

ADHD

Sokolović, Dona

Master's thesis / Diplomski rad

2018

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:147:920680>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-29**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA UČITELJSKE STUDIJE

DONA SOKOLOVIĆ

DIPLOMSKI RAD

ADHD

Petrinja, svibanj 2018.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA UČITELJSKE STUDIJE
Petrinja

DIPLOMSKI RAD

Ime i prezime pristupnika: Dona Sokolović

TEMA DIPLOMSKOG RADA: ADHD

MENTOR: izv.prof.dr.sc. Siniša Opić

Petrinja, svibanj 2018.

Sadržaj

SAŽETAK	1
SUMMARY	2
1. UVOD.....	3
2. POVIJEST ADHD-A.....	5
3. EPIDEMIOLOGIJA	8
3.1. Uzroci poremećaja.....	8
3.2. Simptomi i karakteristike ADHD poremećaja	11
3.3. Specifičnosti simptoma obzirom na spol i dob.....	16
4. KLASIFIKACIJA.....	19
4.1. Što nije ADHD?	21
5. DIJAGNOSTIKA	23
5.1. Postupak postavljanja dijagnoze.....	23
5.1.1. Intervju s roditeljima	25
5.1.2. Intervju s djetetom.....	26
5.1.3. Sistematski pregled djeteta.....	26
5.1.4. Informacije iz škole.....	27
5.1.5. Postdijagnostički razgovor	28
5.2. Standardizirane ljestvice i skale procjene.....	28
6. LIJEČENJE.....	31
6.1. Terapijske tehnike	32
6.1.1. Liječenje lijekovima.....	37
6.1.2. Terapija glazbom.....	38
6.1.3. Terapijsko jahanje	40
6.1.4. Terapije djetetom	41
6.1.5. Programi potpomognuti osobnim računalom.....	43
6.1.6. Program ravnoteže mozga.....	46
7. EDUKACIJA ZA RODITELJE	47
8. INKLUZIJA DJECE S ADHD-OM U OBRAZOVNI SUSTAV	49
8.1. Kompetencije učitelja za rad s učenicima s ADHD-om.....	51
9. ZAKLJUČAK.....	56
LITERATURA.....	58
KRATKA BIOGRAFSKA BILJEŠKA	61
IZJAVA O SAMOSTALNOJ IZRADI RADA	62

SAŽETAK

Sve prisutniji problem u današnje vrijeme je problem djece s poremećajem pažnje i nemirrom. Razlog tome su različiti utjecaji okoline koji ponekad poprilično negativno utječu na dijete i njegovu promjenu ponašanja, a često mogu biti okidač za razvoj ozbiljnijih poremećaja. Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj (ADHD) je razvojni poremećaj s izraženim simptomima nepažnje i/ili hiperaktivnosti/impulzivnosti. Kod djece s ADHD poremećajem postoji neurološka disfunkcija, to jest smetnje u funkcioniranju mozga. Često se teškoće djeteta prvi puta javljaju s polaskom u školu zbog čega je nužno imati funkcionalan i prilagođen školski sustav te educirano i sposobno nastavno osoblje kako bi dijete postiglo svoj maksimum. Ako okolina, roditelji, odgajatelji, učitelji i drugi ne razumije poremećaj djeteta, vrlo će lako poduzeti pogrešne postupke prema djetetu, što će imati daljnje negativne posljedice po djetetu. S obzirom na ranije navedeno jasno je da se radi o kompleksnom poremećaju kojemu je potrebno pridati puno više pažnje. Bitno je razmijeti sami nastanak i uzroke poremećaja, njegove simptome, utjecaj na dijete s ADHD-om i njegovu okolinu te mogućnosti reakcije svih dostupnih aktera kako bi se pomoglo djetetu. Upravo zbog toga, u ovom radu je riječ o opisu poremećaja, njegovu nastanku i posljedicama, procesu dijagnosticiranja, liječenju, edukaciji roditelja, ali i nastavnog osoblja.

Ključne riječi: ADHD, hiperaktivnost, poremećaj pažnje, integracija, inkluzija, primarno obrazovanje

SUMMARY

An increasingly problem today is the problem of children with attention and disturbance. The reason for this is the various environmental impacts that sometimes have a very negative impact on the child and his behavioral change and may often be a trigger for the development of more serious disorders. Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD) is a developmental disorder with pronounced symptoms of negligence and / or hyperactivity / impulsiveness. Children with ADHD disorder have neurological dysfunction, namely brain function impairment. Children's difficulties often occur for the first time with their primary education which is why it is necessary to have a functional and tailored school system and educated and capable staff to ensure that the child reaches its maximum. If the environment, parents, educators, teachers and others do not understand the child's disorder, it will be very easy to take the wrong steps towards the child, which will have further negative consequences for the child. Given the above, it is clear that this is a complex disorder that requires much more attention. It is important to consider the emergence and causes of the disorder, its symptoms, the impact on the child with ADHD and its environment, and the ability to react to all available actors to help the child. That is why, in this paper, there is a description of the disorder, its origin and consequences, the process of diagnosis, treatment, education of parents, as well as teaching staff.

Keywords: ADHD, Hyperactivity, Attention Disorder, Integration, Inclusion, Primary Education

1. UVOD

Sve prisutniji problem u današnje vrijeme je problem djece s poremećajem pažnje i nemirom. Razlog tome su različiti utjecaji okoline koji ponekad poprilično negativno utječu na dijete i njegovu promjenu ponašanja, a često mogu biti okidač za razvoj ozbiljnijih poremećaja. Sekušak Galešev (2006) definira deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj (ADHD) kao razvojni poremećaj s izraženim simptomima nepažnje i/ili hiperaktivnosti/impulzivnosti koji su maladaptivni (klinički značajno oštećenje socijalnog, akademskog ili radnog funkcioniranja (DSM IV, 1994). Popularna skraćenica ADHD dolazi od engleskog naziva Attention deficit/ hyperactivity disorder.

Pod djecu s teškoćama u razvoju ubrajaju se: djeca sa sniženim intelektualnim sposobnostima, djeca oštećenog vida i sluha, zatim ona s poremećajem govora, glasa i jezika, djeca s poremećajima autističnog spektra, djeca s motoričkim poremećajima i kroničnim bolestima, djeca sa smetnjama u ponašanju, poremećajem pažnje, kao i djeca sa specifičnim teškoćama učenja (Zrilić, 2011). Svakako je važno istaknuti da nazivi djeca s teškoćama u razvoju i djeca s posebnim potrebama nisu istoznačnice. Pojam djeca s posebnim potrebama širi je jer on uz djecu s teškoćama u razvoju obuhvaća i darovitu djecu.

„Pravilnikom o otkrivanju, ocjenjivanju sposobnosti, klasifikaciji i evidentiranju djece i omladine sa smetnjama u psihičkom i fizičkom razvoju u Hrvatskoj“ ne definiraju se, nažalost, međunarodno upotrebljive kategorije djece s poremećajima u ponašanju, autistične djece, djece s ADHD-om (hiperaktivnost i poremećaj/deficit pažnje), djece s teškoćama u učenju, djece s teškoćama čitanja i pisanja, djece s kroničnim bolestima i talentirane/darovite djece. Ovaj poremećaj nije lako dijagnosticirati. Liječnici ponekad dijagnosticiraju ADHD preuranjeno ili bez uzimanja u obzir svih simptoma. Prema Luca- Mrđen i Puhovski (2014) mnoga djeca se opisuju kao “hiperaktivna” i čini se da je taj izraz postao vrlo popularan. No, ako je dijete živahno, puno energije, u pokretu, brbljavo, znatiželjno, to još uvijek ne znači da je hiperaktivno, tj. da ima poremećaj pažnje- hiperaktivni poremećaj. Klinička slika ADHD poremećaja je različita ovisno o dobi djeteta i stupnju njegova razvoja. To znači da sva djeca s navedenim poremećajem ne pokazuju ista ponašanja, a sva ponašanja ne javljaju se na isti način u svim situacijama (Kadum-

Bošnjak, 2006). Ponašanja se tipično pogoršavaju u situacijama u kojima se traži trajnija pažnja ili mentalni napor kao što su primjerice grupne situacije u razrednom odjelu, zajedničkom ručku, pisanje dužih tekstova i čitanje, rješavanje zahtjevnijih zadataka ili rad na istim ili monotonim poslovima (Kadum-Bošnjak, 2006). Brojna istraživanja pokazuju da kod djece s ADHD poremećajem postoji neurološka disfunkcija, to jest smetnje u funkcioniranju mozga. Posljedično, javljaju se teškoće kao što su hiperaktivnost, problem koncentracije, nepredvidivost, impulzivnost. Često se teškoće djeteta prvi puta javljaju s polaskom u školu zbog čega je nužno imati funkcionalan i prilagođen školski sustav te educirano i sposobno nastavno osoblje kako bi dijete postiglo svoj maksimum (Kadum-Bošnjak, 2006).

S obzirom na ranije navedeno jasno je da se radi o kompleksnom poremećaju kojemu je potrebno pridati puno više pažnje. Bitno je razmijeti sami nastanak i uzroke poremećaja, njegove simptome, utjecaj na dijete s ADHD-om i njegovu okolinu te mogućnosti reakcije svih dostupnih aktera kako bi se pomoglo djetetu. Upravo zbog toga, u ovom radu bit će riječ o opisu poremećaja, njegovu nastanku i posljedicama, procesu dijagnosticiranja, liječenju, edukaciji roditelja, ali i nastavnog osoblja.

2. POVIJEST ADHD-A

ADHD je relativno novi pojam i koristi se umjesto starijih definicija kao što su hiperkineza, minimalno oštećenje mozga, hiperkinetički sindrom, minimalna cerebralna disfunkcija, poremećaj zapažanja i sl. Međutim, poremećaji pažnje nisu izum našeg doba. Tako je, na primjer, Heinrich Hoffmann, frankfurtski neurolog, već 1845. godine pisao o “tipičnim problemima” djece s poremećajem pažnje. Njegove slikovnice o “Raščupanom Petru”, “Nemirnom Filipu” i “Nesmotrenom Ivici” stilom onoga vremena vrlo dobro opisuju kakve teškoće mogu imati djeca s poremećajem pažnje (Lauth, Schlottke, Naumann, 2008). Poremećaj je tada po prvi puta opisan, a opisuje preko 40 impulzivne djece za koju govori da imaju značajne probleme u ponašanju uzrokovane genetičkom disfunkcijom, a ne lošim odgojem.

S rastućom afirmacijom prirodnih znanosti počela su se tražiti biološka objašnjenja za te poremećaje. Ta je istraživanja pokrenuo engleski pedijatar George F. Still koji je 1902. godine utvrdio da su djeca nakon upale mozga često nemirna, neusredotočena i da se ne mogu kontrolirati. Poslije je utvrđeno da ima djece s poremećajem ponašanja koja nisu imala upalu mozga. Također, prvi je uočio specifično ponašanje kod djece koje opisuje kao pretjeran nemir, samopovređivanje, destruktivnost i problem s pažnjom (Ferek, 2006). Prema navodima Kocijan Hercigonje, Buljan Flander i Vučković (2004), Still govori o nekim abnormalnim stanjima kod djece, koja opisuje kao abnormalni kapacitet za korištenje pažnje, nemir, samopovređivanje i destruktivnost.

Učestalije se počinje govoriti i pisati o nemirnom djetetu nakon 1920. godine, kada je nakon pandemije encefalitisa u SAD primijećeno da mnoga djeca koja su preboljela encephalitis pokazuju promijenjeno ponašanje, najčešće u obliku impulzivnosti, razdražljivosti, agresivnosti, poremećaja pažnje i nekontroliranog izražavanja emocija (Kocijan Hercigonja i sur., 2004). Uzrokom takvog ponašanja smatraju se minimalna oštećenja mozga koja se često nisu mogla potvrditi uobičajenim dijagnostičkim postupcima ili pregledima, već je najčešće jedini kriterij za postavljanje dijagnoze bilo djetetovo ponašanje. Najčešće se za takve poremećaje koristio naziv MCD ili minimalna cerebralna disfunkcija. Međutim, i to se objašnjenje s vremenom pokazalo nezadovoljavajućim jer se minimalna cerebralna

disfunkcija nije mogla utvrditi kod sve djece s poremećajem pažnje, a nisu ni sva djeca s dijagnozom minimalne cerebralne disfunkcije imala poremećaj ponašanja. Nakon 1975. to se objašnjenje sve manje prihvaćalo i na kraju je posve odbačeno. Oko 1957. zamijenjen je naziv MCD nazivom hiperkinetičko-impulzivni poremećaj (Kocijan Hercigonja i sur., 2004).

Dječji psihijatar Laufer i dječji neurolog Denhoff držali su da naziv treba sadržavati karakteristike kliničke slike ponašanja. Prema istim autorima simptomi mogu biti primarni i sekundarni. U primarne simptome ubrajaju nemir, impulzivnost, oscilacije pažnje, iritabilnost, eksplozivnost, lošu socijalnu poziciju, dok u sekundarne simptome ubrajaju trbušne kolike, poremećaje spavanja, pretjerano uzimanje hrane, destruktivnost, lošu sliku o sebi, osjećaj nesreće i neurotske konflikte. Od tog vremena u nazivu poremećaja nalazimo opis ponašanja, a ne njegovu moguću uzročnost. U Dijagnostičkom i statističkom priručniku Američke psihijatrijske udruge DSM II poremećaj je klasificiran kao hiperkinetička reakcija u dječjoj dobi, da bi se već u DSM III naziv promijenio u ADHD, što znači poremećaj pažnje i hiperaktivni poremećaj, a u DSM IV deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj (Ferek, 2006). Današnji naziv ADHD postoji tek od 1987., a njime se ističe dječje teško ustrajanje ili usredotočenost na jedan predmet (Phelan, 2005).

Prema DSM III utvrđene su dvije vrste ADHD-a: ADHD s hiperaktivnošću i ADHD bez hiperaktivnosti. U DSM III također je prepoznato da djeca s ADHD-om često odrastaju u odrasle s ADHD-om pa je zato uveden termin ADHD-rezidualni tip.

Godine 1987. DSM III je revidiran (DSM III R) (Phelan, 2005). Smatralo se da se u DSM III u opisu ADHD-a podcijenjivalo simptome hiperaktivnosti i impulzivnosti pa se zato u DSM III R pojavio prilično nespretan promijenjeni naziv "Poremećaj pomanjkanja pažnje/hiperaktivnosti". Opis ADHD-a u DSM III R načinjen je na štetu ADHD-a bez hiperaktivnosti. Umjesto starog naziva uveden je termin ADHD "nediferenciranog tipa", koji predstavlja vrstu sveobuhvatne kategorije za sve što se nije precizno uklapalo u ADHD klasifikaciju. Ovaj problem je otklonjen u DSM IV, ali je naziv ADHD zadržan. ADHD bez hiperaktivnosti pojavio se kao "Pretežito nepažljiv tip".

Tijekom razvoja spoznaja o ovom poremećaju naglašavalo se da govoriti o djetetu s deficitom pažnje i nemirom znači govoriti istovremeno o osnovnim karakteristikama

cjelokupnoga djetetova ponašanja. Ako se tako postave činjenice, onda je nemoguće govoriti o nemiru, impulzivnosti i poremećaju pažnje, a da se ne definira uloga temperamenta.

Prva istraživanja o različitosti temperamenta kod djece rane dobi potječu iz 1937. godine. Gisell u svojim analizama djece u prvoj i nakon toga u petoj godini života (snimao je kamerom, te kasnije analizirao slike) iznosi da postoji 15 karakterističnih oblika ponašanja koji su relativno stabilni tijekom analiziranih godina (Kocijan Hercigonja, Buljan Flander, Vučković, 2002). Jedna od najpoznatijih studija o temperamentu djece potječe od Thomasa i Chessa iz 1968., koji nakon primjene intervjua i opažanja roditelja i djece stare 3 mjeseca, iznose da su pažnja i aktivnost ključni elementi u temperamentu. Studija je također pokazala da se djeca već u prvih nekoliko mjeseci međusobno uvelike razlikuju prema karakteristikama temperamenta što uključuje hiperaktivnost, impulzivnost i pažnju. Ne smije se naravno zanemariti ni značenje nasljednih faktora u temperamentu.

3. EPIDEMIOLOGIJA

Razvoj ADHD-a obično započinje između treće i četvrte godine života, ali kod neke djece javlja se već u ranom djetinjstvu. Kod neke se može javiti i kasnije, tek u petoj ili šestoj godini života (Ferek, 2006). Kocijan Hercigonja (1997), Hughes i Cooper (2009) govore kako se mnogo godina smatralo da je poremećaj ograničen na djetinjstvo, no prema novijim saznanjima vjeruje se da se prenosi i u odraslu dob kod 30-70% slučajeva.

3.1. Uzroci poremećaja

Sekušak Galešev (2006) navodi da još uvijek nije otkriven u potpunosti uzrok poremećaja iako se intenzivno istražuje. Međutim, navodi da uzroci hiperaktivnosti i poremećaja pažnje nisu, kako se nekad mislilo, nedostatak roditeljske brige, pretjerano gledanje televizije, neadekvatna prehrana i drugo.

Prema novijim istraživanjima, uzrok je u biološkoj različitosti funkcioniranja središnjeg živčanog sustava. Zrilić (2011) takvu vrstu uzroka naziva organskim te ih objašnjava kao neurološku disfunkciju 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. Rezultati brojnih istraživanja upućuju na neurološku disfunkciju mozga koja se očituje kemijskom neravnotežom mozga, slabijom moždanom aktivnošću te razlikama u strukturi mozga (Sekušak Galešev, 2006). Brojna novija istraživanja su pokazala da je moždana aktivnost kod osoba s ADHD-om slabija u frontalnom (čeonom) području nego što je kod onih koji nemaju taj poremećaj. To se očituje kao slabija električna aktivnost (mjeri se elektrocefalografom- EEG), te kao slabiji krvni protok (mjeri se PET skenerima- pozitron emission tomography). Novija istraživanja koriste se novim sofisticiranim tehnikama: PET (pozitronska emisijska tomografija),

SPECT (jednofotonska emisijska kompjuterska tomografija, fMRI (funkcionalna magnetska rezonanca). Radi se o vizualnim tehnikama koje proučavaju mozgovne cirkulacije i razine mozgovne aktivnosti. Analize ovim tehnikama pokazuju smanjenu aktivnost u područjima mozga koji su odgovorni za pažnju i kontrolu u čeonim dijelovima korteksa i dubokom limbičkom sustavu, bazalnim ganglijama i malom mozgu koji su važni u regulaciji motoričke aktivnosti. Neka istraživanja pokazuju da postoji pretjerana simetrija između lijevog i desnog čeonog režnja u odnosu na djecu koja nemaju deficit pažnje/ hiperaktivni poremećaj. Kod tipične djece desni čeonni režanj je nešto veći od lijevog, dok su kod djece sa ADHD-om podjednake veličine. Općenito, lijevi čeonni režanj je više uključen u ponašanja približavanja, a desni u ponašanja izbjegavanja (Sekušak Galešev, 2006).

Sekušak Galešev (2006) navodi da neurološku disfunkciju mogu uzrokovati naslijeđe i okolina. Genetička istraživanja potvrđuju utjecaj naslijeđa, no kao i kod ostalih nasljednih poremećaja simptomi ne moraju biti uvijek prisutni i kod roditelja. Isti simptomi javljaju se kod približno 30-40 % bližih ili daljnih rođaka osoba s ADHD-om. Također, poremećaj može nastati pod utjecajem različitih okolinskih čimbenika koji tijekom trudnoće, poroda ili nakon rođenja djeteta uzrokuju oštećenja mozga. Za vrijeme trudnoće dijete može biti izloženo nepovoljnim utjecajima lijekova, otrovanju, radijaciji, infekcijama, uzimanjem alkohola ili ovisnošću majke o drogama, preranom porodu te komplikacijama tijekom poroda. Nakon porođaja poremećaj može nastati nakon meningitisa, encephalitis, febrilnih konvulzija, povreda glave, otrovanja olovom.

Zrilić (2011), kao drugu skupinu uzroka, navodi ulogu stresa u obitelji povezanu s lošim socioekonomskim statusom, poremećaj u odnosu majke s djetetom i drugi činitelji koji mogu dovesti do poremećaja obiteljskih odnosa te ih naziva psihosocijalnim uzrocima. 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 indirektno 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. 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). Nadalje, Lauth i suradnici (2008) navode da socijalni uvjeti odlučuju hoće li temeljni rizik (biološko nasljeđe) dovesti do poremećaja pažnje. Ipak, navedeno ne mora nužno biti posljedica poremećaja pažnje.

U sadašnjem vremenu se misli da ADHD ima veze s pretežito nasljednom nesposobnošću frontalnih područja mozga da ispravno obavljaju samoregulaciju. Genetske teorije ukazuju na određeni oblik nasljeđivanja jer se poremećaj javlja uglavnom unutar obitelji (Zrilić, 2011). 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). 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.

Jensen (2004) navodi da ozljeda glave također može povećati rizik za razvoj problema u učenju i ponašanju kasnije u životu, no bitno je napomenuti da većina djece s ADHD-om nema povijest značajnih moždanih oštećenja te se u većini slučajeva ona ne mogu smatrati uzrokom poremećaja.

Ipak, provedeno je mnogo istraživanja o uzrocima ADHD-a, koja su dovela do zaključka da se radi o genetski i neurološki uvjetovanom poremećaju, čiji se točni mehanizmi djelovanja na razini moždanih struktura aktivno istražuju korištenjem

različitih metoda slikovnih prikaza mozga (poput fMR-a, PET-a) i neuropsihičkih testova (Salkičević i Tadinac, 2017). Prema Lauth i suradnicima (2008) ne postoji samo jedan uzrok nastanka simptoma poremećaja pažnje već se mora poklopiti nekoliko uvjeta. Ovdje ponajprije treba navesti funkcijska ograničenja u određenim područjima mozga, moguće ozljede mozga, kao i nedostatke u međusobnom djelovanju autonomnog i središnjeg živčanog sustava. Nadalje, socijalni uvjeti odlučuju hoće li jedan takav temeljni rizik uistinu dovesti do poremećaja pažnje. To se događa kad se temeljnom riziku ne posvećuje primjerena pažnja ili ako se on čak povećava (nesređeni obiteljski odnosi, nedostatak uzora u djetetovu životu, premalo uputa).

3.2. Simptomi i karakteristike ADHD poremećaja

Kod djece s poremećajem pažnje utvrđena su ponajprije ograničenja pri prenošenju i obradi informacija u mozgu, a posljedica toga je da djeca ne mogu dobro odgovarati na zadatke koji se mijenjaju, imaju teškoće kad im je zadatak dosadan, ne mogu dugo zadržati pažnju na jednom predmetu ili zadatku. Ukupna učinkovitost, poput učenja, planiranja, rješavanja problema, uspješna je samo onda kad različita područja mozga surađuju, a kod djece s poremećajem pažnje zakazuje upravo to usklađivanje pojedinih moždanih aktivnosti. Ovakva djeca pribjegavaju ponašanju koje odrasli doživljavaju kao impulzivno, nepažljivo i nemirno.

Impulzivnost ima za posljedicu da se ova djeca lakše daju nagovoriti od strane vršnjaka i na ono što inače sama ne bi napravila, a u odrasloj dobi manifestira se mijenjanjem mjesta življenja, uzrokovanjem nesreća, nemogućnosti vezivanja za jednog partnera, promjenama posla i zanimanja, započinjanjem novih poslova dok još nisu stare završili, a loša slika o sebi dovodi do razvoja tjeskobe, potištenosti, uzimanja psihoaktivnih tvari. U kasnijoj dobi, javljaju se i socijalni problemi, dezorganiziranost i prekomjerno emocionalno uzbuđivanje što se najčešće otkrije polaskom u školu (Phelan, 2005). Statistike pokazuju da čak 65% ADHD djece razvija disfunkcionalna socijalna ponašanja i poremećaje.

Hiperaktivnost je ono što najprije upada u oči. Djeca skaču uokolo, vrte se na mjestu, bubnjaju po stolu, stružu nogama, njišu se gornjim dijelom tijela i zapravo se nikad

ne mogu smiriti. To osobitno dolazi do izražaja kad se od njih baš traži da budu mirna, dakle tijekom objeda, pisanja zadaće, na nastavi. Jedna petina njih nema tu prekomjernu potrebu za kretanjem, nego je plašljiva i povučena. No, ni ta se djeca ne mogu usredotočiti na ono što trenutačno rade, ali na njima ne primjećujemo pretjerani nemir, nego sklonost sanjarenju i usporenost. Impulzivnost znači da dijete nikad ne razmisli prije nego nešto učini, ili razmisli površno. Djeca to ne čine namjerno. Ona ne mogu postupati promišljenije (Phelan, 2005).

Prvi simptomi kod djevojčica su nepažnja i teška koncentracija, a kod dječaka agresivnost i hiperaktivnost. Upravo zbog toga, smatra se da je postotak poremećaja veći kod dječaka. Zapravo je riječ o tome da se zbog "lošeg" ponašanja dječaci češće šalju na preglede. Rani simptomi koji se mogu prepoznati su: rastresenost, zaboravljivost, "lutanje mislima", nemirnost, pretjerano govorenje ili ignoriranje pogleda.

Luca- Mrđen i Puhovski (2014) smatraju da hiperaktivno dijete može imati poteškoće na tri različita područja i to: hiperaktivnosti, pažnji i kontroli impulse.

Dijete koje ima problema na području hiperaktivnosti:

- često trese rukama i nogama, vrpolti se, previja, meškolji
- često ustaje u situacijama kada se očekuje da sjedi na mjestu (npr. u školi)
- pretjerano trči, skače ili se penje u situacijama u kojima to nije prikladno
- teško mu je tiho se i mirno igrati
- ponaša se "kao da ga pokreće motor"
- često pretjerano puno priča
- glasno je (često viče, pjeva, priča...)
- stalno je u pokretu, "u pogonu"
- okreće se i vrpolti na stolici
- lako se uzbudi
- naglo poseže za predmetima
- stalno manipulira predmetima, igračkama
- nemirno je
- neumorno je

Nepažnju kod djeteta možemo uočiti kroz sljedeća ponašanja:

- radi pogreške zbog nemara ili ne posvećuje pažnju detaljima
- teško održava pažnju u zadacima ili igri
- čini se da ne sluša čak i kada mu se izravno obraćamo
- teško mu je organizirati zadatke i aktivnosti
- često gubi stvari potrebne za ispunjavanje zadaća ili aktivnosti
- lako ga ometaju vanjski podražaji- koji drugoj djeci ne smetaju
- sporije je od druge djece u učenju novog gradiva i u izvršavanju zadataka
- teško se koncentrira
- ima teškoće sa završavanjem neke aktivnosti
- neorganizirano je
- nema dovoljne sposobnosti planiranja
- odsutno je mislima
- nepažljivo je
- ima poteškoća u praćenju uputa
- kratko trajanje pažnje
- teško dovršava zadatak

Impulzivno dijete:

- “istrčava” s odgovorima prije nego što je završeno pitanje
- ima poteškoća s čekanjem reda
- često prekida i ometa druge
- burno emotivno reagira, ne predviđajući dobro posljedice
- djeluje prije nego što promisli
- prebacuje se s jedne aktivnosti na drugu
- ne može čekati da netko završi rečenicu ili radnju
- prekida razgovor
- nameće se drugima
- ne čeka upute
- ne može pratiti pravila igre

Prema Luketin i Sunko (2006) ovakva su djeca u školi nestrpljiva, brbljaju dok drugi rade, prekidaju rad u grupi, a učitelji ih doživljavaju kao nedisciplinirane i zločeste. Također, pokazuju slabije socijalne vještine te ih vršnjaci ne prihvaćaju zbog

nezrelog ponašanja i agresivnosti što u kasnijem djetinjstvu rezultira niskom razinom samopoštovanja. Za razliku od ostale djece, svoju pažnju usmjeravaju na druge stvari. Ono što je novo, odmah izazove njegovo zanimanje, dosadno mu je zadržavati se na jednom predmetu, nestrljivo je kad mora čekati, zaustavljanje i razmišljanje mu se čine nepotrebnima, ako mora mirno sjediti, ubrzo će se početi vrpeljiti. Osim toga, djeca s poremećajem pažnje vrlo se teško mogu dulje vrijeme zadržati na izvršenju određenog zadatka. Često prelaze na nove aktivnosti, gotovo nikad ne završe ono što su započela, griješe zbog površnosti i djeluju kao da su odsutna duhom. Njihova pažnja nije primjerena njihovoj dobi. Taj zaostatak u odnosu na drugu djecu osobito se primjećuje (Lauth i sur., 2008):

- Kad se djeca trebaju igrati prema tuđim, a ne prema svojim pravilima
- Kad zadatak za dijete više nije nov i zanimljiv
- Kad je potrebna dugotrajnija pažnja pri kojoj dijete treba samo odlučivati.

Iste obrasce ponašanja djece s ADHD-om opisuje i Nazor (2006) koji navodi da djeca s ADHD-om iskazuju teškoće na različitim područjima kao što su škola, motorika, iskazivanje emocija, socijalni kontakti i slično. Ponajprije, često imaju smetnje u motorici što se manifestira nespretnošću koja dolazi do izražaja u različitim tjelesnim aktivnostima: vožnja biciklom, hvatanje lopte, penjanje na zid, oblačenje, pisanje. Također, javljaju se i višestruke smetnje kada govorimo o uspješnom sudjelovanju u školskim aktivnostima. Prema tome, kratko se mogu usredotočiti na određeni sadržaj, obično rade nešto drugo od onog što se od njih traži, ne razlikuju važno od manje važnog, ne obraćaju pažnju na detalje, a u školi se brzo umaraju. Osim toga, javljaju se teškoće u čitanju i pisanju jer ne mogu uskladiti vidnu percepciju i psihomotoriku, a crteži im ne odgovaraju dobi zbog toga što imaju lošu sposobnost vizualne analize i sinteze. Često gube stvari i one vezane za školu ili i one povezane s igrom (Phelan, 2005). Prema nekim autorima čak više od polovice djece s deficitom pažnje i nemirom ima poremećaje govora u obliku smanjenog rječnika, loše gramatike i teškoće pronalaženja riječi. Posebno je značajno za djecu s deficitom pažnje i nemirom da više uporebljavaju riječi nego kretnje, ali u skraćenom obliku; npr. ako žele nešto reći, to će učiniti na vrlo kratak način: "daj torbu", umjesto da je sami uzmu ili zatraže punom rečenicom. U školi obično nastavnici uočavaju da je djetetova koncentracija bolja ujutro, a opada tijekom dana (Kocijan Hercigonja i sur., 2004).

Isto tako, iskazuju teškoće kada je potrebno slijediti neka pravila, upute, određene norme, često ne slušaju što im se govori. Djeca s poremećajem pažnje teško se pridržavaju pravila i često stvaraju disciplinske probleme. Tvrdoглаva su i uporna kad nešto odluče napraviti. Slabije su osjetljiva na disciplinske mjere: ne reaguju na kazne i kritike i neposlušna su. Ona poznaju pravila kojima ih se učilo, ali ih zaboravljaju primijeniti (Phelan, 2005). Nadalje, teško kontroliraju emocije, javlja se agresivnost, neadekvatno afektivno reagiranje, niska razina tolerancije na frustraciju, ne mogu se prilagoditi grupi, teže dominaciji. Vrlo su glasna, konstantno u pokretu, često se bave i opasnim aktivnostima te često grubo i nepristojno odgovaraju odraslima. Često iskazuju impulzivnost te reaguju prije nego promislu zato što imaju problema s čekanjem ili odgađanjem. Posljedično, često se javlja i neprihvaćenost od vršnjaka i izoliranost djeteta (Nazor, 2006.; Luketin i Sunko, 2006). Teško se snalaze u društvu vršnjaka jer se ponašaju na način koji je teško prihvatiti: silovito, zapovjednički, lako planu, mrze gubiti. Zato se ova djeca često radije igraju i druže s mlađom djecom kojoj su bliži po emocionalnoj zrelosti i kojima mogu zapovijedati (Phelan, 2005). Iako lako stječu poznanike, ne mogu ih i dulje vrijeme zadržati (Kocijan Hercigonja i sur., 2004).

S druge strane, postoje određene situacije u kojima je dijete s ADHD-om ipak u stanju dulje usmjeriti pažnju. Phelan (2005) navodi 4 situacije u kojima je ovakvo dijete u stanju dulje usmjeriti pažnju kao što su novost ili nepoznavanje situacije, visok interes, zastrašivanje i interakcija nasamo s odraslom osobom. ADHD djeca imaju tzv. "dobre i loše dane". Zbog tih oscilacija obično se ovu djecu smatra sposobnom, ali lijenom, pa ih se često kažnjava i osuđuje. Jedna od najčešćih grešaka u radu s ovom djecom je zaključiti da dijete može, ali neće. Djeca s poremećajem pažnje također različito reaguju u različitim situacijama ovisno o stupnju strukturiranosti situacije, spolu odrasle osobe koja se bavi djetetom (žene u pravilu imaju više problema u odnosu s djetetom od muškaraca), prirodi zadatka i frekvenciji ponavljanja uputa (češće ponavljanje uputa olakšava rad djetetu) te slijedu ili povezanosti događaja i potkrjepljenja (neposredna i česta potkrjepljenja) (Phelan, 2005).

Osim poteškoća vezanih za školski uspjeh, motoriku, socijalne kontakte i iskazivanje emocija, ova djeca imaju slabiju organizaciju općeg funkcioniranja tj. organizaciju fizičkog prostora, organizaciju vremena, odlaganja. To znači da je njima teško raditi

komplekse zadatke koji traže organiziranje većih zadataka u seriju manjih koraka (Phelan, 2005). Također, osim što imaju problema u iskazivanju vlastitih osjećaja teško prepoznaju i tuđe. Često ne primjećuju izraze nezadovoljstva na licu druge osobe, ne čuju negativni ton glasa, čak niti izgovorene riječi. Isto tako, imaju slabije razvijenu svijest o povezanosti prošlosti, sadašnjosti i budućnosti, stoga ne vide budući problem ili posljedice, ne planiraju budućnost (Phelan, 2005).

3.3. Specifičnosti simptoma obzirom na spol i dob

Učestalost poremećaja pažnje nije jednaka kod dječaka i djevojčica. Naime, javlja se dva puta češće kod dječaka. Smetnje u ponašanju prije puberteta češće su kod dječaka nego kod djevojčica, a nakon puberteta one se podjednako pojavljuju kod jednih i drugih. Djevojčice defenzivno rješavaju teškoće zbog toga njihove smetnje nisu izražene prema van, nego prema unutra, kao što je slučaj kod plašljivosti. Neki znanstvenici također misle da je dječacima danas teže naučiti ulogu muškarca u društvu jer imaju vrlo malo muških uzora. Kad bi to bilo točno, dječaci bi trebali više vremena provoditi s muškim uzorima (ovdje se ponajprije misli na očeve) (Lauth i sur., 2008).

Također postoje i razlike u ponašanju djeteta s ADHD-om koje su specifične za određenu kronološku dob. Ove razlike su posljedica utjecaja biološkog sazrijevanja i okoline (Luca- Mrđen i Puhovski 2014).

Već u dojenačkoj dobi ovo je dijete aktivnije u odnosu na ostalu djecu. Razdražljivo je i često place, do kasnije dobi noću traži jesti, ima poteškoće u spavanju, često se budi, teško ga je smiriti i utješiti. Također, ima poteškoće u uzimanju hrane te odabiru adekvatne hrane te može imati trbušne kolike. Vrlo često je izražen pojačan tonus mišića i iako rano prohoda, ovakvo dijete često je nespretnije od druge djece (Luca- Mrđen i Puhovski 2014). Kod male djece (do otprilike 4 godine) poremećaj pažnje očituje se ponajprije u motoričkom nemiru, u povišenoj razdražljivosti i otežanoj prilagodljivosti. Ne daju se smiriti, imaju “težak temperament”, ne dopuštaju roditeljima da utječu na njih. Prkose i vrlo se teško uklapaju u okolinu. U motoričkom su smislu razmjerno dobro razvijena i vrlo se rado kreću, a također su i

vrlo znatiželjna. Brzo se i intenzivno posvećuju svemu što je novo, ali samo na kratko vrijeme (Kocijan Hercigonja i sur., 2004).

Prvi znakovi u predškolskoj dobi (otprilike 3-5 godina) vezani su, ponajprije, za obavljanje svakodnevnih aktivnosti kao što su oblačenje bez tuđe pomoći, češće ne nauči oblačiti i vezati cipele, zakopčavati dugmad. Osim toga, prisutna je izrazita motorička aktivnost, nikad nije na svome mjestu i loše predviđa posljedice svojih aktivnosti. Na pitanja odgovara prebrzo i ne daje si dovoljno vremena da razmisli ili pogleda kako druga djeca rade prije nego što pokuša sam uraditi zadatak nestrpljivo je, prekida rad grupe, upada u riječ, ometa druge u obavljanju zadataka ili aktivnosti. Dijete ne sluša kad se čitaju ili pripovijedaju price, nemirno je preko svake mjere i stalno u pokretu, skače, stvara nered i ometa drugu djecu u igri. Ukratko, u usporedbi s drugom djecom izrazito je nemirno, ne može sjediti pet minuta na jednom mjestu, brzopleto je i neusredotočeno. Osim toga, pokazuje slabije rezultate u pripremama za školu kao što su usvajanje boja, brojeva, slova, korištenju škara (Kocijan Hercigonja i sur., 2004.; Luca- Mrđen i Puhovski 2014).

U školskoj dobi djeteta nastavljaju se poteškoće vezane za obavljanje školskih zadataka popraćeni motoričkim nemirom i zapravo su one najizraženije pa je time i ovo razdoblje za dijete s ADHD-om najizazovnije. Poteškoće se očituju pri pisanju domaćih zadataka i usvajanju školskog gradiva, nemogućnosti zadržavanja pažnje i usmjeravanja na bilo kakav sadržaj, što dovodi do neorganiziranosti (prelazi s jedne na drugu aktivnost i rijetko završava započete zadatke). Dijete izbjegava školske obveze i jednostavno nerado odlazi u školu. Sve češće pokušava ostaniti kod kuće, ujutro odugovlači s odijevanjem, dobiva napade bijesa kad ga ipak pošalju ili odvedu u školu, itd. Smanjenjem volje za školu i njegovo znanje postaje manjkavo što izaziva nove teškoće. Pojavljuju se i socijalne teškoće: dijete teško sklapa prijateljstva, često već u drugom razredu postaje autsajder s kojim nitko ne želi imati posla. Zbog toga dijete često stvara lošu sliku o sebi te se javljaju emocionalne poteškoće (Kocijan Hercigonja i sur., 2004.; Luca- Mrđen i Puhovski 2014). Zbog navedenog, poremećaj pažnje se primjećuje brzo, a škola često s osobitim isticanjem poduzima pedagoške mjere (Kocijan Hercigonja i sur., 2004). Školske se obveze s vremenom povećavaju i od djeteta se očekuje sve više pa ima sve manje slobodnog vremena. Tako se od starije školske djece (oko 11-14 godina) očekuje da samo izađe na kraj sa svojim teškoćama. Dugogodišnji neuspjeh u školi ostavlja posljedice koje

se više ne mogu tako jednostavno ispraviti. Također nedostaju i strategije učenja da bi dijete moglo primiti i strukturirati sve zahtijevniju nastavnu građu (Kocijan Hercigonja i sur., 2004).

Životno razdoblje oko 15-20 godina obilježeno je mnogim novim interesima i preokretima. Mlada se osoba trudi otkriti vlastitu osobnost, krenuti novim putem, odvojiti se od roditeljskog doma, uspostaviti veze izvan obitelji, donositi važne odluke na poslu i u obrazovanju, a ponajprije prihvatiti sebe i pronaći svoju ulogu u društvenom okruženju. Obično se u tom životnom razdoblju mladi sve više sukobljavaju s roditeljima. U usporedbi s drugima, mladi s poremećajem pažnje puno su tvrdoglaviji i samovoljniji. Njihovo zanimanje za sve što je novo, nužno ih navodi da iskušaju mnoge rizične stvari, a nedostatna socijalna snalažljivost onemogućuje im da se uspješno izvuku iz nezgodnih situacija (Kocijan Hercigonja i sur., 2004).

4. KLASIFIKACIJA

Za dijagnosticiranje deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja danas su u primjeni dvije bazične klasifikacije: DSM–IV (Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, IV. izdanje) i MKB–10 (Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, 10. revizija). Prema navedenim klasifikacijama jasno je utvrđeno kada će se za neko dijete postaviti dijagnoza deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj.

Prema DSM-IV poremećaj se naziva deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj, kombinirani tip, koji se dijagnosticira ukoliko nalazimo šest ili više simptoma nepažnje i šest ili više simptoma hiperaktivnosti odnosno impulzivnosti u trajanju od najmanje šest mjeseci. S druge strane, prema MKB-10 klasifikaciji mora biti zadovoljeno šest kriterija vezana za nepažnju, tri u vezi s hiperaktivnošću i jedan vezan za impulzivnost.

Nadalje, u MKB-10 ne postoji podjela na podtipove na osnovi dominirajućeg oblika ponašanja. Podtipovi se formiraju na osnovi kriterija zadovoljenosti za poremećaj ophođenja (Kocijan Hercigonja i sur., 2004). 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). Prema spomenutoj klasifikaciji podkategorije su:

- F90.0 smetnje aktivnosti i pažljivosti,
- F90.1 hiperkinetički poremećaj ophođenja,
- F90.8 ostali hiperkinetički poremećaji
- F90.9 hiperkinetički poremećaj, nespecificiran (Kocijan Hercigonja i sur., 2004).

U DSM IV deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj ima tri podtipa: kombinirani, dominantno nepažljiv i dominantno hiperaktivno-impulzivni tip. Sva tri tipa nalaze se pod višom kategorijom ADHD. Kombinirani tip pojavljuje se kod najvećeg broja djece i adolescenata te je zastupljeno šest ili više simptoma nepažnje i šest ili više

simptoma hiperaktivnosti/impulzivnosti koji traju najmanje šest mjeseci. Nadalje, kod predominantno nepažljivog tipa zastupljeno je šest ili više simptoma nepažnje, ali manje od šest simptoma hiperaktivnosti/impulzivnosti koji traju najmanje šest mjeseci, dok je kod predominantno hiperaktivno-impulzivnog tipa zastupljeno šest ili više simptoma hiperaktivnosti/impulzivnosti, ali manje od šest simptoma nepažnje koji traju najmanje šest mjeseci (Velki i Dudaš, 2016).

Poremećaj koji po kriterijima odgovara ADHD-u, dominantno nepažljivome tipu prema DSM IV klasifikaciji odgovara poremećaju pod šifrom F98.8 (ostali specifični poremećaji ponašanja i osjećaja s pojavljivanjem obično u djetinjstvu i adolescenciji) iz MKB-10 klasifikacije. Isto tako, poremećaj pod šifrom F90 nalazi se hiperkinetički poremećaj, koji po kriterijima odgovara ADHD-u, kombiniranom tipu i dominantno hiperaktivno-impulzivnom tipu iz DSM IV klasifikacije.

Osim opisanih bazičnih klasifikacija, najčešće spominjanih u literaturi, različiti autori navode različite vlastite klasifikacije koje se uglavnom razlikuju nazivima. Tako primjerice, Taylor (2008) navodi također tri tipa ADHD-a: hiperaktivno-impulzivan tip, dekoncentriran tip i kombinirani tip. Navodi 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. Nadalje, Kocijan Hercigonja (1997) navodi svoja tri tipa: ADHD s kombiniranim karakteristikama hiperaktivnosti, impulzivnosti i pomanjkanja pažnje; ADHD s pomanjkanjem pažnje kao primarnom karakteristikom; ADHD s impulzivnošću i hiperaktivnošću kao primarnim karakteristikama. Phelan (2005), pak, objašnjava svoja dva tipa koji su kombinirani tip (ADHD s hiperaktivnošću) i nepažljivi tip (ADHD bez hiperaktivnosti). Prema njegovoj podijeli dijete s ADHD-om nepažljivog tipa može imati iste probleme poput djeteta s kombiniranim tipom s izuzetkom lošeg ponašanja. Najčešće su zamišljeni i otuđeni. Zapravo i ne prate što se događa u razredu, ali je njihovu nepažljivost teško primijetiti jer su uljudni, nastoje surađivati, ne stvaraju buku i ne pričinjavaju nevolje. Ono, zapravo, može biti prilično blage naravi i lako se s njim ophoditi. Neka od ove djece zapravo su previše pasivna.

4.1. Što nije ADHD?

Jednako je loše ako se ne prepozna poremećaj kod djeteta koje ga doista ima kao i neopravdano etiketiranje djeteta tom dijagnozom ako ne pripada toj kategoriji. Može se dogoditi da i nadareno dijete bude proglašeno ADHD-ovcem jer su neka ponašanja darovitih po pojavnosti identična ponašanju djece s ADHD-om, ali se razlikuju po učestalosti (Nazor, 2006).

Poremećaj pažnje i motorički nemir mogu biti i posljedica opterećenja kao na primjer kod bolesti, smrti u obitelji, rastave roditelja i slično. Iako se ponašanje djece u tim slučajevima gotovo i ne razlikuje od opisanih poremećaja pažnje, kad se bolje pogleda, mogu se uočiti bitne razlike. U tim slučajevima promjena ponašanja djeteta je prirodna reakcija na događaje koji joj prethode. Teškoće se pojavljuju odjednom, dakle tijekom opterećenja, ali nestaju nakon nekog vremena (Luca- Mrđen i Puhovski, 2014).

Nije nužno da svako dijete, koje je povremeno hiperaktivno, impulzivno i ima poteškoće s pažnjom koncentracijom, ima ADHD. I druga se djeca koji put mogu ponašati živahno, dekoncentrirano i nepažljivo, a takva ponašanja često možemo zamijeniti sa simptomima hiperaktivnog djeteta. Ovakva odstupanja u ponašanju događaju se kada je djetetu dosadno, kada ima neku fiziološku potrebu (gladno je, mora na WC...), kada je jako veselo (čeka rođendanski poklon, uspije u nečemu...), kada je školsko gradivo teško ili je dijete općenito u prezahtjevnoj situaciji, kada ga prekinemo u njemu važnoj aktivnosti ili kada je dijete pod stresom ili se u obitelji događaju promjene (Luca- Mrđen i Puhovski, 2014). Osim toga, postoje i neka medicinska i psihijatrijska stanja koja se mogu zamijeniti s poremećajem pažnje i hiperaktivnosti, a neke od njih su: mentalna retardacija, poremećaj vida ili sluha, poremećaj učenja, prkosno ponašanje, smetnje ponašanja, neurološke smetnje ili nuspojave lijekova ili droga (Luca- Mrđen i Puhovski, 2014).

Dakle, po samim znakovima ne može se zaključiti da je riječ o poremećaju pažnje. Moraju se uzeti u obzir i druge okolnosti poput trajanja teškoće, početka teškoće, isključenja drugih smetnji. Za to je potrebna točna psihološka dijagnostika. Siguran odgovor na to je li dijete hiperaktivno može se dobiti jedino od stručnjaka mentalnog

zdravlja, tj. dječjeg psihologa, defektologa i/ili psihijatra (Luca- Mrđen i Puhovski, 2014).

Prema Luketin i Sunko (2006) hiperaktivnost je vrlo zavodljiva oznaka i možda je prečesto olako koristimo. Postoji više vrsta hiperaktivnosti ili motoričkog nemira ovisno o tome čime je uzrokovana. Prema tome, fiziološka hiperaktivnost nije oboljenje ili oštećenje organizma, a može biti uzrok poremećaju u ponašanju. Motorički nemir je vrlo čest u dobi od 2. do 6. godine. U toj je dobi želja za kretanjem i upoznavanjem svijeta toliko velika da se smatra prirodnom fazom u odrastanju djece. Motorički nemir se smanjuje učenjem novih načina za zadovoljavanje potreba, posebno razvojem govora. Razlikuje se i organska hiperaktivnost koja je obično udružena s drugim poremećajima. Očituje se u motoričkom nemiru, nekonzistentnoj pažnji i impulzivnosti. Zatim, hiperaktivnost može biti povezana i s usporenim mentalnim razvojem, dok se reaktivna hiperaktivnost javlja kao odgovor na stres, umor, iscrpljenost, jako uzbuđenje, emocionalna napetost i krizna stanja. U nekim slučajevima hiperaktivnost ne mora biti nužno povezana s ADHD-om nego s nekim drugim stanjima kao što su autizam i dječja psihoza ili se može javiti kao reakcija na velike količine šećera ili alergiju, nesređenu, neodgovarajuću obitelj ili može biti uzrokovana candidom albicans, prehladom, poteškoćama kod disanja (Luketin i Sunko, 2006). Zbog svega navedenog može se zaključiti da do hiperaktivnosti može doći uslijed različitih čimbenika te sa zaključcima i dijagnozama ne treba brzati te se pouzdana dijagnoza može postaviti tek nakon pomnog proučavanja teškoća na temelju objektivnog ponašanja i međunarodno važećih kriterija.

5. DIJAGNOSTIKA

Kao što je i ranije navedeno, za dijagnozu ADHD-a treba biti prisutno barem šest simptoma nepažnje ili barem šest simptoma hiperaktivnosti i impulzivnosti. Također je bitno da simptomi nepažnje, hiperaktivnosti ili impulzivnosti trebaju trajati najmanje šest mjeseci. Kako navode Luketin i Sunko (2006), dijagnoza se ponekad u svakodnevnoj praksi postavlja na brzinu na osnovi intervjua s roditeljima i s djetetom, što je zapravo dijagnostička impresija. Međutim, procjena po dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne bolesti DSM IV je zahtjevana zbog toga što je potrebna dugotrajna, šestomjesečna, cjelodnevna, svakodnevna opservacija djeteta. Dijagnostiku, prema Phelan (2005) mora provesti stručnjak za mentalno zdravlje, liječnik za to osposobljen ili pedijatar ukoliko posjeduje tu stručnost, dok Zrilić (2011) navodi da je najbolji timski pristup kojeg naziva multidisciplinarni tim, a sastoji se od dječjeg psihijatra, kliničkog psihologa, pedagoga, socijalnog radnika, pedijatra i psihoterapeuta. Dijagnozu je teško postaviti prije četvrte ili pete godine života, jer osim što je karakteristično ponašanje mlađe djece varijabilnije, postavlja im se i manje zahtjeva za trajnijim održavanjem pažnje i kontrolom ponašanja (Zrilić, 2011).

5.1. Postupak postavljanja dijagnoze

Najčešće se dijagnoza postavlja polaskom djeteta u školu, odnosno između 6 i 12 godina jer je kod te dobi najlakše uočiti simptome koji dolaze do izražaja u školskom okruženju (Zrilić, 2011). Slika o djetetovu općem i kognitivnom funkcioniranju stvara se već tijekom prvih kontakata, i to na osnovi:

- Informacija o djetetovu razvoju, funkcioniranju i uspješnosti, pomoću kojih se donosi prosudba.
- Razgovora s djetetom. Ukoliko je ispitivač neiskusna, moguće posljedice su krivi zaključci. Netočnost zaključivanja i odgovaranja može se pripisati sniženom intelektualnom funkcioniranju, a ne djetetovim problemima koncentracije i pažnje.
- Problemi u učenju mogu nastati zbog lošeg usvajanja gradiva (što je posljedica ponašanja, nemira i nepažnje) ili kao posljedica primarno

specifičnih poremećaja koje se javljaju prilikom usvajanja nekih vještina na što se sekundarno razvije karakteristično ponašanje (nemir, impulzivnost i poremećaj pažnje).

- Informacija iz škole ili informacija o tijeku školovanja.
- Posebno je važno ispitivanje računanja i čitanja zbog toga što su to teškoće koje vrlo često nalazimo kod djece s ADHD-om. Postignuto znanje utvrđuje se pomoću različitih ljestvica i upitnika. Njima se ne utvrđuje samo stupanj znanja, već i specifični deficiti (Kocijan Hercigonja, 1997).

Prema Webb i suradnici (2010) stručnjak koji provodi dijagnostiku mora razlučiti radi li se o darovitom djetetu s ADHD-om te mora uzeti u obzir sljedeća pitanja:

1. Pojavljuju li se ponašanja karakteristična za ADHD u svim okruženjima?
2. Postoji li velika neusklađenost kvalitete djetetova rada u gotovo svakom okruženju?
3. Mijenja li se djetetovo ponašanje znatno kada se istroši “novost” situacije?
4. Poboljšava li se djetetovo ponašanje kada se u kontekstu i dnevnim rutinama omogući više strukturiranosti?
5. Kada se dijete prekine u radu, koliko se brzo u stanju vratiti zadatku ili koliko brzo je stanju mijenjati zadatke?
6. Može li se dijete samostalno i tiho baviti kakvom aktivnošću dulje vrijeme?

Prema Luketin i Sunko (2006) djetetova ponašanja se prate bilješkama, kako u školi, tako i izvannastavnim aktivnostima, kod kuće i gdje god dijete boravi. Timski rad roditelja, učitelja i djeteta pridonosi uspostavi boljeg modela u edukaciji i treningu ove problematike. Luketin i Sunko (2006) smatraju da sveobuhvatna procjena uključuje cjelokupnu obiteljsku povijest, intervju sa značajnim osobama, opažanje u vremenu da bi se shvatilo dubinu i raspon poremećaja, opažanje u prirodnim uvjetima, uporabu ljestvica procjene da bi se ustanovio stupanj poremećaja i procjenu razvojnih sposobnosti, raspona pažnje i impulzivnosti. Postoje točno određeni simptomi koji se ispituju u dijagnosticiranju poremećaja pažnje. Zbog toga se dijagnostika provodi po strogim pravilima. Prvi korak je opširan razgovor s roditeljima koji odgovaraju na pitanja o trenutačnim problemima, o povijesti poremećaja, o djetetovu razvoju, kao i o eventualnim tjelesnim tegobama te o dosadašnjim pokušajima liječenja, o tome kada i gdje nastaju problemi i koliko to

već traje. Slijedi ispitivanje povijesti bolesti koji se sastoji od upitnika o tipičnim karakteristikama poremećaja pažnje, razgovor s djetetom o njegovom trenutačnom stanju, sistematski pregled djeteta i postdijagnostički razgovor (Lauth i sur., 2008).

5.1.1. Intervju s roditeljima

Intervju s roditeljima i obitelji obavlja se zbog dobivanja sveobuhvatnih podataka o djetetovom razvoju, te se temeljito uzimaju anamnestički podaci. Obiteljskim intervjuom želi se dobiti uvid u komunikacijske obiteljske odnose, načine reagiranja i ponašanja u problemima, primjenu kazni i nagrada, mijenjanje ponašanja djeteta pod utjecajem vremenskih promjena, promjene u ponašanju s obzirom na prehranu, vanjske obiteljske odnose, socio-psihološko stanje obitelji i integracija obitelji i društvu (Kocijan Hercigonja i sur., 2002).

Prvo se ispituju ključne karakteristike svakog poremećaja. Ako one nisu prisutne, ispitivač odmah prelazi na sljedeću dijagnozu. Također, postoji dokaz da kod bioloških roditelja hiperaktivne djece postoji veća učestalost određenih psiholoških problema koji mogu uključivati alkoholizam, depresiju, sociopatiju, anksioznost. U obiteljima s djetetom koje pati od ADHD-a veća je učestalost bračnog nezadovoljstva i razvoda, zbog čega se par možda neće međusobno slagati oko nekih pitanja u vezi s djetetom ili će se svađati tijekom razgovora (Phelan, 2005).

Prva tema koja se obrađuje u razgovoru s roditeljima jest razlog njihova dolaska. Prvo se postavljaju opća pitanja o predočavanju problema i zatim, ako se sumnja na ADHD, posebno se ispituju mogući simptomi koje roditelji možda nisu spontano spomenuli, poput prekomjernog emocionalnog uzbuđivanja ili teškoće u odgađanju zadovoljenja. Nakon detaljne analize predočenih problema uzima se povijest razvoja. U tu svrhu postoji niz strukturiranih upitnika o tijeku djetetova razvoja. Također je potrebno istražiti i obiteljsku povijest zbog nasljedne prirode poremećaja pomanjkanja pažnje. Dobro je objasniti roditeljima zašto im se postavljaju takva pitanja jer je ovo možda prvi put da čuju tvrdnju da djetetovi problem mogu biti nasljedne prirode, a ne rezultat loših odgojnih metoda. Prvi razgovor s roditeljima treba završiti zajedničkim planiranjem ostatka evaluacije. Edukacijska komponenta je izuzetno važan dio dijagnostičkog procesa jer će mnogi roditelji, nakon što čuju o tipičnim problemima i razvoju netretiranog ADHD-a, gotovo biti u stanju sami

odrediti dijagnozu (Phelan, 2005). Iskaz roditelja o dječjim simptomima je polustrukturirani intervju kreiran s ciljem sistematičnog i točnog zahvaćanja kliničkih fenotipa koji su povezani s hiperaktivnosti, poput poremećaja pažnje i/ili hiperaktivnog poremećaja i hiperkinetičkog poremećaja. Podijeljen je u četiri dijela: emocionalni problemi, simptomi nepažnje, hiperaktivnosti i impulzivnosti, simptomi prkošenja i suprotstavljanja i poremećaja ophođenja te komorbidna stanja (autizam, poremećaji privrženosti, tikovi i slično) (Salkičević i Tadinac, 2017).

5.1.2. Intervju s djetetom

Intervju s djetetom provodi se s ciljem opažanja simptoma ADHD-a te procjene simptoma koji se pojavljuju u različitim sredinama i okruženjima, procjene djetetovog raspoloženja, slike o sebi, (ne)zadovoljstva, osjećaja samoće i tuge, procjene socijalne prilagođenosti i odnosa s prijateljima, utvrđivanja mogućih drugih poremećaja (poremećaj učenja, ponašanja, opsesivnosti, depresije), opažanja logike razmišljanja, forme i sadržaja i percepcije, procjene govora i jezika. Zbog straha od liječnika, ponekad intervju s djetetom može otežati postupak jer ona postanu mirna pa dolazi do prikrivanja određenih simptoma poremećaja. Također, neka se djeca ne mogu dosjetiti i opisati što su radili i osjećali u svojoj prošlosti (Phelan, 2005). Tijekom prvog razgovora s djetetom dijagnostičar ne treba očekivati da će u svom kabinetu uočiti hiperaktivne/impulzivne simptome. Starija djeca mogu sjediti i pričati oko 45 minuta do sat vremena i mnoga od njih prilično će se otvoriti u razgovoru s odraslim koji ih iskreno nastoji razumijeti. Mlađoj djeci često je korisno ponuditi da tijekom razgovora crtaju ili se igraju, iako trajanje seanse još uvijek mora biti kraće, do pola sata. Pri kraju razgovora djetetu se samo kaže kako će izgledati ostatak evaluacijskog procesa (Phelan, 2005).

5.1.3. Sistematski pregled djeteta

Sistematski pregled djeteta je od posebne važnosti jer se mogu utvrditi i drugi znakovi koji upućuju na problem. Neurološki nalaz je većinom uredan, međutim,

vrlo pažljivim pregledom djeteta mogu se ustanoviti minimalna odstupanja kao što su asimetrija refleksa, otežani pokreti u finoj koordinaciji i motorici, nespretnost, nemogućnost oponašanja pokreta i radnji uz isključenje vidnih podražaja. Osobna povijest bolesti od posebnog je značenja jer daje podatke o različitim traumama, bolestima i/ili situacijama koje su mogle dovesti do disfunkcije mozga te biti mogućim uzrokom ADHD-a (Kocijan Hercigonja, 1997). Poremećaji tijekom trudnoće, poroda ili neposredno nakon poroda mogu dovesti do oštećenja djetetovog mozga te samim time dolazi do ugroženog pravilnog razvoja. Kocijan Hercigonja (1997) spominje podatke trudnica koje su bile izložene štetnim djelovanjima zbog kojih je moguć negativan utjecaj na djetetov razvoj. Sve faktore važno je znati već na samom početku dijagnostičkog procesa. Najčešće su to infekcije, nepravilna ishrana, tjelesne traume, kao i nedostatak vitamina, minerala i drugih sastojaka neophodnih za pravilan razvoj djeteta (Kocijan Hercigonja, 1997).

Laboratorijsko dijagnostički postupci značajni su u otkrivanju uzroka poremećaja, a odnose se na analizu osnovnih krvnih pretraga jer niska razina željeza ili smanjenje količine šećera mogu biti odgovorni za problem koncentracije i pažnje, endokrinološka ispitivanja, analiza razine serotonina, analize usmjerene na funkcioniranje mozga: EEG, evocirani potencijali, CT mozga, i detaljno ispitivanje vida i sluha (Kocijan Hercigonja i sur., 2002).

5.1.4. Informacije iz škole

Učitelj je važan član tima u dijagnostičkom postupku i nerijetko prvi predlaže dijagnosticiranje poremećaja stručno-razvojnoj službi škole (Kocijan Hercigonja i sur., 2002). Posebno je važno učiteljevo praćenje djeteta kako bi se zadovoljili strogi kriteriji DSM IV klasifikacije. Osim procjene po kriterijima DSM IV, učitelji prilažu: zapažanja o praćenju učenikovih mogućnosti, aktivnosti i interesa za rad u nastavnom procesu, prijedlog za individualizirani plan i program te metode i oblike rada, zapažanja o prostornoj i vremenskoj orijentaciji i koncentraciji učenika, ono što je posebno važno su zapažanja o ponašanju djeteta te njegovoj prihvaćenosti u razrednom odijelu. Učitelji i stručni suradnici dužni su predložiti dijagnosticiranje poremećaja, a na to ih obvezuje mjera zaštite prava djeteta. Ovisno o sastavu stručne službe škole (pedagog, psiholog, defektolog) neophodno je obaviti dijagnostiku koja

sadrži procjenu djetetove inteligencije, stupanj usvojenosti čitanja, pisanja, računanja, procjenu razvoja govora, podatke iz obiteljskog intervjua i intervjua s djetetom, podatke druge vrste koje škola još posjeduje, a odnose se na dijete (dogovori i suradnja sa Centrom za socijalnu skrb, Zavodom za javno zdravstvo, penalnim institucijama, nevladinim udrugama i sl.) Školska komisija za provođenje pedagoške opservacije koju sačinjavaju stručni suradnici, učitelj i školski liječnik, presudna je u prikupljanju svih nalaza i mišljenja o učeniku kako bi se objedinili podaci i odredila konačna dijagnoza. Na temelju te dijagnoze određuje se adekvatan način školovanja i predlažu najbolji načini i oblici rada s ADHD učenikom (Kocijan Hercigonja i sur., 2002).

5.1.5. Postdijagnostički razgovor

Kada su sve informacije prikupljene, vrijeme je da se svima objasne rezultati. Postdijagnostički razgovor vrijeme je da se roditelje i dijete pripremi i motivira za plan terapije. Potrebno je shvatiti da je ADHD kroničan problem koji ne prerasta i zbog toga terapija također mora biti "kronična". Razgovor s roditeljima i djetetom obavlja se i na samom kraju dijagnostičkog postupka, a nastoje im se pojasniti nejasnoće vezane uz ADHD. Ovaj razgovor polaže temelje za budućnost jer obavještava roditelje i dijete da se treba pripremiti na određenu terapiju (Phelan, 2005).

5.2. Standardizirane ljestvice i skale procjene

U postupku dijagnosticiranja primjenjuju se standardizirane ljestvice tj. skale procjene za roditelje (Russel- Barkley, Conneri) i skala procjene za učitelje (Vanderbilt, Conneri) (Kocijan Hercigonja, 1997). One su važan dio dijagnostike, ali nipošto nisu dovoljne da se samo na temelju njih donese dijagnoza ADHD-a ili da se neko dijete proglasi hiperaktivnim (Phelan, 2005).

U dijagnostičkim se ljestvicama u relativno kratkom roku može obuhvatiti dugi niz pitanja, a zatim se djetetovi rezultati uspoređuju s normama za njegovu dobnu

skupinu. Ljestvice se obično prikazuju velikim grafikonima koji su korisni za objašnjavanje dijagnostičkih rezultata roditeljima. Dijagnostičke ljestvice obično se dijele na one “širokog opsega” i one “uskog opsega”. Ljestvice širokog opsega pokrivaju široki raspon mogućih problema, odnosno pružaju opći pregled djetetova funkcioniranja. Ljestvice uskog opsega koriste se kada ispitivač želi detaljnije proučiti moguće problematično područje, primjerice sam ADHD ili moguća komorbidna stanja. Dvije popularne ljestvice širokog opsega su Achenbach Child Behavior Checklist (CBCL) i Behavior Assessment System for Children (BASC) (Phelan, 2005). Achenbach ljestvica je dobro normirana, jednostavna za bodovanje i dobra za prepoznavanje komorbidnih stanja. Međutim, u nekoj mjeri nagine netočnim zaključcima zbog čega se može predvidjeti stvarna dijagnoza. Ona nudi verzije za roditelja, učitelja i dijete te sadrži niz podljestvica: Agresivno ponašanje, delikventno ponašanje, anksioznost/depresija, somatske tegobe, socijalni problem, teškoće s pažnjom, misaone teškoće, povlačenje. BASC ljestvica također sadrži verzije za roditelja, učitelja i dijete, a također i niz podljestvica koji je sličan CBCL-u: hiperaktivnost, agresija, anksioznost, depresija, somatizacija, atipičnost, povlačenje, teškoće s pažnjom, socijalne vještine (Phelan, 2005). S druge strane, Berkleyjevi upitnici Home i School Situations Questionnaire pristupaju problem iz nešto drugačijeg ugla (Kocijan Hercigonja i sur., 2002). Home Situations Questionnaire popunjavaju roditelji i nabraja šesnaest različitih situacija, poput “Tijekom jela” ili “Tijekom igranja s drugom djecom”. Roditelji odgovaraju sa da ili ne. Dijagnoza ADHD-a se potvrđuje kada je dan pozitivan odgovor na više od 50 postavljenih pitanja. Nadalje, u procesu dijagnoze koristi se još i revidirana Connersova ljestvica za procjenu izraženosti ADHD simptoma. To je instrument kojim se procjenjuje prisutnost ADHD-a i problematično ponašanje djece i adolescenata (Kocijan Hercigonja i sur., 2002). Originalna i revidirana ljestvica često se koriste u istraživanjima kao jedan od načina dijagnoze poremećaja pažnje i/ili hiperaktivnog poremećaja. Rezultati se grupiraju u tri ljestvice: suprotstavljanje, kognitivni problemi/nepažnja i hiperaktivnost, a podljestvice kognitivni problemi/nepažnja i hiperaktivnost daju indeks ADHD-a, tako se za svaku podljestvicu zbroje bruto rezultati te zatim preračunaju u T-vrijednosti s obzirom na dob i spol. Viši rezultati znak su veće izraženosti problema. Podljestvica kognitivni problemi/nepažnja ispituje problem tipične za poremećaje pažnje i problem u mišljenju koji se odnose na nevoljkost sudjelovanja u aktivnosti koja zahtijeva

kognitivni mentalni napor i problem u pažnji koji su primjetni u samom sudjelovanju. Podljestvica hiperaktivnost odnosi se na pojačanu motoričku pobuđenost djeteta i opisuje ponašanja u kojima se djeca teško zaustavljaju, koja su neprimjerena ili su motorički nemirna kada se od njih očekuje da miruju (Kocijan Hercigonja i sur., 2002). Koristi se još i test za deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj- ADHD. To je standardiziran i normiran test namijenjen za procjenu ponašanja osoba s ADHD-om ili osoba s problemima ponašanja. Temelji se na DSM IV definiciji ADHD-a. Sastoji se od 36 čestica koje čine tri subtesta: hiperaktivnost, impulzivnost i nepažnja. Procjenjivač na ljestvici od tri stupnja (0- nije problem, 1- blagi problem, 2- ozbiljan problem) procjenjuje u kojoj mjeri određeno ponašanje predstavlja problem za procjenjivanog pojedinca (Kocijan Hercigonja i sur., 2002). Jedna od najčešće korištenih mjera u dječjoj psihologiji za procjenu problema kod djece u dobnom rasponu od 6 do 18 godina je lista označavanja ponašanja djeteta. To je ljestvica kojom roditelji procjenjuju zastupljenost različitih problema u ponašanju i emocionalnih problema kod djeteta. Područja koja ljestvica uključuje su socijalno povlačenje, somatske tegobe, anksioznost i depresija, destruktivno ponašanje, socijalni problemi, problemi mišljenja, pažnje, emocionalni problemi, agresivno ponašanje i delikventna ponašanja. Sastoji se od tri dijela: - demografska pitanja o djetetu i roditeljima (11 pitanja), - kompetencije (lista označavanja, esejska i poluesejska pitanja koja se odnose na ponašanje djeteta poput uspjeha u školi, izvannastavnih aktivnosti i hobija, teškoća i kvalitete odnosa), - lista označavanja ponašanja djeteta (113 pitanja) (Kocijan Hercigonja i sur., 2002).

6. LIJEČENJE

Djeca koja imaju ADHD poremećaj svakako su djeca koja zahtijevaju posebnu brigu, pomoć, tretman. ADHD je poremećaj koji bez pravilnog prepoznavanja i liječenja, može imati dugoročno negativne posljedice koje osjećaju djeca i roditelji i učitelji (Nazor, 2006). Poremećaji pažnje ne nestaju sami od sebe (Lauth i sur., 2008). Naprotiv, što se kasnije počinje liječiti, to će imati više negativnih posljedica. Lijek za deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj još uvijek ne postoji, ali postoje različite terapije ublažavanja simptoma koje djetetu i njegovoj okolini pomažu u svakodnevnom životu. Koje terapije će se kombinirati ovisi o simptomima, zbog značajnih individualnih razlika kada je riječ o intenzitetu i kombinaciji pojedinih simptoma ADHD-a, ali svakako, najuspješniji je multimodalni pristup, koji uključuje sva važna područja djetetovog života (obitelj, školu i vršnjake) (Lauth, Schlottke, Naumann, 2008). Raznovrsnost pristupa terapijskih tehnika s djecom s ADHD-om proizlazi iz različitih teorijskih stajališta i znanstvenih spoznaja o samim uzrocima poremećaja. Pri tome je neophodna dobra suradnja stručnjaka (Webb i sur., 2010). Zaključak analize uspješnosti različitih pristupa govori da je najuspješnija kombinacija različitih tehnika. Suradnja se odvija tijekom dijagnosticiranja, planiranja, kao i provođenja terapije.

Kocijan Hercigonja (1997) navodi deset aktivnosti koje je potrebno provesti prije početka terapije:

1. Postaviti terapijski cilj na osnovi dobro provedenog dijagnostičkog postupka i procjene kliničke slike (simptomatologije).
2. Pomoći roditeljima djeteta da razumiju problem. Točnije, objasniti im što poremećaj znači i naglasiti njihovu ulogu u sprječavanju većih odstupanja u adolescentskom razdoblju.
3. Organizirati tretman i pristup ovisno o specifičnosti karakterističnih za dijete. Generalizacija i šablone nisu poželjne jer koliko god problemi bili slični, svako dijete je različito te ima svoje posebnosti, obitelj i okruženje.
4. Postaviti realna očekivanja za dijete.

5. Na samom početku utvrditi probleme koji će rezultirati teškoćama u učenju te na učiniti kompromis sa školom.
6. Utvrditi komplikacije, odnosno sekundarne utjecaje kao što su socijalni i emotivni problemi te moguća loša obiteljska situacija.
7. Pomoći u interakciji djeteta s roditeljima, okolinom i učiteljima.
8. Poboljšati komunikaciju između kuće i škole.
9. Davati djetetu podršku, pronaći pozitivne strane i poticati ih na to da mogu biti bolji.
10. Poboljšati djetetovo samopoštovanje te time razvijati osjećaj sigurnosti, identiteta i vjerovanja.

6.1. Terapijske tehnike

Terapije mogu biti usmjerene prema obitelji, prema djetetu i prema okolini, odnosno školi i socijalnom okruženju. Kocijan Hercigonja i suradnici (2004) navedene terapije dijele još na grupne i individualne.

Rad s roditeljima obuhvaća postavljanje zahtjeva i očekivanja koji su primjereni dobi, objašnjenje uzroka ponašanja, zahtjev za modificiranjem ponašanja roditelja te praćenje i kontrolu dogovorenih postupaka od strane roditelja. Obitelj je jedan od važnijih elemenata u terapijskom procesu jer djetetovo funkcioniranje ovisi i o odnosu u obitelji te samim time i uspješnost terapije. Obiteljska terapija usmjerena je na ponašanje i uključuje cijelu obitelj. U središtu se nalazi promjena problematičnog uzorka ponašanja kako bi se postigao povoljniji razvoj (Lauth i sur., 2008). Roditelji koji ne znaju o kakvom se poremećaju radi skloni su dijete proglašiti zločestim ili smatrati ponašanje kao napad na njihov autoritet. S druge strane, neki roditelji djetetovo ponašanje procjenjuju kroz vlastitu krivnju, kao nešto za što su isključivo oni odgovorni. Roditelji se vrlo često susreću s osudom okoline, katkad čak i škole jer se djetetovo ponašanje ne prepoznaje kao medicinski problem, već se smatra posljedicom neodgovarajućeg odgoja. Kroz obiteljsku terapiju roditeljima se pomaže da svladaju zajednički problem te se riješe osjećaja krivnje i odgovornosti.

Dijete s ADHD-om često utječe na funkcioniranje čitave obitelji prilikom čega dolazi do problema u interpersonalnim odnosima različitog intenziteta. Posljedica su razvodi brakova, zlostavljanje djece od najbližih članova obitelji, odbacivanje i sl. Sve navedeno dovodi do emotivnih problema kod djeteta. Uz obiteljsku terapiju, kroz koju se roditeljima pomaže da svladaju zajednički problem, korisna je i grupna terapija roditelja djece sa sličnim problemima jer se manje osjećaju sami. Naime, podrška onih koji i sami imaju probleme može imati pozitivno djelovanje. Stručnjak im pomaže u demistifikaciji problema, a neke od važnih komponenti su:

- upućivanje na odlazak pedijatru radi savjeta i izrade razvojnih programa
- objašnjenje prirode poremećaja i kod toga uključiti sve komponente
- izbjegavati sve procese koji su neetički, nestimulativni
- upotrebljavati neutralne termine kao disfunkcija, razvojni problemi, individualne razlike, loša prilagodba radije nego tradicionalne nazive koji imaju negativno značenje, npr. psihotično, psihijatrijsko i sl.
- otkloniti osjećaj krivnje i kod roditelja i kod djece
- upotrijebiti specifične primjere i na njima objasniti problem
- razvijati pozitivnu sliku o sebi, nadu i povjerenje uključivanjem okoline i svih raspoloživih izvora (Kocijan Hercigonja i sur., 2004).

Vrlo često se kroz terapije roditelji udružuju u različita udruženja koja imaju za cilj pronaći zakonske i druge vrste pomoći za njihovu djecu. S druge strane, individualna terapija roditelja potrebna je u slučajevima kad se kao rezultat problema razvija niz psihičkih reakcija, promjene raspoloženja pa i bolest. Tada se pomoć obiteljima može pružiti kroz:

- ventiliranje osjećaja
- potporu obitelji u razvijanju njihovih vlastitih sposobnosti
- potporu u organiziranju aktivnosti na relaciji kuća-škola-zajednica
- izdavanje vodiča, brošura i knjiga u kojima će naći odgovore i savjete za svakodnevno funkcioniranje
- važno je organizirati savjetovaništa za mentalno zdravlje u koja trebaju biti uključene obitelji i gdje će dobiti potporu za uspostavljanje bolje emotivne klime u kući (Kocijan Hercigonja i sur., 2004).

Jedan od prvih koraka je uspostavljanje kućnih navika. Radne navike djeteta stvaraju se kroz poštivanje obiteljskog rasporeda obveza. Dosljednost provođenja određenih obveza važno je zato što se dosljednost u postupcima pokazala kao jedna od temeljnih pravila u radu s djecom (Kocijan Hercigonja, 1997). Svaki dan mora biti isplaniran. Kroz navedeno roditelji moraju uočiti koliko je značajno da dijete živi u strukturalnoj sredini i da su postupci koji se primjenjuju uvijek dosljedni. Učeći roditelje kako da prepoznaju djetetove probleme te značaj njihova odnosa s vršnjacima, omogućuje im se da preuzmu aktivnu ulogu u organizaciji djetetova socijalnog života. Tako se može isplanirati vrijeme za igru, šetnju, pospremanje, kupovinu i drugo. Umjesto socijalne izolacije, dijete treba odvesti izvan kuće, ali prije nego što bi moglo napraviti neki eksces, s djetetom treba razgovarati. Ukoliko dijete glasno govori ili viče u trgovini, prije ulaska u trgovinu, djetetu treba kroz razgovor reći da će biti nagrađeno ukoliko bude govorilo tiho. Na taj način dijete nagrađujemo kada je napravilo nešto dobro, što stimulira pozitivno ponašanje. Plašeći se djetetova ponašanja izvan kuće, roditelji često izbjegavaju bilo kakve izlaske pa čak i u trgovinu. Time se dovode do socijalne izolacije. Jedan od osnovnih problema je uspostavljanje discipline kod djeteta s poremećajem. Važno je da svaki član obitelji bude dosljedan i upotrebljava iste obrasce ponašanja.

Kocijan Hercigonja (1997) također navodi da je osnovno pravilo u radu s djecom s ADHD-om promjena ponašanja. Kao korisne i uspješne tehnike navode se tehnika nagrade i kazne, tehnika gašenja i izolacija. Naime, dijete treba nagrađivati kada promijeni nešto u svojem neodgovarajućem ponašanju. Ako pri tome roditelji budu dosljedni, dijete će početi mijenjati svoje ponašanje u pozitivnom pravcu. Tehnika gašenja podrazumijeva ignoriranje neadekvatnih djetetovih postupaka. Najvažnije je da roditelj odvrti pažnju od takvog djetetova ponašanja, jer je djetetov cilj zadobiti vašu pažnju i zadovoljiti neki svoj zahtjev. Izolacija se primjenjuje kada prethodne dvije ne daju rezultate. Znači fizičko izdvajanje djeteta iz, za dijete, problematične situacije. Smatra se da iako je navedena metoda prema mišljenju brojnih praktičara učinkovita, katkada može imati suprotan efekt. Trajanje takve izolacije za predškolsko dijete ne bi smjelo trajati dulje od 5 minuta, a za adolescente 15 minuta (Kocijan Hercigonja i sur., 2004).

Terapije usmjerene prema djetetu pomažu djeci da se oslobode loših emocija prouzrokovanih odbacivanjem od strane društva, a izbor metoda ovisi o uzrastu.

Tako će se kod predškolskog djeteta i djeteta mlađe školske dobi raditi kroz terapiju igrom i opuštanjem, dok će se kod djece starijeg uzrasta primijeniti psihoterapijske metode. Psihološke terapije djece i savjetovanja roditelja mogu se provoditi u savjetovalištim za odgoj ili savjetovalištim za brak, obitelj i djecu (usluga je uglavnom besplatna ili se mora platiti nekakav neznatan iznos, nositelji takvih savjetovališta su najčešće općine ili crkve), ovlašteni psiholozi (njihov se rad plaća, ali je moguće u nekim slučajevima da troškove preuzme zdravstveno osiguranje), liječničke ordinacije i ambulante koje imaju ugovor sa zavodima za zdravstveno osiguranje, ustanove za psihijatriju djece i mladeži (najčešće primaju djecu na stacionarno liječenje koje se u većini slučajeva sastoji od psihoterapije i uzimanja lijekova) (Lauth i sur., 2008).

Naime, kada govorimo o terapijama usmjerenima prema djetetu, tada se posebno izdvajaju bihevioralna te kognitivno-bihevioralna koje su se pokazale najučinkovitijima. Bihevioralna terapija usmjerena je na izravnu promjenu ponašanja djeteta pa time ima prednost jer se dosljedno primjenjuju određeni postupci, a istraživanjima se utvrdilo da je za djecu koja imaju ADHD najbolje strukturirano, odnosno predvidljivo okruženje, bilo to kod kuće ili u školi (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008). Glavna tehnika uključuje uporabu nagrada ili potkrepljivača kako bi se postigle promjene u motoričkoj kontroli ili kontroli impulsa odnosno pažnje, a osim nagrada poznate su im i posljedice. Studije su pokazale veliku i 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). Pokazalo se da ova terapija uspješno ublažava neke ponašajne simptome poput impulzivnosti, neorganiziranosti, netolerancije frustracije i antisocijalnog ponašanja. Također, rad na komunikaciji roditelja i škole glavni je dio bihevioralnih intervencija u školi, pri čemu se često koriste dnevni izvještaji koje učitelji šalju roditeljima o ponašanjima koja uzrokuju smetnje (Salkičević i Tadinac, 2017).

Kako je ranije spomenuto, često se koristi i kognitivno-bihevioralna terapija koja pomaže djetetu da shvati vezu između misli, osjećaja i ponašanja te kako oni mogu dovesti do neodgovarajućih ili štetnih posljedica (Salkičević i Tadinac, 2017). Druga komponenta terapije jest da dijete nauči kako promijeniti ove misli, osjećaje i ponašanja da bi proizvelo poželjnije ishode. 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 (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008). Ipak, 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).

Lauth i suradnici (2008) također navode nekoliko oblika terapije i ističu terapiju ponašanja kao jednu od najuspješnijih. Terapijom ponašanja dijete uči bolje kontrolirati svoje ponašanje, zaštititi se od nepromišljenih radnji i dobro razmisliti “što se traži”, pa i onda ako je riječ o boljem odnosu s drugom djecom. Navedeni autori smatraju da uglavnom poprimamo one načine ponašanja koji imaju pozitivan ishod, ili su ga imali, a izbjegavamo one načine koji nam donose kaznu ili neuspjeh. Tako dijete uči upravljati vlastitim ponašanjem, razmisliti o zadatku ili o nekoj situaciji u okruženju, pri rješavanju zadataka bolje razmotriti, poslušati i primiti informacije, a roditelji povoljnije utjecati na djetetovo ponašanje, svakodnevicu oblikovati tako da bude što manje problema, davati upute tako da ih dijete može slijediti. Ova terapija često je izbor u kombinaciji s lijekovima. Tada moraju biti tako međusobno usklađeni da se lijekovi daju redovito i da dijete uz odgovarajuću terapiju ponašanja nauči na primjeren način rješavati teške situacije. Kod postupnog smanjivanja doze treba pojačati psihološku terapiju. Time se stvaraju uvjeti za srednjoročno ili dugoročno obustavljanje liječenja psihostimulansima (Lauth i sur., 2008).

Kao također vrlo uspješne terapije, Lauth i suradnici (2008), navode i vježbe opuštanja i “neurofeedback”. Vježbe opuštanja preporučuje se kombinirati s nekom drugom terapijom. “Neurofeedback” pomaže djeci da sustavno utječu na vlastite moždane aktivnosti. Djeca tako uče kontrolirati moždanu aktivnosti, smanjuju hiperaktivnost i impulzivnost te pojačavaju pažnju (Strehl, Leins, Danzer, Hinterberger i Schlottke, 2004.; Leins, 2005.; Leins i drugi, 2006., sve prema Lauth i sur., 2008).

Osim uobičajenih psiholoških terapija ranije opisanih, kao što su terapije u obitelji i s obitelji te liječenja lijekovima koje je opisano u sljedećem poglavlju, postoje i razne druge terapijske tehnike poput terapijskog jahanja, terapije slikanjem, terapije glazbom, terapijske tehnike vezane uz hranu, a postoji i novija terapija, a naziva se Program ravnoteže mozga.

6.1.1. Liječenje lijekovima

Jedna od vrlo često primjenjivanih terapija je i medikamentozna terapija. Smatra se najmoćnijim sredstvom u pomoći djetetu s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem. Neki su u otporu prema uzimanju medikamentozne terapije zbog straha od ovisnosti, a neki je prekidaju zbog neugodnog popratnog efekta. Važno je naglasiti da ona ne isključuje druge terapijske tehnike kao što je modifikacija ponašanja, psihoterapijske tehnike i drugo. Njeno trajanje je individualno i u zavisnosti od odgovora na lijek. Svi roditelji su zabrinuti pri pomisli da njihovo dijete uzima lijekove za poremećaj pažnje. Njihovu zabrinutost pojačavaju zablude o terapiji lijekovima koje velikom većinom nisu istinite. Dokazano je da su stimulansni lijekovi izuzetno učinkoviti i jednako tako bezopasni. Koliko je uzimanje stimulansa dobro, toliko ne smije nikada biti jedino sredstvo intervencije pri poremećaju pomanjka pažnje (Webb i sur., 2010) nego se uz nju primjenjuju i druge terapijske tehnike (Kocijan Hercigonja i sur., 2002).

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 (npr. Ritalin) i amfetamin (npr. Dexedrine). 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. Nadalje, autor navodi i nuspojave koje su povezane s uzimanje stimulansa: gubitak apetita, nesаница, glavobolja, trbобolja, tuga i razdražljivost, pospanost, povećana hiperaktivnost i tikovi.

Nadalje, koriste se i antidepresivi. Svrstavaju se u dvije glavne skupine: triciklici i SIPPS-I (npr. 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 (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 (Phelan, 2005).

Medikacija smanjuje ključne simptome poremećaja pažnje poput tjelesnog nemira, nepromišljenosti i rastresenosti. Djeca koja se liječe na taj način postaju socijalno pristupačnija. Međutim, uspjeh je najčešće zajamčen samo dok se uzima lijek. Zbog toga se uvijek preporučuje kombinacija lijekova i neke druge terapije (Lauth i sur., 2008).

6.1.2. Terapija glazbom

Terapija glazbom ili glazboterapija upotreba je glazbe s ciljem postizanja terapijskih ciljeva (Sučić, 2014). Glazbena terapija je postupak koji je nastao iz različitih profesionalnih disciplina (opća psihologija, antropologija i medicina) i rehabilitacijskih postupaka (radna terapija, fizioterapija) (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2011). Osnovne glazbeno terapijske tehnike prema Sučić (2014) su: improvizacijska tehnika (koja uključuje najčešće ritmička glazbala), pjevanje (koje podrazumijeva pjevanje bez obzira na sposobnosti), sviranje, vođena imaginacija (točnije izazivanje vizija i osjećaja određenom glazbom), terapija plesom (pokretom)

i slušanje glazbe. U istraživanjima u Londonu, na Odjelu za istraživanje utjecaja umjetnosti u obrazovanju, primijećeno je da postoji povezanost osobnog i društvenog razvoja učenika pa nam ta istraživanja pokazuju da bi bilo dobro djecu s poremećajima hiperaktivnosti uključiti u glazbenu terapiju (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Glazboterapija djeci omogućava smanjenje osjećaja boli, tjeskobe, opuštanje i stvaranje osjećaja ugone. Prilikom terapije puštaju se organizirani zvukovi i glazba koja razvija međusobnu povezanost između učenika i terapeuta. Time se razvija fizičko, mentalno, socijalno i emocionalno zdravlje. Točnije, postizanje obnove, održavanja i poboljšanja mentalnog i fizičkog zdravlja. Muzikoterapija potiče razvoj i usavršavanje cjelokupnih sposobnosti djeteta, ne pridajući prvenstvo određenom oštećenju (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008). Ona se upotrebljava ne samo kod učenika s ADHD-om, već i kod učenika s drugim poteškoćama u razvoju (Sučić, 2014). Muzikoterapija za djecu obuhvaća: muzikoterapiju kod djece s teškoćama, ublažavanje govornih nedostataka i problema dišnih puteva, muzikoterapiju u funkciji prevencije kod djece bez teškoća, poticanje kreativnog izražavanja djece koja imaju probleme s komunikacijom, poticanje na učenje, razvijanje svijesti o sebi, drugima i životnom okruženju, poticanje samostalnosti, poboljšavanje motoričke usklađenosti, pozitivan utjecaj na memorijske sposobnosti, produljenje koncentracije, utjecaj na glazbeni ukus (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Plan rehabilitacije i muzikoterapije treba zajednički oblikovati kako ne bi došlo do preklapanja, već međusobnog nadopunjavanja, a osim toga je vrlo bitan i individualiziran i multidisciplinarni pristup kako bi se postigao uspjeh (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008). Razvijanje socijalnih oblika ponašanja pomoću glazbene terapije prolazi kroz pet faza:

1. uspostavljanje interakcije djeteta s nekim jednostavnim glazbalom (štapići, trijegl, bubanj) i tako dijete razvija svoje osjetne funkcije i motoričke sposobnosti
2. interakcija djeteta i terapeuta u kojoj terapeut svira s djetetom ili dijete pogađa kojim je glazbalom terapeut svirao

3. dijete usvaja određena pravila ponašanja u grupi na koja ga upućuje terapeut te poticanje glazbom u toj fazi obuhvaća: igre u pokretu, pantomimu i imitaciju uz pratnju određenog glazbala

4. interakcija djeteta s partnerom u grupi, a poticanje glazbom u toj fazi obuhvaća: zajedničko sviranje, prepoznavanje partnerova glasa i glazbala, vježbe makro motorike i ples

5. Uklapanje djeteta u grupnu igru vršnjaka i poštivanje pravila grupne igre, a poticanje glazbom u tom najvišem stupnju socijalizacije obuhvaća: igre prebrojavanja, zajedničko muziciranje uz poštivanje dinamike, tempa i stanke, glazbene igrokaze (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

6.1.3. Terapijsko jahanje

Terapijsko jahanje se posebno razvija unazad nekoliko godina jer zbog svojih pozitivnih učinaka omogućuju poboljšanje zdravlja i kvalitete života djeci s posebnim potrebama. Prije početka terapije, učenik stupa u kontakt s konjem (putem hranjenja, održavanja i sl). Jahanje se provodi individualno ili u grupama. Kao i glazboterapija, terapijsko jahanje ne koristi se samo s djecom s ADHD-om, već općenito s djecom koja imaju poteškoće u razvoju (Tomašek, 2015). Terapijsko jahanje metoda je pomaganja ljudima uz pomoć konja i aktivnosti orijentiranih prema konjima. Svrha terapije postizanje je različitih terapijskih ciljeva, od fizičkih, psihičkih, socijalnih, do emocionalnih i edukativnih, a terapijski ciljevi određuju se individualno za svako dijete (Tomašek, 2015). Isto tako, Krmpotić (2003.; prema Buljubašić-Kumzanović, 2017) navodi neke od pozitivnih utjecaja terapijskog jahanja na dijete kao što su:

- zadržavanje pažnje na duže vremenske periode
- razvijanje spretnosti i motorike
- učenje prostornih odnosa (lijevo i desno)
- razvijanje govora, slušanja, gledanja i pamćenja
- razvijanje vještina timskog rada
- razvoj samopouzdanja, samokontrole i kontrole straha
- razvijanje sposobnosti za život u zajednici.

Istraživanje o utjecaju terapijskog jahanja na socijalni razvoj djece s teškoćama u razvoju pokazalo je na individualnoj i grupnoj razini da uključena djeca nakon terapijskog jahanja pokazuju znatan napredak u ispitanim odrednicama socijalnog razvoja, što se potvrdilo upitnikom među roditeljima i volonterima (Buljubašić-Kuzmanović, 2017). Naime, istraživanje je obuhvatilo 6 učenika s teškoćama u razvoju, u rasponu od 7 do 8 godina (4 dječaka i 2 djevojčice), integriranih u redovne škole radom po prilagođenom programu te 40 roditelja i 26 volontera. Rezultati su pokazali da troje od šestoro uključene djece nakon terapijskog jahanja bilježi znatan napredak u ispitanim odrednicama socijalnog razvoja, dvoje blag, a jedno s početnom iznadprosječnom razinom socijalnog razvoja, zadržava taj trend. Također, roditelji i volonteri su na temelju vlastitog iskustva procijenili da dijete uključeno u terapijsko jahanje pokazuje značajnije promjene u ponašanju, pri čemu pozitivnu procjenu daje 96% volontera i 87% roditelja (Buljubašić-Kuzmanović, 2017). Iako, valja uzeti u obzir da je istraživanje provedeno na relativno malom uzorku djece rezultati se nikako ne smiju zanemariti budući da je ovo još uvijek nedovoljno istražena terapijska tehnika te svakako treba biti poticaj za daljnja istraživanja u ovome području.

6.1.4. Terapije dijetom

Terapija dijetom polazi od činjenice da se u hrani nalaze štetne tvari koje kod djece osim ostalih negativnih reakcija izazivaju i nedostatak usedotočenosti i nemir. Potrebno je prepoznati štetne sastojke u namirnicama i ukloniti ih iz dječje prehrane. Upotrebom namirnice na koju je dijete s ADHD-om osjetljivo može doći do eksplozivne reakcije, oslabljene koncentracije, impulzivnog reagiranja, agresivnog ponašanja, hiperaktivnosti, umora i slično (Nikolić i sur., 2004). Dijete u pravilu može biti osjetljivo na bilo koju namirnicu, no kao najčešće navode se gluten i kazein. Pri tome se ne misli na alergije, već na upalne procese unutar tijela (Nikolić i sur., 2004). Postoje četiri najvažnija načina liječenja hranom, a to su Feingoldova dijeta, dijeta Hafer te oligo-antigena dijeta i uzimanje gama linolne kiseline (Lauth i sur., 2008). Feingoldova dijeta dobila je naziv po Benu Feingoldu koji je bio uvjeren da je u dodacima hrani (prehrambenih bojama i sredstvima za konzerviranje) pronašao uzrok hiperaktivnosti, teškoćama u učenju i poremećajima ponašanja.

Svoje prijedloge za dijetu objedinio je 1975. godine u knjizi pod naslovom *Zašto je vaše dijete hiperaktivno?* Prema njegovim zaključcima iz svakodnevne bi prehrane trebalo izbaciti i prirodne i umjetne dodatke. U namirnice s prirodnim salicilatom spadaju jabuke, marelice, kupine, jagode, šljive ogrozdi, breskve, naranče i krastavci, a u namirnice s umjetnim bojama i aromatskim tvarima spadaju kobasice, sladoled, vino, sve vrste čaja, margarin, slatkiši, dijetna pica i drugo. Na “crnu listu” ubrzo su dospjeli i proizvodi poput paste za zube, vode za ispiranje usta, kapi i pastille protiv kašlja, dezodoransi, parfemi, sredstva za dezinfekciju, boje, vanilija, karamelje, vitaminski pripravci, dječji lijekovi i masnoće za jelo. Budući da se na temelju takve dijeta nisu mogla dokazati značajnija poboljšanja, jedna je stručna konferencija 1982. godine zaključila da Feingoldovi prijedlozi za dijetu nisu preporučljivi (Lauth i sur., 2008).

U osamdesetim godinama dvadesetog stoljeća ljekarnica iz Mainza Hertha Hafer postavila je tvrdnju da fosfatni dodaci hrani izazivaju motorički nemir (Lauth i sur., 2008). Hertha Hafer postavila je tu tezu zajedno sa svojim suprugom, kemičarom, na temelju vlastitog iskustva s njihovim posvojenim sinom. Slično Feingoldu, dodatno je iz prehrane isključila mlijeko i kakao, ali ponajprije namirnice s fosfatnim dodacima poput kobasica i mesa. Također je tvrdila da je osjetljivost na fosfate nasljedna i da su posebno ugroženi vitki ljudi jer fosfat iz hrane kod tih ljudi remeti razinu hormona vegetativnog živčanog sustava. U međuvremenu je došlo do kritičkog odmaka zbog nekoliko netočnosti u tvrdnjama. Čovjek uzima u hrani dnevno između 600 i 1200 mg fosfata, a ona tvrdi da već 30 mg izaziva hiperaktivno ponašanje. Osim toga, tijelo koje ne dobiva dovoljno fosfata, uzima ga iz kostiju gdje je pohranjen kao kalcij-fosfat. Zaključeno je da je dijeta Hafer neprimjerena jer je osim fosfatima siromašna i ugljikohidratima, balastnim tvarima i vitaminom C. (Lauth i sur., 2008).

Oligo-antigena dijeta prvotno je zamišljena za liječenje migrene u djece. Liječenje ima tri stupnja:

1. U razdoblju od 3 do 4 tjedna djeca dobivaju hranu koja se sastoji od malog broja namirnica za koje se iz iskustva zna dane izazivaju alergiju.
2. Ako dođe do očitog poboljšanja dječjeg ponašanja, postupno se uvode nove namirnice sve dok majka ne uoči motorički nemir ili neke druge simptome

3. Namirnice koje se prepoznaju kao štetne izbacuju se, a dijetetova se prehrana svede samo na one koje dijete podnosi (Lauth i sur., 2008).

Prema Lauth i suradnicima (2008) namirnice koje su “provocirajuće” su prehrambene boje i konzervansi, kravlje mlijeko, čokolada, grožđe, pšenica, agrumi, sir i jaja, a dijeta treba sadržavati meso (dvije vrste, npr. janjeće i pureće), ugljikohidrate (riža, krumpir), povrće (kelj, karfiol, šparoge, korabu, krastavce, luk, poriluk), voće (jabuke, kruške, banana, marelice, breskve, grožđe, ananas), masnoće (margarin bez mlijeka), pića (voćne sokove, vodu, mineralnu vodu), začine (sol, papar, začinsko bilje), kalcij i multivitamine. Dijeta se smatra korisnom u liječenju poremećaja pažnje, međutim ne mora pogoditi svako dijete. Kod neke djece preporučuje se da 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, a izbacuju se one namirnice za koje se ispostavilo da su štetne. Suvremeni koncepti o međuovisnosti poremećaja pažnje i prehrane više ne polaze od toga da uzrok leži u nekoj štetnoj tvari, nego zastupaju mišljenje da neka djeca vrlo teško pretvaraju nezasićene masne kiseline u dugolančane, višestruko nezasićene masne kiseline koje imaju posebnu ulogu u funkcioniranju mozga. Zbog toga više ne preporučuju dijetu, nego uzimanje dovoljne količine nezasićenih masnih kiselina kojih ima u ribi, orasima, u suncokretovu, sezamovu i sojinu ulju (Lauth i sur., 2008).

6.1.5. Programi potpomognuti osobnim računalom

U literaturi se spominje još jedan od alternativnih načina liječenja poremećaja pažnje koji uključuje više programa potpomognutih osobnim računalom. Lauth i suradnici (2008) navode dva primjera. Attentioner je program koji se može primijeniti u skupini od četvero djece, ali i pojedinačno. Služi za vježbanje selektivne i podijeljene pažnje. Kod selektivne pažnje dijete reagira samo na ono što je posebno zadano, sve drugo zanemaruje. Kod podijeljene pažnje riječ je o fleksibilnoj primjeni vlastite usredotočenosti i to samo u određenim okolnostima. Zadaci koji se od djeteta traže su izdvojiti pogrešne zamisli, primijetiti stvari i pritom pljeskati u ritmu, postupiti po uputi unatoč pogrešnim informacijama, izbrojiti riječi napisane plavom olovkom i ne obzirati se na ostale, pokazane oblike svrstati u zadanu tablicu.

Program se sastoji od 15 tretmana po 60 minuta, a u svakom terminu se obrađuju do četiri zadatka. Djeca se nagrađuju za primjereno ponašanje (kovanicama). Staddy je vježba usredotočenosti za djecu od 7. godine. Program je sastavljen u obliku igre, a može se izvoditi u školi i kod kuće. Sastoji se od 3 dijela, a prvi je *Ready, staddy, go* kada se djetetu pokazuju predmeti po redu, a ono treba pritiskom na tipku reagirati samo na određene. Drugi dio je *Stroopy* u kojemu je zadatak navesti boju kojom je nešto napisano ili pronaći razlike na dvjema slikama. Zatim *Copy Cat* gdje dijete treba napisati tekst koji računalo izgovara i koji se vidi odnosno sastavljanje priče u slikama. Svaku igru treba igrati najmanje 15 minuta, a onda prijeći na drugu (Lauth i sur., 2008).

Osim toga, Kocijan- Hercigonja (2004) spominje i „Play attention“. Riječ je o računalnom programu koji sadrži razne igre, a koristi se moždanim valovima koji mogu pokrenuti neku igru te pomaže pri održavanju pažnje, učvršćenju fokusa pažnje i poboljšanju pamćenja kod osoba s ADHD-om. Igra se na principu usredotočenosti. Tako će se igra pokrenuti kad je igrač usredotočen odnosno igra će se zaustaviti dok se igrač ponovno ne aktivira. To je jedan od novijih programa koji se kod nas najčešće koristi.

Nadalje, Salkičević i Tadinac (2017) navode nekoliko računalnih testova poput The Conners CPT, TOVA- Tests of Variables of Attention ili Gordon Diagnostic System koji se razlikuju ovisno o tome radi li se o vidnim ili slušnim podražajima te trajanju testiranja. Također, navedeni autori kategoriziraju računalne testove s obzirom na to što se mjeri. Tako na primjer, pri mjerenju inhibicije koristit će se Modificirani Stroopov test, Test uparivanja poznatih likova, Kreni- Nemoj krenuti zadaci te Stop-Signal zadatak. Stroopov zadatak mjera je sposobnosti inhibicije odgovora, koncentracije i otpora prema distrakciji te selektivne pažnje. Zadatak sudionika je inhibirati dominantni, dobro naučeni odgovor, kada se susretne s novim zadatkom. Postoje različite verzije prilagođene različitim dobima, s verbalnim i neverbalnim zadacima. Modificirani Stroopov zadatak je neverbalni računalni zadatak kojim se procjenjuje inhibicija. Sastoji se od kongruentnih i nekongruentnih zadataka. U kongruentnim zadacima sudionik pritiskom na tipke miša odgovara u kojem je smjeru, desno ili lijevo, okrenuta zelena strelica, dok u nekongruentnim zadacima sudionik za crvenu strelicu treba dati obrnuti odgovor o smjeru u kojem je okrenuta. Test uparivanja poznatih likova je mjera impulzivnosti primjenjiva kod djece i

odraslih. Zadatak je između šest ili osam međusobno jako sličnih slika pronaći onu identičnu podražaju. Djeca s ADHD-om ove zadatke često rješavaju brzo, ali s puno pogrešaka (Salkičević i Tadinac, 2017). Stop- Signal zadatak je zadatak izborne reakcije. Zadatak je reagirati na podražaj, osim u situaciji u kojoj je prezentiran signal koji znači da treba zaustaviti svoju reakciju. Pokazalo se da su djeca s ADHD-om manje uspješna u ovom zadatku od usporednih skupina. Kreni/Nemoj krenuti se osniva na zadacima reakcije u kojima sudionik treba u određenom broju situacija inhibirati svoj odgovor na neki podražaj (Salkičević i Tadinac, 2017).

Kada je riječ o mjerenju vremenske obrade, koristit će se metode poput procjene trajanja vremenskog perioda, produkcije ili reprodukcije (Salkičević i Tadinac, 2017). Prva vrsta zadataka zahtijeva verbalni iskaz o duljini trajanja podražaja, a produkcija zahtijeva produciranje nekog vremenskog intervala određenog trajanja, koji po duljini odgovara zadanim parametrima (npr. lupkanje prstima u nekom određenom trajanju). Zadaci reprodukcije odnose se na ponavljanje neke radnje u nekom vremenskom period, npr. lupkanje prstima po uzoru na podražaj u određenom trajanju. Lupkanje je jednostavan motorički zadatak u kojme se od sudionika zahtijeva da pritisće tipku u ritmu sa zvučnim ili vidnim podražajem koji služi kao predložak. Moguće varijacije su da se istovremeno zadaju slušni i vidni podražaji ili se od ispitanika traži da sam odabere jednoličan ritam u kojem će pritiskati tipku (Salkičević i Tadinac, 2017).

Averzija prema odgodi je konstrukt koji je razmjerno nepoznat izvan područja istraživanja ADHD-a, a odnosi se na netoleranciju na odgađanje reakcije na podražaj (Salkičević i Tadinac, 2017). Tri zadatka osmišljena specifično za mjerenje ovog konstrukta su Maudsleyev indeks averzije prema odgodi, frustracija za vrijeme odgode i vrijeme reakcije nakon odgode. Maudsleyev indeks averzije prema odgodi osmišljen je kao računalna igra u kojoj sudionici uništavaju neprijateljske svemirske brodove. Za svaki uništen brod sudionik dobije jedan bod, a mora birati između čekanja 2 sekunde i pucanja u jedan svemirski brod i čekanja 30 sekundi i pucanja u dva svemirska broda. Cilj je prikupiti što više bodova, a mjera uspješnosti je postotak odabranih većih nagrada, tj. dulje čekanje, što upućuje na manje izraženu averziju prema odgodi. Frustracija za vrijeme odgode je zadatak osmišljen na temelju ideje da će osobe koje teško toleriraju odgodu biti posebno frustrirane kada su suočene s nenajavljenom odgodom u seriji zadataka, makar ona bila kratka.

Vrijeme reakcije nakon odgode je zadatak u kojem se od sudionika očekuje što brži i točniji odgovor o smjeru u kojem je bila okrenuta strelica koja se pojavila na ekranu, pri čemu se odgovor daje nakon što je strelica nestala s ekrana, s lijeve ili desne tipke miša (Salkičević i Tadinac, 2017).

6.1.6. Program ravnoteže mozga

Postoji još jedan od alternativnih načina liječenja koji se temelji na više teorija i pristupa, a nazvan je Program ravnoteže mozga. Program se temelji na tehnici koja se naziva terapija integracije hemisfera (TIH). Djetetu se najprije daje serija testova pomoću kojih se određuju simptomi te koja hemisfera ili hemisferna funkcija nije u ravnoteži. Melillo (2016) 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. Program je dokazano djelotvoran te omogućuje tretiranje uzroka bez uporabe lijekova (Melillo, 2016). Njegov je program u praksi postigao jasno dokumentirane rezultate, koji pokazuju drastično poboljšanje kvalitete života takve djece i njihovih obitelji, i to u svakom pogledu: poboljšanja su se pokazala u ponašanju, emocionalnom stanju, školskom uspjehu i socijalizaciji. Program uključuje: prilagođene (i prilagodljive) vježbe koje ciljaju na poboljšanje psihičkih, senzornih i akademskih aspekata; plan za modificiranje ponašanja; savjete za identificiranje osjetljivosti na pojedine namirnice, koje nismo svjesni, a često igra veliku ulogu u poremećajima; kontrolni program koji će osigurati trajne rezultate (Melillo, 2016).

7. EDUKACIJA ZA RODITELJE

Temeljito educiranje osobe koja pati od ADHD-a od presudne je važnosti. Isto tako, i roditelji moraju postati “stručnjaci” da djetetu pruže informacije o tom poremećaju jezikom i pojmovima prilagođenima njegovoj dobi (Phelan, 2005).

Danas postoje razni programi i savjetovanja za roditelje u koje se svaki roditelj, voljan dobrobiti za svoje dijete, može uključiti. Svaki roditelj mora znati da ne može vjerovati svakom članku u novinama ili na televiziji. Oni su puni mitova i zabluda kojima nastoje prikupiti gledanost i popularnost.

Prema Phelan (2005) općeniti mitovi i zablude jesu:

- Klinci s ADHD-om su uvijek hiperaktivni
- ADHD je rezultat lošeg odgoja
- ADHD se preraste
- ADHD je uzrokovan oštećenjem mozga
- ADHD je uzrokovan alergijom ili prehranom
- Škole ne mogu dijagnosticirati ADHD
- ADHD je izmišljena dijagnoza
- Najvažniji dio dijagnostičke procjene je razgovor s djetetom u ordinaciji
- ADHD će se uvijek pokazati tijekom psihološkog testiranja
- Stimulansi su opasni, često uzrokuju užasne nuspojave, usporavaju rast i uzrokuju ovisnost
- Učitelji ne bi trebali učiti o lijekovima za ADHD
- Ritalin uzrokuje oštećenje mozga i Tourettov sindrom
- Ritalin je jedina opcija

Upravo zbog navedenih mitova i zabluda koji se često javljaju kao reakcija okoline na neuobičajeno ponašanje djeteta s ADHD-om važno je educirati prije svega roditelje, kako bi se znali nositi sa reakcijama okoline, ali i kako bi naučili djelotvorne načine kako pomoći vlastitom djetetu u određenim situacijama. Kod nas postoje takve edukacije, predavanja i radionice namijenjene upravo roditeljima, no uglavnom su dio neprofitnog sektora pa je često neupućenost i nedovoljna informiranost roditelja o postojanju takvih programa razlog njihova neuključivanja u

iste. Jedna od najaktivnijih udruga koja se bavi problematikom ADHD-a jest udruga za razumijevanje ADHD-a, "Buđenje" koja u sklopu svojih programa nudi razna predavanja i radionice za roditelje. Posebno se ističu predavanja Marka Fereka koji prije svega govori iz osobnog iskustva kao osoba s ADHD-om te na taj način pružiti roditeljima, učiteljima ili odgajateljima perspektivu djeteta s poremećajem pažnje. Takvo predavanje obuhvaća, prije svega, osobno iskustvo predavača Marka Fereka koji je za vrijeme svojeg školovanja doživio puno neuspjeha što je dovelo do gubitka samopouzdanja. On svojim izlaganjem pruža pogled s druge strane, osobno iskustvo kakvo niti jedan doktor ili psiholog nije prošao. Nadalje, nudi upoznavanje karakteristika hiperaktivnih sanjara (emotivni žar, hiperfokus, pojmovno razmišljanje, sanjarenje, kreativnost, maštovitost, istraživalački duh) kroz simptome ADHD-a (nepažnja, hiperaktivnost, impulzivnost), zatim kako ispravnim pogledom na svijet prepoznati kvalitete tih ljudi.¹ Postoje još i razne druge institucije koje se bave sličnom problematikom, kao što su Institut D.O.M te, primjerice, Poliklinika Kocijan Hercigonja, no takvi programi nisu besplatni, pa svakako ne možemo reći da su svima dostupni. Budući da se radi o poremećaju čiji simptomi stvaraju posljedice u različitim segmentima djetetovog života, nužna je reakcija i suradnja različitih institucija i aktera u zajednici što bi uključivalo obitelj, institucije, školu, djetetovo socijalno okruženje, ali i širu zajednicu. Kroz suradnju odgojno- obrazovna ustanova - obitelj te podršku zajednice mogu se poboljšati odnosi između djece i obrazovnog, pa i socijalnog okruženja te na taj način povećati izgledi za akademski, socijalni i moralni uspjeh djeteta. Putem preventivnih individualnih i prilagođenih programa od strane institucija te šire društvene zajednice, dijete može izvući značajne dobrobiti poput iskazivanja osjećaja ne ugrožavajući druge, nošenja s neuspjehom na konstruktivan način, nenasilnog sukoba rješavanja problema, postizanja važnosti i poštovanja putem kompetentnog, prosocijalnog ponašanja, izuzetan porast motivacije, truda i angažiranosti što se sve očituje putem boljeg socijalnog funkcioniranja (Mlinarević i sur., 2009). To između ostalog, uključuje i edukacije za roditelje kako bi postali kompetentniji u pružanju pomoći vlastitome djetetu.

¹ Udruga Buđenje: predavanja i edukacije. Dostupno na stranicama udruge: <http://budenje.hr/predavanja-i-edukacije/>. Posjećeno dana: 2.9.2017.

8. INKLUZIJA DJECE S ADHD-OM U OBRAZOVNI SUSTAV

Školski ne(uspjeh) je najčešći pokazatelj da dijete ima određenu poteškoću. Tek kada se dijete uputi na procjenu radi poteškoća u učenju i/ili ponašanju, te kada se razgovara s njihovim roditeljima i učiteljima/cama, zaključuje se da dijete ima poteškoća od najranije dobi. Međutim, učitelji mogu oklijevati izreći da dijete ima problema s učenjem ili ponašanjem. Češće se radije sami nose s problemom. Ovo se može dogoditi iz različitih razloga (Luca- Mrđen i Puhovski, 2014):

- neugoda zbog ulaska u “privatnost” obitelji
- nedovoljno poznavanje dječjih razvojnih faza i vjerovanje da će to samo od sebe proći
- sklonost da se problem tretira nakon što nastane, umjesto da se spriječi
- ne žele povrijediti ili naljutiti roditelje.

Nije uvijek jednostavno vjerovati u dijete i vidjeti njegove pozitivne karakteristike, posebno ako ono ima poremećaj pažnje. Teško je pozitivno gledati kada takvo dijete prekida nastavu, gubi papire, smeta učenicima u razredu i čini se da prkosi u svakoj prilici. Međutim, paradoksalno je da upravo ta djeca, koja predstavljaju izazov i dodatni trud, imaju veću potrebu za pomoći nego ona druga. Iskustvo pokazuje da se energična i kreativna djeca često odlično afirmiraju u društvu ako “prežive” školsko iskustvo. Hiperaktivno dijete je zahtijevan učenik i uspješno će učiti u okruženju koje podržava individualne razlike unutar fleksibilnog, strukturiranog pristupa, dok će usmjeravanje na razlike dovesti do stigmatizacije i osamljivanja hiperaktivnog djeteta. Iako je svako hiperaktivno dijete jedinstveno, postoje neki principi i pravila u izgradnji dobrog odnosa, školskog uspjeha i socijalnih vještina.

Kada se govori o obrazovanju djece s teškoćama u razvoju vrlo često se spominju dva pojma, a to su integracija i inkluzija. Prema Kudek Mirošević i Granić (2014) glavni cilj integracije nije inzistiranje na poboljšanju obrazovnog uspjeha djece s posebnim potrebama, kao ni zahtijevanje njihova maksimalog prilagođavanja normama šireg socijalog okruženja, ali ni potpuno prilagođavanje socijalog okruženja mogućnostima djece s posebnim potrebama već znači kreiranje uvjeta za djecu s teškoćama u razvoju. Integracija je opravdana samo ako se uz njezinu pomoć već u ranijoj dobi poboljšava socijalni status djeteta (Kudek Mirošević i Granić, 2014).

S druge strane, inkluzija podrazumijeva pružanje jednakih mogućnosti za sve učenike, kao i maksimalnu fleksibilnost u zadovoljenju specifičnih edukacijskih i socijalizacijskih potreba (Kudek Mirošević i Granić, 2014). Kudek Mirošević i Granić (2014) navode kako je odgojno-obrazovna integracija prijelazni proces k inkluziji. Inkluzija sama po sebi ne podrazumijeva izjednačavanje svih ljudi, već uvažavanje različitosti svakog pojedinca. Dakle, integracija, za razliku od inkluzije, ne prilagođava se posebnim odgojno-obrazovnim potrebama djeteta s poteškoćom, već se dijete treba prilagoditi školi.

Djeca s posebnim potrebama u Hrvatskoj se mogu školovati u redovitim osnovnim školama uz potpunu integraciju (redoviti razredni odjeli), djelomičnu integraciju i posebni odjel s posebnim programima. Potpuna integracija ostvaruje se uključivanjem učenika s posebnim odgojno-obrazovnim potrebama u redovni razredni odjel gdje učenik svladava redovne ili prilagođene nastavne programe uz primjenu individualiziranih postupaka u radu (Borić i Tomić, 2012). Djelomična integracija provodi se tako da učenik dio nastavnih sadržaja, najčešće obrazovne predmete, svladava u posebnom razrednom odjelu, a odgojne predmete u matičnom razredu. U prilagođenome programu sadržaji se prilagođavaju djetetovim mogućnostima, što znači da npr. učenik iz matematike množi samo s jednoznamenkastim i dvoznamenkastim brojevima, dok vršnjaci množe s troznamenkastim brojevima (Zrilić, 2011).

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). IOOP izrađuju učitelji u suradnji sa stručnim suradnicima, a o tome trebaju biti upoznati i roditelji djeteta. Svaki individualizirani program mora sadržavati ono što taj učenik može i ono u čemu je uspješan. Zrilić (2011) navodi etape za izradu IOOP-a. Prvo je potrebno napraviti inicijalnu procjenu učenika, odnosno procjenu razine akademskog postignuća i funkcionalne izvedbe, te kako učenik trenutno u školi radi. Cilj 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. Osim toga, važno je određenje nastavnih predmeta i sadržaja. 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 (Zrilić, 2011).

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 te ostvarenim rezultatima obzirom na postavljene ciljeve na mjesečnoj i godišnjoj razini. 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).

Borić i Tomić (2012) u svom istraživanju pod naslovom „Stavovi nastavnika osnovnih škola o inkluziji“ zaključili su da su stavovi učitelja iz redovnih škola o inkluziji učenika s posebnim potrebama uglavnom pozitivni. Pokazalo se da 51,66% učitelja podržava inkluziju, a samo 18,3% je imalo negativan odgovor. Većina učitelja se složilo s tim da je inkluziju moguće provesti u dosadašnjim uvjetima rada u školi, ali uz određene izmjene poput dodatne edukacije učitelja, manjeg broja učenika u razredima, suradnje učitelja i stručnih suradnika te učitelja i roditelja i bolje opremljenosti škole didaktičkim materijalima.

8.1. Kompetencije učitelja za rad s učenicima s ADHD-om

Učitelj ima značajnu ulogu u razvoju svakog djeteta. Važno je naglasiti da koliko god jedan učitelj bio kvalitetan i pun razumijevanja, bitno je da ima i slobodu u izvođenju nastavnog programa jer će na taj način moći razvijati puni potencijal u svakom učeniku, kao i prilagoditi se onima koji zahtijevaju više posvećenosti u radu.

Udruga *Buđenje* daje rješenja kako djetetu s ADHD poremećajem, pri učenju, učitelj može pomoći:

- nastavno gradivo podijeli u manje sadržajne cjeline;
- postaviti realne ciljeve u skladu s djetetovim mogućnostima;
- omogućiti učenje u "malim koracima";

- složene upute rastaviti na nekoliko jednostavnijih, i pritom valja tražiti od djeteta da ponovi što treba učiniti kako bi se provjerilo je li razumljelo što mu je činiti;
- prednost dati usmenom ispitivanju, jer dijete s navedenim poremećajem polučuje bolje rezultate i lakše iskazuje svoja znanja pri usmenom izražavanju;
- ne dati djetetu kratke vremenske rokove, jer će, bude li radio u žurbi i pod pritiskom, rezultati biti znatno slabiji;
- pri davanju uputa (cijelom razredom odjelu) stati pokraj takva djeteta i pritom, pri objašnjavanju, koristi njegov pribor;
- hiperaktivno dijete smjestiti u prvu klupu, jer će ga na tom mjestu najmanje ometati događanja u razredu i najmanja je mogućnost interakcije s drugim učenicima tijekom nastavnog rada, jače se usmjerava na učitelja i njegov rad;
- istaknuti na prikladan način (na primjer, flomasterom u boji) riječi, slike i pojmove kako bi se učenikova pažnja usmjerila upravo na te bitne informacije i činjenice.
- tako da mu pomogne u određivanju razumnog početka i krajnjeg vremena za izradu obveze; tako da ga pohvaljuje i nagrađuje za dovršenje zadatka unutar predviđenog vremena;
- tako da se naglase učenikovi interesi, dajući mu priliku da se istakne u najboljem svjetlu.²

Kompetencije dobrog učitelja također su i stvaranje pozitivnog ozračja u razredu, pružanje djetetu s posebnim potrebama osjećaj sigurnosti, prihvaćenosti i poštovanja. Osnovno stručno znanje o kategoriji posebne potrebe, spremnost i želja za cjeloživotno obrazovanje, ljubav prema djeci kojoj se posvećuje, razvijene socijalne kompetencije za rad u timu također su neke od kompetencija koje učitelji moraju imati. Kako bi se dijete uspješno uključilo u redoviti odgojno-obrazovni sustav, učitelji se moraju dodatno profesionalno razvijati i stjecati nove kompetencije.³

² Udruga Buđenje: predavanja i edukacije. Dostupno na stranicama udruge: <http://budenje.hr/predavanja-i-edukacije/>. Posjećeno dana: 2.9.2017.

³ Udruga Buđenje: predavanja i edukacije. Dostupno na stranicama udruge: <http://budenje.hr/predavanja-i-edukacije/>. Posjećeno dana: 2.9.2017.

Djeca s ADHD-om u školi se umaraju već nakon nekoliko sati, što dovodi do smanjenja pažnje i slušanja. Novi materijali moraju se dati na početku sata, bilo to pisanjem na ploču ili drugo. Gledanje videa, slušanje glazbe, uvrštavanje igračaka, kao i drugih nastavnih sredstva i pomagala, pomaže djetetu za bolje razumijevanje i slušanje. Davanje težih lekcija na početku školskog dana pomaže, a na kraju dana poželjno je preferirati vizualne sadržaje.⁴

Udruga *Buđenje* predlaže tehnike koje učitelj može koristiti:

- Kreda (flomasteri) u boji kod pisanja na ploči
- Vizualizirajte vaše gradivo
- Koristite video materijale
- Kod usmenog i pismenog ispitivanja imajte razumijevanja i dajte im dovoljno vremena
- Ne stavljajte ih pod pritisak jer tada dobro ne funkcioniraju
- Dopustite im da se kreću za vrijeme sata. Npr. Ako primjetite da je postao nemiran, pošaljite ga da natopi spužvu, donese kedu ili ga jednostavno pustite da prošetam hodnikom na 5 minuta.
- Ukoliko je moguće pripremite im već napisan tekst s osnovnim činjenicama koje treba naučiti: neka bude čitko, velikim slovima, s istaknutim pojmovima
- Recite što ćete ih pitati
- Omogućite prilike da pomažu drugima ukoliko vidite da su dobri u onome što rade
- Bitni su predmeti gdje se razvija njihova mašta
- Ocjenjujte ih na temelju njihove cjelovitosti
- Hvalite njihove dobre strane

⁴ Udruga Buđenje: predavanja i edukacije. Dostupno na stranicama udruge: <http://budenje.hr/predavanja-i-edukacije/>. Posjećeno dana: 2.9.2017.

Cijeli proces učenja mora ići kroz aktivan pristup, što pomaže kod pamćenja i održavanja pažnje, a govor mora biti jasan i polagan kako bi dijete moglo primiti informaciju.

Dijete s ADHD-om trebalo bi biti u razredu učitelja koji je stručan u posebnom obrazovanju, odnosno koji ima iskustva u poučavanju barem nekoliko učenika s poremećajem. Ukoliko prelazi 15, trebalo bi osigurati asistenta u nastavi. Učitelj djeluje i kroz organizaciju razreda, odnosno raspored sjedenja u razredu, pravila koja se moraju poštovati i na koji način i sl. Jedno od tih područja je samo učenje, gdje učitelj djeluje kroz tehnike i metode poučavanja koje primjenjuje. Osim toga, preporuka je da se dijete s ADHD-om smjesti u prvu klupu. Time će učenik posvetiti veću pažnju onome što se govori i zadaje (Sekušak Galešev, 2006). Sekušak Galešev (2006) također navodi kako dijete u početku nije dobro ocjenjivati, a prilikom rješavanja testova (u početku) se daju usmeni testovi.

Velki (2012) navodi četiri koraka u organiziranju razreda čiji je rezultat prihvatljivo ponašanje i disciplina. Raspored i rutina mogu spriječiti probleme koji se javljaju s nejasnim očekivanjima. Drugi korak dogovaranje je razrednih pravila koja se donose zajedno s djecom kako bi se pojasnila očekivanja. Treći korak objavljivanje je dnevnog rasporeda razrednih aktivnosti. Zadnji, četvrti korak nagrada je za poštovanje razrednih pravila. Prilikom donošenja pravila potrebno je odrediti slobodno vrijeme, točnost, ulaženje u razred te odlazak na određeno mjesto, slušanje i praćenje učiteljevih uputa, traženje pomoći od učitelja, razgovor s drugim učenicima, sudjelovanje u zajedničkim raspravama, kao i neupadanje u riječ. Naime, učenici s ADHD-om imaju potrebu znati slijed aktivnosti, kao i njihova vremenska određenja. Pravila u razredu moraju biti jasna i moraju se odnositi na sve učenike. Ukoliko dođe do promjena u redoslijedu, treba ih obavijestiti. Zato je važno pohvaliti dijete naglašavajući pravilo koje je poštovalo. Velki (2012) ukazuje da je jedno od područja kroz koje se pomaže djetetu komunikacija. Negativne naredbe treba izbjegavati. Zbog istog slijeda aktivnosti učenik razvija dnevna očekivanja što dovodi do znanja koje slijedi iza svake aktivnosti. Naravno, prije primjene određene kazne, učitelj treba provjeriti je li dijete razumjelo zadatak, odnosno je li propustilo nešto zbog neposluha ili zbog propusta nekog dijela upute. Djetetu bi trebalo omogućiti da iskusi posljedice neprimjerenog ponašanja. Do većeg interesa dolazi ukoliko učitelj upotrebljava humor, mijenja visinu glasa, komunicira s razredom kroz

šalu, kreće se po učionici i sl. Neprimjereno ponašanje može se usmjeriti, što uključuje uklanjanje učenika iz situacije u kojoj dolazi do neprimjerenog ponašanja.

Dobra praksa u poučavanju djece ovisi o dobrim odnosima između učitelja i stručnih suradnika, dobroj komunikaciji, raznolikim modelima učenja, tretiranju djeteta kao pojedinca, ali i o kvalitetnim pomagalima. Učiteljevi zadaci u radu s djecom s posebnim potrebama su uočavanje i prepoznavanje teškoće, temeljno proučavanje dokumentacije o teškoći, pravilan pristup djetetu, priprema druge djece, permanentno obrazovanje, kao i suradnja sa stručnjacima. Hughes i Cooper (2009) navode kako je temeljni pristup za učinkovitu suradnju sposobnost stručnjaka za zajedničke ciljeve te da međusobno komuniciraju i prepoznaju te istovremeno poštuju odgovornosti onih s kojima rade. Nedosljedna potpora javlja se zbog nedosljednosti u gledištima djece, roditelja i nastavnika, koja se događa unatoč sveopćoj svijesti o učinkovitoj potpori kod ADHD-a. Ukoliko dođe do pomanjkanja dosljednosti i usklađenosti, dolazi do nastojanja da umjesto zajednički, neki roditelji, nastavnici te zdravstveni i stručni suradnici rade odvojeno. Zadovoljavanje razvojnih potreba djeteta ostvaruje se kroz učinkovitu potporu kroz medicinske, obrazovne i socijalne službe, odnosno njihovog zajedničkog rada (Sekušak Galešev, 2006).

Također, potrebno je educirati nastavno osoblje za rad s učenicima s teškoćama u razvoju jer je istraživanje pokazalo kako se sami učitelji ne smatraju dovoljno kompetentnima, a pedagoška prevencija te njezina učinkovitost značajno ovisi o njihovoj kompetenciji (Opić i Jurčević-Lozančić, 2008). Naime, pokazalo se kako se čak 67% učitelja ne osjeća dovoljno stručnim, odnosno ne znaju na koji način pomoći učeniku. Također, istraživanjem se ispostavilo da čimbenici koji najviše ometaju učitelje u provedbi pedagoške prevencije su nepoznavanje metoda pedagoške prevencije (68,8%) i nedostatak vremena (63,8%), ali svakako su blizu i odbijanje pomoći (23,3%) i nesuradnja obitelji (53,8%) (Opić i Jurčević-Lozančić, 2008). Nadalje, zvanje učitelja zahtijeva cjeloživotno obrazovanje i usavršavanje što se postiže usavršavanjem na stručnim aktivima i seminarima. Međutim, ovo istraživanje pokazuje da 68,75% učitelja iz uzorka nikada nije prisustvovalo na seminarima i/ili aktivima o mjerama i metodama provedbe učinkovite pedagoške prevencije (Opić i Jurčević-Lozančić, 2008).

9. ZAKLJUČAK

ADHD je skraćeni naziv za niz ponašanja koja nazivamo poremećaj pažnje i hiperaktivni poremećaj, a odnosi se na skupinu raznih simptoma koji najčešće obuhvaćaju smetnje pažnje, praćene nemirom i impulzivnošću. ADHD nije samo faza koju će dijete prerasti, nije uzorkovan roditeljskim neuspjehom u odgoju, niti je znak djetetove “zločestoće”. To je stvarni, biološki uvjetovan poremećaj. Izvor je zabrinutosti roditelja i nastavnika, a najviše samog djeteta kod kojeg je uočena hiperaktivnost (Luca- Mrđen i Puhovski, 2014). Naime, u današnje vrijeme postoje pouzdani podaci koji govore da poremećaj ne nastaje kao posljedica nedostatka roditeljske brige, pretjeranog gledanja televizije, poremećaja u lučenju nekih hormona, ali svi nabrojani čimbenici mogu utjecati na jačinu simptoma. Navedena različitost proizlazi iz biološkog nasljeđa ili je posljedica nepovoljnih čimbenika tijekom trudnoće, porođaja ili nakon djetetova rođenja (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008). Iz ranije analize uzroka i simptoma možemo zaključiti da je ADHD složeni problem, a predstavlja veliki problem za dijete koje je njime pogođeno, njegove roditelje i sve druge koji su aktivno uključeni u svakodnevno socijalno okruženje. Učenici s ADHD poremećajem u redovnom školovanju imaju velike probleme. Zbog niza svojih posebnosti teško prate nastavu i aktivnosti vezanih uz nastavu, i ne uspijevaju ispuniti očekivanja koja pred njih postavlja okolina. Čini ih to nesretnim, zbunjenim, ponekad i agresivnim. Ako okolina, roditelji, odgajatelji, učitelji i drugi ne razumiju poremećaj djeteta, vrlo će lako poduzeti pogrešne postupke prema djetetu, što će imati daljnje negativne posljedice po djetetu. Zbog toga je nužno da uspjeh intervencije osigurava tim stručnjaka (liječnik, klinički psiholog, pedijatar, dječji psihijatar), ali i članovi obitelji (roditelji, braća) i škola (učitelj, pedagog, školski psiholog, socijalni pedagog, defektolog). Svakako je nužno i da postoji dobra i kvalitetna suradnja i koordinacija više institucija i aktera u zajednici kako bi se utjecalo na sve aspekte djetetova života. Osim nužne suradnje institucija i zajednice za dobrobit djeteta, nužno je i da svaki sustav zasebno odrađuje svoju zadaću. Prema tome, školski sustav treba biti prilagodljiviji i fleksibilniji, jer ipak su upravo djeca naša budućnost i zaslužuju našu pomoć. Nadalje, valja sustavno raditi na edukaciji nastavnog osoblja, roditelja, odgajatelja i ostalih iz djetetove najbliže okoline kako bi postali što kompetentniji za rad s djetetom s poremećajem pažnje te zasebno, ali i

zajedno maksimalno pridonijeli djetetovu boljitku. Sposobnosti svakog čovjeka jednako su vrijedne i potrebne društvu. Svatko daje sjaj u određenim područjima te upravo u tome leži bogatstvo raznolikosti. Koliko je bitna edukacija najbliže djetetove okoline i sustava, toliko je bitno i educirati i širu javnost o uzrocima, simptomima i obilježjima samoga poremećaja kako bi se smanjila društvena stigma u široj i užoj djetetovoj okolini.

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. i Tomić, R. (2012). Stavovi nastavnika osnovnih škola o inkluziji. *Metodički obzori*, 16 (7), 75-86.
3. Breitenfeld, D., Majsec Vrbanić, V. (2008). *Kako pomoći djeci glazbom? Paedomusicotherapy*. Zagreb: Ruke.
4. Breitenfeld, D., Majsec Vrbanić, V. (2011). *Muzikoterapija. Pomozimo si glazbom*. Zagreb: Music play.
5. Buljubašić- Kuzmanović, V. (2017). Utjecaj terapijskog jahanja na socijalni razvoj djece s teškoćama u razvoju. *Školski vjesnik: časopis za pedagoškijsku teoriju i praksu*. 66 (2), 255-269.
6. Ferek, M. (2006). *Hiperaktivni sanjari: Drugačiji, lošiji, bolji*. Zagreb: Udruga buđenje.
7. Hughes, L., Cooper, P. (2009). *Razumijevanje djece s ADHD sindromom i pružanje potpore*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
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*. Klinika za pedijatriju KBC Zagreb, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb.
10. Kocijan Hercigonja, D. (1997). *Hiperaktivno dijete: Uznemireni roditelji i odgajatelji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
11. Kocijan Hercigonja, D., Buljan Flander, G., Vučković, D. (2004.) *Hiperaktivno dijete- uznemireni roditelji i odgajatelji*, Jastrebarsko: Naklada Slap.
12. Kocijan Hecigonja, D., Buljan Flander, G. i Vučković, D. (2002). *Hiperaktivno dijete: Uznemireni roditelji i odgajatelji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
13. Kudek Mirošević, J., Granić, M. (2014). *Uloga edukacijskog rehabilitatora - stručnog suradnika u inkluzivnoj školi*. Zagreb: Alfa d. d.
14. Lauth, G. W., Schlottke, P. F., Naumann, K. (2008). *Neumorna djeca, bespomoćni roditelji*. Zagreb: Mozaik knjiga d.o.o.

15. Lebedina Manzoni, M. (2007). *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
16. Luca- Mrđen, J., Puhovski, S. (2014). *Hiperaktivno dijete*. Impresum Poliklinika za zaštitu djece grada Zagreba.
17. Luketin, D., Sunko, E. (2006). *KAKO? Kreativnim Aktivnostima Kreiramo Odgoj*, Split: Liga za borbu protiv narkomanije.
18. Melillo, R. (2016). *Isključena djeca - Revolucionarni program koji pomaže mozak djece s autizmom, disleksijom, ADHD-om i drugim neurološkim smetnjama dovesti u ravnotežu*. Split: Harfa.
19. Mlinarević, V., Brust, M., Zlatarić, S. (2009). *Pozitivni ishodi individualiziranog rada asistenta u nastavi s učenikom s ADHD-om*. (Preuzeto 05.03.2018.)
20. Nazor, M. (2006). *Razvojne teškoće ADHD-a*. Sto koluri:Split.
21. Nikolić, S., Marangunić, M. i sur. (2004). *Dječja i adolescentna psihijatrija*. Zagreb: Školska knjiga.
22. Phelan, T.W. (2005.) *Sve o poremećaju pomanjka pažnje*. Zagreb: Ostvarenje d.o.o.
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. Salkičević, S., Tadinac, M. (2017). *Neuropsihički aspekti istraživanja ADHD-a kod djece*, Jastrebarsko: Naklada Slap.
25. Sekušak Galešev, S. (2006). *Djeca s poremećajem pažnje/hiperaktivnim ponašanjem*, edukacijsko-rehabilitacijski pristup.
26. Sučić, G. (2014). *Glazboterapija i dijete s posebnim potrebama*. Split: Sveučilište u Splitu.
27. Tomašek, M. (2015). *Terapijsko jahanje*. Portal za škole. (Preuzeto 02.09.2017.)
28. Velki, T. i Dudaš, M. (2016). Pokazuju li hiperaktivna djeca više simptoma agresivnosti?. *Ljetopis socijalnog rada*, 23 (1), 87-121.
29. Velki, T. (2012). *Priručnik za rad s hiperaktivnom djecom u školi*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
30. Zrilić, S. (2011). *Djeca s posebnim potrebama u vrtiću i nižim razredima osnovne škole*. Zadar: Sveučilište u Zadru.

31. Webb, J.T., Amend, E.R., Webb, N.E., Goerss, J., Beljan, P., Olenchak, F.R. (2010.) *Pogrešne i dvojne dijagnoze darovite djece i odraslih*. Zagreb: Veble.
32. W. Phelan, T. (2005). *Sve o poremećaju pomanjka pažnje*, Ostvarenje: Donji Vukojevac.
33. W. Lauth, G., F. Schlottke, P., Naumann, K. (2008). *Neumorna djeca, bespomoćni roditelji*. Mozaik knjiga: Zagreb.
34. Opič, S., Jurčević-Lozančić, A., (2008). Kompetencije učitelja za provedbu pedagoške prevencije poremećaja u ponašanju. *Odgojne znanosti*, 10 (1), 181-194.
35. Kadum-Bošnjak, S. (2006). Dijete s ADHD poremećajem i škola. *Metodički obzori* 1 (2), 113- 121.

Web izvori:

36. Buđenje <http://budenje.hr/o-adhd-u/> (Preuzeto 02.09.2017.).

KRATKA BIOGRAFSKA BILJEŠKA

Zovem se Dona Sokolović. Rođena sam 7. kolovoza 1993. godine u Slavonskom Brodu.

Trenutno boravim u Zagrebu na adresi

Nakon završene osnovne škole “Hugo Badalić” u Slavonskom Brodu, 2008. upisujem Ekonomsko-birotehničku školu u Slavonskom Brodu. Godine 2012. upisujem učiteljski studij na Učiteljskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, Odsjek u Petrinji koji završavam braneći diplomski rad na temu ADHD.

Tijekom studiranja radila sam bez zasnivanja radnog odnosa u prodavaonici *Parilica.hr*, dvije godine, te u maloprodajnom lancu *H&M*, godinu dana.

Odlično se koristim engleskim jezikom u govoru i pismu.

Posjedujem vozačku dozvolu B kategorije 6 godina.

Komunikativna sam, društvena, spremna na timski rad, voljna učiti nova znanja i vještine te se znam prilagoditi raznim načinima rada.

IZJAVA O SAMOSTALNOJ IZRADI RADA

Ja, dolje potpisana, Dona Sokolović, kandidatkinja za magistricu primarnog obrazovanja ovime izjavljujem da je ovaj diplomski rad rezultat isključivo mojeg vlastitog rada te da se oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio diplomskog rada nije napisan na nedozvoljen način, odnosno da je prepisan iz kojeg necitiranog rada, te da ikoji dio rada krši bilo čija autorska prava.

Potpis _____