi da se u obiteljima djece s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem nalaze bliski rođaci koji su u djetinjstvu imali ili još uvijek imaju slična obilježja ponašanja koja se mogu povezati s ADHD-om. Vrlo su važni i psihosocijalni faktori, odnosno odnosi u obitelji. Stoga, dolazi se do zaključka da je značajan faktor u obitelji izostanak emotivne podrške i sigurnosti. Značajan broj zlostavljane djece u obitelji pripada i kategoriji djece koja imaju ADHD. Osobna anamneza može dati podatke o traumama, bolestima ili situacijama koje su mogle dovesti do disfunckije mozga i postati uzrokom deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja. Mogu se dobiti i podaci je li majka u trudnoći bila izložena štetnim djelovanjima koji su mogli imati utjecaja na dijete. Na početku dijagnostičkog postupka važno je reći ukoliko je nakon poroda došlo do određenih komplikacija koje su mogle dovesti do oštećenja mozga.

Intervju s roditeljima mora uključivati procjenu ponašanja prema kriterijima iz DSM-V i dobivanje podataka o djetetovom razvoju.

U DSM-V piše da bi deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj bio dijagnosticiran, moraju biti zadovoljeni ovi uvjeti:

a) najmanje šest ili više simptoma nepažnje i/ili hiperaktivnosti – impulzivnosti traju najmanje šest mjeseci, do te mjere da su maladaptivni i nekonzistentni s razvojnim stupnjem,

b) neki simptomi hiperaktivnosti – impulzivnosti ili nepažnje postojali su prije dvanaeste godine,

c) neko oštećenje kao posljedica simptoma očituje se u dvije ili više sredina (npr. kućnoj, školskoj, radnoj),

d) moraju postojati jasni dokazi klinički značajnog oštećenja socijalnog, akademskog ili radnog funkcioniranja (Velki i Dudaš, 2016).

Prema DSM-V simptomi deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja su:

Nepažnja

a) ne posvećuju pažnju detaljima, zbog nemara griješe u školskim zadacima, na poslu ili u drugim aktivnostima,
b) često im je teško održati pažnju, pri izradi zadaća ili u igri,
c) često se čini da ne slušaju i kad im se izravno obraća,
d) često ne prate upute i ne dovršavaju školski uradak, kućne poslove ili one na radnom mjestu (ne zbog prkosa ili nerazumijevanja uputa),
e) često imaju poteškoća s organiziranjem zadataka i aktivnosti,
f) često izbjegavaju, ne vole ili odbijaju zadatke koji zahtijevaju duži mentalni napor (kao što je školski ili domaći uradak),
g) često gube stvari potrebne za pisanje zadaće ili za aktivnost (igračke, školski pribor i dr.),
h) često ih ometaju vanjski podražaji,
i) često zaboravljaju dnevne aktivnosti.

Hiperaktivnost

a) često tresu rukama i nogama ili se vrpolje na stolcu ili sjedalu,
b) ustaju sa stola u razredu ili negdje drugdje gdje se očekuje da ostanu na mjestu,
c) trče ili se penju u situacijama u kojima je to neprikladno (kod adolescenata ili odraslih može biti ograničeno na subjektivni osjećaj nemira),
d) često imaju poteškoća ako se treba mirno i tiho igrati ili obavljati slobodne aktivnosti,
e) često su u „pogonu“ili kao da ih „pokreće motor“,
f) često previše govore.

Impulzivnost

g) često „istrčavaju“ s odgovorima prije nego što je pitanje postavljeno do kraja,
h) često imaju poteškoća s čekanjem reda,
i) često prekidaju ili ometaju druge (npr. upadaju u razgovor ili u igru).

Zatim, slijedi dobivanje podataka o djetetovu razvoju. Tu se pregledavaju podaci o zdravstvenim problemima (trudnoća, porod, poslijeporođajni razvoj, bolesti, povrede, lijekovi) i podaci o ranijim psihijatrijskim bolestima i neurološkim poremećajima te eventualnoj terapiji. Treba utvrditi postojanje djetetovih sposobnosti, odnosno pojedinog talenta. Moraju se ustanoviti simptomi određenih komorbidnih psihijatrijskih poremećaja koji mogu prikriti pravi problem, odnosno dijagnozu. Također, želi se utvrditi i anamnestička vrsta problema u odnosu na teškoće u učenju i utvrditi poremećaje pažnje, ponašanja, tikove, odstupanja u formiranju osobnosti, opsesivno-kompulzivne poremećaje, anksiozna i depresivna stanja u obitelji te razvojne smetnje u obitelji. Bitno je da se saznaju i obiteljski načini suočavanja sa stresom, prošle i sadašnje stresove te organiziranost. Važno je reći ima li netko od roditelja dijagnozu deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja, asocijalne promjene ličnosti ili alkoholizam i je li došlo do promjena u obitelji kada se saznala djetetova dijagnoza (Kocijan Hercigonja i sur., 2002).

Intervju s djetetom se obavlja tako da se prvo ciljano opažaju simptomi deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja i gleda se pokazuje li dijete simptome u svim situacijama i okruženjima ili u samo nekim određenim situacijama i određenom okruženju. Prati se dječje raspoloženje, slika o sebi, nezadovoljstvo i osjećaj osamljenosti, odnosi s prijateljima, sposobnost djeteta da uspostavi dobar kontakt s ispitivačem. Treba utvrditi postoje li drugi poremećaji kao što su depresija, poremećaji učenja, poremećaji ponašanja i opsesivnost. Bitno je utrvditi i djetetovo opažanje forme, sadržaja i logike razmišljanja i percipiranja te djetetov govor i jezik (Kocijan Hercigonja i sur., 2002)

Međutim, intervju s djetetom nekad zna otežati postupak dijagnosticiranja. Neka se djeca uplaše kada vide određenog liječnika i postanu sasvim mirna, pa prikriju određene simptome poremećaja. Postoji još jedan problem, a to je da se djeca koja imaju ovaj poremećaj ne mogu dosjetiti i opisati što su radili i osjećali u svojoj prošlosti (Phelan, 2005).

Također, trebao bi se napraviti i obiteljski intervju koji mora imati uvid u to koliko se roditelji i dijete osjećaju usamljeno, uloge pojednih članova obitelji, načini reagiranja na problem, primjenjivanje kazni i nagrada. Promatra se socio-psihološko

stanje obitelji i kako se članovi suočavaju s problemima te je li obitelj prihvaćena u društvu ili izolirana (Kocijan Hercigonja i sur., 2002).

U postupku dijagosticiranja primjenjuju se standardizirane ljestvice za roditelje i učitelje. Koristi se Russel-Barkley ljestvica procjene iz 1990. godine i Conneri ljestvica autorice dr. Keith Conneri (Kocijan Hercigonja i sur., 2002).

Vrlo je važno dobiti i informacije iz škole koje daje učitelj koji je isto tako bitan član tima za dijagnosticiranje poremećaja. Informacije iz škole se dobiju iz standardizirane ljestvice koju ispunjava učitelj, a dobiva se i izvješće od učitelja o učenju djeteta, ponašanju i funkcioniranju u školi, bilješke o ocjenama i prisutnosti na nastavi, pregledava se individualni plan i program naobrazbe te drugi podaci koje škola posjeduje (Kocijan Hercigonja i sur., 2002).

Informacije o kognitivnom funkcioniranju se dobiju od psihologa, pedagoga ili drugih kvalificiranih osoba, a sadrže informacije o djetetovoj inteligenciji, stupnju usvojenosti čitanja, pisanja, računanja i o razvoju govora (Kocijan Hercigonja i sur., 2002).

Od velikog značaja je pregled djeteta. Neurološkim se pregledom mogu otkloniti neke druge moguće neurološke bolesti koje imaju sličnu simptomatologiju kao ADHD. Neurološki nalazom se može odrediti asimetrija refleksa, otežani pokreti, nespretnost, nemogućnost oponašanja pokreta i radnji uz isključenje očiju. Često je otežano održavanje ravnoteže. Zbog loše koordinacije, nemira i nemogućnosti procjene opasnosti, djeca s ADHD-om često zadobiju tjelesne ozljede, stoga ni ne mogu biti dobri sportaši i natjecatelji (Kocijan Hercigonja i sur., 2002).

Djetetovo kognitivno funkcioniranje se provjerava na osnovu anamnestičkih podataka, na osnovu razgovora s djetetom i na osnovu informacija iz škole. Utvrđivanje postignutog stupnja znanja djece odvija se pomoću različitih upitnika i ljestvica. Uz ispitivanje postignutog znanja, ispituju se i specifični deficiti koje ima dijete (Kocijan Hercigonja i sur., 2002).

Bitni faktori dijagnostičkog procesa su ljestvice za samoprocjenu i upitnici o socijalnom funkcioniranju. Također, provode se i laboratorijsko-dijagnostički postupci koji obuhvaćaju krvne pretrage, endokrinološka ispitivanja, analiza

serotonina i analize koje uključuju provjeru funkcioniranja mozga. Vid i sluh djeteta je isto značajno provjeriti (Kocijan Hercigonja i sur., 2002).

Kada dijagnostički postupak završi, obavlja se razgovor s roditeljima i djetetom i nastoje im se pojasniti sve nejasnoće vezane uz ADHD. Bitno je da terapeut sasluša prvo roditelje da zna što su oni već čuli o ovom poremećaju kako bi ih poslije mogao ispraviti ukoliko imaju netočne informacije. Ovaj razgovor polaže temelje za budućnost jer obavješćuje roditelje i dijete da se treba pripremiti na određenu terapiju (Phelan, 2005).

7. POJAVNOST

Može se procjeniti da je učestalost ADHD-a kod osnovnoškolske djece 3 do 5%. Kod dječaka se četiri do pet puta češće javlja ovaj poremećaj, nego kod djevojčica. Kod dječaka su češće prisutni simptomi hiperaktivnosti, a kod djevojčica simptomi nepažnje. Zbog toga se kod djevojčica kasno otkriju teškoće, pa ne počnu s terapijom na vrijeme (Sekušak-Galešev, 2005).

Pravilo je da u jednom razredu jedno ili čak dvoje djece ima ADHD. Lauth, Schlottke i Naumann (2008) pišu kako se većini djece ovaj poremećaj pripisuje previše brzopleto. Tvrde da i djeca koja samo ne mogu biti usredotočena, koja ne pokazuju zanimanje za školu, koja se ne mogu pridržavati određenih pravila i koja ometaju druge, dobivaju dijagnozu ADHD-a. Misle da većina djece imaju krivu dijagnozu. Ako se ADHD pripisuje previše olako, naštetit će se velikom broju djece.

Kod 75% djece simptomi ADHD-a traju i u adolescentskoj dobi, a u 50% slučajeva i u odrasloj dobi (Velki, 2012).

8. KARAKTERISTIKE DJECE S ADHD-om

Boschitz i suradnici (2004, prema Kudek Mirošević i Opić, 2010) opisuju karakteristična ponašanja za ADHD: učenik počinje s radom prije nego što dobije upute i prije nego je shvatio što treba raditi; promatra kako rade drugi učenici prije nego pokuša nešto napraviti; radi prebrzo i čini pogreške koje su rezultat brzopletosti; stalno je u pokretu; ne može duže vrijeme sjediti na jednom mjestu; prebrzo odgovara na pitanja; nije sposoban slijediti upute koje se daju cijelom razredu i ne može ih zapamtiti; prelazi s jedne aktivnosti na drugu iako prethodnu aktivnost nije završio; ima teškoće u organiziranju pismenih radova; krivo tumači jednostavne izjave; ne razumije mnoge riječi i rečenice; može ponoviti izjave koje su mu rečene puno prije, ali ne može ponoviti one koje su izrečene nedavno; lako posrne i padne te mu sve pada iz ruku; povodljiv je za djecom koja puno pričaju i prekida rad da bi s njima bio u društu; učestalo napušta svoju klupu i nešto traži po razredu; dok učitelj objašnjava, gleda negdje drugdje; često govori da ne može nešto napraviti iako nije do kraja čuo što treba napraviti; za vrijeme nastave pjeva, glasno komentira; ne može izraziti misli na logičan i razumljiv način.

Postoji puno karakteristika po kojima se prepoznaju djeca koja imaju deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj. Već ranije su spomenute tri podvrste ADHD-a, pa o tome ovisi koje će karakteristike biti prisutne kod djece. Neka djeca mogu imati sve karakteristike koje obilježavaju ovaj poremećaj, dok druga djeca mogu imati samo određene karakteristike koje su više izražene od drugih. Ključnim obilježjima ADHD-a se smatraju nepažnja, hiperaktivnost i imulzivnost.

Pažnja kod ove djece je izrazito kratkoga trajanja. Dijete neprestano započinje i prekida još nezavršenu aktivnost, pa započinje i prekida sljedeću aktivnost i tako u krug. Ne može se usmjeriti na detalje, često ne prati i ne dovršava dobivenu zadaću. Odsutan je mislima, rastresen je i sanjari. Dijete se ne uključuje u grupne razgovore, ne javlja da bi odgovarao u razredu, ima poteškoća s organizacijom obaveza i aktivnosti. Sklono je pogreškama u školskom radu i u drugim aktivnostima. Dijete često zaboravlja dnevne aktivnosti i gubi pribor potreban za izvršavanje zadaća ili drugih aktivnosti. Vanjski podražaji su djetetu svi jako važni, pa ga često ometaju pri obavljanju školskih i domaćih zadataka ili obaveza. Na svaki podražaj ono reagira, a to dovodi do brzog umora. Pri obavljanju zadataka i obaveza često traži pomoć.

Pažnja se tijekom dana mijenja. Nekad je dijete koncetriranije ujutro, a sve ovisi i o danima. Ako je dijete pod kontrolom i ako se bavi njemu zanimljivim aktivnostima, ono će imati manje teškoća s pažnjom. Također je dobro ako ga se pohvaljuje svaki put za primjereno ponašanje i za obavljene zadatke (Kadum-Bošnjak, 2006).

Djeca s ADHD-om imaju velike poteškoće s održavanjem pažnje u obrazovnim zadacima i u drugim akivnostima. Teže se usredotočuju na zamorne zadatke ili zadatke koji se ponavljaju, pa im se zato mogu zadati zadatci koji uključuju nove elemente i koji na kraju imaju nagradu za riješen zadatak. To će pomoći pri održavanju pažnje (Hughes i Cooper, 2009).

Simptomi nepažnje utječu i na školski uspjeh ove djece. Velki (2012) navodi da dijete često krivo prepisuje tekst s ploče, okreće se prema drugim učenicima u učionici, zaboravi napisati što je za domaću zadaću, zaboravi donijeti novac za predstavu koja se ide gledati i sl. Misli im često lutaju, pa se može učiniti kao da namjerno ne žele slušati upute učitelja. Ako u razredu neko drugo dijete iskaže određenu reakciju, to je dovoljno da dijete s ADHD-om prestane obavljati svoj zadatak i usmjeri se na tog učenika komentirajući ga.

Djeca s poremećajem pažnje mogu imati poteškoća s usvajanjem praktičnih i govornih vještina, pa se zbog toga pojavljuju teškoće s učenjem govora, a to se očituje pri uključivanju u razgovor i grupni rad. Svi problemi koji se odnose na usvajanje školskih i socijalnih vještina ove djece nastaju zbog toga što ona ne mogu dovoljno dugo zadržati koncentraciju kako bi usvojila neko znanje. Često imaju sposobnost naučiti potrebne vještine, ali im treba pomoć u održavanju pažnje. Nerijetko djeca s poremećajem pažnje bez hiperaktivnosti ostaju neindentificirana zbog njihovog ponašanja koje nije nametljivo. Ako ih se na vrijeme otkrije i tretira, ova djeca mogu napredovati (Prvčić i Rister, 2009; Zrilić, 2011).

Kadum-Bošnjak (2006) navodi da u ponašanju djeteta s ADHD-om, pored nepažnje, dominiraju nemir i neutaživa potreba za aktivnošću i kretanjem. Dijete je stalno u pokretu i svugdje prisutno, stalno trči naprijed i nazad, skače i penje se po namještaju i drugim predmetima, nema nimalo opreza i ono se ničeg ne boji, pa se vrlo često ozlijedi. Bez prestanka se zanima stalno za neke nove sadržaje na kojima se interes zaustavlja samo na kratko i ima teškoća kod aktivnosti u kojima se mora sjediti. U učionici ne može sjediti dugo na miru, često mora ustajati, prošetati,

okretati se ili sjedi na rubu stolca. Često ustaje od stola za vrijeme obroka, dok gleda televiziju ili dok piše domaću zadaću (Kadum-Bošnjak, 2006).

Kod hiperaktivnog djeteta česti su poremećaji spavanja. Dijete može imati poteškoća pri usnivanju, malo spava, san mu je nemiran i isprekidan te se rano budi. To može potrajati i u kasnijoj dobi. Zbog problema sa spavanjem dolazi do psihičke i fizičke iscrpljenosti djeteta. Iscrpljeni su i njegovi roditelji jer danju paze na dijete, a noću zbog nemirnog sna djeteta ne mogu spavati. Hiperaktivna djeca nikako ne podnose ograničenja i zabrane koje su im postavljene. Još teže podnose disciplinu. Oni ne slušaju i ne prihvaćaju pravila koja im se postave. Ne uspjevaju učiti na vlastitim i tuđim pogreškama, nego ih stalno ponavljaju. Djeca s izraženom hiperaktivnosti imaju nepredvidivo ponašanje koje mora biti pod stalnim nadzorom kako bi ga se zaštitilo od ozljeđivanja sebe i drugih osoba (Kadum-Bošnjak, 2006).

Djeca kojima je izražena hiperaktivnost su već u dojenačkoj dobi poprilično aktivna jer puno plaču, noću traže jesti, imaju poteškoće kod spavanja, često se bude i teško ih je smiriti i utješiti. Zbog toga se hiperaktivnost dijagnosticira i kod djece mlađe od 4 ili 5 godina. Kasnije su djeca stalno u pokretu, ne mogu mirno sjediti, sve diraju, stalno nešto zapitkuju i teže se sama igraju. Vrlo često rano prohodaju, ali su nespretnija od druge djece jer puno padaju, loše planiraju i predviđaju posljedice svojih aktivnosti. Kod hiperaktivne djece se često ne javlja strah od odvajanja, stoga su nekritična u prilaženju nepoznatim osobama. Neustrašivost je također jedna od karakteristika djece. Roditelji koji imaju dijete s ADHD-om opisuju ga kao teško odgojivo jer ne može poštivati roditeljske zahtjeve i zabrane. Karakteristika im je i to što su nestrpljivi. Nikada nisu na svom mjestu, ne slušaju učitelja i pričaju dok ostali rade u tišini (Prvčić i Rister, 2009; Zrilić, 2011).

Hiperaktivno dijete ima poteškoća s oblačenjem jer teže nauči zakopčati gumb ili svezati vezice na cipelama (Zrilić, 2011).

Jedna od karakteristika djece s ADHD-om je i impulzivnost. Phelan (2005) navodi da je impulzivnost djelovanje bez razmišljanja ili provođenje u djelo nečega što se djeca dosjete i to bez obzira na to kakve će biti posljedice.

Djeca s ADHD-om doživljavaju stalne poteškoće s impulzivnošću, a osobito s kontrolom u reagiranju na signale, podražaje i ostale događaje koji nisu važni za

obavljanje trenutnog zadatka ili aktivnosti. Brzo i nepromišljeno reagiranje izaziva velike probleme roditeljima i samoj djeci. Roditelji moraju biti stalno na oprezu da bi spriječili nezgode i ozljede jer su tome djeca sklona. Roditelj mora biti spreman za reagiranje ako djetetu nešto skrene pažnju kad zakorači na cestu bez obzira bila na njoj opasnost ili ne. Samo kućanstvo isto može biti prijeteće za djecu poput otvorenih prozora, vruće pećnice, sredstva za čišćenje, noževa, lijekova i sl. Impulzivnost ometa i socijalne odnose djeteta s okolinom. Vrlo često imaju poteškoća sa stvaranjem prijateljstva jer upadaju u riječ, nameću se, govore krive stvari u krivo vrijeme, dodiruju druge bez razloga i agresivno se ponašaju. To dovodi do problema sa zadržavanjem prijateljstva jer dijete na kraju bude odbačeno iako želi biti prihvaćeno (Prvčić i Rister, 2009; Zrilić, 2011).

Impulzivno ponašanje djece koja imaju ADHD se često izražava u obliku nestrpljenja. Djeca odgovore na pitanje u razredu prije nego što ih učitelj prozove i imaju poteškoće u čekanju na red u igri i razgovoru (Hughes i Cooper, 2009).

Uz impulzivnost se najčešće javlja i emocionalna nestabilnost koja se kod djece izražava kao niska tolerancija na frustracije, provale bijesa, socijalna izolacija, okrivljivanje drugih za vlastite probleme i pretjerana osjetljivost na kritiku (Sekušak-Galešev, 2005).

Kocijan Hercigonja i suradnici (2002) navode da je djeci s ADHD-om onemogućeno i otežano usklađivanje vidnih podražaja, spoznajnih aktivnosti i psihomotorike. To sve dovodi do poteškoća u čitanju i pisanju. Zatim, pišu kako neka istraživanja pokazuju da 2/3 djece s teškoćama u čitanju, pisanju i računanju imaju deficit pažnje. Djeca teško usvajaju računske pojmove, ne uspjevaju prepisati sve s ploče i problem je pisanje diktata kod kojeg moraju pokazati brzinu pisanja. Crteži su im neuredni i ne odgovaraju njihovoj starosnoj dobi, a često i odbijaju crtati. Sve to dolazi zbog lošeg vizualnog, grafičkog i neposrednog pamćenja, loših vizualnih predodžbi, loše sposobnosti vizualne analize i sinteze, misaone statičnosti, krutosti i sklonosti ustrajanja za ponašanja koja nisu prikladna situacijama. Neki autori navode kako više od polovice djece s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem ima poremećaje govora koji su izraženi u obliku smanjenog rječnika, loše gramatike i teškoće pronalaženja riječi (Kocijan Hercigonja i sur., 2002)

Kocijan Hercigonja i suradnici (2002) smatraju kako je opća inteligencija djece obično bolja od razine koju sugerira njihov cjelokupni uradak. Prisutne su teškoće u kontroli poriva na emocionalnom i somatskom planu. Na somatskom planu zamjećuje se loša kontrola sfinktera, primarna neureza i enkopreza. Na emocionalnom planu uočeni su napadaji bijesa ako im se nešto uskrati. Glad, odnosno unutarnji podražaj, kod ove djece isto ima jak utjecaj na njihovo ponašanje.

Agresivnost je jedna od važnih karakteristika djece s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem. Velki i Dudaš (2016) istraživanjem dokazuju da djeca s izraženijim simptomima ADHD-a pokazuju veću razinu agresivnosti, nasilja, ali i viktimizacije. Tim istraživanjem je dokazano i to da simptomi hiperaktivnosti, impulzivnosti i nepažnje te manjak kontrole ponašanja, koji se uočavaju kod djece koja su procijenila prisutnost simptoma za dijagnozu ADHD-a, povećavaju rizik za vršnjačke sukobe koji mogu voditi do problema u školskom okruženju. Kocijan Hercigonja i suradnici (2002) tvrde da se kod agresivne djece često javljaju i depresivnost i anhedonija, tj. potpuna odsutnost zadovoljstva onime što rade.

Djeca često potrebljavaju frazu da im nikada ništa nije dozvoljeno, iako je, i razmišljaju o smrti, a posebno smrti roditelja. Odnosi s okolinom kod ovakve djece su vrlo loši. Teško prihvaćaju socijalne zahtjeve koji rastu s dobi, emocionalne veze s roditeljima i učiteljima su površne, lako stječu poznanike, ali ih ne mogu dugo zadržati i nisu sposobni da se prilagode grupi jer imaju trajnu potrebu za dominacijom. Takva djeca se obično igraju s mlađom djecom ili djecom suprotnog spola (Kocijan Hercigonja i sur., 2002).

Marko Ferek (2006) donosi jedno drugo viđenje ovakve djece, gleda njihove jake i pozitivne strane, pa tvrdi da su njihove osobine maštovitost, kreativnost, snažna koncentracija, osjećajnost, intuitivnost, sanjarenje i odlučnost, a ne samo impulzivnost, hiperaktivnost i nepažnja. Emotivni žar, sanjarenje, pojmovno razmišljanje i hiperaktivnost naziva glavnim osobinama ljudi koji imaju ADHD, a on ih naziva hiperaktivnim sanjarima. Njihove osobine se najviše očituju u njihovom izražavanju, načinu pamćenja različitih informacija, motivaciji prema određenim stvarima i ponašanju u svakodnevici. Drugačije funkcioniranje uma hiperaktivnih sanjara čini ih sporima, pa to donosi razočaranje u izvršavanju aktivnosti, ali im je omogućeno da iznesu viđenje nečega na njihov i potpuno nov način. Njihove dobre i

loše strane tvore jednu kompaktnu cjelinu. Na njihovu osobnost uvelike utječe emotivni žar koji im omogućava da dožive nešto što je njima zanimljivo i time ulaze u stanje duboke kontentracije, odnosno hiperfokus. U tome se skriva njihova dobra strana jer kada nešto rade onda na to budu maksimalno usredotočeni. Kod svakodnevnih poslova se čine dekoncentrirano i nezainteresirano, pa daju dvostruku sliku o sebi jer su s jedne strane iznimno sposobni i pametni, a s druge nesposobni i spori. Hiperaktivni sanjari su jako emotivni i njima su emocije jako bitne. Emocija im omogućava da intenzivnije dožive svijet, a njih to dovodi na jednu višu razinu. Trenutni osjećaj koji je snažan je odraz nečega što ih okružuje, zanima ili je odraz mašte. Oni daju sve od sebe samo pod utjecajem emotivnog žara. Emotivni žar im omogućava koncetraciju na nešto što ih zanima i to puno snažniju nego što bi je imali ostali ljudi. To emotivno stanje im čini da budu dublji, brži i moćniji. Tada postaju opsesivni i strastveni u svojim zanimanjima i pokazuju znatiželju za određene stvari. Ovakvo emicionalno stanje hiperaktivnih sanjara dovodi do hiperfokusa, a to je doživljavanje nečega na višoj razini. Hiperaktivnost hiperaktivnih sanjara ne mora biti samo fizička, nego može biti i mentalna jer dok se kreću oni bolje razmišljaju. Sanjarenje omogućuje hiperaktivnim sanjarima da otplove u svijet koji nije realan, da vizualiziraju nešto što je nemoguće ili da dožive nešto nepostojeće. Lutajući um im omogućuje da na svaki problem mogu gledati drugačije i pronaći kreativno i nesvakidašnje rješenje. Još jedna karakteristika hiperaktivnih sanjara je pojmovno razmišljanje. Oni ne razmišljaju klasičnim linearnim načinom. Razmišljaju sveobuhvatno, odnosno pojmovno, a to znači da prvo stvaraju općenite slike i tako dolaze do detalja. Njihove misli imaju oblik slika. Zbog toga imaju problema s pisanjem i izražavanjem jer si svaku riječ moraju prevesti u sliku. Kod hiperaktivnih sanjara nepažnja je maštovitost i kreativnost, hiperaktivnost je izvor energije, a impulzivnost je odlučnost. Ferek (2006) tvrdi da se osobine hiperaktivnih sanjara nazivaju problemom kada se na njih pogrešno gleda. Smatra da ih obrazovni sustav guši u kreativnosti i znatiželji i da ovakva djeca nemaju mogućnost pokazati svoje ideje, misli i interese.

Bartolac (2013) ističe da neka djeca s ADHD-om imaju brojne pozitivne osobine i da u okolini u kojoj imaju potporu mogu pokazati brojne vrline i velike potencijale. Postoje istraživanja koja se bave povezanošću ADHD-a s darovitosti,

preklapanjem simptoma i postojanjem svih osobina. Nažalost, često se ove prednosti ne prepoznaju jer su zamaskirane simptomima ADHD-a, pa tako ostaju neprepoznati.

9. DODATNE TEŠKOĆE

Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj se vrlo često teško razlikuje od nekih drugih poremećaja. Phelan (2005) piše da će 50% djece s ADHD-om kada uđu u tinejdžersku dob odgovarati kriterijima još neke dijagnoze. Važno je naglasiti kako ADHD može biti prisutan samostalno, neki drugi poremećaj može biti prisutan samostalno, dva poremećaja mogu biti prisutna zajedno i može biti da nije prisutan niti jedan poremećaj. Zato se uz ADHD kod djece mogu pojaviti i još neke dodatne teškoće, bile one slične ADHD-u ili ne.

Phelan (2005) navodi negativističko prkosno ponašanje (ODD) i piše kako ADHD i ODD u mnogočemu preklapaju. Djeca koja imaju ADHD zbog svoje hiperaktivnosti i impulzivnosti mogu biti neobuzdani, ali ne žele nikoga iritirati. Međutim, djeca koja imaju ODD izražavaju negativizam, prkos, protivljenje i promišljeno su neposlušna. Pakosni su, osvetoljubivi i namjerno pokušavaju iritirati druge ljude. Sposobni su se dobro uredotočiti i samostalno obavljati domaće zadaće.

Drugi poremećaj je poremećaj ponašanja (CD). Djeca s CD-om žele povrijediti druge osobe. Agresivni su i nije ih briga koga će razljutiti. Izražavaju prijetnje, ponašaju se nasilno i izazivaju tučnjave. Oni kradu, prisiljavaju druge na seksualne aktivnosti, podmeću požare, uništavaju imovinu, bježe od kuće i izostaju iz škole (Phelan, 2005).

Treći poremećaj koji Phelan (2005) navodi je višestruki anksiozni poremećaj. Uz ADHD djeca mogu pokazat više od jednog anksioznog poremećaja, a to su strah od odvajanja, generalizirani anksiozni poremećaj i opsesivno-kompulzivni poremećaj. Kod starije djece može se razviti socijalna fobija i napadaji panike.

Veliku depresiju karakterizira razdoblje od otprilike dva ili više tjedana tijekom kojih osoba ispoljava depresivno raspoloženje ili smanjen interes prema bilo čemu. Uz to uključuje i simptome promjene tjelesne težine, nemira, umora, pospanosti, nesanice, odjećaja bezvrijednosti, loše koncentracije i misli o smrti (Phelan, 2005).

Bipolarni (manično-depresivni) poremećaj je teškoća u kojoj pojedinci doživljavaju uspone i padove u raspoloženju i ponašanju. Poremećaj se javlja u više

oblika. Kod osobe se uz razdoblje depresije doživljavaju i razdoblja uzvišenog, razražljivog ili ekspanzivnog raspoloženja. Teški oblici se nazivaju „manične“ epizode. Postotak djece s ADHD-om koja imaju bipolarni poremećaj je 10%, a djeca s bipolarnim poremećajem koja imaju i ADHD je preko 90%. Bipolarna djeca mogu isto biti hiperaktivna, impulzivna, nepažljiva i mogu poricati postojanje problema (Phelan, 2005).

Phelan (2005) navodi kao teškoću tikove, a Sekušak-Galešev (2005) Touretteov sindrom koji je poremećaj višestrukih tikova. Općenito su tikovi nagli, kratkotrajni i opetovani pokreti (Phelan, 2005). Djeca mogu imati tjelesne tikove, kao što su treptanje očima, kretnje nosom ili ustima i vokalne tikove, npr. kašljanje, pročišćavanje grla, lajanje i njuškanje (Sekušak-Galešev, 2005).

Nadalje, Phelan (2005) navodi poremećaje u spavanju kao idući poremećaj. Tvrdi da roditelji djece s ADHD-om mogu potvrditi da njihova djeca loše spavaju. Pomanjkanje sna može pridonijeti ne samo ADHD-u nego i drugim komorbidnim poremećajima, npr. depresiji i anksioznosti.

Phelan (2005) i Sekušak-Galešev (2005) navode i specifične teškoće u učenju kao problem. ADHD i teškoće u učenju se često preklapaju. Poremećaj se može očitovati u nedovoljno razvijenoj sposobnosti čitanja, pisanja, govorenja, računanja, mišljenja ili slušanja (Sekušak-Galešev, 2005). U ove teškoće se ubrajaju teškoće u čitanju, teškoće u matematičkom računanju i teškoće s problemskim zadacima s riječima, snažna averzija prema pismenim zadacima i neverbalne teškoće u učenju. Ove teškoće dovode do toga da dijete zaostaje u školskim predmetima iako se od njega očekuje više s obzirom na inteligenciju (Phelan, 2005).
Oko 40 do 60% djece ima problem s učenjem u školi, a ostali imaju problem s vremenskim ograničenjem, količinom teksta za čitanje i pisanje. Ova djeca dobivaju niže ocjene, ostvareni obrazovni stupanj je također obično niži, dostignuća su slabija nego kod vršnjaka, a najčešće imaju prosječno razvijene intelektualne sposobnosti. Zbog toga često dolaze u konflikt s autoritetima u školi i s roditeljima jer ih se proziva da su lijeni ukoliko se ne mogu dovoljno posvetiti zadacima koji zahtjevaju veći mentalni napor (Sekušak-Galešev, 2005).

Sekušak-Galešev (2005) navodi još i ove teškoće: poremećaji govornog i jezičnog razvoja, razvojno zaostajanje u drugim područjima (npr. problemi u

motoričkoj koordinaciji i finoj motorici, pa dijete sporije piše i ima nezgrapan rukopis), veze s odraslima, teškoće u odnosima sa članovima obitelji i nisko samopoštovanje.

Kocijan Hercigonja i suradnici (2002) spominju još jedan problem, a to je mentalna retardacija. Piše kako roditelji često ne žele prihvatiti da njihovo dijete ima snižene intelektualne sposobnosti i da mu je zbog toga teško pratiti gradivo, pa prikrivaju djetetove probleme ili daju lažne informacije. Tako se simptomi nepažnje i nemir javljaju kod djece niskog kvocjenta inteligencije koja se nalaze u uvjetima koji nisu primjereni njihovim sposobnostima. No, može se dogoditi da dijete ima i mentalnu retardaciju i ADHD.

10. LIJEČENJE ADHD-a

Još uvijek nije otriven lijek za deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj, ali stručnjaci se trude na različite načite i pristupe ublažiti simptome ovog poremećaja kako bi djeci i njihovim obiteljima olakšali svakodnevicu. Svako je dijete drugačije i ima različite simptome koji su jače izraženi, pa se prema tome određuje i vrsta terapije. Danas postoji puno različitih pristupa u liječenju ADHD-a.

Kod svakog djeteta se treba postaviti terapijski cilj nakon dijagnostičkog postupka i procjene kliničke slike. Njihovim roditeljima treba pomoći tako da im se objasni ovaj poremećaj i da znaju kako postupiti kada djeca budu u adolescenciji. Treba se uzimati u obzir da je svako dijete različito i zbog toga ne treba sve generalizirati. Važno je postaviti realna očekivanja za svako pojedino dijete i otkriti moguće probleme koji će nastati zbog teškoća s učenjem i na to odmah treba pripremiti školu. Moraju se indentificirati socijalni i emotivni problemi ukoliko ih ima, kao i obiteljska disfunkcija. Nastoji se poboljšati interakcija djeteta s roditeljima, učiteljima i drugim ljudima te uspostaviti dobra komunikacija između škole i kuće. Treba poticati dijete i bodriti ga da može biti još bolje, a time mu poboljšati i samopoštovanje, osjećaj sigurnosti, identiteta i vjerovanja (Kocijan Hercigonja i sur., 2002).

Liječenje ima svrhu da dijete popravi samokontrolu i da nauči organizirati složenije aktivnosti. Djeca moraju vježbati kako na ispravan način rješavati zadatke i kako ispuniti socijalne zahtjeve. Terapije od djeteta traže da naprave ono za što su zaduženi, ali ostavljaju mu vremena i za igru. Redovito se održavaju i sastanci s roditeljima kako bi roditelji bili upućeni u sve i kako bi mogli biti podrška svakodnevno svome djetetu. U terapiju bi trebali biti uključeni i učitelji kako bi se postigao napredak (Lauth i sur., 2008).

10.1. Pihosocijalno i psihoedukacijsko liječenje

Postoje terapije koje su usmjerene prema obitelji, prema djetetu i prema okolini, odnosno školi i socijalnom okruženju. Kroz obiteljsku terapiju se pomaže roditeljima da svladaju problem, da se riješe krivnje i odgovornosti radi toga što im djeca imaju deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj. Korisne su i grupne terapije

roditelja jer tu dobivaju podršku drugih roditelja kojima djeca imaju ovaj poremećaj. Roditeljima pomaže i stručnjak koji im nastoji objasniti ovaj poremećaj, upućuje ih se pedijatru na savjetovanje, nastoji im se pomoći da razviju pozitivnu sliku o sebi i povjerenje u okolinu. Roditelji se često udružuju u različite udruge kojima je cilj da se proglase zakoni koji će pomoći njihovoj djeci. Potrebno je izraditi programe za modifikaciju ponašanja roditelja, a baziraju se na teorijama socijalnog učenja. Preporuča se taj trening jer poboljšava socijalno funkcioniranje djece s ADHD-om. Roditelji moraju znati prepoznati djetetove probleme i značaj njihova odnosa s vršnjacima jer time dolaze do toga da preuzimaju aktivnu ulogu u organizaciji djetetovog socijalnog života. Bitno je da dijete živi u strukturiranoj sredini i da su postupci, koji se primjenjuju, dosljedni. Treba stvoriti obiteljski raspored obaveza i kućanskih obaveza, pa se time stvaraju radne navike djeteta. Svaki dan mora biti isplaniran. Svaki član obitelji mora upotrebljavati iste obrasce ponašanja s djetetom, jer će dijete tako lakše shvatiti kako se pravilno ponašati. Smatra se da je tehnika nagrade i kazne isto vrlo uspješna u svladavanju pozitivnog ponašanja. Pozitivno potkrepljivanje će dati pozitivne rezultate. Kroz nagrađivanje će dijete mijenjati svoje ponašanje u pozitivnom pravcu. Bitno je da roditelji ignoriraju neprihvatljivo ponašanje djeteta, a kada dijete to primijeti, počet će mijenjati svoje ponašanje jer mu je bitna njihova pažnja. Roditelji znaju primjenjivati i tehniku izolacije, a to podrazumijeva da fizički izoliraju dijete iz neke problematične situacije. Osim u obitelji djetetovi problemi dolaze do izražaja i u školi. Učitelj mora pomoći djetetu i prilagoditi se njegovim sposobnostima kako bi njegova negativna ponašanja, a i posljedice bile što manje. Bihevioralni pristup kod promjene ponašanja je vrlo efikasan jer okolina potiče promjene, odnosno smanjuje problematično ponašanje, a potiče pozitivno. Maksimalni efekti se mogu postići jedino ako škola surađuje s roditeljima i obrnuto te ako su usmjereni na ciljano ponašanje. Kako je potrebna pomoć roditeljima i učiteljima u školi, tako je potrebna i pomoć djetetu. Individualna terapija za dijete pomaže da se oslobodi svojih emocija koje su nastale ako je bilo odbačeno od okoline zbog svoje teškoće. Djeci pomažu različite vježbe, pa će se tako kod djece mlađe dobi raditi terapija kroz igru i opuštanje (Kocijan Hercigonja i sur., 2002).

Jedan od psihosocijalnih pristupa je bihevior terapija. Ona je usmjerena ka unapređenju ciljanih ponašanja, odnosno vještina, ali nije tako učinkovita u

smanjenju simptoma nepažnje, hiperaktivnosti ili impulzivnosti kod djece. Ova terapija se usmjerava na detaljnu procjenu problematičnih ponašanja djece, proučavanje uvjeta okoline koji potiču takva ponašanja, pronalazi strategije koje će proizvesti promjenu u toj okolini, a time i promjenu ponašanja djece. Podrazumjeva i ponavljane procjene kako bi se mogao vrednovati uspjeh intervencije. Bihevioralni pristup ima prednost zbog zahtjeva da se dosljedno primjenjuju određeni postupci, a to je vrlo važno jer se višestrukim istraživanjima utvrdilo da je za djecu koja imaju ADHD najbolje strukturirano, odnosno predvidljivo okruženje, bilo to kod kuće ili u školi. U takvom predvidljivom okruženju postoje poznata pravila i očekivanja koja su djeci jasna i dosljedna. Također, poznate su im i posljedice koje se primjenjuju radi određenih ponašanja i koje su unaprijed utvrđene. Bihevioralni pristup zahtijeva i blisku suradnju roditelja i učitelja, terapeuta i drugih osoba koje su važne djetetu. Od njih se zahtijeva dosljednost u primjeni postupaka i usklađenost njihovog ponašanja s onim što govore. Istraživanja su pokazala da nakon prestanka ovog tretmana s terapeutom, učitelji i roditelji ne uspijevaju samostalno primjenjivati dogovorene postupke, a time se poteškoće u ponašanju i vraćaju. Studije su pokazale veliku uspješnost bihevioralne terapije namijenjene skupinama roditelja. Oni u toj terapiji uče različite tehnike, a to su potkrepljenje, samopotkrepljenje i modeliranje (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008).

Kognitivno-bihevioralna terapija upotrebljava kognitivne strategije, a to su strategije rješavanja problema i samoopažanje s bihevioralnim tehnikama potkrepljenja, samopotkrepljenja i modeliranja. Istraživanja o djelotvornosti primjene ove terapije i o usvajanju vještina rješavanja problema te životnih vještina nisu pokazala značajne promjene ponašanja kod djece s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem. Ova terapija može pomoći i u tretmanu kod simptoma depresije, tjeskobe i sl. Utvrđen je izostanak dugotrajnijeg učinka terapije u smislu pozitivnih promjena ponašanja (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008).

Cilj kognitivno-bihevioralne terapije je osigurati djeci više samokontrole i strategija koje će im pomoći da se bolje uspijevaju nositi sa svojom teškoćom. Pri tome im pomaže niz metoda, a to su: učenje po modelu (dijete opaža osobu koja se ponaša na adekvatan način), igranje uloga (dijete gleda svoje ponašanje), učenje socijalnih vještina (dijete uči kontrolirati svoje ponašanje), samoopažanje (dijete opaža i bilježi svoje ponašanje), samoevaluacija (dijete razvija mogućnost kritičkog

razmišljanja), tehnika rješavanja problema (dijete uči razmišljati o alternativnim mogućnostima), rješavanje problema (u suprotnosti je s njihovom samokontrolom mišića) i kognitivno restrukturiranje (mijenjanje sustava vjerovanja i informacija) (Lebedina Manzoni, 2007).

Obiteljska terapija/psihoterapija se koristi u slučajevima obiteljske disfunkcije nastale zbog djeteta s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem ili primarnih roditeljskih ili bračnih poteškoća (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008).

Trening socijalnih vještina je dio multimodalnog tretmana, a u njemu se određeno ponašanje vježba u skupini koja daje „feedback“, odnosno povratnu informaciju, potkrepljuje i modelira ponašanje. Može se tvrditi da individualni trening socijalnih vještina nije učinkovit jer je samoopažanje nedovoljno razvijeno kod osoba s hiperaktivnim i impulzivnim ponašanjem (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008).

Učenje akademskih vještina se odvija u skupini ili individualno. Ovo učenje se odvija zbog razvijanja sposobnosti da dijete može slijediti određene upute, da bude organizirano, da može djelotvorno koristiti vrijeme, da može koristiti samoevaluaciju, pisati bilješke i učinkovito učiti. Dobri rezultati se postižu samo ako je potpora učeniku kontinuirana i ako se vodi računa o njegovim osobitostima. Zbog karakteristika bolesti, dijete s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem ne može postati potpuno samostalno u svojim svakodnevnim radnim navikama (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008).

Individualna psihoterapija je terapija koja može biti korisna zbog stvaranja pozitivnog odnosa između djeteta s ADHD-om i terapeuta. Tom terapijom se dijete može dodatno ohrabriti i potaknuti mu razvoj samopoštovanja. Korisna je i u kriznim situacijama, tretmanu depresije i anksioznosti. Također se koristi kod teškoća u interpersonalnim odnosima kod djece i adolescenata. Može imati i ulogu kod adolescenata koji se žele osamostaliti i preuzeti odgovornost za svoj problem (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008).

Terapijska rekreacija je terapija djece s ADHD-om u kojoj se razvijaju sportske vještine ili rekreativne aktivnosti. Te aktivnosti se razvijaju kako bi stekli bolji odnos s vršnjacima i kako bi stekli samopoštovanje. Jedan primjer ove terapije

su odlasci u ljetne kampove. Tamo djeca s ADHD-om mogu iskoristiti svoju potrebu za motoričkim aktivnostima i mogu biti uspješni, a da pritom razvijaju i pozitivne odnose s vršnjacima (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008).

Jurin i Sekušak-Galešev (2008) tvrde kako je psihoedukacija kao način tretmana ADHD-a usmjerena na osiguravanje informacija roditeljima, učiteljima i djeci o mogućnostima i načinima liječenja ovog poremećaja. Školski programi trebaju osigurati djeci s ADHD-om da točno znaju što se od njih očekuje, koja ponašanja su poželjna i koja nepoželjna, koje su posljedice za određeno ponašanje i koji je vremenski okvir za svako ponašanje. Ovakav pristup je koristan učenicima s ADHD-om jer je dosljedan i nikada nisu izloženi neizvjesnosti, nego mogu svoju energiju usmjeriti ka poželjnom ponašanju i zadanim uputama. Autori navode i što uključuju pristupi koji donose dobre rezultate, a to su: procjena djetetovih individualnih potreba i jakih strana, odabir prikladnih postupaka prilagodbe (prilagodba učionice i načina poučavanja) i integracija postupaka prilagodbe (učitelj kombinira postupke prilagodbe s nastavnim planom i programom ostale djece u razredu).

Multimodalni pristup je oblik terapije koji uključuje korištenje različitih psihosocijalnih i psihoedukacijskih tehnika. U taj oblik terapije se uključuju djeca s ADHD-om, njihovi roditelji, škola i druge osobe koje su u doticaju s djecom. Uz psihosocijalne i psihoedukacijske tehnike djeca uzimaju i lijekove. Jurin i Sekušak-Galešev (2008) pišu kako je provedeno istraživanje 1999. godine pod nazivom „NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD“ gdje se ispostavilo da je kombinirani tretman, odnosno multimodalni pristup pokazao bolje učinke u šest područja: područje socijalnih vještina, odnos dijete-roditelj, smanjenje internaliziranih simptoma (npr. tjeskobe), postignuće u čitanju, smanjenje simptoma agresivnosti i zadovoljstvo korisnika i roditelja. Ako se svi postupci dobro primjenju u multimodalnom pristupu, kod djece s ADHD-om se postiže dosljednost koja stvara uvjete za pozitivan učinak na razvoj obrazaca pozitivnog ponašanja djeteta i za postizanje pozitivnog učinka na socijalni i emocionalni razvoj djeteta.

10.2. Liječenje lijekovima

Jedan od najčešćih načina liječenja deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja je uzimanje lijekova. Međutim, većina roditelja se brine i skeptični su prema

lijekovima kada im se priopći da bi njihovo dijete trebalo koristiti lijekove za ublažavanje simptoma ovog poremećaja.

Važno je dobro poznavati kliničku sliku djeteta kako bi se moglo odlučiti treba li ono uzimati medikamentoznu terapiju ili ne. Medikamentozna terapija se nikada ne provodi sama, nego se uz nju primjenjuju i druge terapijske tehnike (Kocijan Hercigonja i sur., 2002).

Lauth i suradnici (2008) navode kako je Američka akademija za psihijatriju djece i mladeži preporučila terapiju za ADHD koja se uglavnom temelji na uzimanju psihostimulansa. Stimulansi ublažavaju glavne simptome impulzivnosti, nepažnje i hiperaktivnosti i povećavaju sposobnost da se dijete usredotoči na neki predmet, ali kod oko 15-25% djece oni nemaju nikakvog učinka, a kod oko 5% djece se liječenje mora prekinuti zbog jakih nuspojava.

Phelan (2005) piše kako su roditelji zbunjeni oko uzimanja lijekova iz dva razloga, prvi su zablude oko uzimanja lijekova, a drugi način na koji se prikazuje tema ovog poremećaja u medijima. Tvrdi da zablude o uzimanju lijekova uključuju tvrdnje da lijekovi za ADHD ne pridonose nikakvoj koristi, da mogu uzrokovati nepovratne nuspojave, da stvaraju ovisnost, da usporavaju rast i da se ne smiju koristiti nakon srednje adolescencije. Zabrinutost roditelja oko uzimanja lijekova njihove djece bi se trebala riješiti tako da se oni prvo informiraju, pa sakupe točne i potvrđene činjenice i o poremećaju i o određenim lijekovima.

Postoji nekoliko skupina lijekova koji se koriste u liječenju ADHD-a, a to su: stimulansi, straterra, antidepresivi i antihipertenzivi (Phelan, 2005).

Od stimulansa se najčešće koriste metilfenidati i amfetamin. Metilfenidat se koristi u oblicima kraćeg djelovanja, odnosno kao Ritalin i generički metilfenidat, i u oblicima duljeg djelovanja, kao Ritalin LA i Concerta. Jedan od najstarijih lijekova koji se koristi iz skupine amfetamina je Dexedrine. Najnoviji lijek koji pripada skupini amfetamina je Adderall koji je spoj četiriju amfetamina. Kasnije je nastao i Adderall XR s produljnim djelovanjem.

Phelan (2005) navodi kako rezultati istraživanja pokazuju da se uzimanjem stimulansa događaju ovi pozitivni učinci: povećanje raspona pažnje, smanjenje

impulzivnosti, smanjenje hiperaktivnosti i nemira, poboljšanje ocjena u školi, smanjenje agresivnosti, manje stvaranje buke, veća suradnja pri ispunjavanju zahtjeva i poboljšanje sportskih rezultata. Terapija lijekovima je proces pokušaja i pogrešaka, stoga se ne može tvrditi i garantirati da će kod svakog djeteta izazvati iste učinke. Nadalje, autor navodi i nuspojave koje su povezane s uzimanje stimulansa: gubitak apetita, nesanica, glavobolja, trbobolja, tuga i razdražljivost, pospanost, povećana hiperaktivnost i tikovi.

Novi lijek koji djeluje kao stimulans, u smislu pozitivnih učinaka, naziva se Strattera (atomoksetin). Prema kemijskom sastavu on nije stimulans. Prednost ovog lijeka je kada se uzme on ostaje u krvi djeteta 24 sata, no neki roditelji ne žele da je koncentracija lijeka kod djeteta prisutna puna 24 sata i stoga radije odabiru stimulans (Phelan, 2005).

Antidepresivi su lijekovi koji se također koriste za liječenje ADHD-a. Svrstavaju se u dvije glavne skupine: triciklici i SIPPS-i. Od tricikličnih antidepresiva najpoznatiji su Tofranil, Norpramin i Pamerol. Upotrebljavaju se uglavnom ako se stimulansi nisu pokazali dovoljno uspješnim, ako su pokazali previše nuspojava, ako dijete osim ADHD-a ima i depresiju ili anksioznost i ako stimulansima pozitivni učinci traju prekratko. Wellbutrin (bupropion) je antidepresiv koji spada u posebnu skupinu antidepresiva. Pokazao se djelotvornim i kod djece i kod odraslih. Koristan je i kod liječenja ADHD-a i kod depresije i anksioznih poremećaja (Phelan, 2005).

Antihipertenzivi su isto lijekovi koji pomažu kod simptoma ADHD-a. Koriste se lijekovi pod nazivima Cataprex i Tenex. Ova skupina lijekova pomaže djeci koja imaju izražene promjene raspoloženja, koja imaju eksplozivne ispade i koja imaju poremećaje u ponašanju. Inače se ova skupina lijekova koristi za liječenje ljudi s visokim krvnim tlakom (Phelan, 2005).

Postoje dokazi da upotreba lijekova dovodi do kratkotrajnih poboljšanja, ali to nije dugoročno rješenje ni kod ponašanja, niti kod učenja. U SAD-u i Ujedinjenom Kraljevstvu oko 2-5% učenika uzima lijekove, a od toga više od 90% uzima metilfenidat. Tvrdi se da nakon što metilfenidat prestane djelovati, ADHD simptomi

postaju još izraženiji. Zbog toga se javila zabrinutost oko uzimanja ovog lijeka (Hughes i Cooper, 2009).

10.3. Alternativni oblici

U zadnje vrijeme dolazi do sve većeg zanimanja roditelja za alternativne oblike tretmana za djecu s ADHD-om. Do toga dolazi zbog roditeljske zabrinutosti o negativnim posljedicama i nuspojavama lijekova, zbog njihove neučinkovitosti kod velikog broja djece i zbog toga što roditelji i druge osobe žele aktivnije preuzeti ulogu u tretmanu liječenja. Postoji puno različitih alternativnih metoda liječenja ADHD-a, ali nema za sada istraživanja koja bi potvrdila učinkovitost tih oblika liječenja (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008).

Jedan od alternativnih oblika liječenja je dijeta. Nekim liječnicima i roditeljima je ovo omiljen oblik liječenja iako se dijeta ne može smatrati kao glavnom metodom kada je riječ o ozbiljnom liječenju ADHD-a. Poznate dijete su Feingoldova dijeta, dijeta Hafer, oligo-antigena dijeta i uzimanje gama linolne kiseline (GLA) (Lauth i sur., 2008).

Feingoldova dijeta je dobila naziv prema liječniku Benu Feingoldu koji je 1973. godine iznio svoje mišljenje i zapažanja o liječenju dijetom djece s hiperaktivnošću. Tvrdio je da se u dodacima hrani, posebno prehrambenim bojama i konzervansima, nalazi uzrok hiperaktivnosti. Prijedloge za dijetu je objavio u knjizi „Zašto je vaše dijete hiperaktivno?“. Feingold smatra da bi se iz svakodnevne prehrane trebali izbaciti umjetni i prirodni salicilati. Prirodnih salicilata ima u jabukama, marelicama, jagodama, kupinama, šljivama, breskvama, narančama, ogrozdima i krastavcima. Namirnice u kojima ima umjetnih bojila i konzervansa su kobasice, vino, sladoled, čajevi, margarin, slatkiši, dijetna pića, pasta za zube, dezodoransi, parfemi i sl. Na temelju ovakve dijete se nije moglo dokazati ima li poboljšanja kod djece s hiperaktivnošću, pa se na konferenciji 1982. godine zaključilo da Feingoldova dijeta nije preporučljiva (Lauth i sur., 2008).

Dijeta Hafer je dobila naziv prema ljekarnici Herthi Hafer koja je tvrdila da fosfatni dodaci u hrani izazivaju motorički nemir. Tvrdila je da fosfatni dodaci u kobasicama i mesu mogu izazvati poremećaj moždane fukncije i narušiti tjelesnu

ravnotežu. Za liječenje djece s ADHD-om je predložila ovu dijetu, iako je pretpostavila da bi iz prehrane djece trebalo izbaciti i namirnice poput šećera, limunske kiseline, voćnih kiselina, lecitina, kakaa i mlijeka. Hafer je tvrdila kako je osjetljivost na fosfate nasljedna i kako su posebno izloženi vitki ljudi. Istraživački institut je donio odluku da bi ova dijeta dugoročno bila neprimjerena za djecu jer je siromašna, osim fosfatima, i ugljikohidratima, balastnim tvarima i vitaminom C (Lauth i sur., 2008).

Treća dijetna terapija je oligo-antigena dijeta. Ova terapija se prvo osmislila za liječenje migrene kod djece. Dijete 3 do 4 tjedna jede hranu za koju se zna da ne izazivaju alergiju. Ako dođe do poboljšanja ponašanja kod djeteta, postupno se uvode i druge namirnice sve dok roditelji ne uoče motorički nemir ili neke druge simptome. Potom se izbacuju namirnice za koje se ispostavilo da su štetne. Lauth i suradnici (2008) navode kako Egger smatra štetnim namirnicama prehrambene boje i konzervanse, kravlje mlijeko, čokoladu, grožđe, pšenicu, agrume, sir i jaja. Namirnice koje se preporučuju su: janjeće i pureće meso, riža, krumpir, kelj, karfiol, šparoge, koraba, krastavci, luk, poriluk, jabuke, kruške, banane, marelice, breskve, grožđe, ananas, margarin bez mlijeka, voćni sokovi, voda i mineralna voda, sol, papar, začinsko bilje, kalcij i multivitamini. Ova dijeta se smatra korisnom u liječenju ADHD-a (Lauth i sur., 2008).

Lauth i suradnici (2008) pišu kako su neki biokemijski procesi u tijelu narušeni, a u tome veliku ulogu imaju masne kiseline i njihovo pretvaranje u tijelu u dugolančane, višestruko nezasićene masne kiseline. To pretvaranje se naziva metabolizam, odnosno izmjena tvari, a može biti narušeno genetskim i vanjskim čimbenicima. U istraživanjima su oštećenja nastala ovim čimbenicima gledana kao uzrok u svakodnevnom problematičnom ponašanju djece. Znanstvenici ne žele točno iznijeti dijetu za ovakvu terapiju i naglašavaju da ovo ne mora pogoditi svako dijete, ali kod neke djece preporučuju tromjesečno uzimanje gama linolne kiseline ili D-amfetamina. Na početku liječenja je dobro utvrditi postoji li uopće problem kod izmjene tvari (Lauth i sur., 2008).

Jedan način liječenja alternativnom metodom je liječenje vježbanjem. Djeci s ADHD-om nedostaje i motoričke spretnosti. Zato se primjenjuje terapija vježbanjem koju provode mototerapeuti i diplomirani sportski učitelji. Ergoterapija nastoji učiniti

da osjetilni podražaji moraju povećati moć zapažanja i nastoji smanjiti nedostatak integracije osjetnih podražaja. Ergoterapija se sastoji od vježbi centriranja (slušanje jeke), motoričkih vježbi (žongliranje, vježbe spretnosti), izvođenja čarolija i ručnog rada (Lauth i sur., 2008).

Kao alternativne metode se koriste, u svrhu kognitivnih vježbi i tehnika oblikovanja ponašanja, vrlo različite neurofiziološke tehnike, a to su „neurofeedback“, „biofeedback“ i „edufeedback“, a većina ih je ukomponirana u djeci zanimljive računalne programe (http://www.poliklinikaabr.hr/objasnjenje-pojmova/132-lijecenjeadhd). „Biofeedback je metoda koja omogućava pojedincu naučiti kako promijeniti fiziološku aktivnost u svrhu poboljšanja zdravlja i određenih funkcija“ (Huić, 2014, 12). „Neurofeedback (EEG biofeedback) je kompjuterizirana metoda praćenja i davanja povratne informacije (feedback) o električnoj aktivnosti mozga (EEG-a)“ (Huić, 2014, 12). „Edufeedback je tehnologija nastala kombiniranjem skeniranja moždanih impulsa, kognitivnih vježbi i tehnika oblikovanja ponašanja“ (http://budenje.hr/play-attention-sustav-ucenja/).

„Edufeedback“ tehnologija je nazvana „Play attention“. „Play attention“ je računalni program koji sadrži razne igre, a koristi se moždanim valovima koji mogu pokrenuti neku igru. Redovito korištenje ovog sustava pomaže pri održavanju pažnje, pri učvršćenju fokusa pažnje i poboljšanju pamćenja kod osoba s ADHD-om. „Play attention“ koristi tehnologiju razvijenu za pilote i biciklističku kacigu opremljenu senzorima koji su spojeni na računalo. Sastoji se od 5 igara, a njihov je cilj produljiti pažnju, vizualno pratiti neki objekt, razlučiti bitne i nebitne objekte te poboljšati kratkotrajno pamćenje. Ako je igrač usredotočen na određeni objekt na ekranu, onda igra igru, ali ako pažnja oslabi i objekt se prestane micati na ekranu, onda igra prestaje. Igrač, da bi pokrenuo igru, ponovno se mora usredotočiti na objekt (https://kocijan-hercigonja.com/hr/play-attention/).

Dr. Melillo (2016) je došao do drugih saznanja o mozgu i iznosi svoj poseban program kojima pokušava liječiti djecu s neurološkim poremećajima, pa tako i djecu s ADHD-om. Tvrdi da neurološki poremećaji nastaju zbog neravnoteže u mozgu. Postoji disbalans između dviju polutki mozga, pa ometa komunikaciju između polutki i integraciju informacija. Smatra da će simptomi poremećaja nestati ako se uskladi funkcioniranje polutki. Stoga je pokrenuo „Program ravnoteže mozga“. Taj

program se bavi simptomima koje dijete ima tako da stimulira slabije razvijenu polutku mozga. U sklopu programa rade se različite senzomotoričke vježbe, senzorno-akademske vježbe, uvode se promjene u prehrani, unosu hranjivih tvari i promjene u ponašanju. Ističe kako puno znanstvenih studija potvrđuje da je ovaj program učinkovit, ali ostali stručnjaci rade ipak na svoj način.

11. DJECA S ADHD-om U OBITELJI

Obitelj je za djecu vrlo važan čimbenik za odrastanje jer u obitelji uče održavati veze, odnositi se prema drugima, postavljati ciljeve, rješavati određene probleme i svladati tenzije između vlastitih očekivanja i socijalnih očekivanja. Djeca s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem imaju poteškoće s usvajanjem ovih vještina jer im impulzivnost, hiperaktivnost i nepažnja stvaraju probleme sa socijalnim normama i okolinom. Načini na koji roditelji ovu djecu uče željenom ponašanju utječu na njihovu socijalnu prilagodbu i razvojni put. Kroz to poučavanje djece roditelji se nose s neželjenim ponašanjem, postavljaju djeci granice i očekivanja te pokušavaju stvoriti obiteljski identitet i emocionalnu klimu. Postoje brižni roditelji, puni ljubavi i razumijevanja, koji znaju odgovoriti na djetetove potrebe, a istovremeno znaju postaviti granice i pravila u ponašanju djeteta. No, postoje i roditelji koji ne postavljaju jasna pravila, realna očekivanja i jasne zahtjeve pred svoje dijete i koji dijete strogo kažnjavaju te nemaju uopće razumijevanja za njega (Velki, 2012).

Vrlo je bitna temeljita edukacija o deficitu pažnje/hiperaktivnom poremećaju kad se otkrije da dijete ima ovu dijagnozu. Roditelji su ti koji se moraju prvotno sami educirati o ADHD-u kako bi mogli posebno dobro poznavati ovu teškoću. Važno je i zbog toga da mogu na što jednostaviji način sve informacije o teškoći objasniti djetetu. Bake i djedovi, braća i sestre te ostali članovi obitelji isto moraju steći neka znanja o ADHD-u kako bi se znali primjereno ponašati prema djetetu (Phelan, 2005).

Simptomi ADHD-a negativno utječu na obiteljsko ozračje. Vrlo često dolazi do konflikata, bračnih problema, upotrebljavaju se odgojne metode koje se temelje na kaznama, negativnim emocijama, većoj razini stresa i manja je pozitivnost. Uz poremećaj, problem krivnje i odgovornost su vrlo često izvori sukoba i to ne samo između roditelja i djeteta nego i među roditeljima (http://www.poliklinika-djeca.hr/publikacije/hiperaktivno-dijete/). Phelan (2005) navodi kako su stope rastanka i razvoda roditelja više u obiteljima gdje dijete ima ADHD, pogotovo ako se dijete neprikladno ponaša. Tvrdi kako je ugroženost braka pogoršana sklonošću djeteta da se drugačije odnosi prema majci nego prema ocu, no istraživanja pokazuju kako bračno savjetovanje uvelike može pomoći. U obitelji će vrlo vjerojatno vladati negativno ozračje uz dijete s ADHD-om. Roditelji moraju biti svjesni da s djetetom

koje ima deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj treba imati puno strpljenja i ljubavi. Trebaju se koristiti metodama u odgoju koje se temelje na pozitivnosti i pohvalama, a time bi se trebali smanjiti simptomi hiperaktivnosti i impulzivnosti. Poboljšanje u djetetovom ponašanju uvelike utječe na poboljšanje odnosa s roditeljima i na smanjenje kazni u odgojnim metodama. No, emocionalno se ozračje ne mijenja, a to dovodi do pada samopouzdanja kod roditelja i do podizanja razine stresa. Time dolazi do smanjenja roditeljske sposobnosti i naglašava se problematično ponašanje djeteta, a to dovodi do još više stresa i još većeg manjka samopoštovanja kod roditelja. Roditelji koji su pod stresom mogu dovesti do pogoršanja simptoma impulzivnosti i hiperaktivnosti kod djeteta. Općenito, metode odgoja koje roditelji primjenjuju, pravila ponašanja koja odrede unutar obitelji i obiteljska klima koju stvore su vrlo važni čimbenici za razvoj djetetovih poželjnih i nepoželjnih ponašanja (Velki, 2012).

Vrlo često se događa da roditelji tvrde kako su već isprobali sve metode u odgoju djeteta, ali se osjećaju neuspješno i umorno. I u brižnim obiteljima s djetetom koje ima ADHD međusobni su odnosi nerijetko napeti. Jedan od najvećih problema u odnosu između roditelja i djeteta s ADHD-om je sukob vezan uz djetetov neposluh. Neposluh može biti posljedica nepažnje, ali i nerazumijevanja roditelja. Dakle, dijete s ADHD-om i roditelji često imaju probleme u komunikaciji koji dovode do još većih problema (http://www.poliklinika-djeca.hr/publikacije/hiperaktivno-dijete/).

Kod djeteta s ADHD-om se može razviti i osjećaj nepravde. Dijete zbog nakupljenog stresa, ljutnje i osjećaja bespomoćnosti smatra da ga se tretira prema nepravednim i ograničavajućim pravilima. Roditelji na djetetovo ponašanje znaju reagirati neprimjereno i ljutito što dovodi do djetetovog prkosnog ponašanja i tako se stvara zatvoreni krug neprekidnim obiteljskim svađama i borbama (http://www.poliklinika-djeca.hr/publikacije/hiperaktivno-dijete/).

Dijete s ADHD-om stalno priča, stvara buku, uništava stvari u kući, skače i slične radnje izvodi bez nekog razloga. Roditelji dobivaju pozive da dođu u školu zbog neprimjerenog ponašanja njihovog djeteta i zbog loših ocjena. Čest slučaj je da obitelj bude odbačena i da ih šira obitelj i prijatelji prestanu zvati na razna okupljanja i događaje zbog djetetova ponašanja. Roditelji djeteta s ADHD-om imaju osjećaj nesposobnosti, nesigurnosti i stresa, osjećaj beznađa i bespomoćnosti. Lauth i

suradnici (2008) tvrde kako je u pravilu najčešće stresom pogođena majka jer s većim dijelom djetetove teškoće se ona nosi. Roditelji koji na početku ne znaju o kakvom se poremećaju kod djeteta radi skloni su dijete proglasiti zločestim i neposlušnim. Tada znaju krivim odgojnim metodama reagirati prema djetetu (http://www.poliklinika-djeca.hr/publikacije/hiperaktivno-dijete/).

Nekolicina roditelja misli da su sami krivi za djetetovo ponašanje pa se počnu osjećati loše te počinju popuštati djetetu i ne postavljati mu granice i pravila. Phelan (2005) tvrdi kako nema potrebe da ijedan roditelj ima osjećaj krivnje da je učinio nešto što je uzrokovalo problematično ponašanje njegova djeteta. Ni dijete također nije krivo što ima ADHD, a nije ni došlo na svijet da zagorčava život roditeljima. Nadalje, autor smatra kako to nebi trebalo rezultirati tako da to bude djetetova isprika za sve što radi jer za svako neprilično ponašanje mora slijediti disciplinska mjera.

Znakovi koji su pokazatelji da postoje ozbiljniji problemi u obitelji su stalni sukobi, izbjegavanje druženja i ostalih okupljanja, prepiranje roditelja oko provođenja discipline, roditelji nemaju vremena za sebe i druge članove obitelji jer provode puno vremena pisajući domaće zadaće s djetetom koje ima ADHD, svađe i sukobi za vrijeme objedovanja, rasprave djece i roditelja oko obaveza i kućanskih poslova, napetost zbog djetetovih problema u učenju i ponašanju (http://www.poliklinika-djeca.hr/publikacije/hiperaktivno-dijete/).

Link i Phelan (2001, prema Bartolac, 2013) definiraju stigmu kao socijalno pripisano obilježje koje odjeljuje osobu od drugih, a pri tome ju povezuju s neželjenim osobinama. Tada dolazi do odbacivanja ili izbjegavanja te osobe. Stigma s kojom se susreću djeca s ADHD-om i njihovi roditelji je njihova svakodnevica. Za djecu s ADHD-om se govori da su zločesta, neodgojena i lijena, a za njihove roditelje da su popustiljivi i ne znaju odgojiti djecu. Rezultati jednog istraživanja pokazuju kako su roditelji najčešće iskazivali zabrinutost zbog nazivanja njihove djece lošim i problematičnim djetetom i djetetom koje izaziva nevolje. Bojali su se da njihova djeca neće imati mogućnosti kao druga djeca i da će zbog odbacivanja biti usamljeni i niskog samopoštovanja. Roditelji su posebno isticali da se društvo ne želi baviti neposlušnom djecom.

Roditelji moraju pronaći način na koji će spriječiti da problematično ponašanje djece upravlja njihovom svakodnevicom. Dijete više ne bude bilo

neuspješno, bolje će se snalaziti u socijalnom okruženju i imat će više samopouzdanja. Da bi do toga došlo potrebno je puno razumijevanja i povjerenja između roditelja i djeteta.

Djeca s ADHD-om uvijek trebaju nekoga uz sebe tko će ih usmjeravati u pravom smjeru, ohrabrivati ih, pomagati im i isticati njihove pozitivne osobine. Dakle, važno je djetetu pružiti potporu (Lauth i sur., 2008).

Roditelji moraju zadržati čvrst unutarnji stav i čvrsto unutarnje mišljenje o tome kako treba gledati na djetetove probleme i sagledati što je dobro i za dijete i za obitelj. Bilo bi dobro da roditelji ulože trud u to da dijete postigne bolji uspjeh u nekim važnim područjima života i da se ne fokusiraju samo na njegovo problematično ponašanje (Lauth i sur., 2008).

Roditelji moraju poboljšati svoj odnos s djecom kako bi se vidio pomak u njihovom ponašanju. Savjetuje se roditeljima da svaki dan odvoje barem pola sata za igru s djetetom kako bi mu se tada potpuno posvetili. Zajednička igra, zajedno s pohvalama, stvara pozitivno ozračje i dovodi do nove spoznaje. Roditelji će promijeniti svoje mišljenje i pristup prema djetetu kada vide onu njegovu drugačiju stranu koja je umiljata, zainteresirana i vrijedna ljubavi. Djeca će također kroz ovaj pristup shvatiti da ih roditelji bezuvjetno vole (Lauth i sur., 2008).

Djetetu s ADHD-om je bitno odrediti pravila, planirati aktivnosti i održavati rutinu. Kada roditelji to uspiju uspostaviti, kasnije će im se olakšati svakodnevica. Rutina je djetetu važna kod ustajanja i oblačenja, pri ručku, kod zadaće, kod odlaska u krevet i kod strukturiranja dnevnog rasporeda. Dijete je mirnije kada su uz njega prisutna oba roditelja u nekom trenutku, npr. uvečer. Ako je prisutna samo majka ili samo otac, pisanje zadaće, pospremanje sobe i kupanje će proteći uz više sukoba. Lauth i suradnici (2008) tvrde da je bolje da otac preuzme odgoj djeteta zato što su djeca s ADHD-om u većini slučajeva dječaci, pa im otac može poslužiti kao pozitivan primjer. Oba roditelja bi trebala razgovarati o tome bi li otac trebao preuzeti glavnu ulogu u odgoju djeteta. Otac treba sudjelovati u više aktivnosti s djetetom. Obitelj bi trebala imati zajedničke obiteljske obaveze i više vremena provoditi zajedno.

Važnu poziciju u obitelji djece s ADHD-om zauzimaju odnosi s braćom i sestrama. Njihov odnos s braćom i sestrama je ispunjen konfliktima i uvelike je pod utjecajem simptoma ADHD-a koje ima to dijete. Djeca s ADHD-om često znaju reagirati nepromišljeno zbog impulzivnosti, pa udaraju, guraju ili vrijeđaju braću i sestre (Velki, 2012). No, između njih ipak postoji bliskost i toplina.

Braća i sestre djece s ADHD-om su često zapostavljena jer roditelji moraju većinu pozornosti i vremena povetiti djetetu s ADHD-om. Sukobi između braće i sestara su gotovo pravilo, a ne iznimka u pojedinačnim slučajevima. Djeca se obično međusobno svađaju oko igračaka i zbog zadirkivanja bez razloga. Roditeljima se preporučuje da mirno analiziraju sukobe kako bi otkrili zbog čega do njih dolazi (Lauth i sur., 2008).

Roditelji se trebaju usredotočiti samo na ono što je bitno, jer se često događa da roditelji reagiraju na sve krive događaje koje dijete napravi. Roditelj mora razlučiti koja su ponašanja bitna i koja želi promijeniti, a koja se mogu donekle tolerirati. Neke situacije neprimjerenog ponašanja treba ignorirati kako bi dijete ubuduće to što manje ponavljalo. No, na neka nepoželjna ponašanja treba dosljedno reagirati. Ne smije se dopustiti da roditelja obuzmu emocije. Dijete samo mora ukloniti štetu koju je napravilo, a to će pomoći da se nepoželjno ponašanje prirodno otkloni. Roditelji jačinom i visinom glasa moraju dati do znanja da su ozbiljni. Dijete ne treba opominjati prečesto, nego jednom, a ako prekrši pravilo, slijedi kazna. Kritike koje roditelji iznose moraju biti usmjerene na djetotovo ponašanje, a ne na njega kao osobu. Određena pravila koja se postave treba pojasniti i djetetu i ostalim članovima obitelji te ih se dosljedno pridržavati. Pravila mogu glasiti: dolaziti kući u isto dogovoreno vrijeme, ne vrijeđati braću i sestre, ne lagati, gledati samo određene i dogovorene emisije na televiziji, u dogovoreno vrijeme ići u krevet i ne se svađati u automobilu tijekom duljih vožnji. Preporuča se da se postavi najmanje pet pravila i da ako dijete s ADHD-om prekrši koje, mora snositi posljedice. Dijete se mora podsjećati na pravila koja su dogovorena. Ponekad mu treba dati i mogućnost izbora u tim pravilima, npr. ako se dijete ujutro samo oblači, onda neka samo odabere što će obući (Lauth i sur., 2008).

Roditeljima se preporuča da postave svom djetetu ostvarive ciljeve u poželjnom ponašanju ili određenim obavezama i da mu u tome pomognu. Pri tome

treba davati jasne i kratke upute djetetu, pa se roditeljima preporučuje upotreba kratkih i jasnih riječi, izostavljanje predbacivanja, realističnost, stavljanje na stranu onoga što je prošlo, razgovor o sebi, ne postavljati pitanja, izravno obraćanje djetetu. Primjer dobre upute je: „Vidim da se nisi počešljao. Molim te da to učiniš.“ i „Sad ćemo objedovati. Molim te stavi igračke u kutiju.“. Savjet je da se roditelji kada nešto govore djetetu sagnu, stave im ruke na ramena ili ga pomiliju po leđima i pogledaju u oči. Ako je dijete s ADHD-om nešto čulo, ne mora značiti da je i razmjelo (Lauth i sur., 2008).

Lauth i suradnici (2008) pišu kako je u prijašnjim istraživanjima utvrđeno nekoliko situacija koje su problematične za djecu s ADHD-om, npr. kod odijevanja i presvlačenja, kod pisanja domaće zadaće, kod izvršavanja kućanskih poslova, kod zajedničkih posjeta rodbini i sl. Roditelji bi mogli unaprijed planirati ponašanje svog djeteta kako bi znali spriječiti problematično ponašanje. Tako bi trebali razgovarati s djetetom prije odlaska u posjetu ili prije odlaska u zajedničku kupovinu, a tu je opet bitno dati djetetu jasne upute.

Roditelji bi trebali svoju djecu redovito pohvaljivati. Tako će ono dobiti povratnu informaciju da je ono što je dobro napravio primjereno ponašanje i zato će to češće ponavljati. Tako ujedno dobivaju i pažnju roditelja, a djeci je to vrlo važno. Lauth i suradnici (2008) navode kako je dobro da dijete za svaku pohvalu dobije određeni kupon koji može zamijeniti za neku poslasticu ili dar, a time bi se ponašanje brže promijenilo u pozitivno.

Jedna od vrlo stresnih situacija i roditeljima i djeci s ADHD-om je pisanje domaće zadaće. Već je prije bilo spomenuto kako djeca s ADHD-om imaju poteškoća s čitanjem, pisanjem i računanjem, pa im je zbog toga teško samostalno pisati domaću zadaću. Uz to, još ne mogu dugo mirno sjedini na jednom mjestu, pa dolazi do problema. Savjet roditeljima je da urede djetetovo mjesto za pisanje zadaće tako da djetetu ništa ne odvlači pozornost i da može sjediti mirno za pisaćim stolom. Bilo bi dobro dogovoriti i točno određeno vrijeme u koje će dijete svaki dan počinjati s pisanjem domaće zadaće. Pisanje zadaće se može podijeliti na razdoblja i nakon svakog razdoblja napraviti djetetu kratku pauzu u kojoj će odmoriti od pisanja. Kada dijete nešto ne zna samo napisati, ne treba mu riješiti zadatak, nego ga treba navesti

na točan odgovor. Za bolju motivaciju djeteta može se uvesti nagrada za pisanje zadaće (Lauth i sur., 2008).

Lauth i suradnici (2008) pišu kako istraživanja pokazuju da su majke koje imaju djecu s ADHD-om iscrpljenije od ostalih majki, ne vjeruju u svoje odgojiteljske sposobnosti, depresivnije su, osjećaju se krivima i izoliranije su iz društva. Autori navode kako je majka uglavnom ta koja se brine stalno o djetetu, a otac vrlo često nema razumijevanja za majku i dijete. Smatraju da bi se to trebalo promijeniti i oca uključiti u odgoj da se majku rastereti. Lauth i suradnici (2008) i Velki (2012) tvrde kako bi roditelji trebali odvojiti vrijeme za sebe, relaksirati se, odmoriti se i opustiti. Navode kako to nije nipošto sebično, nego kako će na takav način biti snažniji i odmorniji za suočavanje s novim problemima.

Već je ranije spomenuto kako djeca s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem imaju problem sa sklapanjem i održavanjem prijateljstva. Djeca su često svjesna toga da su izolirana i odbačena. Zadatak roditelja je pomoći djeci pri stvaranju prijateljstava. Roditelj može pomoći djetetu da prijatelja pozove k sebi u kuću. Bilo bi dobro zajedno s djetetom isplanirati kako će djeca vrijeme provesti zajedno. Djeca i roditelji kod kuće mogu vježbati socijalne vještine tako da se odglume određene situacije i pri tome nagrađivati dijete kada primjeni novu vještinu u ponašanju. Važno je da djeca nemaju gdje vidjeti agresivno ponašanje. Potrebno je upozoriti ukućane da se ne ponašaju agresivno, a takvi se sadržaji nebi smjeli gledati ni na televiziji. Roditelji mogu potaknuti dijete da se druži s djecom koji će mu biti model pozitivnog odnosa prema vršnjacima. Dijete bi se moglo uključiti i u određene aktivnosti koje ono odabere i kojima je sklon. Bitno je da se aktivnosti odvijaju u malim grupama i da imaju odraslog voditelja (Velki, 2012).

Roditelji se mogu uključiti u određene udruge ili grupe za podršku. Tamo mogu razmjenjivati iskustva i raspravljati o različitim situacijama i problemima. U Hrvatskoj u većim gradovima postoje udruge: „Buđenje“, „Idem“, „ADHD i ja“, „Živo srebro“ i druge. U sklopu njih ponekad djeluju i stručnjaci, npr. psiholog, defektolog i dr., pa su dostupni da im se roditelji obrate za pomoć. U sklopu udruga često se organiziraju edukacije za roditelje i učitelje te radionice za djecu. Neki gradovi imaju udruge u kojima su uključeni psiholozi kako bi mogli savjetovati roditelje i biti podrška roditeljima i djeci (Velki, 2012).

Ferek (2006) navodi kako su hiperaktivni sanjari zahtjevnija djeca jer postavljaju puno pitanja i emotivno reagiraju. Savjetuje roditelje da svoju djecu s ADHD-om hvale zato što su različiti i da im dopuste da se bave nečime što ih veseli. Tvrdi da roditelji imaju najvažniji utjecaj na razvitak djece i zato poziva roditelje da razumiju svoju djecu čak i kada ih je teško razumjeti.

12. DJECA S ADHD-om U ŠKOLI

Dobro je znano da prve teškoće djeteta s ADHD-om i njegovih roditelja počinju polaskom djeteta u školu. Najveći problemi te djece su hiperaktivnost, manjak koncentracije, nepredvidivost i impulzivnost, a s time bi se trebala prilagoditi tradicionalnoj školi. Dijete ne može mirno i dugo sjediti u učionici kao ostala djeca u razredu. Učenik će obraćati pažnju na nešto što ne bi trebao, lako se ometa, vrpolji i kreće okolo kako bi ometao druge učenike (Thompson, 2016). Dijete s ADHD-om često doživljava školski neuspjeh, a to frustrira učitelje, roditelje, a i samo dijete. Teško se prilagođava određenom rasporedu rada i ne može podnijeti dug boravak u školi, cijelodnevnu nastavu ili poslijepodnevno ostajanje u školi. Zbog slabe koncentracije sve ga ometa u radu, posebno druga djeca (Kadum-Bošnjak, 2006).

Učitelji moraju potaknuti svu djecu, a osobito djecu s ADHD-om, da pišu što imaju za domaću zadaću, a dobro je povremeno i provjeriti je li dijete sve zapisalo. Preporučuje se da dijete sjedne u prvu klupu kod učitelja i da ima što manje stvari na stolu kako mu nebi odvlačilo pažnju. Prvčić i Rister (2009) tvrde da je poželjno da dijete s ADHD-om ne sjedi pokraj prozora ili vrata jer će podražaji izvan učionice dekoncentrirati dijete tijekom rada. Navode i to da je učiteljima bitno usmjeriti se na ono pozitivno što je dijete napravilo, a ne na nešto u čemu je pogriješilo. Usmjeravanje učitelja na ono što je dijete dobro napravilo povećava njegovu motivaciju i jača osjećaj kompetencije i postignuća.

Učenici s ADHD-om, ovisno o složenosti poremećaja, mogu: pratiti nastavne sadržaje uz individualizirani pristup i s prilagođenim metodama i oblicima rada, uz dodatnu pomoć defektologa ili socijalnog pedagoga; pratiti nastavu po prilagođenom programu, uz prilagođene oblike rada i pomoć defektologa ili socijalnog pedagoga; pratiti nastavni proces u posebnim razrednim odjelima (Kadum-Bošnjak, 2006).

Stavovi učitelja o djeci s ADHD-om od posebne su važnosti s obzirom na to da su teškoće koje dijete ima u školi najčešći razlog njihovog upućivanja na dijagnostičku procjenu. Učitelji razredne nastave su svaki dan u kontaktu s djetetom, pa tako svojim razumijevanjem i reakcijama na djetetovo ponašanje mogu imati osobit utjecaj na prilagodbu djeteta u školski sustav (Bartolac, 2013).

Prilagodba na obrazovni sustav teška je za djecu s ADHD-om, a to je osobito vidljivo na prelasku iz predškolske dobi, u kojoj se djeca slobodno igraju i mnogo kreću, u školsku dob kada se od djece očekuje dugotrajno sjedenje i usmjeravanje pažnje na nastavne sadržaje. Prestaje i tolerantnost socijalne okoline na djetetovo ponašanje, pa se dijete i roditelji suočavaju sa sve većim neodobravanjem okoline. Neka provedena istraživanja pokazuju da djeca s ADHD-om imaju manji broj godina školovanja, imaju lošije ocjene, polažu manji broj ispita, imaju lošije rezultate na standardiziranim testovima i manje su aktivni u školi. Također je dokazano da lošije socijalno funkcioniraju i teško se prilagođavaju socijalnim zahtjevima, imaju manje prijatelja, postižu lošiji radni status i radni učinak, imaju veći broj problema koji proizlaze iz slabije socijalne prilagodbe (Bartolac, 2013).

Iako neka djeca s ADHD-om imaju normalne odnose s vršnjacima, većina ih nema i odbačena su iz društva. Djecu s ADHD-om nova skupina vršnjaka odbaci već u prvih nekoliko sati ili dana, a razlog tome je njihovo negativno, ometajuće ponašanje i manjak socijalnih vještina. Istraživanja pokazuju da vršnjake odbija njihova dominacija, agresivno verbalno i fizičko ponašanje, nepažnja, kršenje pravila i teškoće u učenju (Velki, 2012).

U drugom i trećem razredu djevojčice i dječaci se počinju odvajati, pa se igraju isključivo u istospolnim grupama. Provedeno je istraživanje koje je dokazalo da djevojčice koje imaju ADHD prolaze lošije od svojih vršnjaka, a posebno lošije od dječaka koji imaju ADHD. Djevojčice s ADHD-om teško ovladavaju vještinama socijalnih odnosa. Neke se djevojčice koje imaju ADHD lakše sprijateljuju s dječacima jer su tolerantniji prema izravnim sukobima. Spominju se i problemi zbog kojih djevojčice s ADHD-om imaju teškoće s prijateljskim odnosima, a to su učestalo kašnjenje, nesposobnost čuvanja tajni, naglost, bahatost, drskost, podcjenjivanje drugih, negativne emocije i sl. (Giler, 2012).

Istraživanje koje su provele Velki i Romstein (2016) pokazalo je kako postoji povezanost agresivnog ponašanja i vršnjačkog nasilja sa simptomima ADHD-a za sva tri oblika vršnjačkog nasilja (verbalno, tjelesno i elektroničko) i sve tri skupine simptoma ADHD-a (impulzivnost, hiperaktivnost, nepažnja) te postojanje povezanosti simptoma ADHD-a s reaktivnom i proaktivnom agresijom.

Provedena su i istraživanja koja su se bavila stigmatizacijom djece s ADHD-om od strane njihovih vršnjaka. Ona pokazuju na veći rizik od vršnjačkog odbacivanja djece s ADHD-om i na negativniju procjenu za razliku od druge djece koja imaju drugačije teškoće, npr. djecu s Downovim sindromom, astmom, djecu s motoričkim teškoćama (Bartolac, 2013).

Zrilić (2011) ističe kako djeca s ADHD-om mogu imati puno vrlina i talenata. Važno je da se otkriju kako bi ih učitelj mogao poticati i koristiti kao motivaciju u područjima u kojima mogu biti uspješni. Time bi stvorili prevenciju od stvaranja loše slike o sebi kod djeteta, prevenciju za razvoj emocionalnih teškoća i problema u ponašanju.

Prvčić i Rister (2009) te Velki (2012) tvrde kako je za uspješno školovanje djeteta s ADHD-om od velike važnosti suradnja roditelja i učitelja. Roditelji trebaju biti upoznati sa svakodnevicom u školi i očekivanjima koja su postavljena za dijete. Međusobna podrška i suradnja roditelja i učitelja je važna jer obje strane mogu ponešto naučiti jedna od druge, npr. o učinkovitim načinima rješavanja nekih nepoželjnih i problematičnih ponašanja, o djetetovim pozitivnim stranama i njegovoj motivaciji. Od pomoći može biti i bilježnica u koju će učitelji svakodnevno bilježiti zapažanja o djetetovo postignuću ili mogućim poteškoćama.

12.1. Kompetencije učitelja za rad u školi

Učitelj bi trebao razumjeti i shvaćati način na koji funkcionira dijete s ADHD-om. Ovakvo dijete je vrlo zahtjevan učenik jer njegovo ponašanje utječe na školski rad, na izvršavanje njegovih obaveza i na odgovornost. No, ono će moći, koliko je u njegovoj moći, uspješnije učiti u okolini koja podržava njegove individualne razlike fleksibilnog i strukturiranog pristupa. Ako je učitelj poticajan, brižan i nagrađuje dijete za njegove uspjehe, ono će davati i dobre rezultate jer će ga to motivirati za rad (Kadum-Bošnjak, 2006).

Svaki učitelj mora imati određene kompetencije za rad s djecom koja imaju deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj. Vrlo je važno da se učitelji redovito educiraju o ovoj teškoći, osobitno ako u razredu imaju učenika koji ima ADHD.

Učitelji se moraju prilagodini u nastavnome radu učenicima s ADHD-om. Bitno je da ocjenjuju učeniku sadržaj, a ne rukopis. Važno je omogućiti učeniku alternativnu metodu provjere znanja, odnosno usmeno ispivanje, audio ili video prezentacije i slično. Također, učitelji moraju omogućiti i alternativni način rješavanja zadataka u kojima nema velike potrebe za pisanjem, npr. verbalno izlaganje, korištenje slika, mapa i grafikona. Učitelju je vrlo važno privući djetetovu pažnju prije davanje određenih uputa koristeći upozoravajuće geste, npr. lagano tapšanje po ramenu, davati upute jednu po jednu, primjenjivati kombinirano pismene i verbalne upute i tražiti da ponovi upute. Učitelji moraju kombinirati vizualne, govorne, pisane i čimbene metode. Važno je učenika poučavati memorijskim tehnikama, npr. mnemotehnika, vizualizacija i sl. Informacije koje se iznose učeniku moraju biti potkrepljene konkretnim primjerima, odnosno mora se upotrebljavati princip zornosti. Od velike je važnosti učeniku omogućiti dodatno vrijeme za rad, podučavati strategije pisanja ispita znanja, koristiti jasne i pregledne forme za pisane tekstove, označiti mjesta za odgovore linijama i ostaviti dovoljno prostora za odgovor. Djetetu je potrebno nabrojiti, zapisati i izreći sve korake koji su potrebni za zadatak, podijeliti zadatak na nekoliko dijelova koje učenik mora riješiti u očekivanim vremenskim okvirima. Nove informacije koje se daju učeniku moraju biti jasne, kratke i u njemu razumljivim rečenicama. Učitelji često moraju provjeravati napredak, ali mogu i odabrati nekog učenika koji će pomoći učeniku s ADHD-om. Učeniku je potrebno pisane tekstove pripremiti tako da su bitni dijelovi podcrtani, a uz tekst i naznačiti bitne činjenice na koje učenik treba obratiti pozornost. Učitelji moraju omogućiti učeniku da sjedi blizu njih kako bi učenik mogao biti pod boljim nadzorom. Učeniku treba jasno reći što se od njega očekuje i svako poželjno ponašanje nečime nagraditi. Učitelji trebaju omogućiti djetetu priliku za ustajanje i kretanje tijekom nastavnog sata i smisliti određene aktivnosti koje zahtjevaju kretanje, npr. da obriše ploču, pozove nekoga i sl. Znaju da trebaju nagrađivati učenikovu pažnju i nagraditi izvršavanje određenih aktivnosti na vrijeme. Zato je potrebno smanjiti mogućnost odvlačenja učenikove pažnje bukom iz okoline. Učitelji osiguravaju razumljivost predavanja takvim učenicima kako bi mogli ostati skoncentrirani na predavanje. Učitelji podučavaju učenike metodama samonadzora tako da potiču prekidanje rada u određenom trenutku i pregledavaju što je napravljeno. Zatim pravovremeno daju obavijest o promjeni aktivnosti, odrede sredstva za izvršavanje aktivnosti i detaljno objasne sve korake (Zrilić, 2011).

Učitelj nikako ne smije dopustiti da se učenik s ADHD-om u razredu osjeća manje vrijedno i odbačeno. Pismene zadatke treba smanjiti u odnosu na ostale učenike, ali to treba učiniti nenapadno i ne smiju se isticati djetetova ograničenja. Učenika se ne isključuje iz grupnih aktivnosti i ne tjera ga se van iz razreda. Učitelji stalno moraju imati na umu kako dijete nije lijeno, nego ne može smireno raditi, pa mu treba uvelike pomoći u prilagodbi. (Zrilić, 2011)

Velki (2012) tvrdi kako nisu svi učitelji stručni u posebnom obrazovanju i da bi dijete s ADHD-om trebalo biti u razredu učitelja koji je stručan u posebnom obrazovanju. Broj učenika u razredu u kojem je dijete s ADHD-om bi trebao biti 15, ali ako razred ima više od 15 učenika, tada bi trebalo djetetu omogućiti asistenta u nastavi. Nadalje, učitelji bi trebali imati jednu bilježnicu u koju bi upisivali svakodnevne izvještaje o napretku djeteta u školi koju bi učenik pokazivao roditelju. Pisanje domaće zadaće koju daje učitelj učeniku s ADHD-om od 1. do 4. razreda nebi trebalo trajati dulje od sat vremena. Idealno bi bilo kada bi ovakvo dijete moglo imati jedan sat dnevno Tjelesnu i zdravstvenu kulturu kako bi potrošilo energiju i dalje moglo mirnije sjediti u učionici.

Učionica razreda u kojem je dijete s ADHD-om bi se trebala urediti. Može se uvesti mjesto na kojem učenici mogu nesmetano čitati ili pisati, slušati umirujuću glazbu ili raditi praktičan rad, a za to je potrebno pregraditi dio učionice ormarićem, policama ili kutijama (Jensen, 2004).

Velki (2012) piše kako treba češće učenike uključivati u rad u manjim skupinama jer je to korisno i za dijete koje uči i za dijete koje poučava. Ističe kako je dobro dogovoriti razredna pravila koja će učitelj i učenici zajedno osmisliti i onda ih se pridržavati. Može se objaviti i dnevni raspored pravila kako bi dijete s ADHD-om moglo znati što točno slijedi i kako bi se moglo bolje pripremiti. Nešto što se ne smije zaboraviti je nagrada za poštovanje razrednih pravila.

Savjet učiteljima je da održavaju razredne sastanke na kojima će se baviti temama ponašanja, osobitno ona problematična ponašanja koja imaju djeca s ADHD-om (Jensen, 2004).

12.2. Inkluzivno obrazovanje

Borić i Tomić (2012) ističu kako je pokretu inkluzije prethodio pokret integracije. Društvo je integracijom pomoglo djeci s posebnim potrebama. Inkluzija (lat. inclusio) znači uključivanje i podrazumijevanje, a u stručnoj se literaturi navodi kao biti uključen, pripadati, sudjelovati. Inkluzija ohrabruje svaku osobu s posebnim potrebama i pomaže joj da preuzme potpunu odgovornost za svoje ponašanje, učenje uz pomoć roditelja, učitelja i edukatora, a to uvelike utječe na međusobnu komunikaciju.

Djeca s ADHD-om su često izazov za učitelje u redovnim školama. Zbog toga su neki učitelji za to da se ova djeca školuju u specijalnim školama, međutim obrazovanje je glavni podsustav u društvima koja tvrde da se socijalna inkluzija postiže kroz prepoznavanje i uklanjanje svih prepreka kod pojedinaca za sudjelovanje u životu društva. Obrazovanje je sredstvo socijalizacije, razvijanja individualnog osjećaja identiteta i njegovanja vještina koje su potrebne za aktivno i korisno sudjelovanje u društvenoj i globalnoj zajednici. Inkluzivno društvo zato mora imati inkluzivan pristup obrazovanju koji daje prioritet jednakosti u stjecanju obrazovanja (Hughes i Cooper, 2009).

Hrvatski nacionalni obrazovni standard (HNOS) za ostvarivanje inkluzivnih potreba učenika s teškoćama naglašava potrebe i promjene za drugačiji i suvremen pristup ovim učenicima, a to su promjene u terminologiji u sustavu odgoja i obrazovanja, različiti sadržaji i oblici rada, osposobljenost učitelja i promjene u zakonskim odredbama. Naglašavaju se potrebe učenika, potrebe za individualizacijom u nastavi i osiguravanje dodatne podrške učenicima gdje se primjenjuju edukacijsko-rehabilitacijski programi. Nadalje, HNOS preporučuje izradu individualiziranog odgojno-obrazovnog programa (IOOP-a) za svakog učenika s teškoćama, pa tako i za učenike s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem (Kudek Mirošević i Granić, 2014).

Kada dijete ima teškoće u učenju, škola treba pokrenuti izradu individualiziranog odgojno-obrazovnog programa. IOOP izrađuju učitelji u suradnji sa stručnim suradnicima, a o tome trebaju biti upoznati i roditelji djeteta. Kod

kreiranja IOOP-a postoje koraci koji se moraju ispuniti da bi IOOP bio učinkovit. Svaki individualizirani program mora sadržavati ono što taj učenik može i ono u čemu je uspješan. Prvo je potrebno napraviti inicijalnu procjenu učenika, odnosno procjenu razine akademskog postignuća i funkcionalne izvedbe, te kako učenik trenutno u školi radi. Cilj ove procjene je bolje sagledavanje učenikovih obrazovnih potreba kako bi im se pružila primjerena podrška u poučavanju i učenju i kako bi kasnije mogli pokazati stečeno znanje. Zatim slijedi utvrđivanje godišnjih ciljeva za učenika, očekivana razina znanja, izbor metoda rada i postupaka, izbor didaktičkih sredstava i pomagala, praćenje i ocjenjivanje postignuća učenika i uključenost učenika u ostale rehabilitacijske, odnosno psihoedukacijske tretmane. IOOP želi uspostaviti godišnje ciljeve za dijete i navesti oblik rada po kojem dijete radi. Učenici s ADHD-om su u školi uključeni u opće obrazovanje redovnog plana i programa, u dopunsku nastavu, dodatnu nastavu i izvannastavne aktivnosti. IOOP bi trebao sadržavati izvješća u kojima pišu podatci o napretku učenika i podatke, odnosno mišljenja što je učeniku potrebno za dopunsku ili dodatnu nastavu i koju je razinu znanja stekao nakon dopunske ili dodatne nastave. Svakom učeniku koji treba podršku u radu u školi treba izraditi IOOP. Kroz godinu treba zapisivati jesu li ciljevi ispunjeni. Osim godišnjih ciljeva, zapisuju se i provjeravaju mjesečni ciljevi. Na dodatnoj i dopunskoj nastavi je moguće uključiti sredstva i pomagala koja mogu olakšati učenicima učenje i sudjelovanje u školskim aktivnostima. Ukoliko učenik s ADHD-om ne sudjeluje u dopunskoj i dodatoj nastavi te izvannastavnim aktivnostima, IOOP mora sadržavati obrazloženje zašto ne sudjeluje (Kudek Mirošević i Jurčević Lozančić, 2010).

„Spremnost učitelja za uključivanjem učenika s ADHD poremećajem još i u neke dodatne oblike nastavnih aktivnosti uvelike odražava pravu sliku za prihvaćanjem tih učenika te provedbi individualiziranog odgojno-obrazovnog programa u cijelosti“ (Kudek Mirošević i Jurčević Lozančić, 2010, 205).

Ako se u okviru IOOP-a nalazi i oblik rada po prilagođenom programu, onda se prilagođava sadržaj i metodički pristup u radu s učenicima na nastavi. Prilagođeni program uključuje sadržajnu prilagodbu. Tada se sadržaj prilagođava učenikovim razvojnim sposobnostima i mogućnostima (Kudek Mirošević i Granić, 2014).

Inače, učenicima s ADHD-om je dovoljan samo individualizirani odgojno-obrazovni program u nastavi, ali ukoliko imaju još neku teškoću, uz IOOP rade po prilagođenom programu.

Borić i Tomić (2012) istraživanjem dolaze do zaključka da su stavovi učitelja iz redovnih škola o inkluziji učenika s posebnim potrebama uglavnom pozitivni. Većina učitelja se složilo s tim da je inkluziju moguće provesti u dosadašnjim uvjetima rada u školi, ali uz određene uvjete i izmjene. Kao uvjete su naveli: dodatnu edukaciju učitelja, manji broj učenika u razredima, suradnja učitelja i stručnih suradnika, bolja opremljenost škole didaktičkim materijalima i suradnja roditelja i učitelja.

13.PRIMJER IZ PRAKSE

Za potrebe ovog rada pratio se učenik drugog razreda redovne osnovne škole. U razredu ima 14 učenika, od kojih je jedan I.Š., dječak kojemu je dijagnosticiran ADHD, odnosno hiperkinetski poremećaj.

Dječak je rođen iz rizične trudnoće, a rođen je carskim rezom. Majka je imala 42 godine pri porodu. Prohodao je s 13 mjeseci, a progovorio nešto kasnije. Nakon toga uočena su odstupanja u razvoju govora, pa je od pete godine bio uključen u logopedski tretman. Učeniku je tada dijagnosticirana dislalija. Dječak po majci ima starijeg polubrata i stariju polusestru. Oni su odrasli i ne žive s dječakom. Po tati bratić I.Š. ima autizam. Otac I.Š. je napustio obitelj nakon njegovog poroda. Roditelji su nekoliko puta pokušali obnoviti zajednicu, ali svaki put bi završilo razdvajanjem. Otac je viđao I.Š. do njegove pete godine, a sada više uopće ne ostvaruje kontakt s dječakom. Bio je vezan za oca i plakao na rastancima. Majka govori kako je I.Š. nemiran još od dojenačke dobi jer nije dobro spavao, često je plakao i odbijao je hranu. Majka navodi kako je I.Š. usred noći vrištao i mogla ga je smiriti jedino tako da ga izvede van, umotanog u deku, pa da gleda u zvijezde na nebu.

U predškolsku ustanovu je upisan kada je imao 5 godina, ali nije se dobro adaptirao. Prilagodba je bila otežana. Uvijek se odvajao od druge djece. Tako je bilo i u obiteljskom i prijateljskom okruženju te je uglavnom bio u društvu s odraslima. Majka je prije predškole primjećivala osobitosti u dječakovom ponašanju, na način da je bio neposlušan, motorički aktivniji, sklon burnim reakcijama, govori da je znao treskati nogama, grebati se i odbijati hranu na način da povraća. Navodi i poteškoće u odgoju jer je bio energičan i eksplozivno se ponašao, pružao je otpor suranji s majkom i teško se koncentrirao. Majka prepričava kako je imao neprimjerene reakcije kada se naljutio i inatljivo se ponašao. Uvijek je bio nestrpljiv. Polazak u školu je bio odgođen, pa je dječak ponovno godinu dana išao u predškolu. Kada je polazio drugu godinu u predškoli, dječak se počeo uključivati u igru s drugom djecom i samo ponekad se povlačio. Majka ističe kako se tada volio igrati stiroporom i životinjama, da je volio sortirati stvari po bojama i da nije znao zakopčati dugmad. U obiteljskom okruženju je bio prkosan i neposlušan, ali i lako uvredljiv i osjetljiv. Dječak tada prvi put prolazi obradu multidisciplinarnog tima u Poliklinici za zaštitu djece i mladih grada Zagreba.

Kod prvog pregleda, u Poliklinici za zaštitu djece i mladih grada Zagreba, pedijatar navodi kako je I.Š. dječak kod kojeg dominiraju poremetnje viših funkcija, a navodi i da ima izražen motorički nemir i kratku te lako otklonjivu pažnju.

Psiholog je utvrdio da kod dječaka postoje teškoće u kognitivnom funkcioniranju na području grafomotorike, koncentracije, socijalnih odnosa i naveo kako će to imati utjecaja na dječakovo postignuće u školi. Zaključuje da se radi o dječaku ispodprosječnog općeg psihomotornog razvoja, da ima prisutnu impulzivnost, pretjerani motorički nemir, nestalnu pažnju i da je sklon burnom reagiranju. Navodi kako je dječak bio otvoren u razgovoru i opisivao je aktivnosti s majkom u vrtu te igre s vršnjacima. Oca je opisivao s negativnim terminima i naveo je kako je otac pričao bezobrazne riječi. Psiholog navodi kako se preporuča da se sredinom prvog polugodišta napravi procjena primjerenog oblika školovanja.

Kod defektologa I.Š. je tijekom razgovora i rada sklon digresijama, usmjeren je na aktivnosti vlastitog interesa. Neke zadatke u potpunosti odbija, ignorira zahtjeve defektologa i selektivno odgovara na pitanja. U razgovoru su prisutne teškoće izgovora, pa je dječakov govor povremeno slabije razumljiv. Nadalje, defektolog navodi kako je psihomotorno nemiran i da ima lako otklonjivu pažnju. Prilikom pisanja je više orijentiran na lijevu, nego na desnu ruku, a uz to neadekvatno hvata olovke. Tada zna napisati ime, ali ne raspoznaje slova. Nije usvojio glasovnu analizu i sintezu, a samostalno je brojao do prve desetice. Boje nije mogao imenovati iako je kuglice slagao prema boji i istim obilježjima.

Psihijatar također navodi kako je I.Š. nemiran dječak. Za vrijeme razgovora s majkom je u nekoliko navrata ulazio u sobu. Psihijatar ističe da se lako odvaja od majke. Također, započeo je nekoliko aktivnosti i niti jednu nije dovršio do kraja. Dječak sam započinje priču o aktivnostima s majkom i nabraja prijatelje iz predškole. Potvrđuje se da ima simptome iz kruga ADHD-a.

Cjelokupno mišljenje multidisciplinarnog tima je tada bilo da je I.Š. ispodprosječnog općeg psihomotornog razvoja sa simptomima iz kruga ADHD-a, odnosno prisutni su impulzivnost, izraženi motorički nemir, sklonost burnom reagiranju i kratkotrajna te lako otklonjiva pažnja. Tada I.Š. dobiva dijagnozu „F90-Hiperkinetski poremećaj“. Savjetovali su i da se zbog polaska u školu učini

pedagoška opservacija i individualizacija pristupa u nastavnom procesu i kako krajem prvog polugodišta treba napraviti procjenu primjerenog oblika školovanja.

Akademske godine 2015./2016. dječak I.Š. je upisan u prvi razred redovne osnovne škole. I.Š. tada počinje imati problema s čitanjem, miješaju mu se slova i brojevi, teško piše. Ponekad rado odlazi u školu zbog prijatelja, a ponekad odbija ići u školu. Majka primjećuje kako lakše memorira napamet. Prije početka pisanja domaće zadaće I.Š. odbija pisati i vrišti neko vrijeme dok ga majka ne uspije smiriti. Majka ističe kako je nekim danima najviša koncentracija uvečer oko 23h. Dok piše zadaću sve mu ometa koncentraciju. Ukoliko ulicom prođe kamion, on se ustaje i odlazi do prozora. Ako vidi kroz prozor da pada kiša dok piše zadaću, započinje razgovor o oblacima. Ne smije ništa imati kraj sebe na stolu niti ispred sebe osim pribora za pisanje. Ne može dugo sjediti na miru. Više puta tijekom pisanja zadaće on ustaje da bi prošetao. Majka navodi kako pisanje zadaće nekad zna trajati satima, ali uz kratke pauze. Ispadi bijesa i ljutnje su uglavnom usmjereni na majku, ali i u školi je znao imati ispad bijesa. Učiteljica tvrdi kako je drugim učenicima znao govoriti bez razloga ružne riječi, npr. glupačo, glupane, majmune, mrzim te, kravo itd. Učenika nakon nekog vremena škola ponovno šalje na kontrolu u Polikliniku za zaštitu djece grada Zagreba. Provedena je obrada i multidisciplinarni tim je donio zaključak da je dječak ekstremno niskog općeg kognitivnog razvoja, u ponašanju su prisutni motorički nemir, impulzivnost i poteškoće pažnje. Preporučili su nastavak školovanja prema nastavnom programu prilagođenom dječakovim sposobnostima i mogućnostima kako bi se podržali njegovi obrazovni potencijali i prevenirale moguće značajnije poteškoće. I.Š. osim ADHD-a ima dijagnosticiranu dislaliju i disgrafiju. Dječak je stoga nastavio tretman logopeda i socijalnog pedagoga, a posjećivao je i psihijatra te se daljnje prati njegov neurorazvoj. Dječak je uključen u udrugu „Buđenje“. U njoj je odradio nekoliko tretmana „neurofeedback“ sustavom koji je nazvan „Play attention“. Majka sama tvrdi kako je uvidjela pomake u ponašanju dječaka.

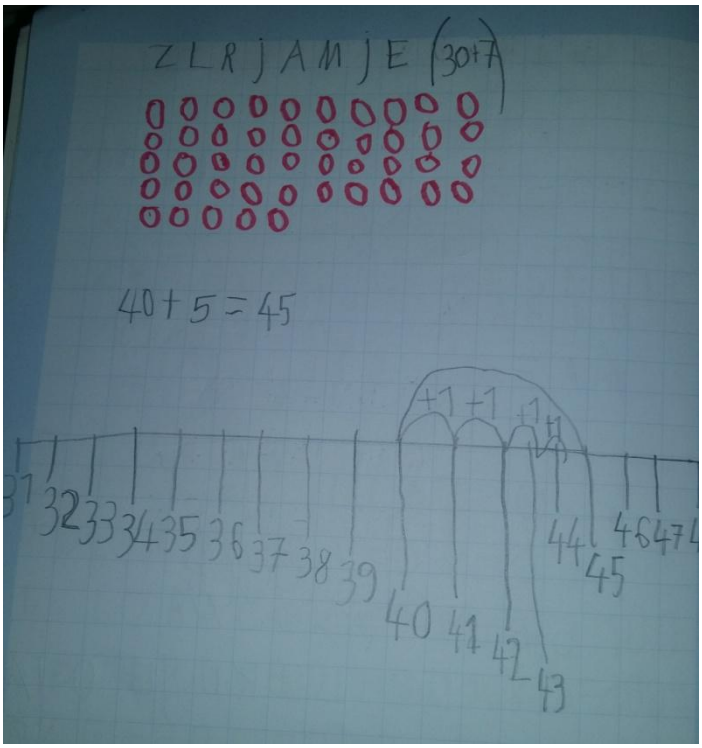
Prilikom praćenja u školi kod učenika su se vidjeli njegovi simptomi i navedena ponašanja. Iz škole se isto dobiva informacija da se ponašanje od početka prvog razreda, pa do drugog uvelike promijenilo na bolje. Učenici su se naviknuli na njega i pomažu mu, a on im uglavnom više ne govori ružne riječi, iako se nekad zna dogoditi da pretjerano reagira, pa izusti nesvjesno ružnu riječ. Majka je navela kako

on i prije nije te riječi govorio zato što to misli, nego zato što ima takvu potrebu. Pod nastavnim satom učenik više puta ustaje od stola i šeće po učionici. Odlazi do ormara, pa pregledava što ima u njemu i do prozora, pa gleda što se događa vani oko škole. Učiteljica mu dopusti da izađe tijekom sata na WC jer često traži smije li izaći iz učionice kako bi si natočio vodu u bocu i sl. U zadnjem dijelu učionice na podu se nalazi spužva i kutija s igračkama kako bi se djeca za vrijeme odmora mogla igrati, no I.Š. tamo smije otići i za vrijeme sata. Učiteljica pojašnjava kako on radi po prilagođenom programu. Govori kako učenik ne može samostalno rješavati pismeni ispit jer ne zna dobro čitati, mijenja slova prilikom pisanja, proslovka jedva nekoliko riječi i onda ne zna što se od njega u zadatku traži. Ako nešto pismeno rješava, učiteljica mu pročita zadatak, a on odgovori, pa uz pomoć nje napiše ili samo pokaže prstom koji odgovor je točan ako je zadatak takav da ga može riješiti vizualno. Tvrdi da ga nikad ne ispituje iznenada i nikada pred cijelim razredom jer govori „Ne znam. Ne želim. Neću.“. Na praćenju je uočeno kako učiteljica ispituje pojedine učenike gradivo iz Prirode i društva, a I.Š. šeće po učionici, pa ga učiteljica usput nešto pita, a on odgovori. Tako je dobio i ocjenu. Učiteljica dodaje kako je najmirniji svaki dan prvi sat, a kasnije postaje nemiran i opada mu koncentracija. I.Š. sjedi u prvoj klupi ispred učiteljice. U više navrata tijekom sata odlazi do nje i grli ju ili se igra njezinom narukvicom.

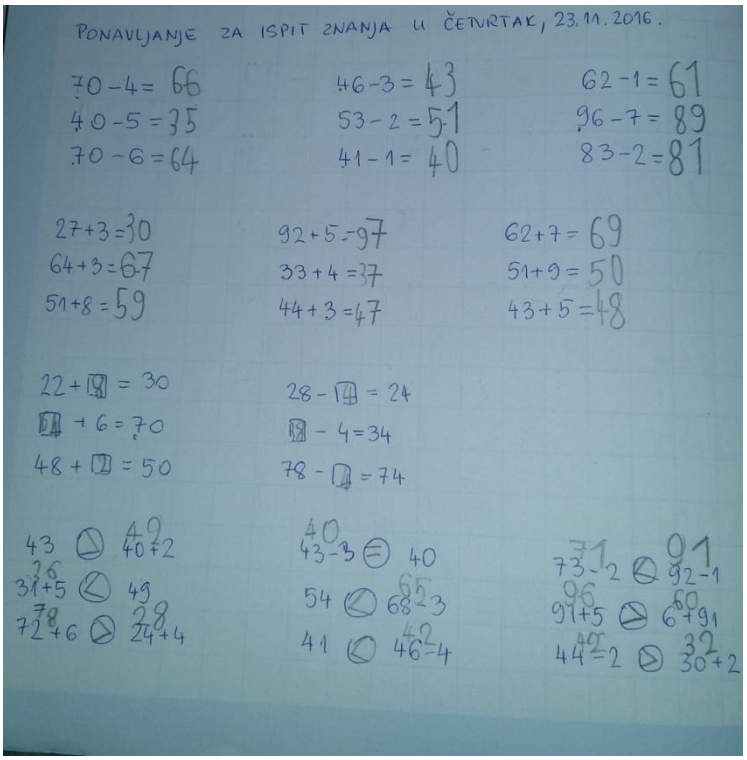
MATEMATIKA

Prilikom praćenja na matematici ostali učenici provjeravaju domaću zadaću dok I.Š. u početku mirno sjedi za stolom, ali ne provjerava svoju zadaću. Zatim, gleda oko sebe i okreće se. Potom uz pomoć učiteljice rješava zadatke u radnoj bilježnici koje nije riješio, a ostali učenici rješavaju neke druge zadatke u radnoj bilježnici. Stalno ustaje i odlazi do učiteljice. Traži dopuštenje za odlazak u WC. Nakon toga se vrati, pa nastavi rješavati zadatke. Potom odlazi do prozora i gleda što se događa vani. Dok se igra matematička igra, I.Š. zadaje zadatke ostalim učenicima. Učenik zna brojati od 100. Zna odnos većeg i manjeg broja, odnosno zna koji broj je prethodnik, a koji sljedbenik. Iako zamjenjuje brojeve, npr. slični su mu 2,12 i 20 te 24 i 42, 35 i 53 itd. Zbog toga mu je jako teško računati i rješavati zadatke sam. Zbrajao je uz pomoć ravnala i na prste. Još uvijek ne može napamet zbrajati. Množi uz pomoć tablice za množenje koju ima zapisanu na papiru, a tako i dijeli. Ne zna napamet tablicu množenja, ne može ju usvojiti, iako se nekada dogodi da zna

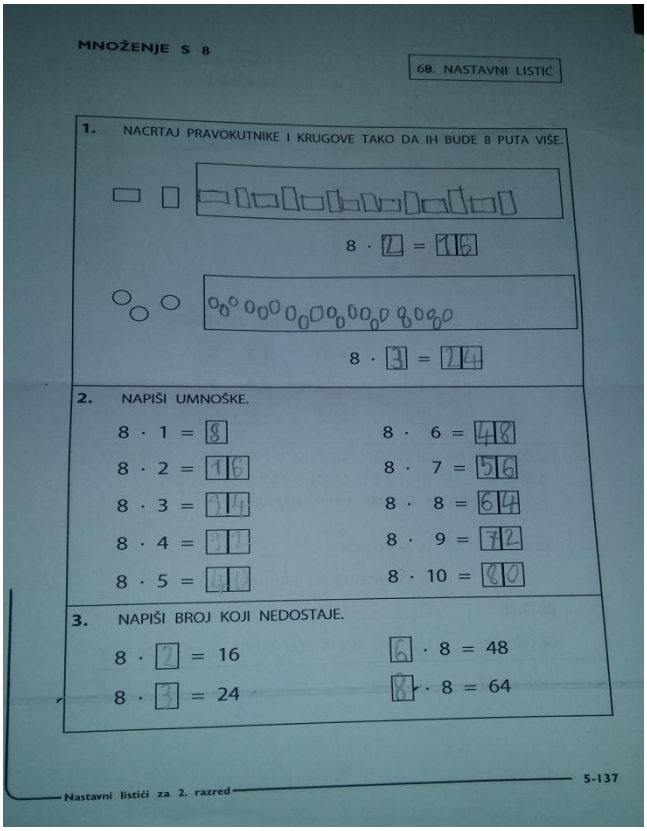
napamet pomnožiti neke brojeve. Učenik uglavnom zna rješavati jednostavnije matematičke zadatke, ali mu je potrebno puno pomoći oko pisanja i čitanja zadataka. Ne može pisati samostalno jer zamjenjuje brojeve, ne razumije što se od njega traži u zadatku i slično.



Slika 1. Primjer iz matematičke bilježnice (zbrajanje)



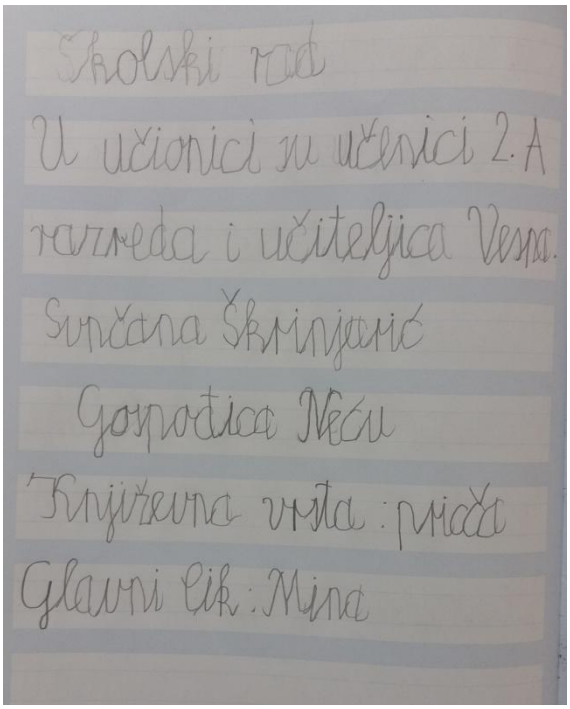
Slika 2. Primjer iz matematičke bilježnice (ponavljanje)



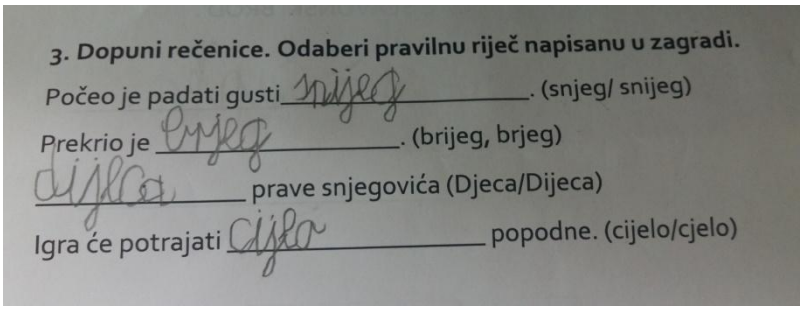
Slika 3. Primjer nastavnog listića

HRVATSKI JEZIK

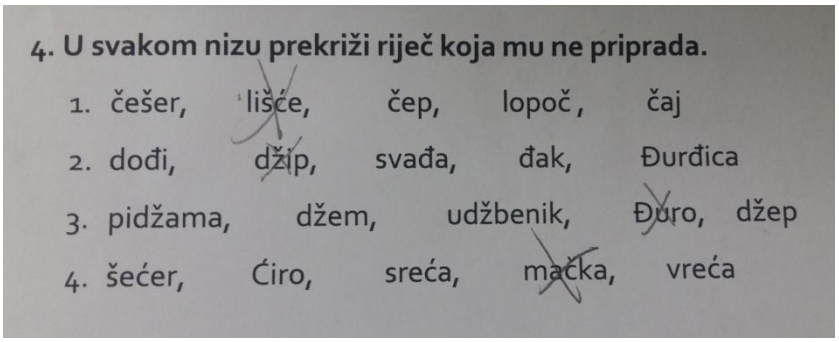
Dok drugi učenici čitaju tekst, I.Š. uz pomoć učiteljice prati tekst u knjizi. Govori: „Najviše mrzim gospođicu Neću“. Tako se zove tekst koji čitaju. Kada učiteljica zada ostalim učenicima zadatak, čita tekst s I.Š., a on se ne opire, nego se trudi. Slovka, zamjenjuje slova, jedva spaja slova u riječ. Nema automatizacije čitanja. Nakon čitanja odmah odlazi do prozora. Nakon što je sjeo na mjesto počinje se okretati i lupa nogama od klupu. Nakon što je čuo da vani leti helikopter, ustaje i odlazi do prozora pogledati. Učiteljica ga pita što je radila djevojčica u priči, a on odgovara: „Ne znam.“. Učenik ne može samostalno pisati ni čitati jer nije do kraja usvojena glasovna analiza i sinteza. Često zamjenjuje slova, npr. p-d, d-s, i-j-t-k-l, a-o, n-m, s-š-ž-z. Slova r i l su problem u izgovoru. Učenik nakon što pročita tekst, ne zna o čemu se u tekstu radi. Ako tekst čita više puta dok ga ne nauči, onda razumije tekst. Zadatke ne može rješavati samostalno jer ih ne može pročitati i razumjeti. Domaću zadaću piše uz plakat na kojem su napisana tiskana i pisana slova. U školi može prepisati s ploče gotovo bez greške jer kako učiteljica navodi on „precrtava“ slova. I.Š. uz pomoć učiteljice rješava radni listić. Ako ga prozove pred cijelim razredom da nešto kaže, on odgovori: „Ne znam. Ne želim. Neću.“



Slika 4. Primjer bilježnice iz Hrvatskog jezika



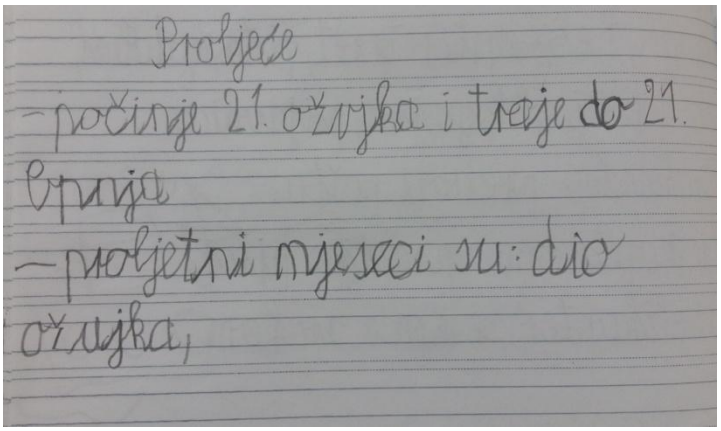
Slika 5. Primjer zadatka nastavnog listića iz Hrvatskog jezika (učenik pogađa odgovor)



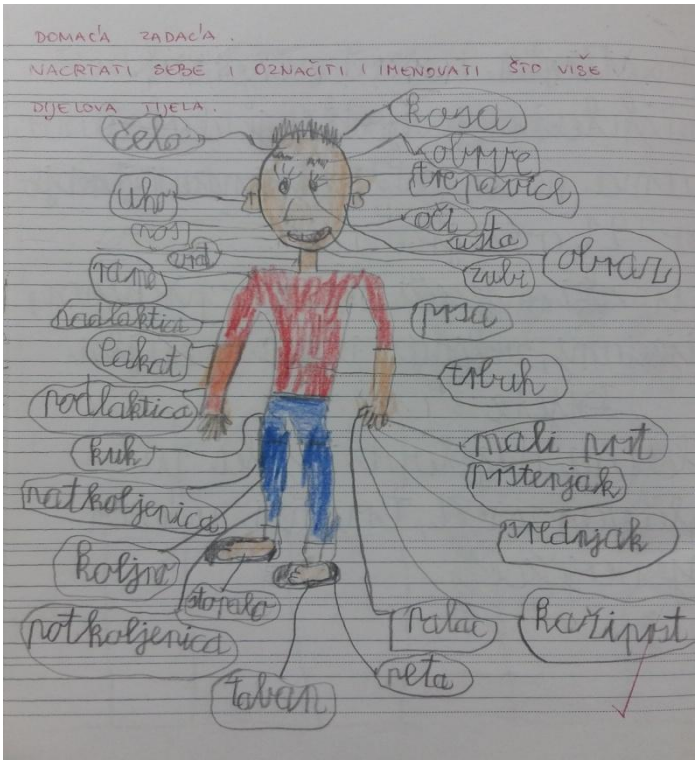
Slika 6. Primjer zadatka nastavnog listića iz Hrvatskog jezika (učenik uz pomoć učiteljice vizualno dolazi do rješenja)

PRIRODA I DRUŠTVO

Na satu Prirode i društva I.Š. je gradivo zanimljivije jer ga zanimaju priroda i životinje. Učiteljica je pustila video snimku o proljeću, a on je mirno sjedio i gledao. Nakon što je video snimka završila, on hoda po učionici, odlazi do ormara, a potom odlazi na WC. Kasnije prepisuje s ploče u bilježnicu. Dok razgovaraju o proljeću opisuje radove s mamom u vrtu. Kod kuće mu učenje Prirode i društva teško pada jer teško čita tekstove. Mora uložiti puno napora, a koncentracija mu je slaba. Više puta mora čitati tekst uz pomoć majke, pa ga ona kasnije ispituje pitanjima kako bi provjerila znanje.



Slika 7. Primjer bilježnice iz Prirode i društva



Slika 8. Primjer domaće zadaće iz Prirode i drušva

TJELESNA I ZDRAVSTVENA KULTURA

Učenik se na satu Tjelesne i zdravstvene kulture rijetko kada želi uključiti u igru. Ako se nešto ocjenjuje, učiteljica ga ne tjera da radi pred svima, ali nakon što svi budu ocijenjeni, on uglavnom pristane sam da i on odradi zadatak. Uglavnom je

neprecizan, nespretan i spor. Ako se ne uključi u igru s ostalima zabavlja se nečim drugim i to sam. Često dolazi do učiteljice nešto joj reći, a ponekad ju i zagrli.

GLAZBENA KULTURA

Učenik nekad odbija pjevati sa svima, ponekad i pjeva, ali vrlo kratko. Slabo pamti tekstove pjesama. Ovisi o koncentraciji. Uglavnom se šeće po učionici, kao i pod ostalim satima. Učiteljica ga nikada ne ocjenjuje kao ostale učenike da samostalno pjevaju. Tvrdi da ga čuje kako pjevuši pjesme pod odmorom ili za vrijeme nekog drugog sata jer mu pjesme ostanu u sjećanju, pa ga tako ocjenjuje.

LIKOVNA KULTURA

I.Š. je zadužen za donošenje vode u učionicu. Kada učenici idu po vodu s čašama, I.Š. mora biti prvi. Zadatak je nacrtati vodu u bilo kojem obliku. Svoj rad završava za manje od 10 minuta. Učiteljica dodaje kako uvijek brzo bude gotov s radom. Vrlo često zamijeni boje i ne zna ih uvijek sve imenovati. Učenik je izjavio kako voli likovni i voli crtati. Čini se zainteresirano dok slika. Često spominje majku kako joj se mora pohvaliti i govori učiteljici neka ga pohvali mami. Dok ostali dovršavaju rad, on otvara ormar i uzima nešto iz njega, zabavlja se time. Nakon toga, odlazi prošetati, pa se vraća na mjesto, a zatim opet ustaje kako bi pogledao što drugi rade.



Slika 9. Primjer rada iz Likovne kulture

Prilikom praćenja nije uočen oblik agresivnosti ili nasilja prema drugim učenicima. S vršnjacima se slaže prilično dobro. Pod odmorom se igra s ostalom djecom i nije odbačen. Dapače, učenici mu žele pomoći. Učiteljica navodi kako je

prije znao vršnjake bezrazložno udariti rukom u rame, ali to više gotovo i ne radi. Majka navodi kako je I.Š. učlanjen u Dobrovoljno vatrogasno društvo. Tamo isto uspostavlja dobar kontakt s vršnjacima, iako se više voli dužiti s mlađom djecom.

Majka ističe kako je na početku školovanja veliki problem bio s pisanjem zadaće, jer je I.Š. vrištao prije početka pisanja, a sada nema odbijanja pisanja domaće zadaće. Majka je bila na savjetovanju kada se djetetu uspostavila dijagnoza i promijenila je neke odgojne postupke. To je pomoglo da se ostvare pozitivni pomaci. Nadalje, majka priča kako I.Š. neobično i nemirno spava, tako da je sklupčan i okrenut prema madracu. Tvrdi da se uopće ne naspava. Isto tako je zanimljivo da ga smiriti može voda. Majka iznosi da na početku kada je vrištao prije početka pisanja zadaće ili kad bi morao nešto drugo napraviti, okupala ga je i tako bi se on smirio. Tvrdi da bi I.Š. trebao ići često na bazen i plivati, a isto tako i jahati, no majka nema novčana sredstva kako bi mu to sve omogućila.

U slobodno vrijeme se posvećuje onome što ga zanima, a to su uglavnom životinje. Majka govori kako on nema straha te da joj je više puta u rukama donio različite kukce. Od sitnih lego kocki može složiti vatrogasno vozilo gotovo bez nacrta. Preda se u potpunosti onome što mu je zanimljivo.

U razgovoru s učenikom se primjećuje teška artikulacija glasova i prebacuje se s jedne teme na drugu, bez povezivanja. Učenik voli pričati o odlasku na more jer mu tamo živi sestra. Puno priča o plivanju i razgledavanju riba prilikom ronjenja. Zatim, opisuje kako je išao na pecanje s bratom. Zaključuje se da dijete uistinu voli vodu i da ga to smiruje. Voli i prepričavati scene iz različitih filmova.

Usprkos impulzivnom ponašanju i nepromišljnim reakcijama, dječak nije nimalo zlonamjeran. Iako je uglavnom nemiran i neposlušan, pored toga zna biti nježan i drag, pa to ostavi velik dojam na sve ljude oko njega.

14. ZAKLJUČAK

Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj je neurorazvojni poremećaj koji pogađa veliku većinu djece u svijetu. Takvoj djeci treba prilagoditi obiteljski odgoj i educirati sve osobe koje imaju doticaj s djetetom o ovom poremećaju te im objasniti kako se ponašati prema djetetu. Ukoliko se prema njemu odnosi neprijateljski, ako ga se odbacuje, vrijeđa i zanemaruje, kod djeteta mogu nastati samo još više izraženi simptomi ove teškoće, loše samopouzdanje i nisko samopoštovanje. Ovu teškoću je važno otkriti na vrijeme i pravilno ju dijagnosticirati kako bi se mogla odrediti pravila terapija koja će djetetu pomoći da se razvije u pravilnu društvenu osobu.

Inkluzivno obrazovanje će uvelike pomoći djeci da ih društvo ne odbacuje i ne gleda ih kao osobu koja ima poremećaj. Učitelji koji u razredu imaju dijete s ADHD-om moraju steći određene kompetencije kako bi se znali pravilno nositi s problemom u određenim situacijama. Moraju znati i kako pravilno nastavu prilagoditi učeniku. Nastava se prilagođava učeniku individualiziranim odgojno-obrazovnim programom ili prilagođenim programom, ovisno o sposobnostima i mogućnostima učenika.

Ovoj djeci važna je podrška obitelji, vršnjaka, učitelja, ali i cjelokupnog društva kako bi jednoga dana i oni postali sposobni članovi toga društva.

LITERATURA

1. Bartolac, A. (2013). Socijalna obilježja svakodnevnog života djece i mladih s ADHD-om, te njihovih roditelja. *Ljetopis socijalnog rada, 20* (2), 269-300.
2. Borić, S., Tomić, R. (2012). Stavovi nastavnika osnovnih škola o inkluziji. *Metodički obzori: časopis za odgojno-obrazovnu teoriju i praksu, 7/3* (16), 75-86.
3. Bouillet, D. (2010). *Izazovi integriranog odgoja i obrazovanja*. Zagreb: Školska knjiga.
4. Ferek, M. (2006). *Hiperaktivni sanjari: Drugačiji, lošiji, bolji*. Zagreb: Buđenje – Udruga za razumijevanje ADHD-a.
5. Giler, J. Z. (2012). *Ja to znam i mogu: kako poučavati socijalnim vještinama djecu koja imaju ADHD, teškoće u učenju ili Aspergerov sindrom*. Zagreb: Naklada Kosinj.
6. Hughes, L. i Cooper, P. (2009). *Razumijevanje djece s ADHD sindromom i pružanje potpore.* Jastrebarsko: Naklada Slap.
7. Huić M. (2014). *Biofeedback i Neurofeedback metode u liječenju psihijatrijskih poremećaja (engl. BiofeedbackandNeurofeedbacktreatments for psychiatricdisorders: HTA): Procjena zdravstvene tehnologije (engl. HTA), Broj 8/2014.* Zagreb: Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, Služba za razvoj, istraživanje i zdravstvene tehnologije. Preuzeto 5.9.2017. iz http://aaz.hr/sites/default/files/HTA_08_2014.pdf
8. Jensen, E. (2004). *Različiti mozgovi, različiti učenici:kako doprijeti do onih do kojih se teško dopire*. Zagreb: Educa.
9. Jurin, M., Sekušak-Galešev, S. (2008). Poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću (ADHD) –multimodalni pristup. *Paediatria Croatica, 52* (3), 195-201.
10. Kadum-Bošnjak, S. (2006). Dijete s ADHD poremećajem i škola. *Metodički obzori: časopis za odgojno-obrazovnu teoriju i praksu, 1/ 2* (2), 113-121.
11. Kocijan Hecigonja, D., Buljan Flander, G. i Vučković, D. (2002). *Hiperaktivno dijete: uznemireni roditelji i odgajatelji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
12. Kudek Mirošević, J. i Granić, M. (2014). *Uloga edukacijskog rehabilitatora - stručnog suradnika u inkluzivnoj školi.* Zagreb: Alfa.

13. Kudek Mirošević, J. i Jurčević Lozančić, A. (2010). Značaj individualiziranog odgojno-obrazovnog programa u radu s učenicima a ADHD poremećajem. U A. Jurčević Lozančić (Ur.), *11. dani Mate Demarina – Očekivanja, postignuća i prespektive u teoriji i praksi ranog i primarnog odgoja i obrazovanja* (str. 197-208). Zagreb: Učiteljski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
14. Kudek Mirošević, J. i Opić, S. (2010). Ponašanja karakteristična za ADHD. *Odgojne znanosti, 12* (1), 167-183.
15. Lauth, G. W., Schlottke, P. W. i Naumann, K. (2008). *Neumorna djeca, bespomoćni roditelji*. Zagreb: Mozaik knjiga.
16. Lebedina Manzoni, M. (2006). *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
17. Melillo, R. (2016). *Isključena djeca*. Split: Harfa.
18. Phelan, T. W. (2005). *Sve o poremećaju pomanjkanja pažnje: simptomi, dijagnoza i terapija u djece i odraslih*. Lekenik: Ostvarenje.
19. Poliklinika A.B.R. na adresi http://www.poliklinikaabr.hr/objasnjenje-pojmova/132-lijecenjeadhd (5.9.2017.)
20. Poliklinika Kocijan Hercigonja na adresi https://kocijan-hercigonja.com/hr/play-attention/ (5.9.2017.)
21. Poliklinika za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba na adresi http://www.poliklinika-djeca.hr/publikacije/hiperaktivno-dijete/ (5.9.2017.)
22. Prvčić, I. i Rister, M. (2009). *Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj ADHD*. Zagreb: Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa, Agencija za odgoj i obrazovanje.
    Preuzeto 11.8.2017. iz http://os-sveti-djurdj.skole.hr/upload/os-sveti-djurdj/images/static3/1221/File/ADHD%20-%20Deficit%20pa%C5%BEnje%20hiperaktivni%20poreme%C4%87aj.pdf
23. Romstein, K. (2011). Kvalitativni pristup interpretaciji simptoma ADHD-a: implikacije za pedagošku praksu. *Život i škola: časopis za teoriju i praksu odgoja i obrazovanja, 57* (23), 101-112.
24. Sekušak-Galešev, S. (2005). Hiperaktivnost. *Dijete i društvo: časopis za promicanje prava djeteta, 7* (1), 40-59.
25. Taylor, J. F. (2008). *Djeca s ADD i ADHD sindromom*. Zagreb: Veble comerce.

26. Thompson, J. (2016). *Vodič za rad s djecom i učenicima s posebnim odgojno-obrazovnim potrebama*. Zagreb: Educa.
27. Udruga Buđenje na adresi http://budenje.hr/play-attention-sustav-ucenja/ (5.9.2017.)
28. Velki, T. (2012). *Priručnik za rad s hiperaktivnom djecom u školi*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
29. Velki, T. i Dudaš, M. (2016). Pokazuju li hiperaktivna djeca više simptoma agresivnosti?. *Ljetopis socijalnog rada*, *23* (1), 87-121.
30. Velki, T. i Romstein, K. (2016). Povezanost samoprocijenjenih simptoma ADHD-a s agresivnim ponašanjem i sudjelovanjem u vršnjačkom nasilju učenika osnovnoškolske dobi. *Hrvatska revizija za rehabilitacijska istraživanja*, *52* (2), 30-41.
31. Zrilić, S. (2011). *Djeca s posebnim potrebama u vrtiću i nižim razredima osnovne škole*. Zadar: Sveučilište u Zadru.

KRATKA BIOGRAFSKA BILJEŠKA

Brigita Kloc je rođena 22.1.1994. u Zagrebu. Završila je Osnovnu školu Josipa Kozarca u Lipovljanima. Nakon toga, 2008. godine upisuje prirodoslovno-matematičku gimnaziju u Srednjoj školi Tina Ujevića u Kutini. Po završetku srednje škole, 2012. godine upisuje učiteljski studij na Učiteljskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, na Odsjeku u Petrinji. Tijekom studija stručno-pedagošku praksu stekla je u Osnovnoj školi Josipa Kozarca u Lipovljanima. Uspješno je završila i edukaciju za pomoćnika u nastavi.

IZJAVA O STAMOSTALNOJ IZRADI RADA

Ja, Brigita Kloc, izjavljujem da sam samostalno izradila ovaj diplomski rad pod naslovom „Djeca s ADHD-om u primarnom obrazovanju“ uz korištenu literaturu i uz pomoć mentorice.

Potpis:

_____