

Djeca s ADHD-om u primarnom obrazovanju

Kezele, Martina

Master's thesis / Diplomski rad

2019

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:147:081765>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-10-28**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA UČITELJSKE STUDIJE

MARTINA KEZELE

DIPLOMSKI RAD

DJECA S ADHD-OM U PRIMARNOM
OBRAZOVANJU

Petrinja, veljača 2019.g

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA UČITELJSKE STUDIJE
(Petrinja)

DIPLOMSKI RAD

Ime i prezime pristupnika: Martina Kezele

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

MENTOR: doc. dr. sc. Marina Đuranović

Petrinja, veljača 2019.g

SADRŽAJ

SAŽETAK.....	1
SUMMARY	2
1. UVOD	3
2. ŠTO ZNAČI ADHD?.....	4
3. RAZLIKA IZMEĐU ADD-a i ADHD-a	6
4. POVIJEST ADHD-a	7
5. EPIDEMIOLOŠKA ISTRAŽIVANJA	9
6. SIMPTOMI ADHD-a.....	10
6.1 DSM-V klasifikacija	10
6.2 ICD-10 klasifikacija	13
7. ETIOLOGIJA.....	16
7.1 Organske teorije	16
7.2 Psihosocijalne teorije.....	16
7.3 Genetske teorije.....	17
8. DIJAGNOSTIKA.....	19
8.1 Postavljanje dijagnoze.....	19
8.1.1 Intervju s roditeljima	20
8.1.2 Intervju s djetetom.....	21
8.1.3 Obiteljski intervju.....	21
8.1.4 Informacije iz škole	22
8.1.5 Pregled djeteta	22
9. KARAKTERISTIKE DJETETA S ADHD-OM.....	24
10. TERAPIJSKE TEHNIKE	26
10.1 Aktivnosti prije početka terapije	26
10.2. Terapija u obitelji i s obitelji	27
10.3 Terapija glazbom.....	28
10.4 Terapijsko jahanje	29
10.5 Terapije djetetom	29
10.6 Program ravnoteže mozgom.....	29
11. DIJETE S ADHD-OM U OBITELJI	31

11.1 Edukacija za roditelje	32
12. DJECA S ADHD-OM U ODGOJNO-OBRAZOVNOM SUSTAVU.....	34
13. PRIMJER IZ PRAKSE	36
LITERATURA.....	43
IZJAVA O SAMOSTALNOJ IZRADI RADA	46

SAŽETAK

Deficit pozornosti s hiperaktivnošću - ADHD (eng. Attention Deficit Hyperactivity Disorder) jedan je od najčešćih neurorazvojnih poremećaja dječje i adolescentne dobi. Glavni simptomi koji upućuju na ADHD su djetetova hiperaktivnost, impulzivnost i nedostatak pozornosti. Procjene o učestalosti su različite, kreću se od 2% do 7% kod školske djece: četiri do pet puta češće se javlja kod dječaka. Kod dječaka je prisutna hiperaktivnost i impulzivnost, dok djevojčice imaju više teškoća u održavanju pozornosti. Zbog toga se teškoće djevojčica kasnije prepoznaju, a to im uskraćuje pravodobni tretman. Razmišljanja o deficitu pažnje/hiperaktivnom poremećaju tijekom povijesnog razvoja ovisila su o dominantnim znanstvenim pravcima doba u kojem se problem procjenjivao. Kao najčešći uzroci navode se: oštećenje mozga kao posljedica različitih uzroka, socijalno nepovoljni razvojni uvjeti, emocionalni problemi djeteta i nasljeđe.

Osnovne karakteristike djece koja imaju dijagnosticiran ADHD su nemir, potreba za aktivnošću i pokretom. U školi se djeca s ADHD-om razlikuju od druge djece (okreću se, ustaju, zadirkuju drugu djecu, nisu koncentrirani na rad, druge stvari im oduzimaju koncentraciju - pernica, pad gumice i sl.). Cilj ovog rada je opisati navedeni poremećaj te istaknuti važnost razumijevanja i prihvaćanja djece koja ga imaju. Značajnu ulogu u prihvaćanju takve djece u školi imaju učitelji te se naglašava važnost njihovih kompetencija za rad s ovom iznimno osjetljivom društvenom populacijom.

KLJUČNE RIJEČI: *ADHD, dijagnostika, hiperaktivnost, obitelj, terapija, učitelj*

SUMMARY

Attention Deficit Hyperactivity Disorder - Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common non-disturbance disorders of children and adolescents. The main symptoms pointing to ADHD are childhood hyperactivity, impulsiveness and lack of attention. Frequency estimates are different, ranging from 2% to 7% in school children four to five times more often in boys. In boys there is hyperactivity and impulsivity, while girls have more difficulty in maintaining attention. Therefore, the difficulties of a girl later identified, and that they denied the timely treatment. Thoughts about the deficit of attention/hyperactive disorder during historical development depended on the dominant scientific directions of the age in which it is estimating the problem. As the most common causes are mentioned: brain damage as a result of the different causes of the unfavourable conditions of development, social, emotional problems of children and inheritance.

The basic characteristics of children who have been diagnosed with ADHD are restlessness, the need for activity and movement. ADHD children differ from other children in the school (they turn around, get up, they tease other children, not concentrate on work, other things take them away from the concentration - dangers, drops of gums etc.). The aim of this paper is to describe the above disorders and highlight the importance of understanding and acceptance of children who have it. The main role in the acceptance of those kids in the school have teachers and stresses the importance of their competencies for working with this highly sensitive social population.

KEY WORDS: *ADHD, diagnosis, hyperactivity, family, therapy, teacher*

1. UVOD

Broj djece s teškoćama u razvoju svakodnevno je u porastu. Uzroci javljanja brojnih razvojnih teškoća još uvijek su nepoznati. Uglavnom, ne postoje pravila – javljaju se u svim rasnim skupinama i obiteljima bez obzira na ekonomsku situaciju i stil života roditelja.

Pod pojmom djeca s teškoćama u razvoju podrazumijevaju se djeca sa sniženim intelektualnim sposobnostima, oštećenjem vidnog i slušnog aparata, poremećajem govornog aparata (glasa jezika), poremećajima iz autističnog spektra, poremećajem motoričkih sposobnosti i kroničnih bolesti koje im onemogućavaju pravilan razvoj te djeca s poremećajem pažnje, smetnjama u ponašanju i specifičnim teškoćama u učenju (Zrilić, 2011).

Zbog neznanja o prirodi i uzrocima teškoća u razvoju javljaju se brojne predrasude o takvoj djeci. Stoga, u ovom radu pokušat će se objasniti što je to hiperaktivni poremećaj (ADHD), koji su njegovi simptomi kao i problemi s kojima se suočavaju djeca koja ga imaju.

Životi djece s teškoćama u razvoju nisu nimalo jednostavni. Svakodnevno se suočavaju s brojnim izazovima. Kako bi ostvarili svoje potencijale oni, više od druge djece, trebaju pomoć i podršku odraslih. Uz roditelje, značajnu ulogu u poticanju i razvoju potencijala djece s teškoćama u razvoju imaju i učitelji. Stoga, oni se moraju kontinuirano usavršavati i raditi na sebi kako bi uspješno odgovorili izazovima koji su pred njima.

2. ŠTO ZNAČI ADHD?

Poremećaj pažnje koji može biti praćen nemirnom i impulzivnošću (ADHD) (eng. Attention Deficit Hyperactivity Disorder) je razvojni poremećaj samokontrole. Djeci se pripisuje ADHD kada ne mogu sjediti mirno na jednom mjestu, pratiti nastavu, uspostaviti prijateljske odnose s vršnjacima. Zbog takvog ponašanja često osjećaju negativne posljedice. To nije samo razvojna faza koju će dijete prerasti, nije uzrokovan roditeljskim neuspjehom u odgoju niti je znak djetetove „zločestoće“. Hiperaktivnost je realni poremećaj, problem, a često i izvor zabrinutosti roditelja i nastavnika, a najviše šteti samoj djeci kod koje je poremećaj uočen (Kocijan Hercigonja, 1997).

Kod osoba s dijagnozom ADHD-a smetnje se javljaju u području motorike, pažnje, emocija, socijalnih odnosa, u percipitivno-motoričkom planu i u području kognitivnih funkcija (Kocijan-Hercigonja, Buljan-Flander i Vučković, 2004).

ADHD se dijeli na dvije glavne podvrste, a to su: ADHD s hiperaktivnošću i ADHD bez hiperaktivnosti (oblik s nedostatkom pažnje). Lakše je dijagnosticirati ADHD s hiperaktivnošću zbog toga što su ta djeca stalno u pokretu, ne mogu mirno sjediti, imaju slabu kontrolu impulsa i imaju češće provale bijesa za razliku od njihovih vršnjaka. Dijete s ADHD-om bez hiperaktivnosti (oblik s nedostatkom pažnje) može ostati neprepoznato. Nije ga lako dijagnosticirati zbog toga što djeca koja ga imaju ne stvaraju toliko teškoća kao hiperaktivna djeca. Izgledaju zbunjeno ili nekoncentrirano. Djeca mogu biti pretjerano tjeskobna ili stidljiva i postizati slab uspjeh u školi. Polazi se od pretpostavke da su njihovi problemi u učenju i socijalnom snalaženju emocionalne prirode ili da imaju svoj uzrok u nižoj inteligenciji ili motivaciji zbog socioekonomskih ili obiteljskih problema (Giler, 2012).

Kocijan-Hercigonja, Buljan-Flander i Vučković (2004) navode da je većina djece u jednom razdoblju života nemirna, nepažljiva. No, da bi simptomi za hiperaktivnost bili klinički značajni i zadovoljavali dijagnostičke kriterije, moraju biti izraženiji od onoga što se smatra normalnim s obzirom na djetetovu dob i razvojni stupanj te u značajnom stupnju narušavati funkcioniranje u različitim aspektima djetetova života (npr. funkcioniranje u školi, vrtiću, slobodnim

aktivnostima). Mnoga su istraživanja potvrdila stabilnost ovih simptoma tijekom vremena. Osnovni simptomi i prateći obrasci ponašanja zadržavaju se godinama, iako kod oko polovine djece s ovim poremećajem simptomi u velikoj mjeri nestaju kako se oni približavaju odrasloj dobi.

Rana istraživanja pokušala su dati odgovor na pitanja kolika je učestalost ovog poremećaja. Iako se brojke dobivene različitim istraživanjem ponešto razlikuju, čini se da je ADHD zastupljen kod oko 1-5% populacije. Pri tome se pokazalo da je on izraženiji kod dječaka nego kod djevojčica, a omjer se kreće oko 2:1. Neki autori smatraju da je ovakav nalaz posljedica činjenice da postoji veća vjerojatnost identifikacije poremećaja kod dječaka jer su oni češće nasilni, pa se poteškoće lakše zamijete. Tijekom desetljeća istraživanja i definiranja ADHD-a, mijenjao se i njegov naziv. Prvi naziv je bio MCD- minimalna cerebralna disfunkcija, zatim se pojavljuju daljnji nazivi: hiperkinetičko- impulzivni poremećaj, ADD, hiperkinetička reakcija u dječjoj dobi. U suvremenim klasifikacijama bolesti i zdravstvenih problema prihvaćen je naziv – deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj (Kocijan-Hercigonja, Buljan-Flander i Vučković, 2004).

3. RAZLIKA IZMEĐU ADD-a i ADHD-a

Jedan od najčešćih poremećaja u djetinjstvu su poremećaj pažnje i hiperaktivnosti. ADD (eng. Attention Deficit Disorder) je poremećaj smanjenja pozornosti. ADD je naziv koji se ponekad dodjeljuje osobama kojima razlike u načinima na koje njihov mozak radi otežavaju koncentriranje. ADHD (eng. Attention Deficit Hyperactivity Disorder) je poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću. ADHD je naziv kojom se opisuju osobe kojima razlike u načinima koje njihov mozak radi otežavaju koncentraciju ili sposobnost da budu mirni (Taylor, 2008).

Poremećaj pomanjkanja pažnje (ADD) promijenio je tijekom godina mnogo imena. U početku, prvi pokušaji su bili Stillova bolest i Poremećaj impulzivnosti za djecu koja su bila impulzivna i aktivna. Kasnije su se koristili termini „minimalno oštećenje mozga“ i „minimalna moždana disfunkcija“ koji su mnogim roditeljima utjeravali strah u kosti. Nakon toga, za navedeni poremećaj slijedio je naziv „hiperkinetička reakcija dječje dobi“. Oko 1980. godine poremećaj pomanjkanja pažnje prvi je puta dobio svoj sadašnji naziv, u DSM-III (Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja, treće izdanje) (Phelan, 2005).

ADD se obično otkriva u tinejdžerskoj dobi, kada se javlja neuspjeh u školi koji nije posljedica manjih intelektualnih sposobnosti. Djeca s ADD poremećajem žive u svom svijetu, povučena su i skloni su dnevnom sanjarenju. Nazivaju ih često i lijenima i nemotiviranima, a zapravo su veoma inteligentne sanjalice, s malo težim fokusom pažnje. U DSM-III spominju se dvije vrste ADD-a: ADD s hiperaktivnošću i ADD bez hiperaktivnosti. Ta dva pojma uključivala su teškoće s pažnjom, a razlikovala su se u prisutnosti ili odsutnosti hiperaktivnosti i impulzivnosti. Pojam kasnije dobiva novi naziv, a glasi: „poremećaj pomanjkanja pažnje/hiperaktivnosti“ (Phelan, 2005).

ADHD je jedan od najčešćih neurorazvojnih poremećaja dječje i adolescentne dobi. To je kognitivni i bihevioralni poremećaj kojeg obilježavaju hiperaktivnost, impulzivnost i nedostatak pozornosti. Može doći do težih posljedica na djetetov razvoj ako se ignorira ovaj poremećaj i izostanak pravovaljanog liječenja. Time dolazi do još većih poteškoća u školovanju od onih već postojećih i osoba bi se puno teže formirala u zdravo društveno biće (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008).

4. POVIJEST ADHD-a

Ovaj poremećaj prvi put je opisao dr. Heinrich Hoffman 1845. godine u Njemačkoj, u knjizi „Priča o nemirnom Filipu“. U knjizi je autor opisivao svog trogodišnjeg sina s hiperaktivnim ponašanjem (Velki, 2012).

George Frederic Still prvi je utvrdio 1902. godine specifično ponašanje kod djece koje opisuje kao pretjeran nemir, samopovređivanje, destruktivnost i probleme s pažnjom. Still je smatrao da su razna oštećenja mozga dovodila do hiperaktivnosti, impulzivnosti i nepažnje (Ferek, 2006). Still govori o abnormalnim stanjima kod djece, koja opisuje kao abnormalni kapacitet za korištenje pažnje, nemir, samopovređivanje i destruktivnost (Kocijan Hercigonja, Buljan Flander i Vučković, 2004).

Oko 1920. godine, kada je nakon pandemije encefalitisa u SAD primijećeno da mnoga djeca koja su preboljela encefalitis pokazuju promijenjeno ponašanje i to najčešće u obliku impulzivnosti, razdražljivosti, agresivnosti, poremećaja pažnje i nekontroliranog izražavanja emocija, počinje se učestalije govoriti i pisati o nemirnom djetetu. Takvo ponašanje uzrokuje minimalno oštećenje mozga, koje se nije moglo potvrditi uobičajenim dijagnostičkim postupcima ili pregledima, nego je najčešće jedini kriterij za postavljanje dijagnoze bilo djetetovo ponašanje. Od tog razdoblja za takve poremećaje upotrebljava se naziv MCD ili minimalna cerebralna disfunkcija (Kocijan Hercigonja, Buljan Flander i Vučković, 2004). Dječji psihijatar Laufer i dječji neurolog Denhoff uveli su naziv hiperkinetičko-impulzivni poremećaj, 1957. godine (Ferek 2006).

U Dijagnostičkom i statističkom priručniku Američke psihijatrijske udruge (DSM-II) poremećaj je nazvan hiperkinetička reakcija u dječjoj dobi. U DSM-III naziv je promijenjen u ADHD (poremećaj pažnje i hiperaktivni poremećaj), a u DSM-IV preimenovan je u deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj (Kocijan Hercigonja 1997).

Prva istraživanja o različitosti temperamenta kod djece rane dobi potječu iz 1937.godine. Giselh je snimao kamerom i kasnije analizirao slike, djecu u prvoj i nakon toga u petoj godini života. Došao je do zaključka da postoji 15 karakterističnih oblika ponašanja koji su stabilni tijekom analiziranih godina. 1968. godine Thomas i

Chess, nakon primjene intervjua i opažanja roditelja i djece stare 3 mjeseca, iznose da su pažnja i aktivnost ključni elementi u temperamentu. Radovi Freemana i Weissa iz 1963. godine, te Ruttera iz 1963. godine temelje se na studijama blizanaca. Radovi dokazuju da se kod jednojajčanih blizanaca češće pojavljuju iste odlike temperamenta nego kod dvojajčanih blizanaca (Kocijan Hercigonja, 1997).

5. EPIDEMIOLOŠKA ISTRAŽIVANJA

Podaci o prevalenciji deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja vrlo su različiti. U studiji Ruttera na 1000 djece dolazi jedno dijete s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem u Velikoj Britaniji. 1967. godine Huessy za SAD daje podatak o učestalosti poremećaja u populaciji djece od 20%. U literaturi se najčešće govori o prevalenciji 3-5%, što je u ovisnosti o dijagnostičkim kriterijima i odgovoru na pitanje što je normalno u jednoj društvenoj okolini. Dijagnoza je četiri puta češća kod dječaka nego kod djevojčica (Kocijan-Hercigonja, Buljan-Flander i Vučković, 2004).

Razlika navedenih podataka uzrokovana je metodološkim razlikama, a to su:

- razlike u primijenjenoj terminologiji;
- upotreba različitih ljestvica procjena ponašanja;
- razlike u broju informacija potrebnih za postavljanje dijagnoze;
- razlika u dobi ispitivane djece, a što je od bitnog značenja za procjenu postojanja poremećaja;
- zaključivanje na osnovi samo jedne situacije u kojoj se procjenjuje djetetovo ponašanje, npr. u kući, školi i sl. (Kocijan-Hercigonja, Buljan-Flander i Vučković, 2004)

1989. godine u Ontariu, na temelju ispitivanja utvrđeno je da mnogobrojni čimbenici utječu na stopu prevalencije ADHD-a. ADHD je češći u gradskim sredinama, nego u seoskim. Postoje i razlike ovisno o dobi ispitanika, podrijetlu, socioekonomskom statusu, te o kriterijima koji su rabljeni pri postavljanju dijagnoze. Utvrđeno je da čak 50% djece i adolescenata s ADHD-om ima i poremećaj ponašanja. Pri procjeni učestalosti ADHD-a u nekoj populaciji, ne trebamo se oslanjati na ljestvice procjena, nego je dobro uzeti u obzir i druge čimbenike koji utječu na donošenje suda o postojanju ovog poremećaja (Kocijan Hercigonja, Buljan Flander i Vučković, 2004).

6. SIMPTOMI ADHD-a

Djecu s ADHD-om ljudi procjenjuju kao djecu koja kronično imaju poteškoća s nepažnjom i/ili impulzivnosti/hiperaktivnosti (Barkley, 2014). Simptomi za dijagnosticiranje ADHD-a trebaju biti izraženiji od uobičajenoga ponašanja djece bez ikakvog poremećaja, pri čemu se treba uzeti u obzir razvojni stupanj djeteta (Velki, 2012). Djeci s ADHD poremećajem je narušeno funkcioniranje kod kuće, u školi i s vršnjacima. Ovaj poremećaj kod djece ima dugoročan utjecaj na njihovo školovanje, uspjeh i društveno-emocionalni razvoj (Velki i Cimer, 2011). Osim akademskih problema i problema u ponašanju, takva djeca često imaju i značajne socijalne probleme (Smitha i sur., 2014), a u odrasloj dobi veći je rizik za samoubojstvom, rizičnim ponašanjem, depresijom, ovisnošću i obiteljski poremećaji (Barkley, 2006). Smetnje se javljaju na području motorike, pažnje, emocija, socijalnih odnosa, na perceptivno-motoričkom planu i u području kognitivnih funkcija (Kocijan Hercigonja, Buljan Flander i Vučković, 2004).

Dijagnoza ovog poremećaja postavlja se na temelju kliničke slike, a prema kriterijima iz Međunarodne klasifikacije bolesti ICD-10 što ih je postavila Svjetska zdravstvena organizacija, te prema DSM-IV klasifikaciji (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008). U postavljanju dijagnoze trebao bi sudjelovati stručni tim kojega čine: pedijatar, neuropedijatar, edukacijski rehabilitator, psiholog, logoped i dječji psihijatar (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008).

6.1 DSM-V klasifikacija

Prema DSM-V osoba kojoj se dijagnosticira ADHD mora imati simptome ADHD-a najmanje šest mjeseci. Simptomi moraju biti prisutni u tolikoj mjeri da se to smatra odstupanjem od razvojnih normi te su se trebali pojaviti do navršene 12. godine (American Psychiatric Association, 2013, prema Barkley, 2014).

Navedenih kriterija ima pet, a to su (American Psychiatric Association, 2013, prema Barkley, 2014):

1. Ili a) ili b)

- a) **NEPAŽNJA:** šest ili više navedenih simptoma postoje najmanje šest mjeseci u tolikoj mjeri da to nije u skladu s dosegnutom razinom razvoja i da neposredno negativno utječe na socijalne i akademske/radne aktivnosti:
 - često ne uspijeva obratiti pažnju na detalje ili radi bezobzirne pogreške u školskom uratku tijekom drugih aktivnosti (npr. previdi ili propusti detalje, neprecizno obavi posao);
 - učestalo ima teškoće zadržavanja pažnje na zadatku ili igri npr. ima poteškoće u ostajanju fokusiranim tijekom predavanja, razgovora ili dužeg čitanja);
 - često odaje dojam da ne sluša kada mu se netko direktno obraća (npr. čini se kao da mislima odluta, iako nije prisutan nikakav ometajući podražaj);
 - često ne prati upute za rad i ne uspijeva dovršiti školske uratke, kućanske poslove ili zadatke na radnom mjestu (npr. započne zadatak, ali ubrzo izgubi fokus i lako se da omesti);
 - učestalo ima poteškoće u organiziranju zadataka i aktivnosti (npr. otežano rješava zadatke sastavljene od više koraka, otežano održava urednima materijale i stvari koje posjeduje, učinjeni rad je neorganiziran i neuredan, loše upravlja vremenom, ne obavlja stvari na vrijeme);
 - učestalo izbjegava, ne sviđa mu se ili nerado sudjeluje u zadacima koji zahtijevaju mentalni napor (npr. školski uradci ili domaće zadaće);

- učestalo gubi stvari potrebne za neki zadatak ili aktivnost (npr. školske potrepštine, olovke, knjige, alate, novčanike, ključeve, papire, naočale, mobitele);
 - lako se da omesti vanjskim podražajima (za mlade to može obuhvaćati i nepovezane misli);
 - često je zaboravljiv u svakodnevnim aktivnostima (npr. obavljanje kućanskih poslova, rješavanje zadataka).
- b) **HIPERAKTIVNOST I IMPULZIVNOST:** šest ili više navedenih simptoma postoje najmanje šest mjeseci u tolikoj mjeri da to nije u skladu s dosegnutom razinom razvoja i da neposredno negativno utječe na socijalne i akademske/radne aktivnosti:

HIPERAKTIVNOST

- često ubrzano miče rukama ili nogama ili se vrpolti dok sjedi;
- učestalo ustaje u situacijama gdje se očekuje da sjedi (npr. napušta svoje mjesto u učionici, ili na nekom drugom mjestu ili u drugim situacijama gdje se zahtijeva da ostane na mjestu);
- često pretjerano trčkara ili se penje u situacijama kada to nije prikladno;
- često nije u mogućnosti tiho se igrati ili sudjelovati u aktivnostima slobodnog vremena;
- često je u pokretu, kao da „ide na motorni pogon“ (npr. nije u mogućnosti ili mu nije ugodno biti miran duže vrijeme, kao što je to običaj u restoranima i sl.; drugi ga mogu doživljavati kao nemirnoga ili kao da ga je teško slijediti);
- često previše priča.

IMPULZIVNOST

- često kaže odgovor prije nego je pitanje dovršeno (npr. dovršava tuđe rečenice, ne može sačekati svoj red u razgovoru);
 - često ima teškoće u čekanju na red (npr. stajanje u redu i čekanje);
 - često prekida ili ometa druge ljude (npr. upada u razgovore, igre ili aktivnosti, koristi tuđe stvari bez pitanja ili dobivanja dopuštenja).
2. Nekoliko simptoma hiperaktivnosti/ impulzivnosti ili nepažnje koji uzrokuju teškoće bili su prisutni prije navršene 12.godine života.
 3. Nekoliko teškoća koje proizlaze iz simptoma prisutne su u dva ili više okruženja (npr. u domu, školi).
 4. Postoje očiti pokazatelji da simptomi interferiraju s ili umanjuju kvalitetu školskog funkcioniranja.
 5. Simptomi se ne pojavljuju zbog shizofrenije ili drugog psihotičnog poremećaja i ne spadaju pod druge mentalne poremećaje, kao što su poremećaji raspoloženja, anksiozni poremećaj, disocijativni poremećaj ili poremećaj ličnosti.

6.2 ICD-10 klasifikacija

U ICD-10 klasifikaciji opisuje se deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj kao skupina ranih razvojnih poremećaja nastalih prije pete godine života. Opisan je sniženom sposobnošću održavanja aktivnosti koje zahtijevaju kognitivni napor. Dolazi i do promjena aktivnosti bez dovršavanja istih te slaba organizacija i regulacija aktivnosti (Romstein, 2011).

Za dijagnozu ADHD-a moraju biti zadovoljeni sljedeći kriteriji (<http://adhd.org.sa/en/adhd/resources/diagnosing-adhd/diagnostic-criteria/icd-10-criteria/>):

1. Postojanje sva tri kriterija; postoje najmanje šest mjeseci u tolikoj mjeri da to nije u skladu s razvojnom razinom djeteta:

a) poremećaj pozornosti

- često ne uspijeva obratiti pažnju na detalje ili radi nesmotrene greške u školskom uratku
- često otežano održava pažnju u zadacima ili igri
- često odaje dojam da ne sluša što mu se govori
- često ne uspije pratiti upute ili dovršiti školske uratke ili kućanske poslove
- često ima teškoće u organizaciji zadataka i aktivnosti
- često izbjegava ili mu se ne sviđaju zadaci (npr. domaći rad) koji zahtijevaju mentalni napor
- često gubi stvari potrebne za određene zadatke i aktivnosti, kao što su školski uradci, olovke, knjige, igračke
- često ga ometaju vanjski podražaji
- često je zaboravljiv tijekom svakodnevnih aktivnosti

b) hiperaktivnost

- često ubrzano miče rukama ili nogama ili se vrpolti dok sjedi
- često ustaje u učionici ili na drugim mjestima gdje se očekuje da sjedi
- često pretjerano trčkara ili se penje u situacijama kada to nije prikladno
- često je bučan bez povoda ili ima poteškoća u tihom uključivanju aktivnosti slobodnog vremena
- često je pretjerano motorički aktivan kada ne postoji promjena socijalnog konteksta ili zahtjeva

c) impulzivnost

- često kaže odgovore prije nego je pitanje dovršeno
- često ne uspijeva čekati u redu ili sačekati svoj red u igri ili grupi
- često prekida druge ili ih ometa (npr. upada u tuđi razgovor ili igru)
- često priča previše bez odgovarajućeg odgovora na socijalna ograničenja

2. Poremećaj je nastao do sedme godine života.
3. Kriteriji moraju biti prisutni u više od jednog okruženja (npr. u domu i školi ili u školi i nekom drugom okruženju gdje se promatra dijete).
4. Nepažnja i impulzivnost uzrokuju klinički značajke teškoće u socijalnom funkcioniranju.

7. ETIOLOGIJA

Nastanak poremećaja još nije poznat, no istraživanja pokazuju da djeca s ADHD-om imaju smetnje u funkcioniranju mozga. Narušena je kemijska ravnoteža mozga i nedostaju kemijske tvari koje su potrebne za održavanje pažnje, kontrolu motoričke aktivnosti i sprječavanje impulzivnosti (Igrić, 2004, prema Zrilić, 2011).

Jednostavna etiologija prisutna je u jednoj manjoj podgrupi djece s ADHD poremećajem, a za sve ostale problem obuhvaća brojne čimbenike u koju je uključena interakcija djeteta s njegovom okolinom (Kocijan Hercigonja, 1997).

7.1 Organske teorije

Organske teorije govore o neurološkoj disfunkciji mozga. Očituje se kroz kemijsku neravnotežu u mozgu i slabiju mozgovnu aktivnost. Kemijsku neravnotežu u mozgu povezuju bazalne ganglije i prefrontalno područje kore velikoga mozga, a to su dijelovi mozga koji su uključeni u stvaranje i održavanje pažnje, kontrolu motoričke aktivnosti i impulzivnost. Slabija mozgovna aktivnost posebna je u čeonome dijelu kore velikog mozga, u kojem su centri koji upravljaju kočenjem ponašanja, ustrajnošću, otpornošću na ometanje i samokontrolu (Zrilić, 2011).

Još od 1920. godine disfunkcija mozga smatrala se odgovornom za nastanak poremećaja bilo da je do oštećenja došlo u trudnoći, tijekom poroda ili u kasnijem razvoju. Istraživači u današnje vrijeme vjeruju da je poremećaj uzrokovan različitim neuroendokrinološkim, neurokemijskim i neuroanatomskim čimbenicima (Kocijan Hercigonja, 1997).

7.2 Psihosocijalne teorije

U drugu skupinu uzroka pripadaju psihosocijalni utjecaji. U psihosocijalnim teorijama posebno se naglašava uloga stresa u obitelji povezana s lošom socioekonomskom situacijom, poremećaj u odnosu majke i djeteta kao i drugi obiteljski čimbenici koji mogu dovesti do poremećaja u obiteljskim odnosima. Specifični biološki faktori uz psihosocijalne faktore okruženja u međusobnoj

interakciji sasvim sigurno imaju vrlo značajnu, ali ne i jedinu ulogu u nastajanju poremećaja (Kocijan Hercigonja i sur., 1997).

Stručnjaci govore i o psihogenim teorijama u koje oni ubrajaju različite afektivne poremećaje koje nalaze kod majki. Veza između djeteta i njegove majke dovodi do brojnih emotivnih problema na koje dijete razvija različite oblike odstupanja u ponašanju od kojih je jedan od najučestalijih deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj. Djetetova okolina direktno i indirektno utječe na pojavu simptoma. Statistički podaci pokazuju da veći dio djece s ADHD-om potječu iz okruženja u kojima se nije vodilo računa o djetetovu tjelesnom razvoju, npr. loša prehrana, osobito pomanjkanje vitamina, loša skrb, loša primarna zdravstvena zaštita u ranoj dječjoj i predškolskoj dobi, alkoholizam i narkomanija roditelja, zlostavljanje djeteta i sl. Negativan način odgoja, dovodi do promjena u emotivnom razvoju djeteta. Može doći i do socijalne izolacije i depresije. Kocijan Hercigonja (1997) navodi da djeca koja imaju lošu sliku o sebi, posljedica je neprijateljskog ponašanja okoline zbog karakterističnih oblika ponašanja djeteta, što može biti uzrokom razvoja depresivne simptomatologije, osjećaja napuštenosti, osamljenosti i neuspješnog funkcioniranja. Anksioznost i depresija mogu biti i uzrok i posljedica deficita/pažnje hiperaktivnog poremećaja (Tizard i Hidges, 1978, prema Kocijan Hercigonja, 1997).

7.3 Genetske teorije

Kod djece s ADHD-om rane studije nalaze značajnu incidenciju antisocijalnog ponašanja, alkoholizma i uzimanja droge kod očeva i histeriju majki. Prema nekim genetskim studijama očevi i majke djece s ADHD-om i sami su u djetinjstvu imali ovaj poremećaj koje ih je vodio u socijalnu izolaciju (Kocijan Hercigonja, 1997).

Poremećaj može nastati pod utjecajem različitih čimbenika koji tijekom trudnoće, poroda ili nakon rođenja djeteta uzrokuju oštećenje mozga. Za vrijeme trudnoće dijete može biti izloženo nepovoljnim utjecajima lijekova, trovanja, radijaciji, infekcijama, preranom porodu te kompliciranoj trudnoći. Nakon porođaja poremećaj može nastati kao posljedica meningitisa, encefalitisa, febrilnih konvulzija, povreda glave, trovanja olovom (Zrilić, 2011).

Kocijan Hercigonja (1997) navodi da obiteljska povezanost djece i odraslih s patopsihološkim poremećajima upućuje na zaključak da je nemir u dječjoj dobi uzročno povezan s alkoholizmom, histerijom i psihopatijom, i da simptomi nemira iz dječje dobi transmitiraju genetski od djeteta do roditelja. Istraživanja na braći i sestrama pokazuju da 20%-30% braće i sestara djece s ADHD-om imaju iste smetnje, što je više nego u populaciji normalnih. Biološki roditelji su pokazali značajno veću zastupljenost alkoholizma, psihopatskih i histeričnih poremećaja nego usvojitelji djece s ADHD-om.

8. DIJAGNOSTIKA

U postavljanju dijagnoze trebao bi sudjelovati stručni tim kojega čine: pedijatar, neuropedijatar, edukacijski rehabilitator, psiholog, logoped, i dječji psihijatar (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008).

Najvažnija je obiteljska i osobna anamneza zato što sve više autora nalaže da u obiteljima djece s ADHD-om nalaze najbliže rođake koji su u djetinjstvu imali slična obilježja ponašanja ili i danas kao odrasle osobe pokazuju oblike ponašanja koji se razvojno mogu povezati s u djetinjstvu prisutnim ADHD-om. Agresivna obiteljska dinamika s brojnim nerazriješenim konfliktima, trajno prisutnom nesigurnošću, prijetećim odvajanjima djeteta od roditelja, često je prisutna uz poremećaj. Najvažniji faktor obiteljskoj dinamici je izostanak emotivne podrške i sigurnosti (Kocijan Hercigonja 1997).

Osobna anamneza je najznačajnija jer može dati podatke o različitim traumama, bolestima ili situacijama koje su mogle dovesti do disfunkcije mozga na jednoj od ranije opisanih razina te biti mogućim uzrokom ADHD-a (Kocijan Hercigonja, 1997).

8.1 Postavljanje dijagnoze

Dijagnoza ADHD-a se postavlja kod djece između 6 i 12 godina starosti. Postaviti dijagnozu kod djece ove dobne skupine je lakše jer simptomi postaju vidljivi u školskom okruženju. Najpotrebnije je izvršiti sistematski pregled, neurološku procjenu, pregled vida i sluha, krvnu sliku te saznati medicinsku povijest djeteta i obitelji. Nakon obavljenih pretraga slijedi suradnja s neurologom ili psihijatrom. Zatim psiholog ispituje intelektualne sposobnosti djeteta, vještinu obrade informacija kao i verbalne i motoričke sposobnosti. Rezultatima može pomoći i zapažanja roditelja, učitelja u školi i drugih koji imaju redovan kontakt s djecom. Motorički nemir jedan je od temeljnih simptoma unutar ovog poremećaja. Razlikuju se tri podtipa poremećaja, ovisno koja je skupina simptoma najizraženija, a to su: kod neke djece može biti dominantna nepažnja, kod neke hiperaktivnost i impulzivnost, a kod neke se s podjednakom jačinom i učestalošću može javiti i poremećaj pažnje i hiperaktivnosti (Zrilić, 2011).

8.1.1 Intervju s roditeljima

Prvi korak je razgovor s roditeljima kojim se pokriva predočavanje problema, povijest djetetova razvoja i na temelju te osnove planiraju se ostali dijagnostički postupci (Phelan, 2005). Intervju s roditeljima uključuje procjenu ponašanja prema kriterijima iz DSM-IV te dobivanje podataka o djetetovu razvoju (Kocijan Hercigonja i sur, 1997).

Prva tema koja se obrađuje u razgovoru je razlog njihovog dolaska. Postavljaju se opća pitanja, a ako se sumnja na ADHD navode se mogući simptomi koje roditelji nisu spomenuli, npr. prekomjerno emocionalno uzbuđivanje ili teškoće u odgađanju zadovoljenja. Problemi koje roditelji navode su najčešće teme oko školskog neuspjeha, obiteljskih teškoća u životu s djetetom, socijalnih problema i drugih vidova nepodnošljivog ponašanja. U slučaju nepažljive djece, problemi nisu očiti i roditelji su zbunjeniji. Njihove žalbe se koncentriraju na dezorganiziranost, zapanjuću zaboravljivost, nesposobnost dovršavanja započetog i opću dekoncentraciju (Phelan, 2005).

Nakon detaljne analize predočenih problema uzima se povijest razvoja. U tu svrhu postoji niz strukturiranih upitnika o tijeku djetetova razvoja. Nakon razgovora o povijesti razvoja potrebno je istražiti obiteljsku povijest, zbog nasljedne prirode poremećaja pomanjkanja pažnje. Roditeljima je dobro objasniti zašto im se postavljaju pitanja o drugim članovima obitelji, uključujući braću i sestre. Prvi razgovor s roditeljima treba završiti zajedničkim planiranjem ostatka evaluacije. Ukoliko se sumnja na neku vrstu ADHD-a, da se roditelji više informiraju o tom poremećaju (npr. seminari, knjige, internet, video, filmovi, sastanci grupe za podršku itd.). Edukacijska je komponenta važna radi dijagnostičkog procesa jer će mnogi roditelji, nakon što čuju o tipičnim problemima i razvoju netretiranog ADHD-a, biti u stanju sami odrediti dijagnozu (Phelan, 2005).

8.1.2 Intervju s djetetom

Nakon razgovora/intervjua s roditeljima slijedi razgovor s djetetom. S djetetom se nalaze ispitivači kako bi vidjeli koliko je dijete voljno govoriti, dobili što je moguće više informacija o tome kako dijete doživljava svoj školski, obiteljski i društveni život i kako bi počeli graditi dobar odnos, koji je potreban za daljnji rad.

Većina djece ne želi posjećivati nikakvog liječnika. Važno je da ispitivač ne pokuša zauzeti pretjerano prijateljski stav jer djeca s ADHD-om često postaju vrlo sumnjičava s odraslim koji se ponaša pretjerano sladunjavo ili prisno. Starija djeca mogu sjediti i pričati oko 45 minuta do sat vremena i mnoga od njih će se prilično otvoriti u razgovoru s odraslim koji ih iskreno nastoji razumjeti. Mlađoj djeci često je korisno ponuditi tijekom razgovora da crtaju ili da se igraju jer trajanje njihovog razgovora je kraće za razliku od odrasle djece (do pola sata).

Pri kraju razgovora djetetu se navodi kako će izgledati ostatak evaluacijskog procesa. Starija djeca znaju nuditi i vlastite prijedloge u vezi s time. Postoji cijeli niz raznih upitnika koje popunjava samo dijete, a kasnije to može poslužiti kao tema za razgovor. Roditelji i učitelji često propuštaju djetetove simptome anksioznosti i depresije, koje sama djeca često prikazuju preciznije (Phelan, 2005).

8.1.3 Obiteljski intervju

Obiteljski intervju daje uvide u odnose koliko se roditelji i dijete osjećaju sami. Najčešće najbolje informacije o tome imaju braća i sestre, osobito u odnosu na ulogu pojedinih članova u obitelji, načine reagiranja na problem, primjenjivanje kazni i nagrada. Intervju daje uvid u odnose socio-psihološkog stanja obitelji i kako se članovi sučeljavaju s problemima. Postavlja se pitanje kakva je integracija obitelji u društvu (socijalno izolirana ili prihvaćena obitelj) (Kocijan Hercigonja, 1997).

8.1.4 Informacije iz škole

Prikupljanje informacija iz škole (ocjene, zapažanje učenika, rezultata testova i podataka) prema kojem se učenik školuje zahtijeva određeno vrijeme i vrlo je važno (Phelan, 2005).

Kocijan Hercigonja (1997) navodi kako je učitelj vrlo važan član tima i njegov udio u programu je od posebnog značaja.

Pomanjkanje pažnje je stanje koje počinje rano u životu i zato djeca s ADHD-om imaju dulje vrijeme problema u školi. Problemi u početnim razredima često obuhvaćaju ponašanje i teškoće u učenju. Ocjene djeteta s ADHD-om mogu varirati. Kod djece s poremećajem, bodovi testova znanja nisu mjerila stvarnih sveukupnih sposobnosti. Neka će djeca postići bolje rezultate iz standardiziranih testova nego što su im ocjene iz istih predmeta. Rezultati testova korisniji su za kliničku informaciju nego za određivanje postojanja poremećaja pomanjkanja pažnje (Phelan, 2005).

8.1.5 Pregled djeteta

Kocijan Hercigonja (1997) navodi da je pregled djeteta od posebnog značenja jer upućuje na brojne znakove, a ti znakovi upućuju na djetetove probleme. Neurološki nalaz je uredan, no vrlo pažljivim pregledom djece mogu se ustanoviti minimalna odstupanja. Minimalna odstupanja mogu biti: asimetrija refleksa, otežani pokreti u kojima je potrebna uredna koordinacija i motorika, nespretnost, nemogućnost oponašanja pokreta i radnji uz isključenje očiju. Otežano je održavanje ravnoteže, posebno stajanje na jednoj nozi, hodanje po ravnoj crti zatvorenih očiju. Zbog loše koordinacije ta djeca vrlo često zadobivaju različite tjelesne ozljede ili se ne mogu uključiti u određene aktivnosti u kojima se traži dobra koordinacija.

Važno je ispitivanje čitanja i računanja jer su to teškoće koje vrlo često nalazimo kod djece s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem. Brojni autori navode da su nemir i deficit pažnje posljedica primarno specifičnih teškoća u čitanju i računanju, a kao posljedicu navode dominiranje hiperaktivnosti, impulzivnosti i poremećaja pažnje (Kocijan Hercigonja, 1997).

Pregled djeteta obuhvaća i laboratorijsko-dijagnostičke postupke, a oni uključuju: analizu osnovnih krvnih pretraga (jer anemija i nizak nivo željeza mogu biti odgovorni za probleme koncentracije), endokrinološka ispitivanja, analizu razine serotonina i njegovih metabolita te analize usmjerene na ispitivanje funkcioniranje mozga (EEG, CT mozga) (Kocijan Hercigonja 1997).

9. KARAKTERISTIKE DJETETA S ADHD-OM

Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj karakteriziraju tri skupine: hiperaktivnost, impulzivnost i deficit pažnje (Velki, 2012).

Hiperaktivnost se definira kao uobičajeno pojavljivanje i izvođenje slabijih motoričkih aktivnosti koje su nepravilno velikog intenziteta i učestalosti. Hiperaktivnost se tumači kao djetetovo ignoriranje uputa (Hughes, Cooper 2009).

Hiperaktivna djeca često tresu rukama ili nogama ili se vrpolje na stolici, ustaju sa stolice u razredu, često pretjerano trče ili se penju, imaju teškoća ako se trebaju mirno i tiho igrati ili obavljati slobodne aktivnosti i često znaju pretjerano pričati.

Kod školske djece s ADHD-om teškoće se izražavaju na drukčije načine: u razredu teško mogu duže mirno sjediti, vrpolje se ili sjede na rubu stolca, često ustaju, šecu se po razredu, neprestano zapitkuju drugu djecu ili učitelja. Znaju uzeti neki predmet pa s njim udaraju po stolu, pretjerano tresu stopala i sl. (Velki, 2012).

Impulzivnost se izražava u obliku očitog nestrpljenja. Osobe s problemima impulzivnosti imaju poteškoće u kontroliranju reakcija na dani podražaj (Hughes, Cooper 2009).

Impulzivna djeca imaju problem s ponašanjem koje se odvija bez razmišljanja. Često imaju teškoće s odgađanjem odgovora, odnosno istrčavaju s odgovorima prije nego što je dovršeno pitanje. Dosta su nestrpljivi, imaju poteškoća s čekanjem u redu i sl. Roditelji se žale da se brzo potuku s drugom djecom, bave se s opasnim aktivnostima bez da razmišljaju o mogućim posljedicama, skloni su nezgodama. Ne uvažavaju zahtjeve roditelja i učitelja, započinju razgovor u neprikladno vrijeme, ometaju druge, diraju stvari koje ne bi smjeli (Kadum-Bošnjak, 2006).

Hiperaktivnost i impulzivnost se pojavljuju zbog teškoća u kočenju reakcija stoga djeca imaju problema u izboru najprimjerenijeg ponašanja u nekoj situaciji i planiranju budućih događaja. Impulzivnoj djeci su potrebne upute izvane, od strane odrasle osobe, o tome kako se ponašati u određenoj situaciji. Simptomi impulzivnosti mogu dovesti do sukoba u obitelji, u školi i odnosima s vršnjacima (Velki, 2012).

Djeca s ADHD-om imaju očite poteškoće u održavanju pažnje u obrazovnim zadacima i drugim aktivnostima. Simptomi nepažnje utječu na rad u razredu i na školski uspjeh. Često se dogodi da dijete pogrešno prepíše tekst s ploče, da se okreće prema drugim učenicima u razredu, da ne zapiše što ima za zadaću i sl. Ako dijete s deficitom pažnje nema podršku od učitelja u razredu, teže prati nastavu, njegova se želja za uspjehom ne prepoznaje, pa mu se pripisuje lijenost i razmaženost (Velki, 2012).

Učenici s deficitom pažnje često su zahtjevni, puno pričaju i sveprisutni su. Neka djeca s poremećajem pažnje ostaju dosta dugo nezamijećena u razredu. Ako nema znakova nemira i hiperaktivnosti, takva će djeca ostati mirno sjediti u klupi ne ometajući ni rad učitelja niti druge djece. Njihov loš uspjeh pripisuje se lijenosti i nezainteresiranosti (Velki, 2012).

Djeca s deficitom pažnje često gube stvari potrebne za ispunjavanje zadaća ili aktivnosti, izbjegavaju zadatke koji zahtijevaju trajniji mentalni napor (npr. domaća zadaća), imaju teškoća s organizacijom zadataka i aktivnosti te često ne prate upute i ne dovršavaju školski uradak, kućne poslove ili druge aktivnosti (Velki, 2012).

10. TERAPIJSKE TEHNIKE

U okviru svake od navedenih intervencija primjenjuju se brojne terapijske tehnike. Tako postoje: aktivnosti prije terapije, terapija u obitelji i s obitelji, terapija glazbom, terapijsko jahanje, terapije djetom i program ravnoteže mozgom.

10.1 Aktivnosti prije početka terapije

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

1. Postaviti terapijski cilj na osnovi dobro provedenog dijagnostičkog postupka te procjene kliničke slike.
2. Pomoći roditeljima takve djece da razumiju problem. Objasniti im što znači poremećaj, tj. kakva je njegova uloga u sprečavanju većih odstupanja u adolescentskom razdoblju.
3. Organizirati tretman i pristup u zavisnosti od specifičnosti, karakterističnih za svako dijete.
4. Postaviti realna očekivanja za djecu.
5. Već na samom početku utvrditi probleme koji će rezultirati teškoćama u učenju te već na početku učiniti kompromis sa školom.
6. Utvrditi komplikacije, odnosno sekundarne efekte kao što su socijalni i emotivni problemi i obiteljska disfunkcija.
7. Pomagati u interakciji djeteta s roditeljima, učiteljima i okolinom.
8. Poboljšati komunikaciju između škole i kuće.
9. Davati im podršku, i polaziti od toga da ih potičemo na to da mogu biti bolji.
10. Poboljšati samopoštovanje i kroz to razvijati osjećaj sigurnosti, identiteta, vjerovanja.

Tretman djece s deficitom pažnje/ hiperaktivnim poremećajem sadrži različite terapijske tehnike. Terapijska tehnika ovisi o simptomima, djetetovoj dobi, obiteljskoj dinamici te školskom i društvenom funkcioniranju (Lebedina Manzoni, 2007).

10. 2. Terapija u obitelji i s obitelji

Kocijan Hercigonja (1997) navodi da je obitelj jedan od važnih elemenata u terapijskom procesu. Odnos u obitelji ovisi i o djetetovu funkcioniranju i uspješnosti njegove terapije. Roditelji su skloni dijete proglasiti zločestim. S druge strane, neki roditelji djetetovo ponašanje procjenjuju kroz vlastitu krivnju, kao nešto za što su oni sami odgovorni. Dijete s deficitom pažnje/ hiperaktivnim ponašanjem često utječe na funkcioniranje čitave obitelji te dolazi do problema u interpersonalnim odnosima različitog intenziteta. Roditelji se često susreću s osudom okoline, ponekad i škole jer se djetetovo ponašanje ne prepoznaje kao medicinski problem, već je to posljedica neodgovarajućeg odgoja. Roditelji razočarani djetetovim ponašanjem i bespomoćni razvijaju čitav niz psihičkih problema, naročito tjeskobu i depresivnost, što podrazumijeva poseban tretman i pomoć. Uz obiteljsku terapiju, korisna je i grupna terapija roditelja djece sa sličnim problemima jer se manje osjećaju sami. Stručnjaci pomažu u razumijevanju problema, a neke od važnih komponenata su: odlazak pedijatru radi savjeta i izrade razvojnih programa; objašnjenje prirode poremećaja i kod toga uključiti komponente; izbjeći osjećaj krivnje i kod roditelja i kod djece; razviti pozitivnu sliku o sebi, nadu i povjerenje uključivanjem okoline i svih raspoloživih izvora. Potrebno je ponašati se u skladu s dobi djeteta i ohrabrivati ga u njegovim samostalnim aktivnostima.

Osnovno je pravilo u radu s djecom s ADHD-om promjena ponašanja. Promjena ponašanja se postiže kroz nagrade, tehniku gašenja i izolaciju.

Prema Kocijan Hercigonji (1997) postoje pravila u postupku s djetetom koje ima ADHD, a to su:

1. Roditelj sam sebi postavlja pitanje što želi vidjeti kod djeteta umjesto sadašnjeg ponašanja te zatim odabire metodu i strpljivo ga podučava u takvom obliku ponašanja koje želi postići.

2. Djeca s ADHD-om ne reagiraju na kazne na uobičajen način te često ono što roditelj smatra kaznom, za dijete je to nagrada. Važno je za roditelje da prate učinak metode i na osnovi rezultata procjenjuju je li nešto kazna ili ustvari nagrada za dijete.
3. Roditelji ukoliko nisu sigurni da će doći do fizičkog ugrožavanja djeteta, djetetovo neprimjereno ponašanje moraju ignorirati kad god je moguće.
4. Roditelji trebaju kontrolirati svoje ponašanje, jer djeca uče imitirajući njihovo ponašanje.
5. Roditelji trebaju podučavati dijete tijekom cijelog dana jer dijete uči na svakom vašem pokretu, svakoj riječi zato je važno da upute uvijek budu jasne, jednostavne i razumljive; i da budu roditelji jasni i određeni tako da ne zbunjuju dijete.

10.3 Terapija glazbom

Glazboterapija ili terapija glazbom upotreba je glazbe s ciljem postizanja terapijskih ciljeva. Terapija glazbom se ne upotrebljava samo kod djece s ADHD-om, već i kod djece s drugim poteškoćama u razvoju. Osnovne terapijske tehnike su: improvizacijska tehnika (ona uključuje najčešće ritmička glazbala), pjevanje (podrazumijeva pjevanje bez obzira na sposobnosti), sviranje, vođena imaginacija (izazivanje vizije i osjećaja određenom glazbom), terapija plesa (pokret) i slušanje glazbe (Sučić, 2014).

Breitenfeld i Majsec Vrbanić (2008) navode kako glazboterapija djeci omogućava smanjenje osjećaja boli, tjeskobe, opuštanje i stvaranje osjećaja ugone. Kod glazboterapije učenicima su pušteni organizirani zvukovi i glazba koja povezuje učenika i terapeuta. Glazboterapija potiče razvoj i usavršavanje svih sposobnosti djeteta. Glazboterapija za djecu obuhvaća: Glazboterapija kod djece s teškoćama, ublažavanje govornih nedostataka i problema dišnih putova, Glazboterapija u funkciji prevencije kod djece bez teškoća, poticanje kreativnog izražavanja djece koja imaju probleme s komunikacijom, poticanje na učenje, razvijanje svijesti o sebi,

poticanju samostalnosti, poboljšanje motoričke usklađenosti, pozitivan utjecaj na memorijske sposobnosti, utjecaj na glazbeni ukus.

10.4 Terapijsko jahanje

Terapijsko jahanje je oblik konjaništva namijenjen i prilagođen djeci s teškoćama u razvoju, osobama s motoričkim poremećajima i kroničnim bolestima te osobama s psihološkim i emocionalnim poteškoćama.

Jahanje se provodi u svrhu terapije i rehabilitacije. Metoda je pomaganja ljudima uz pomoć konja i aktivnosti orijentiranih prema konjima. Pod svrhom terapije smatramo postizanje različitih terapijskih ciljeva (fizički, psihički, socijalni, emocionalni i edukativni).

Jahanje se provodi individualno ili u grupama. Prije početka terapije, dijete stupa u kontakt s konjem (putem hranjenja, održavanja i sl.) (Tomašek, 2015).

10.5 Terapije djetom

Kod terapije djetom polazi se od činjenica da postoji zdrava i nezdrava hrana. U nezdravoj hrani se nalaze štetne tvari koje izazivaju nedostatak usredotočenosti i nemir. Dijete s ADHD-om može biti osjetljivo na bilo koju namirnicu, no najčešće su gluten i kazein (ne misli se na alergije, nego na upalne procese unutar tijela) (Nikolić i sur., 2004).

Feingoldova dijeta, dijeta Hafer te oligo-antigena dijeta i uzimanje gama linolne kiseline su četiri najvažnija načina liječenja hranom (Lauth i sur., 2008).

10.6 Program ravnoteže mozgom

Program ravnoteže mozgom se temelji na tehnici koja se naziva terapija integracije hemisfera (TIH). Aktivnosti lijeve i desne hemisfere moraju biti usklađene zbog pravilnog funkcioniranja mozga. Djetetu se daje serija testova pomoću kojih se određuju simptomi te koja hemisfera ili hemisferna funkcija nije u ravnoteži. Nakon

određivanja simptoma, na problematična područja djeluje se senzornim, fizičkim i akademskim vježbama, kao i promjenama u prehrani (Melillo, 2016). Program je dokazano djelotvoran te omogućuju tretiranje uzroka bez uporabe lijekova. Program je u praksi postigao jasno dokumentirane rezultate. Rezultati pokazuju drastično poboljšanje kvalitete života takve djece i njihovih obitelji. Poboljšanja su se pokazala u ponašanju, emocionalnom stanju, školskom uspjehu i socijalizaciji.

11. DIJETE S ADHD-OM U OBITELJI

Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj dramatično djeluje na obiteljski život. Svakodnevni život obitelji s jednim ili nekoliko djece s ADHD-om u temelju se razlikuje se od života drugih obitelji. U tim obiteljima više je prisutnije rasprava i napetosti. Odnosom između braće vlada užasno i beskrajno suparništvo. Braćni odnosi sve češće postaju sukobi koji dovode do rastava i prekida. Roditelji se obeshrabruju i dovode se do pada u depresiju, zbog toga i ostala djeca osjećaju zanemarenost, posramljenost i ljutitost. Po ovakvim stavkama niti jedno dijete ne bi trebalo odrastati, tj. niti jedna obitelj ne bi trebala tako živjeti (Phelan, 2005).

Velki (2012) navodi da je obitelj vrlo važan kontekst u kojem djeca uče održavati veze, odnositi se prema drugima, rješavati probleme, postavljati ciljeve, svladati tenzije između vlastitih želja i socijalnih očekivanja. Djeci s ADHD-om zadaci su još veći rizik za stvaranje konflikta sa socijalnim normama i okolinom. Roditelji djecu s ADHD-om poučavaju željenom ponašanjem, nose se s neželjenim ponašanjem, postavljaju granice i očekivanja, stvaraju obiteljski identitet i emocionalnu klimu koja utječe na socijalnu prilagodbu i razvojni put njihove te čini rizične i zaštitne čimbenike vezane uz razvoj ADHD-a.

Roditelji koji su puni ljubavi, brižni roditelji, koji znaju odgovoriti na djetetove potrebe, ali znaju i postaviti jasne granice i pravila ponašanja, zaštitni su čimbenik za razvoj ADHD-a. S druge strane, roditelji koji su nekonzistentni u svom odgoju, koji ne postavljaju realna očekivanja ni jasne zahtjeve za dijete, koji dijete strogo kažnjavaju i nemaju razumijevanja za njegove potrebe i mogućnosti stvaraju rizične čimbenike za razvoj ADHD-a. Živahno i nemirno dijete koje odrasta uz nedostatak adekvatnih i konzistentnih metoda odgoja nije nužno dijete s ADHD-om. Djetetovo ponašanje je odraz neprimjerenog odgoja, a ne samog poremećaja. Karakteristike i ponašanja djece s poremećajem mogu biti temelj negativnog djelovanja između majke i djeteta. Impulzivnost, hiperaktivnost i negativno traženje pažnje mogu biti samo načini da pridobiju pažnju kod roditelja, no roditelji ne znaju pristupiti optimalno djetetovim potrebama (Velki, 2012).

Roditelji nisu bespomoćni promatrači, oni imaju brojne mogućnosti kako pomoći vlastitom djetetu. Metode odgoja koje roditelji primjenjuju (pravila

ponašanja, funkcioniranje obitelji, obiteljska klima i sl.) su ključni za razvoj djeteta. Roditelji nisu uzrok pojavljivanja deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja kod djece. Uzrok je izvan njihove kontrole, no roditelji mogu utjecati na to da simptomi i teškoće koje prate ADHD budu minimalni (Velki. 2012).

11.1 Edukacija za roditelje

Od presudne važnosti je temeljito educiranje osobe koja pati od ADHD-a. Roditelji se trebaju prvi educirati o deficitu pažnje/hiperaktivnog ponašanja, a uz roditelje tu su i braća i sestre, djedovi i bake, te određeni prijatelji obitelji (Phelan, 2005).

Hiperaktivna djeca moraju vidjeti posljedice ponašanja koje su predvidljive i jasne te dobivati povratnu informaciju češće i brže nego ostala djeca, ako roditelji žele da ostvare kontrolu nad svojim ponašanjem. Sekundarne nagrade (npr. pohvale) i primarne nagrade (npr. igračke ili privilegije) moraju se davati češće kada su hiperaktivna djeca uspješna. Roditelji trebaju imati na umu da ovakva djeca vjerojatno rjeđe dobivaju pozitivne reakcije od njihove braće ili sestara pa se moraju dodatno potruditi da održe ravnotežu u pohvalama. Ako se prema djetetu ne iskazuje pozitivna pažnja, ono će se potruditi da bude zamijećeno na način da svojim ponašanjem privuče negativnu pažnju. Ako su posljedice takva ponašanja pozitivne za dijete, tj. ako ono ne skrene na sebe pozornost, povećat će se vjerojatnost pojavljivanja takvog ponašanja. No, ako se na nepoželjno ponašanje nije reagiralo i ako dijete ne dobije pažnju, vjerojatno je da se ono više neće pojavljivati (http://www.azoo.hr/images/AZOO/Ravnatelj/RM/ADHD_-_Deficit_paznje_hiperaktivni_poremecaj.pdf).

Zadatak roditelja je da budu pozitivni, da promatraju, komentiraju i nagrađuju dobro i poželjno ponašanje.

- Pohvala mora neposredno slijediti poželjno ponašanje.
- Pohvala mora biti povezana s konkretnim ponašanjem.
- Pohvala mora biti konkretna i specifična.

- Pohvaljuje se dijete smiješkom i pogledom, kao i samim riječima.
- Roditelji dijete trebaju zagrliti, poljubiti.
- Roditelji trebaju primijetiti i pohvaliti dijete svakog puta kada se dobro ponaša.
- Svaki put kada roditelji uoče ponašanje koje žele potaknuti trebaju se koristiti pohvalama.
- Roditelji trebaju dijete hvaliti i pred drugima.
- Bilo koje ponašanje postati će učestalije ili snažnije ako dovodi do pozitivnih posljedica.

Roditelji trebaju objasniti djetetu posljedice dobrog ponašanja kako bi ono znalo kad i što će dobiti ako se ponaša prikladno. Roditelji trebaju nagraditi dijete za poželjno ponašanje jer će tako početi vjerovati da može uspjeti. Zahtjeva se od roditelja da ignoriraju nepoželjno ponašanje. Djeca koja su stalno u kazni zbog nečega, mogu se obeshrabriti i prestati pokušavati biti dobra.

Svako je dijete drugačije, neke će nagrade biti uspješne kod neke djece, a kod druge ne. Roditelji koji imaju teškoće s hiperaktivnim djetetom trebaju razvijati i održati pozitivan odnos s djetetom. Roditelji bi trebali pronaći neku aktivnost za svoje dijete. Kada se djetetu omogući da izabere aktivnost za „svoje vrijeme“ i preuzme inicijativu u aktivnosti, povećava se njegovo samopouzdanje ([http://www.azoo.hr/images/AZOO/Ravnatelj/RM/ADHD -
_Deficit_paznje_hiperaktivni_poremecaj.pdf](http://www.azoo.hr/images/AZOO/Ravnatelj/RM/ADHD_-_Deficit_paznje_hiperaktivni_poremecaj.pdf)).

12. DJECA S ADHD-OM U ODGOJNO-OBRAZOVNOM SUSTAVU

Kada se govori o obrazovanju djece s teškoćama u razvoju najviše se spominju dva pojma: integracija i inkluzija. Integracija je kreiranje uvjeta za djecu s teškoćama u razvoju. Ona je opravdana samo ako se uz njezinu pomoć već u ranijoj dobi poboljšava socijalni status djeteta (Kudek Mirošević i Granić, 2014). Integracija može biti djelomična i potpuna. Djelomična integracija podrazumijeva uključenost učenika s teškoćama u razvoju, najčešće s lakom mentalnom retardacijom, dijelom vremena u razrednom odjelu sa skupinom učenika koji rade prema *Nastavnom planu i programu za osnovnu školu*, a dio programa svladavaju prema posebnom *Okvirnom nastavnom planu i programu za učenike s teškoćama u razvoju*, kojega realizira defektolog u posebnom razrednom odjelu.

Potpuna odgojno-obrazovna integracija ostvaruje se uključivanjem učenika s lakšim teškoćama u razvoju u redoviti razredni odjel osnovne škole. Učenik s teškoćama u razvoju svladava redovne ili prilagođene nastavne programe individualiziranim postupcima (Zrilić, 2011). Kudek Mirošević i Granić (2014) navode kako je odgojno- obrazovna integracija prijelazni proces k inkluziji. Inkluzija podrazumijeva uvažavanje različitosti svakog pojedinca.

HNOS preporučuje izradu individualiziranog odgojno-obrazovnog programa (IOOP-a) za svakog učenika s teškoćama, pa tako i za učenike kojima je dijagnosticiran ADHD. IOOP izrađuju učitelji zajedno sa stručnim suradnicima (Kudek Mirošević i Granić, 2014).

Djeca s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem često su značajan izazov za nastavnike u školama. Zbog toga su neki nastavnici skloni zahtjevu nekih roditelja da se njihova djeca obrazuju u specijalnim školama za djecu s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem (Hughes i Cooper, 2009).

Učitelji mogu očekivati najmanje jednog učenika u svakom razredu koji ima deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj. Malo je dodatnih edukacijskih programa koji učitelje pripremaju za rad s takvom djecom. Učitelji trebaju biti pripremljeni u početku barem za osnovna ponašanja koja se pojavljuju kod djece s ADHD-om.

Učenici kojima je dijagnosticiran ADHD u školi su često zahtjevni, puno pričaju, nemirni su, često zapitkuju, očekuju svu pažnju od učitelja, pišu sporije, rukopis im je često loš, često zaboravljaju zadaću ili preskaču zadano, teško se prilagođavaju rasporedu, teško podnose dug boravak u školi, boravak u istom prostoru ih zamara, zbog slabe koncentracije ostala ih djeca smetaju u radu itd. Zbog navedenih teškoća, kod takve djece školski uspjeh je slabiji od njihova intelektualnog potencijala, što dodatno frustrira i učitelje i roditelje. Školsko iskustvo djece s ADHD-om je neugodno, takva djeca doživljavaju neuspjeh, kritizira ih se i kažnjava, a vršnjaci ih odbacuju. Djeca postaju nesretna, slabog samopoštovanja, i njihovi odnosi s roditeljima postaju sve lošiji (Velki 2012).

Djeca s ADHD-om imaju velike koristi od primjene individualiziranog nastavnog programa. Broj učenika u razredu trebao bi biti najviše 15, a ako se u razredu nalazi više učenika od tog broja potreban je asistent u nastavi. Kod djeteta s ADHD-om važno je da ima stalnu povratnu informaciju. Učitelj svakodnevno treba obavještavati roditelje o provedenom danu u školi. Domaće zadaće trebale bi biti usmjerene na to da dijete obradi ono što je učilo u razredu. No, ove činjenice nisu primjenjive u svakom razredu i u svakoj školi. Samo odabirom škole koja je već uključila neke od navedenih obilježja mogu primijeniti da dijete dobije pristup u obrazovanju. Učitelj djeluje na više područja u razredu kako bi učeniku osigurao maksimalnu pomoć. Djeluje na učenje (tehlike i metode poučavanja koje primjenjuje), organizaciju razreda (kako se sjedi, na koji način i koja se pravila moraju poštovati), na način komuniciranja i na uspostavu odnosa s učenikom (pozitivnog, brižnog i podupirućeg odnosa) (Velki 2012).

13. PRIMJER IZ PRAKSE

U školskoj godini 2017./2018. svoju nastavničku praksu sam obavila u jednoj zagrebačkoj osnovnoj školi. Posjetila sam jedan drugi razred u kojem je bio i dječak Marko kojemu je u 4. godini na inicijativu roditelja izvršena specijalistička liječnička obrada te mu je dijagnosticiran ADHD. Od tada do danas je u konstantnoj stručnoj obradi od strane psihologa, logopeda i defektologa. Kod Marka je postignut značajan uspjeh radi iznimnog zalaganja i angažiranosti roditelja koji su uz državne institucije i njihove stručne djelatnike angažirali i privatne stručnjake (logopeda i psihologa). Marko je pohađao vrtić od svoje 4. godine te upisao osnovnu školu sa 7 godina. Učenik obrazovne predmete (Hrvatski jezik, Matematiku te Prirodu i društvo) prati prema IOOP-u. Ostale predmete, (Engleski jezik, Tjelesnu i zdravstvenu kulturu te Glazbenu i Likovnu kulturu) prati prema redovnom Nastavnom planu i programu za osnovnu školu. Prva dva razreda završio je s odličnim uspjehom. Marko je stalno u pokretu, bavi se taekwondo-om i često s roditeljima odlazi na izlete na kojima ga pokušavaju opustiti i usmjeriti pažnju na neke zanimljivosti. Teško mu je mirno sjediti na jednom mjestu (često trese rukama i nogama ili se vrpolji), ne može se koncentrirati, organizirati te teško održava pažnju u zadacima ili igri. Ima poteškoća s čitanjem, zadacima s riječima te s učenjem stranog jezika. U nekim situacijama čini se kao da ne sluša čak i kada mu se netko direktno obraća.

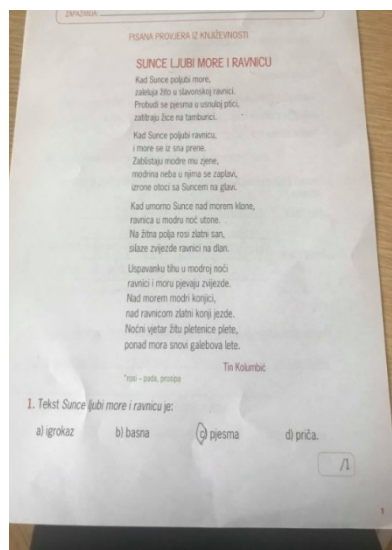
Na molbu Markovih roditelja za održavanjem individualne poduke odlučila sam prihvatiti taj izazov. Susret i rad s dječakom M. M počeo je na početku trećeg razreda osnovne škole. U početku je dječak djelovao samozatajno i povučeno. Prvi susret bio je kratak, a on je bio odsutan, napet i slabo suradljiv. Nakon par susreta suzbila se njegova napetost i nezainteresiranost za rad. Učenik je tokom rada počeo prihvaćati moju pomoć te smo na kraju razvili prijateljski odnos.

HRVATSKI JEZIK

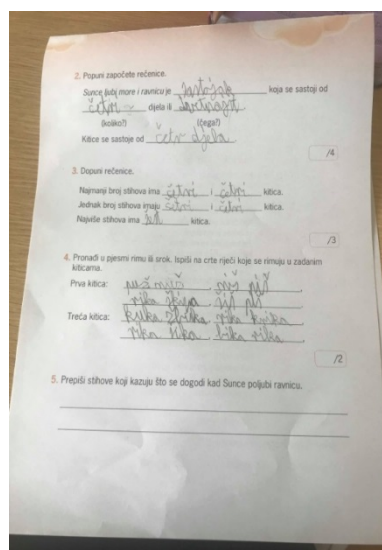
Na početku školske godine učenik Marko je imao problema s čitanjem te je znao dosta često „progutati“ neka slova u govoru. Rukopis mu je nečitak. Ima izrazitih poteškoća pri prepisivanju teksta s ploče, ali i iz knjige. Čita sporo, zastajkujući na interpunkcijske znakove, a na duže riječi počinje slovhati. Samostalno pročitani tekst dosta slabo razumije. Uočeno je da ima poteškoća i pri izgovoru glasova r. i v. S vremenom, zbog brojnih pročitanih tekstova dolazi do pomaka u čitanju, iako mu se i dalje zna dogoditi da proguta koje slovo, ali u manjim količinama nego prije.

NASTAVNA JEDINICA: Pjesma „Sunce ljubi more i ravnicu“

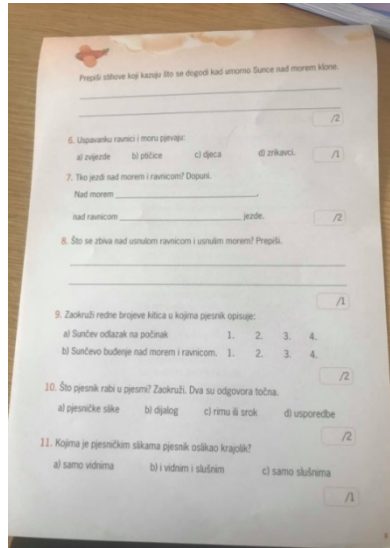
Učiteljica najavljuje provjeru razumijevanja pročitano g teksta. Učenicima dijeli pjesmu „Sunce ljubi more i ravnicu“. Učenici samostalno krenu rješavati zadatke. I Marko polako čita tekst u sebi. Nakon što pročita cijeli tekst, ne zna o čemu se u tekstu radi. Zatim krene rješavati zadatke i onda traži odgovor u tekstu. Što se više bliži kraj sata to postaje nervozniji. U cijelom školskom satu riješio je 4 zadatka od mogućih 11 zadataka (slika 1, slika 2, slika 3). Učiteljica ocjenjuje pisanu provjeru prema zadacima koje je on riješio.



Slika 1. Pjesma Sunce ljubi more i ravnicu

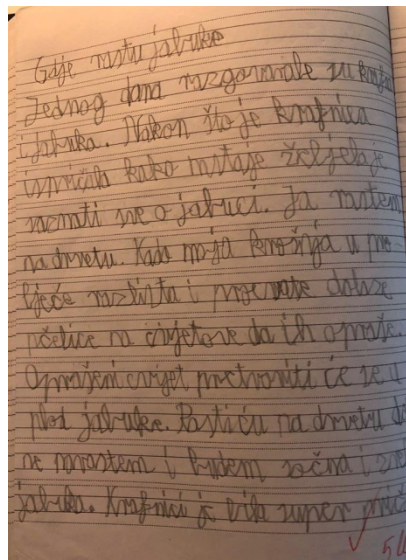


Slika 2. Listić za provjeru (1. listić)



Slika 3. Listić za provjeru (2. listić)

Učiteljica zadaje tog dana nakon rješavanja nastavnog listića za domaću zadaću, napisati sastavak po uzoru na priču s jučerašnjeg sata. Naslov te priče glasio je Gdje rastu jabuke. Učenika prvo motiviram za domaću zadaću, nakon toga čitamo zajedno tekst, mijenjamo se po ulogama za čitanje teksta. Zatim zajedno smišljamo priču i učenik zapisuje u bilježnicu priču. Za razliku od rada u školi, više mu odgovara samostalan rad uz moju pomoć, jer mu ništa ne odvlači pažnju i kod kuće je više koncentriran.



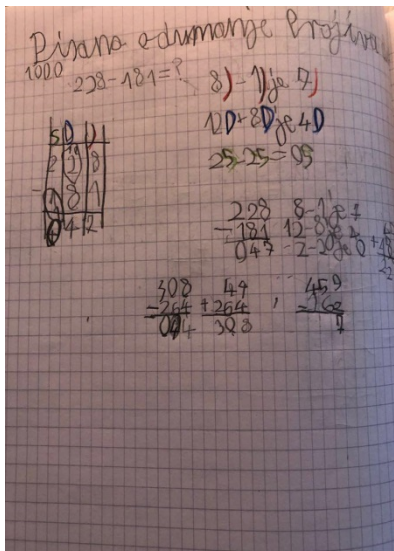
Slika 4. Primjer domaće zadaće iz Hrvatskog jezika

MATEMATIKA

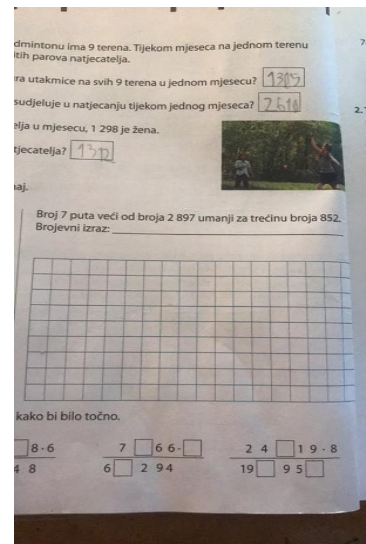
Na početku školske godine učenik je neuredan u matematici, pogotovo u prepisivanju teksta s ploče (npr. brojeve u kućice), u rješavanju domaćih zadaća, no s vremenom kod samostalnog rada i rada u školi napredovao je u tome. Nastavni predmet Matematiku dječak usvaja „najbolje“ od svih predmeta. Najčešće su zadaci za domaću zadaću bili iz radne bilježnice i nastavni listići. Nema nikakvih poteškoća kod zbrajanja, oduzimanja, množenja i dijeljenja. Zna mu se dogoditi da preskoči koji zadatak, ili da ne odgovori na neko pitanje, a traži ga u zadatku odgovor. Najveći problem mu zadaju zadaci s riječima, jer nakon što pročita zadatak ne shvaća što ga u zadatku traži.

NASTAVNA JEDINICA: PISANO ODUZIMANJE BROJEVA DO 1000

Učiteljica na početku sata pregledava domaću zadaću. Svi aktivno sudjeluju, osim Marka - on se igra sa svojom olovkom. Dok učiteljica najavljuje što će danas učiti i zapisuje naslov na ploču, Marko otvara knjige i nakon par minuta traži bilježnicu i zatim zapisuje naslov. Učiteljica ga obilazi te mu pojašnjava koji je današnji zadatak.



Slika 5. Primjer bilježnice iz matematike



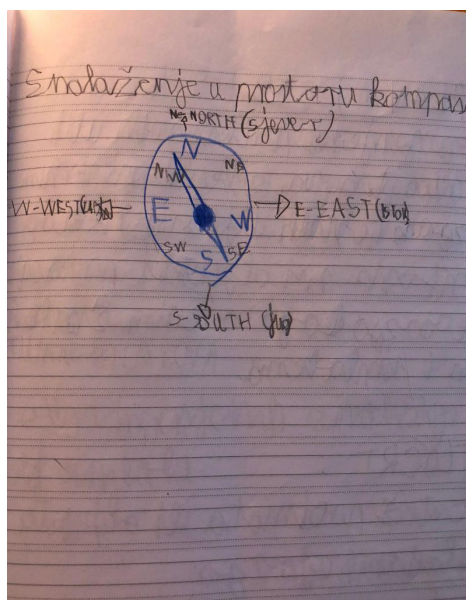
Slika 6. Primjer domaće zadaće

PRIRODA I DRUŠTVO

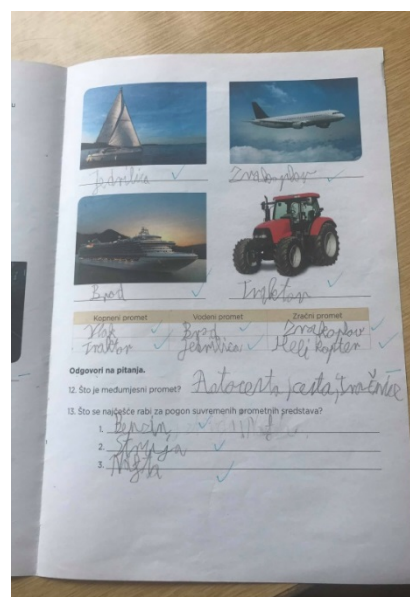
Na početku školske godine dječak nije imao interes za predmet Prirodu i društvo, no s vremenom tj. poticanjem na rješavanje svojih obaveza i učenja, te čitanja tekstova iz udžbenika vezano za stečeno gradivo je stekao interes. Na satu Prirode i društva Marko je dosta aktivan i voli surađivati u grupnim radovima. Teže mu pada učenje gradiva kod kuće, jer mu treba dosta vremena da pročita tekst. Marko bi mogao puno više postići da uloži više truda u daljnji rad.

NASTAVNA JEDINICA: SNALAŽENJE U PROSTORU-KOMPAS

Učiteljica najavljuje novu nastavnu cjelinu Snalaženje u prostoru. Zapisuje pojmove na ploču, zatim učenici zapisuju u svoje bilježnice. Marko nije koncentriran na rad, učiteljica dolazi do njega i potiče ga na daljnji rad. Zatim učiteljica pred kraj sata dijeli nastavne listiće, te ponavljaju gradivo za ispit znanja. Učenici svi aktivno sudjeluju, Marko isto sudjeluje u postavljenim pitanjima. Ostatak sata učenik crta po nastavnom listiću.



Slika 7. Primjer bilježnice iz Prirode i društva



Slika 8. Nastavni listić

Učenik Marko na ostalim predmetima aktivno sudjeluje, no ponekad kod likovne kulture zna ne stići naslikati tj. dovršiti rad u jednom školskom satu pa mu učiteljica dozvoljava da nastavi slikati i idući sat. Ponekad mu se zna dogoditi da jednostavno bude gotov s radom u 5 minuta.

Na satu Tjelesne i zdravstvene kulture ponekad ne poštuje pravila igre ili se ode igrati sam sa sobom. Zna se namjerno ne preodjenuti za sat. Učiteljica ga treba stalno motivirati i objašnjavati mu pravila izvođenja neke aktivnosti. Ponekad uopće ne želi sudjelovati niti u vrsti, niti u razgibavanju, pa sam okolo trči zasebno za sebe.

Na satu glazbene kulture rado pjeva u skupini s nekim, a samostalno odbija. Teško mu je naučiti pjesmicu napamet, tj. slabo pamti tekstove pa si uzme udžbenik pa s njim pjeva jer se tako osjeća sigurnije.

Kroz navedene mjesece provedene s učenikom, nije uočen oblik agresivnosti ili nasilja prema drugim učenicima. U razredu je učenik prihvaćen. Najdraži predmet u školi mu je Matematika, dok za Engleski jezik pokazuje manji interes. Na satu Engleskog jezika ima najviše problema s izgovorom riječi, jer zapravo čita riječi onako kako se i pišu. Kod učenja mu treba dosta dugo da uopće pročita tekst, no kad pročita par puta tekst počne pravilnije izgovarati riječi. Najdraža aktivnost mu je crtanje likova iz crtanih filmova, igranje društvenih igara. Kod učenika se vidi veliki potencijal, no potreban je veliki trud i usmjeravanje na određene stvari.

ZAKLJUČAK

ADHD jedan je od najčešćih poremećaja današnjice. Postoje tri tipa: pretežito hiperaktivni-impulzivni tip, pretežito nepažljiv tip i kombinirani tip s nepažnjom, hiperaktivnošću i impulzivnošću. Znanost nije ustanovila što točno uzrokuje poremećaje vezane za ADHD, ali mnoge činjenice pokazuju da geni imaju veliku ulogu. Kod svakog djeteta treba postaviti terapijski cilj na osnovi dobro provedenog dijagnostičkog postupka i procjene kliničke slike. Nepažnja, hiperaktivnost i impulzivnost su ključni simptomi ADHD-a.

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

Djecu s ADHD-om potrebno je prihvatiti, jer njihovi životi nisu nimalo jednostavni. Veliku ulogu kod djeteta u razvoju imaju roditelji i učitelji. Oni trebaju biti pozitivni, da ih promatraju, da komentiraju, te svakako da nagrađuju dobro i poželjno ponašanje.

LITERATURA

1. Barkley, R. A. (2006). *Attention Deficit-Hiperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guilford Press.
2. Barkley, R. A. (2014.) *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: The Guilford Press.
3. Breitenfeld, D., Majsec Vrbanić, V. (2008). *Kako pomoći djeci glazbom?* Paedomusicotherapia. Zagreb: Ruke.
4. Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj. Preuzeto 03. veljače 2019 iz http://www.azoo.hr/images/AZOO/Ravnatelj/RM/ADHD_-_Deficit_paznje_hiperaktivni_poremecaj.pdf
5. Ferek, M. (2006). *Hiperaktivni sanjari: Drugačiji, lošiji, bolji*. Zagreb: Buđenje – Udruga za razumijevanje ADHD-a
6. Giler, J. Z. (2012). *Ja to znam i mogu: kako poučavati socijalnim vještinama djecu koja imaju ADHD, teškoće u učenju ili Aspergerov sindrom*. Zagreb: Naklada Kosinj.
7. Hughes, L., Cooper, P. (2009). *Razumijevanje djece s ADHD sindromom i pružanje potpore*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
8. ICD-10 Criteria. Preuzeto 03. veljače 2019 iz <http://adhd.org.sa/en/adhd/resources/diagnosing-adhd/diagnostic-criteria/icd-10-criteria/>
9. Jurin, M., Sekušak-Galešev, S. (2008). Poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću (ADHD) –multimodalni pristup. *Paediatrica Croatica*, 52(3), 195-201. Preuzeto 03. veljače 2019. iz: <http://hrcak.srce.hr/29620>
10. Kadum-Bošnjak, S. (2006). Dijete s ADHD poremećajem i škola. *Metodički obzori: časopis za odgojno-obrazovnu teoriju i praksu*, 1/ 2 (2), 113-121.

11. Kocijan Hercigonja, D. (1997). *Hiperaktivno dijete: Uznemireni roditelji i odgajatelji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
12. Kocijan Hercigonja, D., Buljan Flander, G., Vučković, D. (2004.) *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.
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. Melillo, R. (2016). *Isključena djeca*. Split: Harfa.
17. Nikolić, S., Marangunić, M. i sur. (2004). *Dječja i adolescentna psihijatrija*. Zagreb: Školska knjiga.
18. Phelan, T. W. (2005). *Sve o poremećaju pomanjkanja pažnje: simptomi, dijagnoza i terapija u djece i odraslih*. Lekenik: Ostvarenje
19. 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.
20. Smitha, V. S., Varghese, P. K., Dennis, D., Vinayan, K. P. (2014). Effect of social skill group training in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorders. *Amrita Journal of Medicine*, 10(2), 1-44. Preuzeto 03. veljače 2019. iz <http://medind.nic.in/aaf/t14/i2/aaft14i2p30.pdf>
21. Sučić, G. (2014). *Glazboterapija i dijete s posebnim potrebama*. Split: Sveučilište u Splitu. Preuzeto 03. veljače 2019. iz: www.ffst.hr
22. Taylor, J. F. (2008). *Djeca s ADD i ADHD sindromom*. Zagreb: Veblecommerce.

23. Tomašek, M. (2015). *Terapijsko jahanje*. Portal za škole. Preuzeto 02. rujna. 2017. iz: http://www.skole.hr/dobro-je-znati/rijec-strucnjaka?news_id=10915
24. Velki, T. (2012). *Priručnik za rad s hiperaktivnom djecom u školi*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
25. Velki, T., Cimer, R. (2011.) *Primjena teorije ekoloških sustava u radu s djetetom s ADHD-om*. Osijek: Učiteljski fakultet i Filozofski fakultet Osijek Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku – Klinička psihologija, 4(1-2), 1-44.
26. Zrilić, S. (2011). *Djeca s posebnim potrebama u vrtiću i nižim razredima osnovne škole*. Zadar: Sveučilište u Zadru

IZJAVA O SAMOSTALNOJ IZRADI RADA

Izjavljujem da sam ja, Martina Kezele, studentica integriranog preddiplomskog i diplomskog sveučilišnog Učiteljskog studija Učiteljskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (matični broj: U-30/12) samostalno istražila literaturu i napisala diplomski rad na temu Djeca s ADHD-om u primarnom obrazovanju.

Potpis:
