

Povezanost poremećaja hiperaktivnosti i deficita pažnje s agresivnim ponašanjem u predškolskoj dobi

Kozlović, Anja

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:147:537201>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-19**

Repository / Repozitorij:

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



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

Anja Kozlović

**POVEZANOST POREMEĆAJA HIPERAKTIVNOSTI I DEFICITA PAŽNJE S
AGRESIVNIM PONAŠANJEM U PREDŠKOLSKOJ DOBI**

Završni rad

Zagreb, rujan 2023.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ

Anja Kozlović

**POVEZANOST POREMEĆAJA HIPERAKTIVNOSTI I DEFICITA PAŽNJE S
AGRESIVNIM PONAŠANJEM U PREDŠKOLSKOJ DOBI**

Završni rad

Mentor rada:

dr. sc. poslijedoktorandica Marija Šarić Drnas

Zagreb, rujan 2023.

SADRŽAJ

SAŽETAK

SUMMARY

1. UVOD	1
2. POJMOVNO ODREĐENJE POREMEĆAJA PAŽNJE I HIPERAKTIVNOSTI	3
2.1. <i>Pojam poremećaja pažnje i hiperaktivnosti (ADHD)</i>	3
2.2. <i>Simptomi</i>	5
2.3. <i>Vrste i oblici pojave</i>	7
2.4. <i>Uzroci</i>	8
2.5. <i>Dijagnoza</i>	8
2.6. <i>Komorbiditet</i>	10
3. POJMOVNO ODREĐENJE AGRESIJE U PREDŠKOLSKOJ DOBI	12
3.1. <i>Pojam agresije</i>	12
3.2. <i>Pojava agresije</i>	13
3.3. <i>Razdoblje pojave agresije</i>	14
4. AGRESIVNOST I POREMEĆAJ PAŽNJE I HIPERAKTIVNOSTI KOD DJECE PREDŠKOLSKE DOBI	15
4.1. <i>Pojavnost agresije kod djece s poremećajem pažnje i hiperaktivnosti</i>	15
4.3. <i>Impulzivna agresija kod djece s poremećajem pažnje i odnosi prema vršnjacima</i>	19
4.4. <i>Terapija lijekovima</i>	20
4.5. <i>Pomoć roditeljima</i>	21
5. ULOGA ODGOJITELJA U RADU S DJECOM S ADHD-OM	23
6. ZAKLJUČAK	24
7. LITERATURA	26

SAŽETAK

U ovom radu istražuje se povezanost između poremećaja hiperaktivnosti i deficita pažnje (ADHD) i agresivnog ponašanja kod djece predškolske dobi. ADHD je neurobiološki poremećaj koji se često dijagnosticira u djetinjstvu i karakteriziraju ga hiperaktivnost, impulzivnost i poteškoće s koncentracijom. Agresivno ponašanje, s druge strane, obuhvaća verbalne ili fizičke postupke kojima se namjerno nanosi šteta drugima. Pregledom relevantne literature, istražuje se kako simptomi ADHD-a mogu utjecati na agresivno ponašanje kod predškolske djece. Ovaj rad uključuje analizu neurobioloških čimbenika, učinka socijalnih interakcija i okoline na tu povezanost. Rezultati sugeriraju da djeca s ADHD-om imaju povećanu sklonost agresivnom ponašanju u usporedbi s njihovim vršnjacima. Neurobiološki čimbenici, uključujući disfunkciju određenih dijelova mozga, mogu igrati ključnu ulogu u ovom fenomenu. Također, poteškoće u regulaciji emocija i impulzivnosti kod djece s ADHD-om mogu doprinijeti agresivnom ponašanju. Socijalni čimbenici, kao što su problemi u uspostavljanju prijateljskih veza i komunikacijske poteškoće, također igraju značajnu ulogu. Djeca s ADHD-om često se suočavaju s većim izazovima u socijalnom okruženju, što može dovesti do frustracije i agresivnih reakcija. Čimbenici okoline, poput obiteljskih dinamika i izloženosti nasilju, mogu dodatno pogoršati agresivno ponašanje kod djece s ADHD-om. Odgojitelji igraju ključnu ulogu u razvoju djece s ADHD-om jer su sposobni prilagoditi svoj pedagoški pristup individualnim potrebama svakog djeteta. Također, odgojitelji trebaju surađivati s roditeljima i stručnjacima kako bi razvili individualizirani plan podrške za upravljanje simptomima ADHD-a i poticanje emocionalnog razvoja djece. Zaključuje se da postoji značajna povezanost između ADHD-a i agresivnog ponašanja kod djece predškolske dobi, uz istraživanje neurobioloških, socijalnih i okolišnih čimbenika koji doprinose toj vezi. Razumijevanje te povezanosti ima važne implikacije za dijagnozu i intervenciju kako bi se pomoglo djeci s ADHD-om i smanjilo njihovo agresivno ponašanje.

Ključne riječi: ADHD, agresivnost, komorbiditet, rana i predškolska dob

SUMMARY

This work aims at exploring the link between attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and aggressive behaviour in preschool age children. ADHD is a neurobiological disorder that is often diagnosed during childhood and is characterised by hyperactivity, impulsivity, and attention deficit. Conversely, aggressive behaviour encompasses verbal or physical actions with the sole purpose of hurting others. The research on how ADHD symptoms influence aggressive behaviour in preschool age children is done by means of study of relevant literature. This work includes an analysis of how neurobiological factors, social interactions and environments contribute to this link. Results suggest that children with ADHD are more prone to aggressive behaviour compared to their non-ADHD peers. Neurobiological factors, such as the dysfunctionality of certain parts of the brain, seem to play a significant role in this phenomenon. Furthermore, difficulties in regulating emotions and impulsivity in ADHD-children can contribute to aggressive behaviour. Social factors, such as difficulties in forming friendships or difficulties in communicating with others, also play a crucial role. Children with ADHD are often faced with bigger challenges in a social environment, which can lead to frustration and consequent aggressive reactions. Environmental factors like family dynamics and exposure to violence can further aggravate aggressive behaviour in children with ADHD. Educators play a key role in the development of children with ADHD because they are able to adapt their pedagogical approach to the individual needs of each child. Furthermore, educators need to collaborate with parents and experts to develop an individual support plan to manage ADHD symptoms and encourage the emotional development of such children. In conclusion, this work shows that there is a significant link between ADHD and aggressive behaviour in preschool age children and that neurobiological, social, and environmental factors contribute to this link. The understanding of this link is paramount for the diagnosis and presents implications for intervention that are needed to help children with ADHD and limit their aggressive behaviour.

Key words: ADHD, aggressiveness, comorbidity, early and preschool age

1. UVOD

U ovom radu obrađuje se tematika pojave poremećaja pažnje i hiperaktivnosti (ADHD) kod djece predškolske dobi, te pojave agresije u njihovu ponašanju. ADHD je poremećaj zbog kojeg se djeca danas najčešće upućuju na medicinsku procjenu.

ADHD se ubraja u neurorazvojne poremećaje koji počinju u razvojnog razdoblju, do polaska u školu, a glavna im je karakteristika razvojni deficit koji dovodi do teškoća u osobnom, akademskom, radnom i socijalnom funkcioniranju. Djeca s ADHD-om imaju više problema s učenjem koncepata već u vrlo ranoj dobi u usporedbi s djecom bez tog poremećaja. Iako ga nazivamo poremećajem dječje dobi, to ne znači da ne postoji i u odrasloj dobi. To samo znači da je njegov početak najlakše primijetiti u djetinjstvu.

Većina definicija i opisa ADHD-a obuhvaća navođenje triju osnovnih tipova simptoma, a to su hiperaktivnost, impulzivnost i nepažnja. Američka psihijatrijska udruga definirala je ADHD postavljajući dijagnostičke kriterije. Ti kriteriji navode da ADHD karakteriziraju hiperaktivnost i impulzivnost, motorička aktivnost i razvojno neprimjerena nepažnja koja se pojavljuje u najmanje dvama okruženjima i prisustvo istih najmanje šest mjeseci prije dobi djeteta od 7 godina (American Psychiatric Association, 1994, prema Vaida i sur., 2013.). S obzirom na to da je svaka osoba individua za sebe, ne postoji jedno objašnjenje za ponašanje djece s ADHD-om stoga ono može značajno varirati ovisno o individualnim karakteristikama, dobi djeteta, težini poremećaja i drugim čimbenicima.

Rana dijagnoza i intervencija mogu pomoći djetetu u upravljanju simptomima i poboljšanju kvalitete njegova života. Dijagnosticiranje ADHD-a zahtijeva pomnu procjenu i evaluaciju kvalificiranih stručnjaka kao što su psihijatar, klinički psiholog ili pedijatar. Sam dijagnostički postupak uključuje nekoliko koraka. Prvi je korak klinička procjena koja podrazumijeva razgovor s djetetom i njegovim roditeljima ili skrbnicima kako bi se prikupili podaci o povijesti simptoma i kako bi se bolje razumjela ponašanja djeteta u različitim okruženjima. Nakon toga slijedi procjena povijesti simptoma, gdje stručnjak prikuplja informacije o pojavi prvih simptoma, koliko dugo traju te kako utječu na svakodnevni život djeteta. Zatim slijede upitnici i testovi koji služe za potvrdu dijagnoze. Mogu se koristiti standardizirani upitnici i testovi koji pomažu u kvantificiranju i procjeni ozbiljnosti simptoma. Nakon toga preostaje procjena funkcionalnosti u različitim kontekstima, isključivanje drugih

medicinskih ili psiholoških problema koji mogu imitirati simptome ADHD-a te suradnja s obitelji i učiteljima (odgojiteljima) kako bi se dobila cjelovita slika za bolje razumijevanje ponašanja djeteta doma i u školi.

Točni uzroci ADHD-a nisu u potpunosti razjašnjeni, ali čini se da uključuju kombinaciju genetskih, neurobioloških i okolišnih čimbenika. Kako bi se dijagnosticirao ADHD, dijete mora imati određeni broj simptoma tijekom najmanje šest mjeseci koji se pojavljuju u više od jednog područja života. Na primjer, ako se dijete kod kuće ponaša na način koji može izgledati kao ADHD, ali nema takvo ponašanje u situacijama izvan kuće, možda postoji drugo objašnjenje.

Kada roditelj sumnja da njegovo predškolsko dijete ima ADHD, treba razgovarati sa stručnjakom koji je obučen za dijagnosticiranje i liječenje ADHD-a, poput pedijatra, dječjeg psihijatra, psihologa ili drugog kvalificiranog kliničara za mentalno zdravlje. Također je važno da se kod djeteta provjere i neka druga stanja kao što su problemi s vidom, sluhom ili spavanjem jer ponekad simptomi izgledaju kao ADHD.

Predškolska djeca s ADHD-om imaju veću vjerojatnost da će imati poteškoća u vrtiću ili školi, kao što su problemi u odnosima s vršnjacima, učenjem i veći rizik od ozljeda. Rana dijagnoza važna je kako bi dijete moglo dobiti potrebnu pomoć jer adekvatan rad i terapija mogu pomoći da dođe do smanjenja tih problema.

2. POJMOVNO ODREĐENJE POREMEĆAJA PAŽNJE I HIPERAKTIVNOSTI

2.1. Pojam poremećaja pažnje i hiperaktivnosti (ADHD)

Poremećaj pažnje i hiperaktivnosti (ADHD) neurorazvojni je poremećaj karakteriziran prekomjernom količinom nepažnje, hiperaktivnosti i impulzivnosti (Connor i sur., 2012).

Simptomi ADHD-a proizlaze iz disfunkcije izvršnih funkcija, a emocionalna disregulacija često se smatra ključnim simptomom. Kod djece s ADHD-om problemi s pažnjom mogu rezultirati lošim školskim uspjehom. Iako se osobe s ADHD-om nastoje usredotočiti na zadatke za čije dovršavanje nisu posebno zainteresirani u tome ne uspijevaju, ali zato su u stanju zadržati neuobičajeno dugotrajnu i intenzivnu razinu pažnje za zadatke koje smatraju zanimljivima ili korisnima; to je poznato kao hiperfokus (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008).

Prema Hozu (2007). točni uzroci ADHD-a u većini su slučajeva nepoznati. Genetski čimbenici igraju važnu ulogu. Smatra se da je stopa nasljednosti 74 % prilikom uzimanja obiteljske kliničke slike često se pojavljuju podaci da su i neki od roditelja u svom djetinjstvu imali neke od problema, ali tada se takvo ponašanje nije dijagnosticiralo kao ADHD jer je to relativno nova kategorija. Toksini i infekcije tijekom trudnoće, kao i oštećenje mozga mogu biti ekološki rizici.

Postoje dva kriterija koja se koriste u dijagnosticiranju ADHD-a. Jedan od kriterija jest američki DSM-IV, a drugi je europski ICD-10. Zbog razlika u kategorizaciji simptoma dolazi i do značajnih odstupanja u postocima dijagnoza. Kada se dijagnosticira prema kriterijima DSM-V tada ADHD pogađa oko 5-7 % djece, a kada se dijagnosticira prema kriterijima ICD-10 taj postotak iznosi 1-2 %. Stope su slične među zemljama koje koriste iste kriterije za dijagnozu poremećaja, dok su razlike u dijagnosticiranju mnogo veće među zemljama Amerike i Europe zbog korištenja različitih kriterija. ADHD se dijagnosticira otprilike dvostruko češće kod dječaka nego kod djevojčica i 1,6 puta češće kod muškaraca nego kod žena. Razlog tomu jest što se poremećaj često zanemaruje kod djevojčica ili se dijagnosticira u kasnijoj životnoj dobi jer se njihovi simptomi ponekad razlikuju od dijagnostičkih kriterija (Zrilić, 2011).

Nadalje, Zrilić (2011) procjenjuje da otprilike 30-50 % ljudi kojima je u djetinjstvu dijagnosticiran ADHD, nastavlja imati ADHD i u odrasloj dobi, pri čemu se procjenjuje da 2,58 % odraslih ima ADHD koji je započeo u djetinjstvu. Kod odraslih je hiperaktivnost obično

zamijenjena unutarnjim nemiro, a odrasli kroz život razvijaju vještine suočavanja kako bi kompenzirali svoja oštećenja.

Stanje može biti teško razlikovati od drugih stanja (depresija, anksioznost, tikovi, opozicijsko-protestno ponašanje), kao i od visokih razina aktivnosti unutar raspona normalnog ponašanja. ADHD ima negativan utjecaj na kvalitetu života osobe, a može dodatno pogoršati ili povećati rizik od drugih psihijatrijskih stanja kao što su anksioznost i depresija.

Preporuke za upravljanje ADHD-om variraju i obično uključuju kombinaciju lijekova, savjetovanja i promjenu stila života. Smjernice Europske komisije naglašavaju modifikaciju okoliša i obrazovanje o ADHD-u za pojedince i njegovatelje kao prvi odgovor. Stimulansi su najučinkovitiji farmaceutski tretman, iako mogu postojati nuspojave (Kocijan- Hercigonja, 1997).

Poremećaj deficita pažnje i hiperaktivnosti (ADHD) kroničan je, iscrpljujući poremećaj koji može utjecati na mnoge aspekte života pojedinca, uključujući akademske poteškoće, probleme sa socijalnim vještinama i „zategnute“ odnose između roditelja i djeteta.

Važno razmatranje o učinkovitom liječenju ADHD-a jest kako poremećaj utječe na svakodnevni život djece, mladih ljudi i njihovih obitelji. Nije dovoljno samo razmotriti simptome ADHD-a tijekom školskih sati, već se kod temeljitog ispitivanja poremećaja mora uzeti u obzir funkcioniranje i dobrobit cijele obitelji.

Kako djeca s ADHD-om odrastaju, mijenja se način na koji poremećaj utječe na njih i njihove obitelji. Temeljne poteškoće u izvršnoj funkciji vidljive kod ADHD-a rezultiraju drugačijom slikom u kasnijem životu, ovisno o zahtjevima koje okolina postavlja pojedincu. To ovisi o obiteljskim i zdravstvenim resursima, kao i o dobi, kognitivnim sposobnostima i uvidu djeteta ili mlade osobe.

Okolina koja je osjetljiva na potrebe pojedinca s ADHD-om i svjesna implikacija poremećaja je vitalna. Optimalno medicinsko i bihevioralno upravljanje usmjereno je na pružanje podrške pojedincu s ADHD-om i omogućavanje pojedincu da ostvari svoj puni potencijal uz minimiziranje štetnih učinaka na sebe i društvo u cjelini.

Loša koncentracija, visoka razina aktivnosti i impulzivnost česte su karakteristike normalne predškolske djece. Posljedično, visoka razina nadzora je normalna. U toj dobnoj skupini često postoji neuobičajeno slab intenzitet igre i pretjerani motorički nemir. Unatoč tome,

djeca s ADHD-om i dalje se mogu isticati. Povezane poteškoće, kao što su zakašnjeli razvoj, oporbeno ponašanje i slabe socijalne vještine, također mogu biti prisutne. Kada je ADHD mogućnost, važno je ponuditi ciljane savjete i podršku roditeljima. Čak i u toj ranoj fazi roditeljski stres može biti ogroman kada dijete ne reagira na uobičajene roditeljske zahtjeve i savjete o ponašanju (Mrug i sur., 2012).

Ciljani rad s djecom predškolske dobi i njihovim skrbnicima pokazao se učinkovitim u poboljšanju interakcije roditelja s djecom i smanjenju roditeljskog stresa.

2.2. Simptomi

Dijete s ADHD-om može (Zrilić, 2011): mnogo sanjariti, zaboravljati i gubiti stvari, migoljiti se i vrpolti, previše pričati, griješiti i mnogo riskirati, biti sklono iskušenjima, imati problema u socijalizaciji s drugima. Takvu djecu neupućeni ljudi procjenjuju kao djecu koja imaju kronične teškoće s nepažnjom i/ili hiperaktivnosti/impulzivnosti. Njihovo je funkcioniranje narušeno kod kuće i u školi s vršnjacima, zbog čega imaju teškoće u socijalnom, akademskom i profesionalnom aspektu funkcioniranja (Barkley, 2014).

Simptomi se drugačije i suptilnije izražavaju kako pojedinac odrasta, posebno u situacijama u kojima se traži mentalni napor i trajnija pozornost ili u situacijama u kojima im nedostaje dinamike, privlačnosti i izazova (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008.). Teškoće su manje ili ih nema ako djetetu pomažu roditelji ili starije osobe u učenju, organiziranju rasporeda aktivnosti, poticanju dosljednosti u odnosima te ako je okruženje stabilno i smireno. Osim toga, to je moguće i u situacijama kada se djetetu ponude zanimljive aktivnosti (aktivnosti na igralištu, računalu, u interakciji s odraslom osobom) ili kod nagrađivanja društveno prihvaćenih i primjerenih ponašanja (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008.).

Simptomi ADHD-a mogu se često različito manifestirati, ali obično se dijele na dvije glavne skupine, a to su: primarni (jezgrovni ili esencijalni) i sekundarni simptomi.

Primarni simptomi ADHD-a su (Barkley, 2014):

- Hiperaktivnost – vrlo izražen nemir kod osoba, često se miču, trzaju nogama ili rukama, tijekom nastave meškolje se ili ustaju sa stolice iako se od njih očekuje mirno sjedenje na stolici (u učionici ili kasnije u uredu na poslu), penju se ili trče u neprikladnim situacijama, izrazito su bučni u igri ili pri obavljanju slobodnih aktivnosti.

- Impulzivnost – djeluju brzo i bez razmišljanja o posljedicama, prekomjerno govore, odgovaraju na pitanja prije nego što je pitanje završeno, imaju teškoća s čekanjem na svoj red, često prekidaju i ometaju druge u obavljanju njihova posla (uzimaju im stvari bez pitanja i dopuštenja, imitiraju tuđa ponašanja i neprestano postavljaju pitanja).
- Nesposobnost održavanja pažnje – osobe i djeca s ADHD-om imaju teškoće s dugotrajnim usmjeravanjem pažnje na aktivnosti i zadatke ili razgovore za koje nemaju intrinzičnog interesa. Vrlo lako odvrću pozornost, gube predmete i zaboravljaju izvršiti svoje obveze.
- Nesposobnost organizacije – uključuje teškoće u organizaciji zadataka, planiranju i izvršavanju različitih dugoročnih zadataka.
- Nesposobnost praćenja detalja – zbog povećanog nemara i nepažnje osobe s ADHD-om često griješe i propuštaju uviđati detalje u zadacima i aktivnostima.
- Lako gubljenje pažnje – skloni su brzom zamoru i skretanju pažnje na sporedne podražaje.
- Zaboravnost – imaju poteškoće u praćenju obveza te često zaboravljaju na dogovorene rokove, obveze i sastanke.

Sekundarni simptomi ADHD-a pojavljuju se kao posljedica interakcije primarnih simptoma s drugim čimbenicima i okolinom. Oni mogu značajno utjecati na svakodnevni život osoba s ADHD-om. Neki od sekundarnih simptoma ADHD-a su (Ferek, 2006):

- Poteškoće s emocionalnom regulacijom – osobe s ADHD-om često se suočavaju s poteškoćama u regulaciji svojih emocija. Mogu brzo prelaziti iz jednog emocionalnog stanja u drugo i teško se nositi sa stresom i frustracijama, što može dovesti do emocionalnih izljeva ili naglih promjena raspoloženja.
- Poteškoće u socijalnim interakcijama – djeca i odrasli s ADHD-om mogu imati poteškoća u uspostavljanju i održavanju socijalnih odnosa. Impulzivnost i poteškoće u uočavanju društvenih signala mogu ih učiniti osjetljivima na konflikte i odbacivanje vršnjaka.
- Poteškoće s organizacijom i planiranjem – ADHD osobama otežano je planiranje, organizacija i upravljanje vremenom, stoga često zaboravljaju obveze, gube stvari, teško se nose sa složenim zadacima i imaju neurednu okolinu.

- Nisko samopouzdanje – zbog izazova s kojima se suočavaju u skupini, školi, na poslu i u socijalnom životu, osobe s ADHD-om mogu razviti nisko samopouzdanje i osjećaj manje vrijednosti.
- Prkos i oporbenost – manifestira se kao tendencija djeteta da se suprotstavi zahtjevima ili uputama autoriteta, kao što su roditelji, odgojitelji/učitelji ili drugi skrbnici. Zbog poteškoća u regulaciji impulzivnih reakcija, mogu burno reagirati na zahtjev ili zadatak koji im je težak te im se ne sviđa.
- Povezane mentalne zdravstvene poteškoće – osobe s ADHD-om često su podložne različitim mentalnim zdravstvenim problemima, kao što su anksioznost, depresija i poremećaji ponašanja.

Agresija, ljutnja i prkos često mogu biti simptomi i poteškoće koje prate ADHD. Agresivno ponašanje posebno je izraženo kod djece i adolescenata. Agresija nije klasični simptom ADHD-a, već je česti komorbidni problem koji prati ovaj poremećaj ophođenja. Zbog teškoća s kontrolom impulzivnih reakcija i s upravljanjem osjećajima ljutnje i agresije (tu se uključuje fizička i verbalna agresija), agresija može biti izraženija kod osoba i djece s ADHD-om. Samim time takvi obrasci ponašanja otežavaju izgradnju i održavanje pozitivnih međuljudskih odnosa. Agresivno ponašanje djece i adolescenata često služi kao obrambeni mehanizam za suočavanje s izazovima.

Impulzivnost u odrasloj dobi može se pojaviti kao nepromišljeno ponašanje, nestrpljivost, neodgovorno ponašanje željno senzacije, dok se nepažnja može pojaviti kao dosada, poteškoće s organizacijom, zadržavanjem zadataka i donošenjem odluka te osjetljivost na stresne situacije.

2.3. Vrste i oblici pojave

Prema DSM-V (APA, 2014) ADHD se sastoji od tri subtipa, ovisno o tome koji su simptomi najdominantniji kod pojedinca:

- Nepažljiv tip: pojedincu je teško organizirati ili završiti zadatak, obratiti pozornost na detalje ili slijediti upute ili razgovore. Osoba se lako može omesti ili zaboravlja detalje dnevne rutine.
- Hiperaktivno - impulzivni tip: osoba se vrpolti i mnogo priča. Teško joj je dugo sjediti mirno (npr. za vrijeme obroka ili dok piše zadaću). Manja djeca mogu stalno trčati, skakati ili penjati se. Osoba se osjeća nemirno i ima problema s impulzivnošću. Netko tko je impulzivan

može mnogo prekidati druge, grabiti stvari od ljudi ili govoriti u neprikladno vrijeme. Osobi je teško čekati svoj red ili slušati upute. Impulzivna osoba može imati više nesreća i ozljeda od drugih.

- Kombinirani tip: simptomi prethodnih dviju vrsta jednako su prisutni kod osobe (problem s nepažnjom, hiperaktivnosti i impulzivnosti).

Budući da se simptomi mogu mijenjati tijekom vremena, prezentacija se također može promijeniti tijekom vremena.

2.4. Uzroci

Znanstvenici su se posljednjih godina bavili proučavanjem uzroka i čimbenika rizika ADHD-a. Uzrok i čimbenici rizika za ADHD nisu poznati, ali trenutna istraživanja pokazuju da genetika igra važnu ulogu. Nedavne studije povezuju genetske čimbenike s ADHD-om.

Osim genetike, znanstvenici proučavaju i druge moguće uzroke i čimbenike rizika uključujući (Zrilić, 2011): ozljede mozga, izloženost rizicima iz okoliša (npr. olovo) tijekom trudnoće ili u mladoj dobi, konzumacija alkohola i duhana tijekom trudnoće, prijevremeni porod i mala porođajna težina.

Istraživanja ne podupiru popularno prihvaćena gledišta da je ADHD uzrokovan konzumiranjem previše šećera, previše gledanja televizije, roditeljstvom ili društvenim i okolišnim čimbenicima kao što su siromaštvo ili obiteljski stres (Kocijan-Hercigonja i sur., 2004).

Naravno, mnogi čimbenici, uključujući navedene, mogu pogoršati simptome, osobito kod određenih ljudi. No dokazi nisu dovoljno jaki da bi se zaključilo da su oni glavni uzroci ADHD-a.

2.5. Dijagnoza

Odlučivanje ima li dijete ADHD proces je koji se sastoji od nekoliko koraka. Ne postoji jedinstveni test za dijagnosticiranje ADHD-a, a mnogi drugi problemi, poput anksioznosti, depresije, problema sa spavanjem i određenih vrsta poteškoća u učenju, mogu imati slične simptome.

Prema Zriliću (2011), postavljanje prave dijagnoze bitno je kako za procjenu uzroka tako i za određivanje daljnjeg tretmana poremećaja. Obiteljska anamneza ističe se kao vrlo važna jer u obiteljima djece s poremećajem pažnje i hiperaktivnosti sve je više srodnika koji su i sami u djetinjstvu ispoljavali slična ponašanja ili danas pokazuju ponašanja koja se mogu povezati s prisutnošću poremećaja pažnje i hiperaktivnosti u djetinjstvu. Osobna povijest važna je jer može ukazivati na traumu, bolesti ili situacije koje su uzrokovale oštećenje mozga.

Standardizirani, kompjuterizirani CPT testovi (Continuous Performance Tests), kao što su TOVA test (test varijabli pažnje), Brain Train Iva Test (kombinirani Intermediate Visual Auditoru test), GDS (Gordon Diagnostic System), CCPT (Conners Conners Continuous Performance Test) i neurofeedback uređaj (EEG-elektroencefalogram s posebnim softverom), koji iz EEG zapisa djeteta izdvaja i izračunava omjer sporih (Theta) i brzih (Beta) moždanih valova (Theta-Beta ratio). Kada rezultate tih testova usporedimo s dobnim normama, može se zaključiti o mogućem deficitu pažnje kod djeteta (Jensen i sur.,2007).

Ljestvice vrijednosti također igraju važnu ulogu u kliničkoj praksi, psihoedukaciji i istraživanju. U kliničkoj praksi, vrijednosti na ljestvici daju informacije o širokom rasponu različitih simptoma koji se javljaju u različitim uvjetima i u različito vrijeme. Dobiveni podaci pomažu u određivanju ozbiljnosti djetetovih simptoma.

Ljestvice širokog opsega pomažu u određivanju komorbidnih simptoma i funkcioniranja, dok ljestvice uskog opsega pomažu u mjerenju simptoma i liječenja povezanih s izvornom dijagnozom. Dvije najpoznatije i najčešće korištene ljestvice vrijednosti su Achenbachova ili Kontrolna lista ponašanja djeteta i Connersova ljestvica vrijednosti (Merrell, 1994).

Revidirana i dopunjena verzija Connersove ljestvice vrijednosti izdana je 1999. godine, a nova verzija Achenbachove 2001. godine. Obje su nedavno revidirane i mogu se usporediti s DSM-IV. Stoga obje sada pružaju zasebnu procjenu simptoma hiperaktivnosti. Ocjene široke ljestvice koriste se u kombinaciji s ljestvicama ocjenjivanja specifičnih simptoma. Te ljestvice omogućuju registraciju postojanja drugih poremećaja i simptoma drugačije vrste. Međutim, oni su korisni prvenstveno u dijagnostici. Omogućuju kliničarima da procijene kako se ADHD simptomi i drugi simptomi mijenjaju s liječenjem i kako su promjene simptoma povezane s trenutnim promjenama u funkcioniranju. Achenbachova ljestvica jedna je od najpoznatijih te

vrste. To je dimenzionalna ljestvica i pruža pouzdane podatke temeljene na populacijskim normama niza empirijski izvedenih čimbenika (Connor i sur., 2010).

Jedan od koraka procesa utvrđivanja dijagnoze uključuje liječnički pregled, koji uključuje testove sluha i vida, kako bi se isključile druge bolesti sa simptomima poput ADHD-a. Dijagnosticiranje ADHD-a uključuje procjenu simptoma iz Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM) i uzimanje povijesti simptoma djeteta od roditelja, odgojitelja, učitelja, a ponekad i od djeteta testiranjem kognitivnih funkcija.

ADHD se dijagnosticira procjenom ponašanja i mentalnog razvoja osobe, uključujući isključivanje učinaka droga, lijekova i drugih medicinskih ili psihijatrijskih problema kao objašnjenja simptoma.

Dijagnoza ADHD-a često uzima u obzir povratne informacije roditelja i odgojitelja, nakon što roditelji i odgojitelji iskažu zabrinutost za potencijalne simptome koji u najranijoj dobi mogu upućivati na poremećaj pažnje s hiperaktivnošću.

Prema Zriliću (2011), većina slučajeva ADHD-a najbolje se liječi kombinacijom bihevioralne terapije i lijekova. Za djecu predškolske dobi (4-5 godina) s ADHD-om, bihevioralna terapija, posebno obuka za roditelje, preporučuje se kao prva linija liječenja prije nego što se pokuša s lijekovima.

Prije početka bilo koje terapije potrebno je postaviti jasni individualni terapijski cilj na temelju dobro provedenoga dijagnostičkog postupka te procjene kliničke slike. Veliku ulogu imaju i roditelji kojima je potrebno pružiti pomoć kako bi lakše razumjeli problem tog poremećaja i na koji način oni svojim postupcima mogu olakšati svom djetetu. Kako bi se djetetu pružila odgovarajuća pomoć, bitna je interakcija djeteta s roditeljima, učiteljima i odgojiteljima te okolinom u kojoj dijete boravi. Bitno je poboljšati komunikaciju između kuće i obrazovnih ustanova te raditi na poboljšanju samopoštovanja djeteta kroz razvoj osjećaja sigurnosti, vjerovanja i identiteta (Kocijan Hercigonja, 1997).

2.6. Komorbiditet

Komorbiditet je postojanje dvaju ili više poremećaja kod iste osobe, bez obzira na redoslijed njihove pojave (Latas i Starčević, 1998.). Komorbiditeti mogu komplicirati dijagnozu, tretman i općenito upravljanje stanjem. To je zato što prisutnost više poremećaja može povećati

složenost simptoma i zahtijevati prilagođeni pristup tretmanu. Stoga je važno da stručnjaci za mentalno zdravlje i medicinsko osoblje budu svjesni mogućnosti komorbiditeta kako bi pružili sveobuhvatan i učinkovit tretman.

ADHD se vrlo rijetko pojavljuje kao izolirani poremećaj, te većina djece, mladih i odraslih uz njega ima barem još jednu dijagnozu (Jurin, Šribar i Rukavina, 2009.). Barkley (2014.) navodi da 67-80 % djece s ADHD-om koja su bila upućena u klinike i 80 % i više odraslih s ADHD-om koji su bili upućeni u klinike imaju najmanje još jednu dijagnozu, a gotovo polovica njih ima dvije dijagnoze. Dvije trećine djece s ADHD-om ima barem još jedan dijagnosticirani psihijatrijski poremećaj (Juretić, Bujas Petković i Ercegović, 2011). U komorbiditetu s ADHD-om može biti bilo koje stanje ili poremećaj, no pojedina se pojavljuju češće od ostalih. Opozicijsko-protestno ponašanje često se pojavljuje kod mlađe djece, a opisuje ga protestno, neposlušno i nemirno ponašanje. Nekolicina autora utvrdila je da 45-84 % mladih i djece s ADHD-om zadovoljava sve kriterije za postavljanje dijagnoze opozicijsko-protestnog ponašanja (Barkley i sur., 1990; Fischer i sur., 1990; Pfiffner i sur., 1999; Plizska, Carlson i Swanson, 1999; Wilens i sur., 2002, prema Barkley, 2014). Emocionalna disregulacija kao komponenta ADHD-a može značiti predispoziciju za komorbiditet koji obuhvaća opozicijsko-protestno ponašanje, anksioznost, depresiju, bipolarni poremećaj i druga stanja (Barkley, 2014). Djeca kojoj je to stanje pridruženo primarnoj dijagnozi (ADHD) često imaju obitelji u kojima je prisutno više psihopatologije i socijalnih problema (Barkley, 2014). Uz opozicijsko-protestno ponašanje u literaturi se često spominje i konduktivni poremećaj, te ih zajedno ispituju i opisuju (Barkley, 2014). Konduktivne poremećaje karakterizira agresivno, prkosno i uporno repetitivno nesocijalno ponašanje. Za djecu s pridruženim konduktivnim poremećajem također vrijedi da u obiteljima često imaju više psihopatologije i socijalnih problema te da imaju veći rizik u antisocijalnim aktivnostima, odbacivanju vršnjaka, neuspjeha u školi te anksioznosti i depresiji (Barkley, 2014). Također neki od čimbenika koji mogu utjecati na povezanost agresije i ADHD-a su: teškoće u samoregulaciji (imaju teškoće u kontroli impulzivnih reakcija i frustracija), nedostatak pažnje (od strane roditelja, učitelja ili vršnjaka može uzrokovati frustraciju i bijes na koji je odgovor agresivno ponašanje kako bi privuklo pažnju), okolišni čimbenici (obiteljska dinamika, obiteljski stres, izloženost nasilju ili traumatskim događajima koji mogu igrati ulogu u razvoju agresivnog ponašanja). Bitno je napomenuti da postoji povezanost između tih komorbidnih čimbenika i ADHD-a, što može značiti da se agresivno ponašanje razvija kao

rezultat složene kombinacije tih čimbenika. Također je važno da se tretman ADHD-a i komorbidnih čimbenika individualno prilagodi svakom djetetu. Terapija ponašanja, terapija igrom i obiteljska terapija mogu biti korisni načini upravljanja agresivnim ponašanjem i poboljšanja emocionalne regulacije.

3. POJMOVNO ODREĐENJE AGRESIJE U PREDŠKOLSKOJ DOBI

3.1. Pojam agresije

Agresija se može definirati kao trajnija tendencija osobe da bude više ili manje dosljedno neprijateljski usmjerena i destruktivna prema svojoj neposrednoj i daljoj okolini. Agresija se često poistovjećuje s destruktivnošću (Barbaza i sur., 2009).

Danas se destruktivnost smatra samo eksplozivnom manifestacijom agresije, koja je inače prirodna sastavnica aktivnosti životinja i ljudi te je neovisna o intelektualnoj i obrazovnoj razini pojedinca.

Pojam agresije označava svaku radnju koja uzrokuje ili može nanijeti štetu drugim ljudima, životinjama ili neživoj prirodi. Postoje različite vrste agresija: pseudoagresija, obrambena agresija i zloćudna.

Prema mišljenju različitih autora, benigna agresija biološki je prilagodljiva, odnosno prilagođena životu. Pojavljuje se kao odgovor na vitalnu prijetnju i svojstvena je ljudima i životinjama. Maligna agresija nije biološki prilagodljiva niti je filogenetski programirana. To je svojstveno samo čovjeku i duboko je ukorijenjeno u temeljima njegova postojanja. Maligna agresija pretvara se u različite oblike nasilničkog ponašanja, koji ugrožavaju fizičko i psihičko zdravlje ljudi (Petrić, 2001).

Agresija je radnja ili prijetnja radnjom koja ima za cilj nauditi drugoj osobi, bilo fizički ili psihički. Agresivnost kod mladih važan je društveni problem. Djeca i mladi koji se ponašaju agresivno mogu naštetiti ne samo sebi već i svojim obiteljima, zajednicama i društvu u cjelini.

Istraživanja pokazuju da djeca s ozbiljnim problemima agresije imaju veću vjerojatnost da će razviti druge probleme mentalnog zdravlja ili problematične konzumacije droga, a kao odrasli imaju veću vjerojatnost da će sudjelovati u nasilju.

Što se ranije mlada osoba s problemom agresije identificira i dobije pomoć, veća je vjerojatnost da će odabrani tretman imati trajne koristi.

Ne postoji jednostavan razlog zašto se netko ponaša agresivno. Međutim, znamo da postoje karakteristike djece, mladih ljudi, njihovih obitelji i okoline koje mogu povećati (čimbenici rizika) ili smanjiti (čimbenici zaštite) vjerojatnost da će pokazivati agresivno ponašanje. Rad na smanjivanju čimbenika rizika i jačanju zaštitnih čimbenika može pomoći u smanjenju ili uklanjanju agresivnog ponašanja.

3.2. Pojava agresije

Agresivne manifestacije u ljudskoj vrsti očite su od prvih dana života i njihov se razvoj može pratiti s vremenom. Istraživači navode da dojenčad pokazuje pozitivne reakcije prema majci kada zadovolje svoje potrebe za sisanjem, ali ako njihove potrebe nisu zadovoljene, dojenčad će početi gristi majčine dojke (Bowlby, 1969).

Razvoj agresije može se pratiti analizom pojedinih faza djetetova života. Svoju prvu agresivnost manifestira u obliku psihomotornih reljefa s heteroagresivnim (šutiranje, udaranje ljudi oko sebe, bacanje predmeta) i autoagresivnim (povlačenje, grickanje, štipanje, udaranje glavom o zid).

Sljedeće komponente dijele se s općim agresivnim ponašanjem (Elez, 2003):

- Namjera nanošenja štete: zlostavljanje je namjerno, s namjerom nanošenja štete. Na primjer, zadirkivanje prijatelja na dobrodušan način nije zlostavljanje, ali osoba koja zadirkuje drugoga da bi ga uzrujala je zlostavljanje.
- Štetan ishod: jedna ili više osoba fizički je ili emocionalno povrijeđena.
- Izravna ili neizravna djela: zlostavljanje može uključivati izravnu agresiju, poput udaranja nekoga, kao i neizravne radnje, poput širenja glasina.

Obje vrste agresije su normalne, jer impulsi postižu cilj u tjelesnim aktivnostima. Uvjeti za manifestiranje agresije i njezino izazivanje kod djece i mladih mijenjaju se tijekom razvoja. Najveći broj neprijateljskih osjećaja zbog društvenih poteškoća i neslaganja s vršnjacima, koji postupno prelaze u ljutnju zbog smetnji u planovima, pojavljuje se oko četvrte godine. Kako dijete sazrijeva i razvija se, postupno sve više uči kako upravljati svojom agresivnošću.

Agresivno ponašanje prisutno je i kod djece i u mladima, a manifestira se u svakodnevnim aktivnostima i u igri.

Stoga problem prilagodbe, odnosno nemogućnost male djece da se prilagode djeci iste dobi, postaje pravi problem tek kada su u toj fazi razvoja kako bi mogli ostvariti prave i stvarne društvene kontakte s drugom djecom.

Početna nemogućnost uspostavljanja suradnje s drugom djecom nije agresija. O agresiji počinjemo govoriti kada je dijete već u stanju barem djelomično procijeniti posljedice svojih postupaka ili kada namjerno čini zlo i raduje se tuđoj šteti ili boli (Petrić, 2001).

Agresivna djeca prihvaćaju stereotip o agresivnom ponašanju, krađu igračke drugoj djeci i nameću im svoju volju. Takvo ponašanje postavlja temelje za razvoj netolerancije i agresije.

Prema Elezu (2003) dijete se ne rađa nasilno, već usvaja agresivno ponašanje kroz društveno učenje u obitelji, vrtiću, oponašajući uzore odraslih, osobito roditelja, ali i vršnjaka. Frustrirano je, nervozan, napeto, često prazni unutarnju agresiju na slabe.

Na mali izazov odgovara nasilnom agresijom, ponekad napadajući u situaciji bez provokacije. Sukobe i probleme rješava verbalnim i fizičkim napadima. Ta djeca imaju nizak prag tolerancije, nefleksibilna su, a umjesto kompromisa i dogovorenih rješenja, to čine na silu.

3.3. Razdoblje pojave agresije

Mnogi roditelji vidjet će kako djeca u dobi od 2 do 5 godina smanjuju svoju fizičku agresiju dok počinju koristiti pogrдне riječi. Vrlo je važno znati što očekivati od djece koja se normalno razvijaju.

Neka djeca nastavljaju se ponašati agresivno između 4. i 8. razreda. Dječaci pokazuju agresiju u obliku izravnih sukoba i fizičkih napada. Djevojke rijetko pokazuju fizičku agresiju u istom dobnom rasponu, ali djeluju agresivno izbjegavajući i klevećući druge (Elez, 2003).

Istraživači su otkrili da djeca koja su najagresivnija u 4. razredu nakon toga nastavljaju biti agresivna. Međutim, čak i starija djeca mogu naučiti strategije suočavanja i samokontrolu.

Šikić (2005) sugerira da čak i ako se čini da dijete više nije agresivno, ono može biti podložno provokacijama kada se suoči s izazovnim okruženjem, poput siromaštva, društvene dezorganizacije, tenzija u susjedstvu ili prijetnji u svojoj okolini. Djeca s kojim se postupalo

grubo i nedosljedno mogu razviti bijes zbog nedostatka ljubavi i njegovanja. To može dovesti do mržnje, povrjeđivanja i nasilja u pokušaju uzvratanja udara.

Mnoga agresivna djeca imaju mrežu agresivnih prijatelja. Iako ti klasteri mogu potaknuti i ojačati antisocijalno ponašanje, čini se da također pružaju prijateljstva i društvenu podršku.

Četvrti, predškolske ustanove i mediji mogu stvoriti agresivno okruženje u kojem djeca svakodnevno svjedoče agresiji i nasilju u različitim oblicima.

Da bi mala djeca prerasla svoje agresivne načine ponašanja, potrebna im je pozitivna, dosljedna i odgovarajuća terapija putem različitih preventivnih programa koji su spomenuti u samom radu. Moraju naučiti pozitivne tehnike rješavanja problema. Roditelji i učitelji trebaju djecu smjestiti u okruženja koja nude podršku za učenje pozitivnog društvenog ponašanja, a ne agresivne, neprijateljske, asocijalne radnje.

Najbolji način da se smanje slučajevi agresije među djecom i mladima jest spriječiti njihovu pojavu. Uspješno obeshrabrivanje agresivnog ponašanja kod mladih uključuje izgradnju čvrstih i primjerenih odnosa s njima te stvaranje strukturiranog i sigurnog okruženja.

4. AGRESIVNOST I POREMEĆAJ PAŽNJE I HIPERAKTIVNOSTI KOD DJECE PREDŠKOLSKE DOBI

4.1. Pojavnost agresije kod djece s poremećajem pažnje i hiperaktivnosti

Više od 50 % djece predškolske dobi s kombiniranim podtipom ADHD-a navodno pokazuje klinički značajnu agresiju, pri čemu je impulzivna agresija prevladavajući podtip. Impulzivna agresija odnosi se na oblik agresije koji se pojavljuje i bez planiranja i razmišljanja o posljedicama. Osobe koje pokazuju impulzivnu agresiju često reagiraju naglo i burno na izazove, frustracije i stres. Takva vrsta agresije uključuje verbalno nasilje (vikanje i psovanje) ili fizičko nasilje (udaranje, guranje). Ključna karakteristika impulzivne agresije jest brza i emotivna reakcija na okolnosti bez obzira na posljedice. Osobe koje pokazuju takav oblik agresije često kasnije žale zbog svojih postupaka, ali tijekom samog incidenta nisu u stanju kontrolirati svoja ponašanja.

Impulzivna agresija snažno predviđa vrlo nepovoljnu razvojnu putanju karakteriziranu potencijalom trajnog ADHD-a, sve većim psihosocijalnim opterećenjem, gomilanjem

komorbiditeta, ozbiljnim cjeloživotnim funkcionalnim nedostacima u širokom rasponu domena, delikvencijom/kriminalom i antisocijalnim ponašanjem odraslih.

Impulzivna agresija, koja izaziva odbacivanje vršnjaka i začarani krug eskalacije disfunkcije, može biti ključni čimbenik u nepovoljnim psihosocijalnim ishodima koji se pripisuju ADHD-u. Budući da ozbiljno agresivno ponašanje ne popušta kod mnoge djece kada se liječi primarnom ADHD terapijom (tj. stimulansima i bihevioralnom terapijom), uobičajena je praksa dodavanje lijekova druge klase za specifično ciljanje na agresivno ponašanje.

Agresija kod djece i adolescenata s ADHD-om ozbiljan je klinički i javnozdravstveni problem. Iako se dodatna terapija lijekom usmjerenim na agresiju naširoko preporučuje kada se agresivno ponašanje ne povuče s primarnom terapijom ADHD-a, empirijski dokazi trenutno ne podržavaju upotrebu bilo kojeg specifičnog sredstva. Potrebna su randomizirana kontrolirana ispitivanja kako bi se identificirali agensi usmjereni na agresiju s povoljnim profilima koristi i rizika.

Iako će mala djeca često biti fizički agresivna kada izražavaju ljutnju, upotreba fizičke agresije obično opada kako se kognitivne i jezične sposobnosti razvijaju, a djeca postaju kompetentnija u reguliranju svojih emocija (Campbell i sur., 2006).

Agresivno ponašanje javlja se izvan prihvatljivog društvenog konteksta i ima intenzitet, učestalost, ozbiljnost i/ili trajanje koje je štetno za interese djeteta (Jensen i sur., 2007).

Agresivno ponašanje kod djece čini 25 % posebnih usluga u školi i jedan je od najčešćih uzroka upućivanja na mentalno zdravlje, čineći do 60 % upućivanja na dječju psihijatriju (Connor i sur., 2006).

Prema Hubbard i suradnicima (2010) agresija se može kategorizirati u dvije široke podvrste na temelju motivacije agresora:

1. reaktivna ili impulzivna i
2. proaktivna ili instrumentalna.

Impulzivna agresija (IA) ljutita je, uzvratna agresija koja proizlazi iz frustracije, ljutnje ili neprijateljstva prema stvarnim ili percipiranim provokacijama – stresorima koje mladi iste dobi obično doživljavaju smireno. Impulzivna je agresija, dakle, neplanirana i trenutna reakcija koja

odražava emocionalnost izvan kontrole koja zadovoljava trenutne emocionalne pritiske iako s negativnim posljedicama za agresora.

Nasuprot tome, instrumentalna agresija svjesno je planirano, ciljno usmjereno ponašanje sa specifičnom namjerom da se agresoru doprinese dobrobit. Iako su to različite podvrste agresije, obje se javljaju u različitim stupnjevima kod agresivne djece.

Impulzivna agresija, koja je povezana sa širokim spektrom psihijatrijskih poremećaja, najčešći je fenotip u kliničkoj populaciji, javlja se u 80 % agresivne djece.

4.2. Proučavanje agresije kod djece s poremećajem pažnje i hiperaktivnosti

Ovaj pregled opisat će IA u specifičnom kontekstu ADHD-a.

Budući da agresija nije opširno proučavana u kliničkim uzorcima djece i adolescenata s ADHD-om, Connor i sur. (2010) usporedili su referentnu populaciju ADHD-a s kontrolnom skupinom iz zajednice, koristeći višestruke ljestvice za mjerenje agresivnog ponašanja.

Djeca s ADHD-om dosljedno su bila agresivnija od kontrolne skupine. Utvrđena je značajna korelacija između težine agresije i broja komorbidnih dijagnoza, kao i težine simptoma ADHD-a. Impulzivni oblici agresije bili su znatno češći od instrumentalnih oblika za svu djecu s ADHD-om nego za kontrolnu skupinu.

Rezultati istraživanja obično su bili najviši za kombinirani podtip ADHD-a. Rezultati stoga upućuju na to da je agresija generalizirani marker težine ADHD-a.

Međutim, eksternalizirajuće ponašanje ODD/CD može biti prisutno na razinama ispod praga kod ADHD djece. Connor i sur. stoga su usporedili mlade s ADHD-om s kontrolnom skupinom mladih bez ADHD-a u smislu emocionalnih simptoma i simptoma ponašanja koji se često povezuju s ADHD-om (Connor i sur., 2012).

Skupina ADHD-a podijeljena je na svu djecu s hiperaktivno-impulzivnim ADHD simptomima (hiperaktivni podtip + kombinirani podtip) i onu samo s nepažljivim podtipom; kontrolne skupine bez ADHD-a uključivale su psihijatrijsku referentnu skupinu i kontrolnu skupinu u zajednici. Oni sa simptomima ADHD-a pokazali su veću agresiju od djece u kontrolnim skupinama. Problemi s eksternaliziranim ponašanjem i agresija povećavali su se kako se povećavala ozbiljnost simptoma ADHD-a; čini se da su ti problemi povezani s ADHD domenom hiperaktivnost-impulzivnost.

Povijesno gledano, ADHD i agresija smatrali su se odvojenim, ali povezanim dimenzijama eksternaliziranog ponašanja. Međutim, recentna istraživanja sugeriraju da impulzivna agresija također ima emocionalnu dimenziju i da je središnji aspekt ADHD-a emocionalna impulzivnost (King i Waschbusch, 2010).

U novije vrijeme, međutim, IA se također pripisuje emocionalnoj impulzivnosti i disregulaciji, što je čini središnjom značajkom ADHD-a. Emocionalna impulzivnost odnosi se na nedostatke u prvom koraku emocionalne samokontrole; to jest, sposobnost inhibicije snažnih emocionalnih reakcija na događaje iz okoline (Barkley i Murphy, 2010).

Emocionalna disregulacija odražava nedostatke u drugom koraku emocionalne samokontrole; to jest, nedostatke u sposobnosti samoregulacije emocionalnog stanja kako bi bilo prikladnije dobi, društveno prihvatljivije.

Emocionalna impulzivnost i disregulacija mogu biti odgovorni, barem djelomično, za istodobnu pojavu ADHD-a, IA-a (Barkley i Fischer, 2010).

Iako se ADHD u djetinjstvu nekoć smatrao benignim, samoograničavajućim poremećajem u kojem se simptomi povlače u adolescenciji, brojne prospektivne longitudinalne studije jasno su utvrdile negativan učinak ADHD-a u djetinjstvu i njegove odjeke u adolescenciji i odrasloj dobi (Biederman i sur., 2011).

Životne posljedice ADHD-a široko su kategorizirane i mogu imati značajne životne posljedice ako ADHD ostane nedijagnosticiran i netretiran. Neke od mogućih posljedica uključuju različite aspekte života kao što su:

- **Obrazovanje** – djeca s ADHD-om često se suočavaju s teškoćama u školi te to može rezultirati akademskim neuspjehom i niskim samopouzdanjem u školi.
- **Socijalni odnosi** – imaju teškoće u kontroli impulzivnih reakcija, stoga se često suočavaju s konfliktima i socijalnom izolacijom.
- **Zdravstvene posljedice** – zbog impulzivnosti i nedostatka pažnje, skloniji su ozljedama, a često imaju teškoća u održavanju zdravih navika prehrane, vježbanja i dovoljno sna.
- **Samopouzdanje** – zbog teškoća u svakodnevnim aktivnostima, često imaju osjećaj manje vrijednosti koji ih dovodi do frustracija zbog svojih poteškoća.

- Mentalno zdravlje – osobe s ADHD-om imaju povećani rizik od razvoja komorbidnih mentalnih poremećaja, kao što su depresija, anksiozni poremećaj i poremećaji ponašanja.

Agresivnost plus hiperaktivno-impulzivno-nepažljivo ponašanje kod djece povećava rizike od raznih psiholoških, akademskih, emocionalnih i društvenih problema u usporedbi s bilo kojim od obrazaca ponašanja pojedinačno (Fergusson i sur., 1996).

4.3. Impulzivna agresija kod djece s poremećajem pažnje i odnosi prema vršnjacima

Optimalni društveni ishodi ovise o tome koliko su djeca sposobna izgraditi pozitivne odnose s vršnjacima, jer se vještine ključne za učinkovito društveno funkcioniranje – npr. suradnja, pregovaranje i rješavanje sukoba – prvenstveno razvijaju u kontekstu interakcije s vršnjacima (Hoza, 2007).

Problemi s vršnjacima općenito predviđaju niz ozbiljnih problema prilagodbe, uključujući delinkvenciju, zlouporabu opojnih sredstava, napuštanje škole, akademske poteškoće i druge psihopatologije, oštećenja koja su također zabilježena u vezi s ADHD-om. Stoga je važno razumjeti odnose s vršnjacima u kontekstu ADHD-a, osobito s obzirom na komorbiditet IA.

Niz društvenih problema povezan je s nepažnjom i hiperaktivnošću-impulzivnošću kod djece i adolescenata, uključujući manje prijateljstava, zlostavljanje, viktimizaciju i loše odnose s vršnjacima. Odbacivanje vršnjaka česta je pojava za djecu s ADHD-om, pri čemu IA ima posebno snažan učinak.

MTA (Multimodal Treatment Study of Children with ADHD) veliko je i važno istraživanje koje se provodilo s ciljem boljeg razumijevanja i tretmana poremećaja pažnje i hiperaktivnosti (ADHD) kod djece. Na osnovnoj procjeni za MTA studiju (Multimodal Treatment Study of ADHD; Swanson i sur., 2008, prema Barkley, 2014), 52 % djece koja ispunjavaju dijagnostičke kriterije za ADHD odbacili su vršnjaci u usporedbi s 14 % njihovih nasumično odabranih kolega iz razreda. Osim toga, djeca u studiji MTA bila su manje voljena i imala su manje prijatelja od svojih školskih kolega; 56 % nije imalo recipročne prijatelje, naspram 32 % njihovih kolega iz razreda (Mrug i sur., 2012).

Nisu ih voljela djeca s višim statusom u skupini vršnjaka i stoga su bili izloženi isključivanju od strane popularnijih vršnjaka. Štoviše, nedostaci u odnosima s vršnjacima bili su

dosljedni po dobi i spolu i bili su dobro utvrđeni do najmanje 7 godina starosti (najniža dob pri ulasku u studiju).

Svojim neposlušnim, ometajućim i agresivnim ponašanjem ADHD djecu gotovo odmah odbacuju njihovi vršnjaci koji nemaju ADHD; na primjer, do kraja njihove prve sesije igranja. Jednom kada se odbacivanje vršnjaka razvije unutar društvene skupine, vrlo je otporno na promjene. Longitudinalni podaci iz MTA studije pokazali su začarane krugove između agresije i društvenih vještina te između odbijanja vršnjaka i društvenih vještina (Murray-Close i sur., 2010).

Ti pojačani ciklusi disfunkcije mogu pridonijeti gomilanju poteškoća s kojima se suočavaju djeca s ADHD-om. Odbacivanje vršnjaka kod ADHD-a sveprisutno je i stabilno tijekom vremena, traje od djetinjstva barem do adolescencije (Bagwell i sur., 2001).

Štoviše, odbacivanje vršnjaka kod djece s ADHD-om ima veliku štetu, kao što je pokazano u studiji MTA u kojoj je odbacivanje vršnjaka neovisno predvidjelo pušenje cigareta, delinkvenciju, anksioznost (Mrug i sur., 2012).

Iako problemi s pažnjom i neagresivna eksternalizirajuća ponašanja (npr. nemir, nametljivost) mogu pridonijeti problemima s vršnjacima, IA naspram instrumentalne agresije najjače je implicirana u smislu odbijanja vršnjaka. Impulzivno agresivna djeca manje su prihvaćena i doživljavaju veće odbacivanje i viktimizaciju od vršnjaka koji nisu agresivni ili sudjeluju u instrumentalnim agresivnim činovima.

Zapravo, vjerojatnije je da će djeca kod koje su agresivni postupci prvenstveno instrumenti biti popularnija među vršnjacima. Impulzivna agresija također je povezana s manje prijateljstava i niže kvalitete te više konfliktnih prijateljstava.

4.4. Terapija lijekovima

Krajnji cilj intervencije kod djece s ADHD-om jest smanjiti ili eliminirati funkcionalna oštećenja uzrokovana razornim učincima ADHD-a na psihosocijalni razvoj.

Trenutačne preporuke za liječenje djece s ADHD-om i komorbidnim IA jesu da se najprije liječi primarni poremećaj – ADHD – prije izravnog ciljanja IA, s idejom da će uspješno liječenje ADHD-a imati pozitivan učinak na povezana disruptivna ponašanja kao što je IA

(Jensen i dr., 2007). Različite smjernice ocrtavaju sustavne pristupe relevantne za procjenu i upravljanje ADHD-om i IA.

Određeni broj stimulativnih i nestimulativnih lijekova odobrila je Američka agencija za hranu i lijekove za liječenje ADHD-a kod djece i adolescenata na temelju dvostruko slijepih, randomiziranih, placebo kontroliranih ispitivanja koja pokazuju značajno smanjenje osnovnih simptoma ADHD-a, kao i značajna poboljšanja u globalnim procjenama ishoda. Smjernice općenito preporučuju da se farmakoterapija usmjerena na ADHD započne kao monoterapija, koja bi trebala biti prilagođena individualnim potrebama za optimalnu ravnotežu poboljšanja i podnošljivosti.

Mnoštvo empirijskih dokaza podupire da bi psihosocijalna/biheviorna terapija uz monoterapiju lijekovima trebala biti primarna terapija za djecu s ADHD-om. Preporučeni „sljedeći korak“, kada klinički značajna agresija ustraje unatoč monoterapiji ADHD -a, jest specifično ciljanje agresije drugom klasom lijekova (Mrug i sur., 2012).

Međutim, nijedan lijek još nije odobren za liječenje IA, bilo globalno za sve psihijatrijske poremećaje ili kao element specifičnog poremećaja. Smjernice relevantne za farmakoterapiju u djece s ADHD-om i komorbidnom agresijom bile su u nepovoljnom položaju zbog nedostatka podataka iz randomiziranih kontroliranih studija koje su posebno procjenjivale agresiju kao primarni ishod u djece s ADHD-om (Biederman i sur., 2002).

4.5. Pomoć roditeljima

Obitelj je ključni čimbenik u rastu i razvoju djeteta s ADHD-om. Roditelji koji ne znaju da im dijete ima poremećaj pažnje s hiperaktivnošću često ga proglašavaju zločestim te smatraju da im se dijete inati i pruža otpor njihovim roditeljskim postupcima.

U odgoju hiperaktivne djece najvažnije je razviti osjećaj prihvaćanja i pomoći djetetu kako da funkcionira u socijalnim okruženjima (Bouillet i Uzelac, 2007).

Roditelje je bitno naučiti prepoznavati djetetove probleme i poteškoće u odnosima s njegovim vršnjacima kako bi preuzeli aktivnu ulogu u organizaciji djetetova života. U obitelji s djetetom s ADHD-om svaki dan mora biti pomno isplaniran. Dan mora imati koncept koji uključuje vrijeme za igru, šetnju, pospremanje, kupovinu, odlazak u vrtić/školu, slobodne aktivnosti i ti se planovi moraju dosljedno pratiti i provoditi.

Roditelji ne smiju prihvatiti djetetovo nepoželjno ponašanje. Moraju jasno pokazati da misle ozbiljno ono što govore. Ne treba se opominjati često, a ako dijete prekrši pravilo, slijedi kazna. Roditelji ne smiju dopustiti da ih obuzmu emocije u trenutku kazne. Trebaju biti što objektivniji i razmisliti o mjerama koje treba poduzeti kada dijete prekrši pravilo. Pravila bi trebala imati cijela obitelj, a ne samo dijete s ADHD-om jer će se osjećati kao da je ono za sve krivo. Nije važan broj pravila; važno je da se pravila svi pridržavaju. Neka od pravila su na primjer: doći kući u dogovoreno vrijeme, ne vrijeđati braću i sestre, ne lagati, ići na spavanje u dogovoreno vrijeme itd (Lauth i dr., 2008).

Napadaji bijesa vrlo su česti kod djece s hiperaktivnim poremećajem, ali su i normalna faza razvoja. Ako dijete ima napadaje bijesa potrebno mu je pomoći. Ako dijete svojim napadajima ugrožava sebe i može se povrijediti, treba ga zaštititi, a po potrebi i izolirati na kraće vrijeme. Temelj svega je dobar odnos prema djetetu (Kocijan- Hercigonja, 1997).

Predškolska djeca s ADHD-om imaju veću vjerojatnost da će imati poteškoća u vrtiću ili školi, uključujući probleme u odnosima s vršnjacima, učenjem i veći rizik od ozljeda. Rana dijagnoza važna je kako bi dijete moglo dobiti potrebnu pomoć za smanjenje tih problema.

Liječenje ADHD-a složeno je i važno je kontinuirano pratiti djecu kako bi se vidjelo djeluje li liječenje. To uključuje povremeno ponavljanje procjena na ljestvici ocjena kako bi bili sigurni da lijekovi i bihevioralna terapija imaju željeni učinak.

Djeca koja imaju ADHD nemaju vještine i ponašanja koja rezultiraju primanjem pozitivne pažnje okoline. Često su sklona nedoličnom ponašanju i češće su u situacijama u kojima bivaju kažnjavani od druge djece. To može imati negativan učinak na njihovu sliku o sebi i uzrokovati da povećaju svoje problematično ponašanje. Roditelji i skrbnici (odgojitelji i drugi skrbnici) mogu naučiti upravljati ponašanjem djece predškolske dobi koja imaju ADHD tako što će se educirati o poremećaju i kroz obuku roditelja o tome kako koristiti tehnike ponašanja.

Programi obuke roditelja mogu dati skrbnicima alate i strategije za pomoć djeci koja imaju ADHD. Pregled Agencije za zdravstvena istraživanja i kvalitetu Europske komisije utvrdio je da učinkoviti programi: pomažu roditeljima u razvijanju pozitivnog odnosa sa svojim djetetom, podučavaju ih o tome kako se djeca razvijaju, pomažu im u upravljanju negativnim ponašanjem i na koji način povećati pozitivna ponašanja pozitivnom disciplinom.

Kako se ti simptomi razvijaju s godinama, oni postaju sve izraženiji, i to čini obitelj nesigurnom u tome kako postupati s djetetom, osobito pri polasku u školu. ADHD ima značajan utjecaj na djetetov razvoj, uključujući socijalno, emocionalno i kognitivno funkcioniranje, te je odgovoran za značajan morbiditet i disfunkciju za dijete, njegovu grupu vršnjaka i njegovu obitelj. Pogođena djeca često su izložena godinama negativnih povratnih informacija o svom ponašanju te su u nepovoljnom položaju u obrazovanju i društvu.

Procjenjuje se da do dvije trećine djece pogođene poremećajima hiperaktivnosti nastavlja imati probleme u odrasloj dobi. Osim toga, može postojati dramatičan učinak na obiteljski život (Murray-Close i sur., 2010).

Kumulativni učinci tih poteškoća mogu biti porazni i uzrokovati značajno opterećenje bolesti povezano s ADHD-om, što se pojašnjava u smanjenju kvalitete života djeteta i njihovih obitelji. Taj teret zahtijeva razmatranje i djelovanje dionika upravljane skrbi za promicanje dobre prakse i optimalne skrbi.

Obitelji djece s ADHD-om možda se suočavaju s izazovima koji nadilaze same simptome ADHD-a. Borbe koje roditelji doživljavaju važno je uzeti u obzir u pogledu intervencije, jer roditelji obično igraju glavnu ulogu u radu na promjeni simptoma ponašanja djece (npr. Obukom roditelja i programima bihevioralne terapije).

Stoga je razumijevanje različitih obiteljskih konteksta i njihova utjecaja na razvojne putanje djece s ADHD-om presudno za uspjeh tih intervencija. Osim toga, djeca s ADHD-om trebaju vodstvo i razumijevanje svojih roditelja i odgojitelja kako bi dosegla svoj puni potencijal.

5. ULOGA ODGOJITELJA U RADU S DJECOM S ADHD-OM

Odgojitelji svakom djetetu pristupaju individualno, pa tako i djeci s ADHD-om.

Odgojiteljeve stručne kompetencije, osobni sustavi vrijednosti te stavovi o djeci s teškoćama i njihovim mogućnostima uvelike utječu na kvalitetu njihova rada unutar grupe u koju su uključena djeca s razvojnim teškoćama. Od presudne su važnosti pedagoške i didaktičke kompetencije te stručna naobrazba odgojitelja iz područja psihologije i pedagogije.

Inkluzija djeteta u grupu sprječava potencijalnu izolaciju djeteta s ADHD-om u njegovu kasnijem životu te mu omogućuje da prati aktivnosti ostale djece. Kako bi mu se omogućile te

aktivnosti, djetetu s ADHD-om izrađuje se osobno prilagođen, individualizirani pristup te mu se prilagođavaju metode rada uz dodatnu pomoć stručnih suradnika koji su upoznati s njegovim razvojnim poremećajem.

Odgovitelj mora biti kompetentan razumjeti i na odgovarajući način reagirati na djetetove potrebe, mogućnosti, sposobnosti, uspjehe i vrednovanje. Nadalje, on mora imati sposobnost organizirati aktivnosti pomoću kojih će dijete s poremećajem ADHD-a moći postići svoj maksimum u razvoju svojih sposobnosti i osobina (Kokot, 2016).

Da bi se pomoglo djeci, davanje uputa mora biti jasno, dobro artikulirano, nove informacije moraju biti kratke i jasne, mora se govoriti polagano kako bi se informacija mogla prihvatiti, za bolju memoriju uvijek su bolji konkretni predmeti i povratna informacija kako bismo bili sigurni da nas dijete prati (Kocijan Hercigonja, 1997).

Odgovitelj je dužan sudjelovati u cjeloživotnom usavršavanju i nadograđivanju kako bi bio što kompetentniji za rad s djecom, osobito s djecom s poteškoćama u razvoju. Kompetentan odgovitelj jest onaj koji neprestano unaprjeđuje svoju praksu, educira se i usavršava svoja znanja kako bi bio spreman i psihički i fizički za rad s djecom s poteškoćama. Odgovitelj treba znati slušati, artikulirati, fascinirati i svakodnevno motivirati dijete te s njim istraživati njegove mogućnosti, interese i potrebe.

6. ZAKLJUČAK

Ovaj završni rad pružio je dublje razumijevanje povezanosti između poremećaja hiperaktivnosti i deficita pažnje (ADHD) te agresivnog ponašanja kod djece predškolske dobi. Rad ukazuje na brojne čimbenike koji igraju ulogu u toj složenoj vezi.

Najvažniji zaključak iz ovoga rada jest da postoji značajna povezanost između ADHD-a i agresivnosti kod djece predškolske dobi. Djeca s ADHD-om često pokazuju veću sklonost agresivnom ponašanju u usporedbi s njihovim vršnjacima koji nemaju taj poremećaj. Ta povezanost može biti posljedica neurobioloških čimbenika, uključujući disfunkciju dijelova mozga koji su odgovorni za regulaciju emocionalnih i impulzivnih reakcija. Također, poteškoće u socijalnim interakcijama i problemi u uspostavljanju prijateljskih odnosa mogu dodatno doprinijeti agresivnom ponašanju kod djece s ADHD-om.

Okolišni čimbenici također imaju značajan utjecaj. Obiteljske dinamike, izloženost nasilju i stresni događaji mogu dodatno pogoršati agresivno ponašanje kod djece s ADHD-om.

Razumijevanje te povezanosti ima duboke implikacije za dijagnostiku i intervenciju. Identifikacija djece s ADHD-om i rano pružanje odgovarajuće podrške, uključujući terapiju i obuku za roditelje, mogu biti ključni za smanjenje agresivnog ponašanja i poboljšanje kvalitete života djece s ovim poremećajem.

U konačnici, ovaj rad ukazuje na važnost multidisciplinarnog pristupa u razumijevanju i rješavanju problema povezanosti ADHD-a i agresivnosti kod djece predškolske dobi. Potrebna su daljnja istraživanja kako bi se bolje razumjele specifičnosti te veze i razvile ciljane strategije za poboljšanje kvalitete života djece s ADHD-om i njihovih obitelji.

7. LITERATURA

1. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. Bagwell, C. L., Molina, B. S., Pelham, W. E., Jr., i Hoza, B. (2001). Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: Predictions from childhood to adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1285-1292.
3. Barboza, G. E., Schiamberg, L. B., Oehmke, J., Korzeniewski, S. J., Post, L. A., i Heraux, C. G. (2009). Individual characteristics and the multiple contexts of adolescent bullying: an ecological perspective. *Youth & Society*, 38(1), 101-121.
4. Barkley, R. A. (2014). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. Fourth edition. The Guilford Press, New York, SAD.
5. Barkley, R. A., i Fischer, M. (2010). The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 503-513.
6. Barkley, R. A. i Murphy, K. R. (2010). Deficient emotional self-regulation in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): The relative contributions of emotional impulsiveness and ADHD symptoms to adaptive impairments in major life activities. *Journal of Attention Disorders and Related Disorders*, 5–28.
7. Biederman, J., Petty, C. R., Clarke, A., Lomedico, A., i Faraone, S. V. (2011). "Predictors of persistent ADHD: an 11-year follow-up study." *Journal of Psychiatric Research*, 45(2), 150-155.
8. Bouillet, D. i Uzelac, S. (2007). *Osnove socijalne pedagogije*. Zagreb: Školska knjiga.
9. Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Volume 1. Attachment*. Basic Books.
10. Brown, M. (2003). *Bully-proof your school. Today's School*. Dayton, OH: Peter Li Education Group.

11. Campbell, S. B., Spieker, S., Burchinal M. i Poe, M. D. (2006). The NECCRN: Trajectories of aggression from toddlerhood to age 9 predict academic and social functioning through age 12. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 791-800.
12. Connor, D. F., Chartier, K. G., Preen, E. C. i Kaplan, R. F. (2010). Impulsive aggression in attention-deficit/hyperactivity disorder: Symptom severity, co-morbidity, and attention-deficit/hyperactivity disorder subtype. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 20, 119-126.
13. Connor, D. F. i Ford, J. D. (2012). Comorbid symptom severity in attention-deficit/hyperactivity disorder: A clinical study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73, 711-717.
14. Cowie, H. i Wallace, P. (2000). *Peer support into action*. London: Sage.
15. Craig, W. M., Pepler, D. i Atlas, R. (2000). Observations of bullying in the playground and in the classroom. *School Psychology International*, 21, 22–36.
16. Elez, K. (2003). Nasilništvo i samopoimanje u djece osnovnoškolske dobi (Bullying and self-concept in elementary school children) (Graduate thesis). Zagreb: Faculty of Philosophy, Department of Psychology, University of Zagreb.
17. Fekkes, M., Pijpers, F. I. M. i Verelooove-Vanhorick, S. P. (2005). Bullying: Who does what, when and where? Involvement of children, teachers and parents in bullying behavior. *Health Education Research*, 20, 81–91.
18. Ferek, M. (2006). *Hiperaktivni sanjari: drugačiji, lošiji, bolji: osvrt na ADHD-deficit pažnje-hiperaktivni poremećaj*. Zagreb: „Buđenje“ Udruga za razumijevanje ADHD-a.
19. Fergusson, D. M., Lynskey, M. T. i Horwood, L. J. (1996). Childhood and adolescent conduct problems: Risk factors for adulthood depressive and anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(6), 797-808.
20. Graham, S. i Juvonen, J. (2002). Ethnicity, peer harassment, and adjustment in middle school: An exploratory study. *Journal of Early Adolescence*, 22, 173–199.

21. Hoof, A., Quinten A. W. Raaijmaker S. i Hale.W (2008). A multi-mediation model on the relations of bullying, vicimization, identity, and family with adolescent depressive symptoms. *Youth Adolescent*. 37, 772-782.
22. Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 655-663.
23. Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Pelham, W. E., Molina, B. S., Abikoff, H. B., Epstein, J. N., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Odbert, C., Swanson, J. M. i Wigal, T. (2004). Self-perceptions of competence in children with ADHD and comparison children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 382-391.
24. Hubbard J. A., McAuliffe M. D., Morrow, M. T. i Romano LJ. (2010). Reactive and proactive aggression in childhood and adolescence: Precursors, outcomes, processes, experiences, and measurement. *Journal of Personality*, 78, 95-118.
25. Jensen, P. S., Youngstrom, E. A. i Steiner, H. (2007). Consensus report on impulsive aggression as a symptom across diagnostic categories in child psychiatry: Implications for medication studies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, 309-322.
26. Jenson, J. M. i Dieterich, W.A. (2007). Effects of a skills-based prevention program on bullying and bully victimization among elementary school children. *Prevention Science* 8, 285-296.
27. Juretić, Z., Bujas Petković, Z., Ercegović, N. (2011). Poremećaj pozornosti/hiperkinetski poremećaj u djece i mladeži. *Paediatrica Croatia*, 55, 61.-67.
28. Jurin, M., Sekušak-Galešev, S. (2008). Poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću (ADHD)-multimodalni pristup. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb.
29. Juvonen, J., Graham, S. i Schuster, M. A. (2003). Bullying among young adolescents: The strong, the weak, and the troubled. *Pediatrics*, 112, 1231–1237.
30. Kocijan Hercigonja, D. (1997). *Hiperaktivno dijete: uznemireni roditelji i odgajatelji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

31. Kocijan-Hercigonja, D., Buljan-Flander, G., Vučković, D. (2004). *Hiperaktivno dijeteuznemireni odgajatelji i roditelji*. Zagreb: Naklada Slap.
32. Kokot, T. (2016). *ADHD u djece predškolske dobi*. Učiteljski fakultet, Zagreb.
33. Kramar, V. (2004). Odnos samoefikasnosti, agresivnosti i obiteljskih interakcija kod djece osnovnoškolske dobi (Relationship between self efficacy, aggressiveness and family interactions in early adolescence) (Graduate thesis). Zadar: Faculty of Philosophy, Department of Psychology, University of Zadar.
34. Latas, M., Starčević, V. P. (1998). Komorbiditet između psihijatrijskih poremećaja – teorijska razmatranja. *Psihijatrija danas, 1998, vol. 30, br. 1. Sažetak*.
35. Lauth, G. W., Schlottke, P. F., Naumann, K. (2008). Neumorna djeca, bespomoćni roditelji. Zagreb: Mozaik knjiga.
36. Limber, S. P. (2004). Implementation of the Olweus bullying prevention program: Lessons learned from the field. In D. Espelage, i S. Swearer (Eds.), *Bullying in American schools: A social-ecological perspective on prevention and intervention* (str. 351–363). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
37. Mrug, S., Molina, B. S., Hoza, B. (2012). Peer rejection and friendships in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Contributions to long-term outcomes. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*, 1013-1026.
38. Nansel, T. R., Overpeck, M., Pilla, R. S., Ruan, W. J., Simons-Morton, B. G. i Scheidt, P. (2001). Bullying behaviors among U.S. youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment. *Journal of the American Medical Association, 285*, 2094-2100.
39. Natvig, G. K., Albrektsen, G. i Qvarnstrøm, U. (2001). School-related stress experience as a risk factor for bullying behavior. *Journal of Youth and Adolescence, 30*, 561–575.
40. Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Oxford: Blackwell Publishers.
41. O'Moore, M. i Kirkham, C. (2001). Self-esteem and its relationship to bullying behaviour. *Aggressive Behavior, 27*, 269–283.

42. Rock, P. F. i Baird, J. A. (2011). Tell the teacher or tell the bully off: Children's strategy production for bystanders to bullying. *Social Development*, 21(2), 414-425.
43. Petrić, N. (2001). Ispitivanje spolnih razlika u odnosu agresivnosti i predrasuda. Diplomski rad, Filozofski fakultet, Zagreb.
44. Shetgiri, R., Lin, H., Avila, R. M. i Flores, G. (2012). Parental characteristics associated with bullying perpetration in US children aged 10-17 years. *American Journal of Public Health*. 102(12), 2280-2286.
45. Smith, P. i Brain, P. (2000). Bullying in schools: Lessons from two decades of research. *Aggressive Behavior*, 26, 1-9.
46. Smith, P., Sharp, S. (Eds.) - (1994). *School bullying*. Insights.
47. Spencer, T. J., Biederman, J. i Wilens, T. E. (2002). Efficacy and tolerability of pharmacotherapies for attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *CNS Drugs*, 16(4), 273-287.
48. Šikić, S. (2005). Povezanost stavova prema agresivnosti i agresivnog ponašanja kod djece osnovnoškolske dobi (The relationship between attitudes towards aggression and aggressive behavior in elementary school children) (Graduate thesis). Zagreb: Faculty of Philosophy, Department of Psychology, University of Zagreb.
49. Velki, T. (2012). *Priručnik za rad s hiperaktivnom djecom u školi*. Naklada slap, Zagreb.
50. Waschbusch, D. A. (2012). A meta-analytic examination of comorbid hyperactive-impulsive-attention problems and conduct problems. *Psychological Bulletin*, 128, 118-150.
51. Wolfgang, C. H. (2009). *Solving discipline and classroom management problems: Methods and models for today's teachers*. 7th. New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.

IZJAVA O IZVORNOSTI RADA

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

(Vlastoručni potpis studenta)