

SOCIJALNA OBILJEŽJA SVAKODNEVNOG ŽIVOTA DJECE I MLADIH S ADHD-om

Pregledni članak
Primljeno: veljača, 2013.
Prihvaćeno: rujan, 2013.
UDK 159.952.6-053.2

Andreja Bartolac¹
Zdravstveno veleučilište,
Zagreb

SAŽETAK

Prepoznavanje i razumijevanje različitih uzroka i pojavnosti ponašanja djece, osobito ako se razvoj i primjena socijalnih kompetencija ne odvijaju u okvirima socijalnih očekivanja i normativa, važno je za sve stručnjake koji rade s djecom, bez obzira veže li se njihovo područje djelovanja uz sustav socijalne skrbi, zdravstva ili odgoja i obrazovanja. U ovom se radu na temelju recentnije literature i istraživanja opisuju socijalni aspekti svakodnevnog života jedne od razvojnih teškoća samokontrole i socijalnog funkcioniranja pod nazivom deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj (ADHD). Izazovi s kojima se susreću ova djeca i njihovi roditelji razmatrani su s dva stanovišta: razvojnih teškoća u samoregulaciji i adaptaciji djeteta koje pridonose teškoćama u socijalnom funkcioniranju, te suočavanja s nerazumijevanjem socijalne okoline. Iznesen je kratak pregled istraživanja koja opisuju informiranost i stavove socijalne okoline o djetetu s ADHD-om, kao i stigma koja se pripisuje djeći i posredno njihovim roditeljima (prenesena stigma). Također je opisano iskustvo roditeljavanja i izazova u

Ključne riječi:
ADHD, socijalno
funkcioniranje, stavovi,
stigma, roditeljski stres.

¹ Andreja Bartolac, psihologinja, e-mail: andreja.bartolac@zvuh.hr

odgoju te posljedičnog nošenja s roditeljskim stresom, te nekoliko u literaturi istaknutih rizika socijalnog funkcioniranja djece i mladih s ADHD-om. U konačnici su istaknuti potencijali ove djece i čimbenici moguće uspješnosti u svakodnevnom životu, kao i kritički osvrt na metodologiju istraživanja koja se bave ovom temom. Rad je namijenjen stručnjacima koji se u svom profesionalnom djelovanju susreću s djecom i mladima koji imaju teškoće u socijalnoj prilagodbi, kako bi bolje razumjeli izazove s kojima se suočavaju ova djeca i njihovi roditelji, ali i kako bi se kroz pregled svjetske literature ponudio okvir za planiranje istraživanja koja će nam biti kontekstualno primjerenija.

UVOD

Stručnjaci koji rade u sustavu socijalne skrbi, zdravstva ili odgoja i obrazovanja (socijalni radnici, psiholozi, radni terapeuti, socijalni pedagozi, nastavnici, pedagozi, logopedi i kineziolozi) u svom se profesionalnom radu mogu susresti s djecom i mladima koji pokazuju različite oblike i stupnjeve teškoća u prilagodbi na norme i zahtjeve socijalne okoline. U pojedinim slučajevima njihovo se ponašanje može pripisati sindromu koji se naziva poremećaj pažnje (pozornosti) s hiperaktivnošću (eng. *attention deficit hyperactivity disorder*, ADHD). Prepoznavanje znakova ovog sindroma važno je svim stručnjacima koji rade s djecom kako bi razumjeli uzroke djetetovog ponašanja, te pružili primjerene informacije roditeljima o mogućnostima i preporukama vezanim uz daljnju procjenu djeteta, te mogućim intervencijama. Ovim se radom želi ukazati na specifičnosti funkcioniranja djeteta ili mlade osobe s ADHD-om, na doživljaje i reakcije okoline na djetetovo ponašanje, kao i na teškoće s kojima se susreću roditelji takvog djeteta u svakodnevnom životu tijekom njegovog/njezinog odrastanja.

Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj medicinski je naziv za razvojni poremećaj samoregulacije (Barkley, 2006.). Radi se o heterogenom sindromu u smislu etiologije, komorbiditeta, spolnih razlika, tijeka i ishoda (Banaschewski, 2010.). Na temelju mnogih analiziranih istraživanja, Barkley (2006.) zaključuje kako je većina varijance (70-95%) ADHD simptoma rezultat genetskih faktora. 10-35% neposrednih članova obitelji djece s ADHD-om vjerojatno ima ovaj sindrom, dok je vjerojatnost za dijeljenje sindroma s braćom i sestrama otprilike 32% (Wood i Neale, 2010.; Faraone i Mick, 2010.; Frazier-Wood i sur., 2012.). Istraživanja aktivnosti (frekvencije) mozga te moždanog krvotoka, kao i brzine sazrijevanja moždanih struktura te aktivnosti parasimpatikusa i neurotransmitera serotonina ukazuju na objektivne biološke različitosti neurološkog sustava djece s ADHD-om u odnosu na normativne skupine (npr. Qiu i sur., 2011.; Tye i sur., 2012.; Musser i sur., 2011.; Nikolas i sur., 2010.) Nema znanstvenih dokaza koji bi potvrdili da je ADHD isključivo uzrokovan

roditeljskim postupcima, gledanjem televizora, konzumiranjem šećera (Wolraich, Wilson i White, 1995.) ili drugim socijalnim faktorima, no kako će se vidjeti iz nastavka teksta, ima značajne socijalne posljedice za djecu, ali i njihove obitelji.

PREVALENCIJA I SIMPTOMI

Barkley (2006.) izvješćuje o preko tisuću novih znanstvenih radova u svijetu vezanih uz ADHD u razdoblju od 1998. do 2006. godine. U Hrvatskoj se o toj temi u javnosti govori tek sporadično, a uvidom u objavljena istraživanja, možemo zaključiti o, nažalost, nedostatnom doprinosu ovoj bazi znanja u Hrvatskoj. U dostupnoj literaturi ne nailazimo na podatak o prevalenciji broja djece s ADHD-om u Republici Hrvatskoj, te se redovito preuzimaju podaci iz svjetske statistike (npr. Kocijan Hercigonja, Buljan Flander i Vučković, 2004.; Sekušak-Galešev, 2005.; Rešić i sur., 2007.). Pitanje prevalencije je važno stoga što zbog manjka epidemioloških nalaza samo nagađamo koliki je broj djece s ADHD-om u nas, takva se djeca sustavno ne prate, niti se njima i njihovim obiteljima pruža sustavna podrška i pomoć. U novijim radovima postotak prevalencije ADHD-a se stabilizirao na raspon od 3 do 7% školske djece (Lecendreux, Konofal i Faraone, 2011.; Jenahi, Khalil i Bella, 2012.; Willcutt, 2012.). Ukoliko bi se ovaj postotak hipotetski primijenio na populaciju školske djece u Hrvatskoj, to bi značilo da najmanje jedno dijete u svakom razredu (ili 1,34, prema DZS-u, 2011.) pokazuje simptome ADHD-a.

Medicinski model ističe tri osnovna, dobro poznata simptoma ADHD-a: hiperaktivnost, impulzivnost i teškoće s održavanjem pažnje (Kocijan Hercigonja, Buljan Flander i Vučković, 2004.). Osim simptoma koji su standardno navedeni u dijagnostičkim priručnicima, važno je pojasniti one koji ovoj djeci čine velike teškoće u svakodnevnom životu, a vezani su uz akademsko i socijalno funkcioniranje.

Djeca s ADHD-om nemaju teškoće sa svim oblicima pažnje. Nemogućnost ustrajanja pri ulaganju napora u održavanje onih oblika pažnje koji su posredovani sustavima čeonog moždanog režnja (Huang-Pollack i Nigg, 2003., prema Barkley, 2006.) temeljna je značajka pažnje ove djece. Iz tog razloga njihove teškoće osobito dolaze do izražaja u nezanimljivim, dosadnim, repetitivnim zadacima, koji djetetu nisu intrinzično privlačni ili koji imaju minimalne neposredne posljedice za dovršavanje zadatka, a od djeteta zahtijevaju zadržavanje pažnje dulje vrijeme (kao što je praćenje monotone nastave ili samostalno pisanje domaćeg uratka). Pažnju im dodatno otežava distraktibilnost, odnosno veća vjerojatnost da će dijete reagirati na vanjske podražaje nevezane uz zadatak koji obavlja.

Teškoće s održavanjem pažnje mogu se svrstati u »nevidljive« simptome ADHD-a, dok su hiperaktivnost i impulzivnost znakovi opažljivi u ponašanju djeteta. U laičkoj populaciji hiperaktivnost se smatra najizraženijim simptomom ADHD-a (kao

kratica za cijeli sindrom ili »hiperaktivci« kao naziv ili etiketa za ovu djecu). Djeca koja imaju izraženije simptome hiperaktivnosti zaista iskazuju pretjeranu i razvojno neprimjerenu razinu motoričke i/ili verbalne aktivnosti koja se može iskazivati kroz motorički nemir, vrpoljenje i općenito nesvrhovite grubomotoričke kretnje. Neki oblici hiperaktivnosti mogu biti posljedica potrebe za dodatnim podražajem kako bi održali »normalnu« razinu pobuđenosti nužnu za obavljanje zadatka (Antrop i sur., 2000., prema Barkley, 2006.).

Iako se u nazivu ADHD spominju samo pažnja i hiperaktivnost, autori aktualnih neuropsiholoških teorija koji pokušavaju objasniti ADHD (Barkley, 2006.; Brown, 2006.; Stevens i sur., 2002.) smatraju da se u središtu ovog sindroma nalaze dvije značajke: teškoće u izvršnim funkcijama, te posljedično teškoće u emocionalnoj, kognitivnoj, motoričkoj i bihevioralnoj inhibiciji (samoregulaciji). Teškoće u izvršnim funkcijama nisu standardno navedene u DSM ili MKB dijagnostičkim klasifikacijama, no u novijoj literaturi spominju se kao simptom ADHD-a vrijedan kliničke i istraživačke pažnje koji može objasniti brojne teškoće u organizaciji svakodnevnih aktivnosti (Forssman i sur., 2009.; Qian i sur., 2010.; Miller, Nevado-Monetnegro i Hinshaw, 2012.). Izvršne funkcije odnose se na funkcionalne moždane mreže koje omogućuju određivanje prioriteta, integraciju i reguliranje ostalih kognitivnih funkcija, te osiguravaju mehanizme samoregulacije (Vohs i Baumeister, 2004.). Metaanaliza 83 istraživanja koju su proveli Willcutt i suradnici (2005.) ukazuje na značajno lošije rezultate djece s ADHD-om na testovima inhibicije odgovora, održavanja pažnje, radnog pamćenja i planiranja. Nerazvijenost ili oštećenje izvršnih funkcija moglo bi objasniti zašto djeca s ADHD-om često imaju teškoće u organiziranju misli i izražavanju na logičan i razumljiv način, zašto su skloni pretjeranom pričanju, teško kontroliraju emocije, teško se usmjeravaju na zadatke koji im nisu zanimljivi ili uzbudljivi, teško uče na vlastitim greškama i skloni su ih ponavljati čak i ako obećaju ili čvrsto odluče da će se idući put bolje kontrolirati, imaju teškoće u planiranju zadataka i vremenskoj organizaciji, kao i ustrajnosti u završavanju zadataka. S obzirom da izvršne funkcije osiguravaju mehanizme samoregulacije, nerazvijenost ovog sustava očituje se kroz iskazivanje emocionalne i bihevioralne impulzivnosti, što ima izrazit utjecaj na socijalno funkcioniranje ove djece. Impulzivnost koja se vezuje uz ADHD uključuje manjak kontrole nad vlastitim ponašanjem, teškoće u odgađanju ili inhibiciji dominantne ili automatske reakcije ili odgovora, te teškoće u odgađanju zadovoljstva (Barkley, 2006.). Emocionalna impulzivnost u doživljavanju i iskazivanju emocija očituje se u niskoj toleranciji na frustraciju, brže pokazivanje emocija od drugih, osobito uzbuđenosti i ljutnje. Emocije koje dijete doživljava su relevantne i povezane su sa situacijom, no s obzirom da se radi o kroničnom kašnjenju razvojnih značajki, regulacija intenziteta tih emocija u smislu njihove socijalne primjerenosti još nije uspostavljena. Jednako tako, vidljiva je i mo-

A. Bartolac: Socijalna obilježja svakodnevnog života djece i mladih

torička impulzivnost koja se može očitovati kroz potrebu djeteta da sve dotakne ili uzme bez traženja dopuštenja ili tjelesne reakcije na frustrirajuću situaciju u obliku guranja druge djece ili udarca. Također je prisutna verbalna impulzivnost, pri čemu dijete nema kontrolu nad svojim izjavama ili ne može dočekati da dođe na red u razgovoru. Kako se razvoj samoregulacijskih mehanizama smatra ključnom poveznicom između genetske predispozicije, ranog iskustva i kasnijeg funkcioniranja u društvu u odrasloj dobi (Berger i sur., 2007.), impulzivnost je značajka koja ima izrazitu socijalnu komponentu.

Iz razloga nerazvijenosti izvršnih funkcija, Barkley (2006.) smatra kako je ADHD neprikladan naziv za ovaj poremećaj te predlaže nazive »razvojni poremećaj izvršnih funkcija« (eng. *executive function developmental disorder*, EFDD) ili »razvojni poremećaj samoregulacije« (eng. *self regulation developmental disorder*, SRDD), kako bi se već u nazivu naglasila srž teškoće koju opisuje, kao i ozbiljnost ovog sindroma.

INFORMIRANOST, STAVOVI I STIGMA VEZANI UZ ADHD

Iako nemamo podatke o znanju i stavovima građana ili stručnjaka o ADHD-u u Hrvatskoj, istraživanja provedena u svijetu ukazuju na manjak informiranosti o tom sindromu u općoj populaciji, ali i među stručnjacima koji su u svakodnevnom izravnom kontaktu s djecom, kao što su nastavnici.

Informiranost i stavovi opće populacije o ADHD-u

Istraživanje arhivske građe u američkim medijima koje su proveli Schmitz, Filippone i Edelman (2003.) ukazalo je na stereotipno prikazivanje profila djeteta s ADHD-om kao hiperaktivnog, predadolescentnog dječaka, bjelačke rase, te srednjeg ekonomskog sloja. McLeod i suradnici (2007.) ispitali su informiranost i stavove preko tisuću američkih građana o ADHD-u. Manje od dvije trećine sudionika je uopće čulo za ADHD, a većina ih nije znala pružiti detaljne informacije o sindromu. Žene i visokoobrazovane osobe imale su više znanja o ADHD-u, dok su osobe starije životne dobi i nebijelačkog podrijetla slabije informirane. Od osoba kojima je ADHD poznata dijagnoza, njih 78% vjeruje da je to stvarno, biološki utemeljeno stanje, a takvog su mišljenja osobito žene, bijelci i osobe s višim osobnim dohotkom.

Ipak, situacija nije jednaka u svim dijelovima svijeta. Gilmore (2010.) je ispitala roditelje iz opće populacije u Australiji, te je pokazala kako roditelji relativno dobro poznaju osnovne osobitosti ADHD-a, no većina ih nije upoznata s genetskom osnovom i potencijalnom doživotnom prirodom ovog stanja. Očevi su imali manje znanja od majki (primjerice, dvostruko više očeva nego majki smatra da su

»djeca s ADHD jednostavno djeca koja se loše ponašaju«). Većina sudionika vjeruje da je ADHD stvaran poremećaj (77%) i prihvaćaju korist lijekova, no smatraju da se ADHD prečesto dijagnosticira (66%), te da postoji pretjerana spremnost propisivanja lijekova. Gilmore također naglašava kako u Australiji mediji imaju značajnu ulogu u podizanju javne svijesti o ADHD-u kroz odgovorno, osjetljivo i točno informiranje, što je naputak koji bi se svakako trebao generalizirati i u ostalim dijelovima svijeta.

Informiranost i stavovi nastavnika

Kako navode Mueller i suradnici (2012.), informiranost i stavovi učitelja o djeci s ADHD-om od posebne su važnosti, s obzirom da su teškoće koje dijete ima u školi najčešći razlog njihovog inicijalnog upućivanja na dijagnostičku procjenu. Učitelji razredne nastave u svakodnevnom su izravnom kontaktu s djetetom, pa tako svojim razumijevanjem i reakcijama na djetetovo ponašanje mogu imati osobit utjecaj na adaptaciju djeteta u školski sustav. Brook, Watemberg i Geva (2000.) intervjuirali su 46 izraelskih srednjoškolskih nastavnika zaposlenih u redovnom i posebnom obrazovnom programu kako bi dobili uvid u informacije kojima raspolažu, te njihove stavove vezane uz djecu s ADHD-om i djecu s teškoćama u učenju. Rezultati koje su dobili pokazali su da oko 71% učitelja ima opće znanje o ADHD-u. S druge strane, istraživanje koje su Gahnizadeh, Bahredar i Moeini (2006.) proveli u najvećoj iranskoj pokrajini Shiraz ukazalo je na relativno nisku informiranost 196 osnovnoškolskih učitelja o ADHD-u. Naime, tek se 46,9% sudionika složilo da postoji biološka i genetska podloga ADHD-a, a jedna trećina ih vjeruje kako je ADHD uzrokovan pretjeranom količinom šećera u prehrani. Posebno je poražavajuć stav izraelskih, iranskih i turskih nastavnika koji smatraju da je ADHD posljedica roditeljske razmaženosti djeteta (njih 53-65,5%), te da bi djeca s ADHD-om trebala biti uključena u posebne škole, a ne integrirana u redovne školske programe (čak 77-93%), iako 80,4% njih misli da su učenici s ADHD-om jednako inteligentni kao i njihovi vršnjaci (Brook, Watembewrg i Geva, 2000.; Ghanizadeh, Bahredar i Moeini, 2006.; Nur i Kavakci, 2010.). Između 40% i 65% učitelja smatra da bi djeca s ADHD-om trebala biti prekorena ili kažnjena na jednak način kao i djeca koja nemaju ADHD, a njih 24% izbacilo bi dijete iz razreda na prvi znak uznemirujućeg ponašanja. Jedino u turskom uzorku 82,8% nastavnika smatra kako bi djeci s ADHD-om trebalo pomoći kroz zadavanje manje količine domaćih zadaća, te lakše uvjete na ispitima znanja (Nur i Kavakci, 2010.).

Iranski autori izražavaju svoje iznenađenje manjkom informacija i niskom tolerancijom učitelja prema djeci s ADHD-om, te zaključuju kako je svakodnevica djece s ADHD-om u iranskim školama zacijelo vrlo stresna. U njihovom je uzorku 85,7%

A. Bartolac: Socijalna obilježja svakodnevnog života djece i mladih

učitelja procijenilo svoje znanje vrlo slabim, a očekivano oni koji imaju bolje znanje imaju i tolerantniji stav prema djeci s ADHD-om. Umjesto formalne edukacije, glavni izvori znanja o ADHD-u bili su: televizija i radio, prijatelji i rodbina, novine i časopisi. Temeljitija i sustavna edukacija nastavnika o biološkoj različitosti kao podlozi ADHD-a, te posljedicama osobitosti u neurološkom sazrijevanju, sa svrhom boljeg razumijevanja ove djece i traženja alternativnih pristupa njihovom poučavanju i adaptaciji, univerzalno je nužna, a ne samo u spomenutim državama.

Stigma vezana uz ADHD

Stigma je socijalno pripisano obilježje koje odjeljuje osobu od drugih, povezujući ju s neželjenim osobinama, što posljedično dovodi do odbacivanja ili izbjegavanja te osobe, a prisutna je kada se zajedno pojavljuju elementi etiketiranja, stereotipnosti, gubitka statusa i diskriminacije u socijalnoj situaciji u kojoj osobe koje imaju moć to dopuštaju (Link i Phelan, 2001.: 377). Stigma s kojom se susreću djeca s ADHD-om (»zločesti, neodgojeni, lijeni«) i njihovi roditelji (»pretjerano popustljivi, ne odgajaju svoju djecu«) njihova je svakodnevna realnost (Lin, Hunag i Huang, 2009.; Moen, Hall-Lord i Hedelin, 2011.; Mueller i sur., 2012.). DosReis je sa suradnicama (2010.) intervjuirala 48 roditelja djece s tek postavljenom dijagnozom ADHD-a. Analizom intervjuja izdvojeno je šest tema: zabrinutost zbog etiketiranja, osjećaj socijalne izolacije i odbacivanja, percepcija odbacivanja od društva, utjecaj negativnog stava javnosti, izlaganje negativnim medijima i nepovjerenje u medicinsku procjenu. Roditelji su najčešće iskazivali zabrinutost zbog nazivanja njihove djece »lošim ili problematičnim djetetom«, »djetetom koje izaziva nevolje«, kao i zbog posljedica koje bi mogle iz toga proizaći. Brinuli su da će ih se drugačije tretirati, odnosno da neće imati jednake mogućnosti kao druga djeca, da će zbog socijalnog odbacivanja biti usamljeni, tužni, manjeg samopoštovanja, kao i zbog mogućnosti da postanu »životni gubitnici« jer nisu u stanju svladati sve zahtjeve školskog programa. Posebno su isticali da se društvo ne želi baviti neposlušnom djecom, odnosno »djecom koja ne prate upute«. Mnogi su se brinuli da će ih zbog ponašanja njihovog djeteta drugi doživljavati kao »loše roditelje« ili »roditelje koji ne discipliniraju svoju djecu«, odnosno sami sebe su doživljavali kao »one koji imaju dijete s problemima«. Preuzimanje ili prenošenje stigme svog djeteta na sebe, odnosno pripisivanje ili dijeljenje stigme djeteta s ADHD-om sa svojim bližnjima (najčešće roditeljima, a osobito majkama), u literaturi se naziva prenesena stigma (eng. *courtesy stigma*). Ovaj oblik stigme proizlazi iz diskreditirajućih stavova okoline prema roditeljima zbog nemogućnosti uklapanja njihove djece u društvene norme (Tuchman, 1996., prema Mueller i sur., 2012.). Ovakvi stavovi i kritiziranje majčine sposobnosti odgajanja djeteta s ADHD-om nerijetko dolaze od bliskih

članova obitelji (osobito baka i djedova) i prijatelja, te drugih roditelja, što ima za posljedicu internalizaciju osjećaja stida i samookrivljanja majki, depresije i doživljenog manjka socijalne podrške (Norvilitis, Scime i Lee, 2002.). Roditelji su posebno isticali negativan stav okoline i medija vezan uz uzimanje lijekova, koji su djecu okarakterizirali kao »drogirane« ili »nalik na zombije«. Stigma koju su osjećali roditelji u nekim je situacijama bila toliko snažna da su odlučili prikrivati djetetovu dijagnozu (Peters i Jackson, 2008.). I ovi autori bilježe osjećaje krivnje, tuge i samookrivljanja, straha od socijalnog isključivanja njihove djece, te izolacije.

Kellison i suradnice (2010.) su na uzorku od 301 adolescenta, koje su na temelju intervjua s njihovim roditeljima kategorizirali u skupine s niskim i visokim rizikom za ADHD, provele »Upitnik ADHD stigme« u obliku samoprocjene osobe s ADHD-om, te osjećaja vezanih uz svoju dijagnozu. U cijelom uzorku sudionika mogu se izdvojiti tvrdnje s kojima se slagala većina (preko 50-67% sudionika): zabrinutost zbog moguće osude od strane drugih, oprez pri tome kome će povjeriti da imaju ADHD, zamolba drugima da tu informaciju čuvaju tajnom, žaljenje što su se povjerali drugima vezano uz dijagnozu. Također se javljala zabrinutost da će ih drugi diskriminirati i frustracija zbog zanemarivanja njihovih dobrih strana, odnosno stalnog isticanja njihove različitosti i neprilagođenosti.

Mueller i suradnici (2012.) su kroz analizu 38 članaka s ključnim riječima »ADHD« i »stigma« prepoznali i sumirali šest oblika stigme: doživljaj osobne stigme u djece s ADHD-om, stigmatizacija djece s ADHD-om od strane njihovih vršnjaka, javna stigma prema djeci s ADHD-om, stigmatizacija od strane autoriteta, javna stigmatizacija prema odraslima s ADHD-om i prenesena stigma roditelja (iskustvo stigme koje roditelji djece s ADHD-om prenose na sebe). Prema njihovoj analizi, istraživanja ukazuju na povezanost doživljaja stigmatiziranosti u djece s ADHD-om s trajnim osjećajem različitosti u usporedbi sa svojim vršnjacima. Posebno je poražavajuća internalizacija osobne stigme, pri čemu se za sve nedaće u životu okrivljuje ADHD. Mueller i suradnici (2012.) spominju istraživanja koja su se bavila stigmatizacijom djece s ADHD-om od strane njihovih vršnjaka, a koja ukazuju na veći rizik od vršnjačkog odbacivanja djece s ADHD-om, te na negativniju procjenu u usporedbi s drugom djecom koja imaju drugačije teškoće (djecom s Downovim sindromom, astmom, djecom s motoričkim teškoćama ili koja koriste pomagala za kretanje). U nacionalnom američkom istraživanju socijalne distance odraslih prema djeci s teškoćama u mentalnom zdravlju, autori su korištenjem vinjeta s primjerima simptoma za djecu s ADHD-om, depresijom, »razvojnim, normalnim teškoćama« i teškoćama u tjelesnom zdravlju utvrdili izražavanje najveće distance sudionika prema djeci s ADHD-om (osobito adolescentima), dok su prema djeci s ostalim stanjima iskazivali sve manju distancu, upravo prema prethodno navedenom redoslijedu (Martin i sur., 2007.). Pritom je stupanj odbojnosti iskazivan prema

A. Bartolac: Socijalna obilježja svakodnevnog života djece i mladih

opisu simptoma djeteta s ADHD-om bio dva do tri puta veći u usporedbi s preostalim stanjima. Primjerice, 23,47% sudionika iskazalo je kako ne želi da njihovo dijete bude prijatelj s djetetom koje iskazuje simptome ADHD-a, odnosno 22% ne želi takvo dijete kao susjeda. U skladu s teorijom atribucije, najveća socijalna distanca zabilježena je kod sudionika koji su uzroke simptoma pripisivali osobnim ili roditeljskim greškama, okrivljujući ih da su sami krivi za svoju situaciju. Pritom su udane, bolje obrazovane žene tražile veću distancu od djeteta s ADHD-om. Ovi rezultati iznenađuju s obzirom da su druga istraživanja pokazala kako su upravo žene i osobe koje su bolje obrazovane ujedno i bolje informirane, te vjeruju kako je ADHD stvarno medicinsko stanje (McLeod i sur., 2007.). Martin i suradnici (2007.) nude prihvatljivo objašnjenje percepcije djetetovog ponašanja kao opasnog, što žene mogu doživljavati ugrožavajućim, osobito ako se radi o adolescentima. Neprimjereno ponašanje djeteta s ADHD-om pokazalo se kao snažniji prediktor stava druge djece, nego što je to etiketa »ADHD« budući da taj pojam mnoga djeca niti ne poznaju.

U istraživanjima se kao stigmatizirajući čimbenik često pojavljuje uzimanje stimulirajućih lijekova koje liječnici propisuju radi olakšavanja simptoma ADHD-a. Osobe s ADHD-om same potvrđuju kako im uzimanje lijekova utječe na kvalitetu života. Primjerice, javlja se strah od ovisnosti o lijekovima ili gubitka kontrole nad svojim osjetilima, osjećaj promjena u osobinama ličnosti zbog uzimanja lijekova, osjećaj da »više nisam svoj« ili slabljenje interesa za socijalne interakcije (Kellison i sur., 2010.). Unatoč širokoj raspravi o povezanosti stavova i lijekova čini se vjerojatnije da će stigma proizaći iz specifičnih simptoma koje sa sobom nosi ADHD, nego iz obznanjivanja istine o uzimanju lijekova (Singh i sur., 2010., prema Mueller i sur., 2012.).

STRES RODITELJA DJETETA S ADHD-om

Roditelji ističu kako je ADHD »nevidljiva teškoća«¹ (Marner, 2012.; Côté, 2009.). Izvana se čini da je s djetetom sve u redu; ne koristi pomagalo za kretanje, vidi, čuje i može govoriti. No kada nije u stanju kontrolirati svoju motoričku aktivnost ili svoje impulzivno reagiranje, tada se proglašava »problematičnim, zločestim ili neodgojenim djetetom«. Jednako tako, kada se ne uspijeva koncentrirati na učenje ili pisanje zadaće, onda je »lijen/a i ne trudi se dovoljno«. Kako je vidljivo iz prethodnog

¹ »Nevidljive teškoće« ili »nevidljiv invaliditet« (eng. invisible disabilities) odnose se na stanje pojedinca koje ostali ljudi ne primjećuju, a obično su povezani sa sposobnosti učenja, komunikacije s drugima, kontrolom svog raspoloženja i upravljanjem svojim načinom razmišljanja. Osim ADHD-a, u »nevidljive teškoće« ubrajaju se i astma, disleksija, mucanje, teškoće učenja, teškoće senzoričkog procesiranja, teškoće s mentalnim zdravljem, intelektualne teškoće, te neki oblici pervazivnih razvojnih teškoća kao što je Asperger Sy. (Koster, M., <http://www.citrus.k12.fl.us/ese/PDF%20files/InvisibleDisabilities.pdf>).

poglavlja, socijalna percepcija djece s ADHD-om gotovo je isključivo utemeljena na manifestiranom ponašanju djeteta i pripisanoj kauzalnosti koja se uglavnom temelji na uvjerenjima o (lošem) roditeljskom odgoju, odnosno uvjerenju o djetetovoj mogućnosti kontroliranja svojeg ponašanja, ako bi se više potrudilo. Stoga ne iznenađuje stalno suočavanje roditelja ove djece s teretom osobitog izazova u odgoju, ali i vlastitim emocionalnim opterećenjem (frustracijom, iscrpljenošću, depresijom, osjećajem krivnje i samoprijegara, trajnom zabrinutošću za budućnost djeteta), obiteljskim nerazumijevanjem i međupartnerskim sukobima, te manjkom podrške od strane stručnjaka, obitelji ili zajednice (Cosser, 2005.; Hallberg i sur., 2008.; Theule i sur., 2011.), koji sveukupno značajno iscrpljuju njihove resurse. Prema Lazarusovoj teoriji stresa i suočavanja, stres nastaje ukoliko između osobe i okoline postoji takav specifičan odnos koji osoba procjenjuje prezahtjevnim u odnosu na njene adaptivne resurse i ugrožavajućim za njezinu dobrobit (Lazarus, 1993.). U specifičnom slučaju roditelja djeteta s ADHD-om, kao i kod prenesene stigme, roditelji mogu procjenjivati da je odnos između socijalne okoline i njihovog djeteta prožet nerazumijevanjem i neprihvatanjem, te je na taj način ugrožavajuć za dobrobit djeteta. S obzirom na konstantni napor i brigu, te preuzimanje na sebe kritike usmjerene na dijete, roditelji mogu iscrpiti svoje adaptivne resurse zbog prezahtjevnosti situacije u kojoj se nalaze. Kako je jedna od značajki ADHD-a usmjerenost na život u sadašnjosti (izvršna funkcija vezana uz planiranje), čini se da dijete (osobito u mlađoj dobi) ne brine previše o svojoj budućnosti. No, roditelji brinu i pritom razvijaju simptome stresa.

Roditeljski stres očituje se kao nezadovoljstvo, uznemirenost i manjak samopouzdanja koji su povezani s roditeljskom ulogom ili identitetom (Johnston, 1996.). Čitava skupina kompleksnih, dinamičnih procesa koji dovode do neugodnih psiholoških i fizioloških reakcija, nastaju kroz pokušaj prilagodbe roditelja na stvarne i doživljene zahtjeve roditeljstva, a odražavaju se na kvalitetu odnosa roditelja s djetetom (Deater-Deckard, 2004.). Stres koji doživljavaju roditelji djece s ADHD-om nije proizašao samo iz izražavanja djetetove nepažnje, impulzivnosti i hiperaktivnosti, već iz svakodnevnih situacija koje nastaju kao posljedica tih ponašanja. Podolski i Nigg (2001.) sumiraju nalaze istraživanja prema kojima roditelji djece s ADHD-om imaju iskustvo i općeg i specifičnog roditeljskog stresa, kao i osjećaj slabije roditeljske kompetencije, nego roditelji djece bez ADHD simptoma.

Baker i McCai (1995.) željeli su istražiti je li stres koji doživljavaju roditelji djece s ADHD-om vezan upravo uz taj sindrom ili je povezan sa stresom koji se javlja prilikom brige za dijete koje ima bilo koji oblik teškoća u razvoju. Usporedili su razinu stresa koji doživljavaju majke tri skupine djece: djeca s ADHD-om, djeca s teškoćama u učenju (koje uključuje značajne teškoće u čitanju ili govoru, bez teškoća u održavanju pažnje) i djeca bez dijagnosticiranih razvojnih teškoća. Skupine se

A. Bartolac: Socijalna obilježja svakodnevnog života djece i mladih

nisu međusobno razlikovale u ispitanim roditeljskim osobinama, niti obiteljskom kontekstu. Rezultati su pokazali da majke djece s ADHD-om doživljavaju svoju djecu značajno više zahtjevnom, čudljivom i manje prilagodljivom, te izvješćuju o značajno višim razinama roditeljskog stresa vezanog uz djetetovu distraktibilnost i hiperaktivnost, nego što je to prisutno u majki djece u druge dvije skupine.

Individualno iskustvo roditeljstva u obitelji s jednim ili više djece s ADHD-om uglavnom se istražuje koristeći dubinske, polustrukturirane intervjuje s roditeljem/ima. Iz tih razgovora saznajemo koliko je zahtjevno i stresno biti roditelj takvog djeteta. Peters i Jackson (2008.) istraživale su osobni doživljaj i iskustvo majki koje imaju djecu s ADHD-om, te su zaključile kako su sve bile iscrpljene svojim majčinskim ulogama i svladane nepopustljivim zahtjevima brige za svoju djecu, manjkom praktične podrške u svojoj obitelji, kao i od strane prijatelja ili zajednice. Primjerice, teško bi pronalazile osobu koja bi bila voljna pričuvati dijete kada majka ima druge obveze, a djeca nisu bila pozivana na sudjelovanje u socijalnim aktivnostima (rođendani, igra) s drugom djecom zbog njihovog ponašanja. Kroz intervjuje se iščitava majčinska uloga prepuna teškoća i frustracija, svakodnevnih zahtjeva koji se isprepliću i nikada ne prestaju, potrebe za stalnim nadziranjem djeteta, prevencijom ili kažnjavanjem neprihvatljivog ponašanja, te anksioznošću zbog nepredvidljivosti djetetovog ponašanja (»što će učiniti sljedeće, pozivi iz škole«). Također, majke su isticale ograničenja u socijalnim aktivnostima i kronični manjak vremena za sebe, pa čak i gubitak dugogodišnjih prijateljstava. Iskustvo majčinstva značajno se razlikovalo od slike o idealnom majčinstvu koje su imale prije rođenja djeteta, često su imale osjećaj lošeg razumijevanja, kritike i osude od strane okoline, kao i stigmatizacije (»(one) koriste ADHD kao izgovor za loše ponašanje, odnosno za loše/popustljivo roditeljstvo«). Ujedno su morale preuzeti na sebe zahtjevniju ulogu zastupnika za ostvarivanje djetetovih prava, osobito u školi, ali i pred drugim roditeljima ili članovima obitelji (pa često i pred suprugom). To potvrđuju i Johnson i Reader (2002.) koji navode kako su roditelji djece s ADHD-om izloženi stalnim telefonskim pozivima iz škole vezanim uz ponašanje djeteta, često moraju objašnjavati djetetovo ponašanje drugim roditeljima ili izostaju s posla zbog odlaska s djetetom na liječničke ili druge preglede, kao i opterećenost stalnom zabrinutosti zbog mogućnosti ozljeđivanja djeteta kao posljedice njegovog ponašanja.

Lin, Huang i Hung (2009.) opisuju slično istraživanje provedeno u Tajvanu s primarnim skrbnicama djece s ADHD-om (majke, bake, maćehe), pri čemu opisuju tri osnovne teme iskustva u odgajanju svoje djece: teret brige (roditeljska i emocionalna opterećenja, te obiteljski konflikti), manjak odgovarajućeg sustava podrške (podrške supružnika i ostalih članova obitelji, te profesionalaca), te mehanizmi suočavanja (kognitivne i socijalne strategije suočavanja). Kao dio roditeljskih opterećenja opisuju teškoće u organiziranju normalne dnevne rutine, teškoće u odr-

žavanju čistoće i urednosti domaćinstva i teškoće u kontroliranju dječjih impulzivnih reakcija, te sprečavanja nesreća koje bi mogle proizaći iz njihovog ponašanja. Emocionalan teret nošenja sa situacijom odražavao se u osjećajima frustriranosti, bespomoćnosti, ljutnje i zabrinutosti. Ljutnja usmjerena na samo dijete i trajna zabrinutost za budućnost djeteta pokazale su se kao najistaknutije i najviše zabrinjavajuće emocije. Dodatno, ovi autori bilježe kako djetetovo ponašanje doprinosi i lošoj međupartnerskoj dinamici te čini vezu među supružnicima nestabilnijom. Pritom majka uglavnom preuzima svu odgovornost i brigu za dijete na sebe, dok suprug najčešće pripisuje razloge za djetetovo ponašanje majčinim greškama u odgoju, a pritom je sam previše zauzet vlastitim poslom i nije dostatno uključen u djetetov odgoj. Majke često izjavljuju kako nemaju dovoljno kapaciteta nositi se s djetetovim ponašanjem, a primjeren sustav profesionalne potpore je sasvim izostao. One smatraju da i profesionalci slabo razumiju prirodu ADHD-a, te im nedostaju točne informacije i učinkovite vještine u bavljenju njihovom djecom. Posljedično, one ne znaju što bi trebale činiti, niti imaju informaciju gdje mogu dobiti podršku i pomoć. U novijim istraživanjima nalazi su vrlo slični, što ukazuje na to da je sustav podrške onima koji su različiti i njihovim obiteljima zakazao. Finzi-Dottan, Triwiz i Golubchik (2011.) sumiraju roditeljske teškoće s kojima se susreću prilikom odgoja svoje djece s ADHD-om, kao što su: smanjeno zadovoljstvo i povjerenje u vlastite roditeljske vještine, povišeni roditeljski stres i neslaganje, smanjeni osjećaj roditeljske kompetencije, nisko očekivanje uspjeha u odgoju vlastite djece, te povišena razina roditeljskog stresa i psihopatoloških simptoma roditelja, osobito u slučaju kada se uz ADHD komorbidno javljaju problemi u ponašanju.

Analizom dostupnih istraživanja koja su se bavila prediktorima stresa roditelja djece s ADHD-om saznajemo varijable koje najviše pridonose objašnjenju varijance roditeljskog stresa. Solem, Christophersen i Martinussen (2011.) utvrdili su da se čak 57% varijance roditeljskog stresa može objasniti samom činjenicom da se u obitelji nalazi dijete s teškoćama u ponašanju. To potvrđuje i istraživanje Lin, Huang i Hung (2009.) koji ukazuju na najznačajnije čimbenike koji se povezuju sa stresom roditelja: bihevioralni problemi djeteta, manjak samopouzdanja i različite emocionalne teškoće. Ipak, čini se da nisu svi tipovi ADHD-a povezani s roditeljskim stresom. Eksternalizirani oblici ponašanja koji prevladavaju u kombiniranom tipu ADHD-a, osobito ako su udruženi s roditeljskom percepcijom izraženije komorbidne agresivnosti, emocionalne labilnosti i teškoćama u izvršnim funkcijama djeteta, povezani su s višom razinom roditeljskog stresa (Ruu-Fen, Yue-Cune i Shen-Ing, 2009.; Graziano i sur., 2011.). Tip ADHD-a kod kojeg prevladavaju teškoće održavanja pažnje nije se pokazao povezanim s roditeljskim stresom u ovim istraživanjima, iako i takvo dijete može imati mnoge teškoće u svladavanju svakodnevnih zadataka, no oni nisu toliko socijalno vidljivi.

A. Bartolac: Socijalna obilježja svakodnevnog života djece i mladih

S obzirom na genetsku predispoziciju, moguće je i da jedan od roditelja (ili oba) ima simptome ADHD-a koji se u odrasloj dobi izražavaju kroz teškoće u održavanju pažnje, impulzivno reagiranje na životne situacije i teškoće u izvršnim funkcijama. Theule i suradnici (2011.) sumirali su brojna istraživanja koja su pokazala da majke koje same imaju ADHD slabije nadziru ponašanje svojeg djeteta s ADHD-om, manje su dosljedne u discipliniranju svoje djece, njihova slabija pažnja i impulzivnost povezana je sa slabijim roditeljskim vještinama i slabijom kontrolom vlastitih emocionalnih reakcija. U konačnici, simptomi ADHD-a samog roditelja djeteta s ADHD-om mogu ograničiti vlastite resurse koji bi omogućili lakše nošenje sa djetetovim teškoćama u socijalnoj prilagodbi i ponašanju, što sveukupno može pojačati roditeljski stres, navode ovi autori. U njihovom istraživanju utvrdili su da je roditeljska ADHD simptomatologija najsnažniji prediktor roditeljskog stresa.

Nedostaju nam podaci iz Hrvatske koji bi ukazivali na količinu ili prediktore roditeljskog stresa u obiteljima s djetetom/djecom s ADHD-om, no nailazimo na istraživanja stresa roditelja koji imaju djecu s drugim razvojnim teškoćama. Tako je Martinac Dorčić (2008.) utvrdila kako se majke i očevi djece s cerebralnom paralizom ne razlikuju u ukupnom intenzitetu roditeljskog stresa, ali se razlikuju u pojedinim izvorima stresa. Pritom majke doživljavaju veći stres uslijed opterećenosti zahtjevima roditeljske uloge, dok očevi veće razine stresa doživljavaju uslijed opterećenja drugim životnim ulogama. Milić Babić (2012.) ukazuje na podatak iz vlastitog istraživanja prema kojem snažniji roditeljski stres doživljavaju roditelji djece s teškoćama u razvoju koji su manje zadovoljni brakom, te koji doživljavaju svoje zdravlje i financijsku situaciju lošijom. Dodatno, Delale (2011.) u svom istraživanju primjećuje kako su veća negativna emocionalna izražajnost majki i manje zadovoljstvo ispunjavanjem roditeljske uloge povezane s doživljajem većeg intenziteta roditeljskog stresa majki. Naravno, ovi podaci ne mogu se potpuno preslikati na doživljaj stresa roditelja djeteta s ADHD-om, te su stoga istraživanja provedena u suradnji s ovim roditeljima nužna kako bismo dobili točniju sliku prediktora roditeljskog stresa u tim obiteljima. Ujedno bi bilo zanimljivo istražiti postoji li razlika u doživljenom stresu između roditelja koji imaju dijete s »vidljivim teškoćama«, kao što je cerebralna paraliza i »nevidljivim teškoćama«, kao što je ADHD.

Na koje se sve načine roditelji (a u istraživanjima prvenstveno majke) uspijevaju nositi s izazovima i stresom roditeljstva? U svom istraživanju Lin, Huang i Hung (2009.) opisuju mehanizme suočavanja skrbnica djece s ADHD-om u svakodnevnom životu. Kako navode ovi autori, suočavanje se odnosi na preinačavanje vlastitog života i započinjanje novog kako bi se nosili s novim okolnostima, a dva osnovna načina suočavanja sa svakodnevicom koja uključuje dijete s ADHD-om su kognitivne (pozitivno razmišljanje i stavovi, te prikupljanje informacija o ADHD-u) i socijalne strategije suočavanja (traženje i dobivanje pomoći od profesionalaca,

obitelji i prijatelja). Podolski i Nigg (2001.) istraživali su najučinkovitije strategije suočavanja sa stresom 66 majki i 55 očeva djece s ADHD-om. Strategije koje su ispitivali bile su: (a) sposobnost roditelja da aktivno traže socijalnu podršku rodbine, prijatelja ili susjeda (stjecanje socijalne podrške), zatim (b) sposobnost roditelja da kognitivno redefinira stresogene događaje kako bi se lakše s njima nosili, npr. »prihvatanje stresnih događaja kao životnih činjenica« (kognitivno preoblikovanje), (c) traženje podrške od religijskih organizacija ili kroz osobnu vjeru (traženje duhovne podrške), te (d) traženje resursa u zajednici. U istraživanju je uočena najniža razina stresa kod majki i očeva koji su koristili pozitivno kognitivno preoblikovanje jer je to strategija koju mogu kontrolirati, dok je češće korištenje resursa iz zajednice i traženje socijalne podrške povezano s višom razinom stresa majki, osobito ukoliko isto nije dostupno.

ADHD KAO RIZIK SOCIJALNOG FUNKCIONIRANJA

Iako se uglavnom iznose podaci o slabijem poznavanju i sporijem usvajanju socijalnih vještina u djece s ADHD-om, iz Barkleyjeve teorije o izvršnim funkcijama kao podlozi ADHD-a proizlazi da teškoće u socijalnom funkcioniranju nisu samo rezultat slabije usvojenih socijalnih vještina, već nedostatka učinkovitosti u njihovom pouzdanom korištenju čak i kada su već usvojene. U kojoj situaciji i na koji način, te kojim intenzitetom primijeniti naučenu socijalnu vještinu predstavlja pravi izazov ovoj djeci. Kako je vidljivo iz prethodnih poglavlja, upravo zbog teškoća u primjeni pravila prihvatljivog socijalnog ophođenja, djeca koja žive s ADHD-om češće su izložena nerazumijevanju od strane bliže i daljnje socijalne okoline, kritici i kažnjavanju, etiketiranju i stigmatiziranju, te socijalnom odbacivanju i izolaciji (Tseng, Kawabata i Gau, 2011.; Hoza, 2007.). Odbijanje od strane druge djece moglo bi se objasniti teorijom socijalne razmjene (Blau, 1964.; Kelley i Thibaut, 1978., prema Aronson i sur., 2005.), prema kojoj ljudi održavaju socijalne odnose temeljem odvagivanja kvalitete razmjene s drugima, te procjene koliko taj odnos zadovoljava njihove potrebe. Za ovu hipotezu nemamo potkrjepljenje u istraživanjima, no možemo pretpostaviti da će se vršnjak koji nema ADHD radije odlučiti za manje nepredvidljiv i manje zahtjevan prijateljski odnos s drugom djecom, u koji ne treba ulagati toliko mnogo energije potrebne za nošenje s impulzivnim stilom ponašanja djeteta s ADHD-om. U konačnici, djeca s ADHD-om nemaju priliku iskazati svoje dobre osobine, s obzirom da su odbijena od vršnjaka zbog vanjskih, vidljivih znakova ponašanja. Čak i kada dijete pokazuje prosocijalno i situaciji primjereno ponašanje, ono može biti toliko naglašeno ili intenzivno (preglasan govor, ulazak u tuđi osobni prostor), da se doživljava kao pretjerano, nametljivo ili čak odbojno, što ponovno izaziva odbijanje ili izbjegavanje od strane vršnjaka, ali i osjećaj zbu-

nosti i nemoći kod djeteta s ADHD-om (Barkley, 2006.). Kellison i suradnici (2010.) potvrdili su kako internaliziranje stigmatizirajućih vjerovanja u obliku neadaptivnih kognicija i ponašanja djeluje na emocionalnu dobrobit adolescenata koji su pod visokim rizikom od ADHD-a, a koje je dalje povezano s kliničkim simptomima depresije, loše prilagodbe i smanjenog samopoštovanja. Ukoliko se uz osnovnu dijagnozu ADHD-a javljaju i drugi pridruženi poremećaji (anksioznost, depresija, bipolarni poremećaj, opozicijsko prkosni poremećaj i poremećaj ponašanja), ishodi postaju osobito nepovoljni (Harada, Yamazaki i Saitoh, 2002.; Young i Gudjonsson, 2006.; Taylor, 2010.). U svijetu se istražuje nekoliko rizičnih čimbenika i traže njihove poveznice s ADHD-om: agresivnost, slabije akademsko funkcioniranje, zloupotreba opojnih sredstava, rizično seksualno ponašanja i rizična vožnja.

Zbog osobite osjetljivost javnosti na agresivno ponašanje djece i mladih u obitelji, školi i općenito zajednici, na što se gleda kao na društveni problem, istraživanja povezanosti impulzivnog i agresivnog ponašanja djece s ADHD-om osobito su značajna. Istraživanje koje je provela Selda Ozdemir (2010.) uspoređujući ponašanje dvije skupine osmogodišnje djece s i bez ADHD simptoma u Turskoj, pokazalo je da prema procjeni roditelja na »Listi označavanja djetetovog ponašanja« (*Child Behavior Checklist*, CBCL; Achenbach, 1991.) djeca u ADHD skupini iskazuju značajno više teškoća s održavanjem pažnje, socijalnih teškoća, problema s kršenjem pravila, agresivnog ponašanja i anksioznih/depresivnih simptoma. Autorica iskazuje osobitu zabrinutost velikom razlikom među skupinama u varijabli agresivnosti, te smatra iznimno važnim istražiti i razumjeti kako se agresivno ponašanje uopće razvija u djece s ADHD-om, sa svrhom preoblikovanja strategija intervencije. Ona zaključuje da djeca koja doživljavaju jake negativističke emocije i nisu u stanju modularati ih, izražavaju te emocije kroz ponašanje koje je često intenzivnije i silovitije nego što to situacija zahtijeva, što negativno utječe na njihovu sposobnost učinkovite interakcije s vršnjacima, članovima obitelji i drugima. Ovoj djeci potrebno je razumijevanje okoline o teškoćama pri samoregulaciji tipičnoj za ADHD s kojom se moraju nositi, ali i intervencija utemeljena na učenju prepoznavanja vlastitih osjećaja, na uvježbavanju različitih strategija samokontrole u iskazivanju emocija, te na osvještavanju mogućih posljedica vlastitog ponašanja za sebe i za okolinu.

Prilagodba na obrazovni sustav osobito je teška za ovu djecu, što je posebno vidljivo na prelasku iz predškolske dobi u kojoj dominira slobodna igra i mnogo kretanja, u školsku dob kada se od djece odjednom očekuje dugotrajno sjedenje i selektivno usmjeravanje pažnje na nastavne sadržaje. Tada najčešće i prestaje tolerantnost socijalne okoline na djetetovo ponašanje (»jer je dijete sada već veliko«), te se dijete (ali i roditelji) suočavaju sa sve većim neodobravanjem okoline. U pokušaju prilagodbe na brojne zahtjeve školskog okružja, ova djeca nailaze na različita ograničenja i teškoće. Istraživači Manuzza i Klein (2000.) pratili su razvojni put

djeteta s ADHD-om do odrasle dobi potvrđujući kako je za mnoge to trnovit put. Istraživanja ukazuju da djeca s ADHD-om imaju manji broj godina školovanja, imaju lošije ocjene, polažu manji broj ispita, imaju lošije rezultate na standardiziranim testovima, manje su aktivni u zajednici ili školi, lošije socijalno funkcioniraju i teško se prilagođavaju socijalnim zahtjevima, imaju manje prijatelja, postižu lošiji radni status i radni učinak, imaju veći broj problema koji proizlaze iz slabije socijalne prilagodbe. Ujedno se nalaze pod rizikom internaliziranja osjećaja nižeg samopouzdanja, te ulaska u antisocijalna i kriminalna ponašanja (Ozdemir, 2009.; Miller i sur., 2010.). S obzirom na ovako ozbiljne ishode, nužno je planiranje i provedba preventivnih programa, osobito unutar školskog sustava. Međutim, tek je potrebno istražiti koliko i na koji način zahtjevi koji se postavljaju pred djecu unutar sustava (osobito u našim uvjetima), metode održavanja nastave, upućenost nastavnika u teškoće s kojima se nose djeca s ADHD-om, kao i napor koji ulažu nositelji sustava u razvijanje tolerancije i prihvaćanje različitosti doprinose ovakvim posljedicama.

Istraživanja rizičnih čimbenika zlouporabe opojnih sredstava u adolescentnoj i odrasloj dobi važna su jer pokušavaju objasniti uzroke takvog ponašanja. Takva istraživanja koja bi uključivala ADHD kao potencijalni rizični čimbenik, koliko nam je poznato, u nas još nisu provedena, no spominju se u novijim metaanalizama svjetskih istraživanja. Kako bi istražili rane rizične čimbenike vezane uz zlouporabu opojnih sredstava, Lee i suradnici (2011.) proveli su metaanalizu longitudinalnih istraživanja koja se bave povezanošću ADHD-a u djetinjstvu i kasnije uporabe, zlouporabe i ovisnosti o opojnim sredstvima (nikotin, alkohol, marihuana, kokain i druga nespecificirana opojna sredstva). Njihova analiza ukazala je na značajno veću vjerojatnost da će djeca s ADHD-om barem probati konzumirati nikotin i druga opojna sredstva, osim alkohola. Također, autori smatraju da je u toj skupini veća vjerojatnost zloupotrebe ili ovisnosti o navedenim opojnim sredstvima. Pritom demografski podaci, godina objavljivanja istraživanja i korišteni statistički kriteriji, nisu značajno moderirali dobivene rezultate. Ipak, autori upozoravaju na nekoliko istraživanja koja su se bavila i komorbidnim poremećajima ponašanja, a koja sugeriraju oprez pri zaključivanju o povezanosti primarne dijagnoze i kasnije zlouporabe opojnih sredstava. Van Oortmerssen i suradnici (2012.) proveli su metaanalizu 29 istraživanja kako bi donijeli zaključak o prevalenciji osoba s ADHD-om u dijelu populacije osoba kojima je dijagnosticiran poremećaj zlouporabe opojnih sredstava. Prema njihovim zaključcima, ukupno 23% svih pacijenata ovisnih o opojnim sredstvima ispunjavaju DSM kriterije za ADHD. Ovisnost o kokainu povezana je s nižom prevalencijom ADHD-a nego ovisnost o alkoholu, opioidima i ostalim sredstvima ovisnosti. Autori zaključuju da je ADHD prisutan u jedne od četiri osobe ovisne o opojnim sredstvima, a pritom je proporcija u odnosu na spol podjednaka. No, ponovno upozoravaju da drugi rizični čimbenici (komorbiditet ili uzimanje sti-

A. Bartolac: Socijalna obilježja svakodnevnog života djece i mladih

mulativnih lijekova koji se propisuju za ADHD) nisu uzeti u analizu. To nam govori kako se podaci o povezanosti zlouporabe opojnih sredstava i ADHD-a kao primarne dijagnoze trebaju tumačiti s oprezom, te se postavlja pitanje koliko je ADHD snažan prediktor ovog rizika ili tome više pridonosi prateći poremećaj ponašanja? Osim navedenog, ostaje nam pitanje jesu li adolescenti s ADHD-om skloniji popuštanju vršnjačkom pritisku po pitanju eksperimentiranja s opojnim sredstvima kako bi umanjili prepreke u vršnjačkom prihvaćanju? Oba pitanja svakako su potencijalne istraživačke teme.

Sljedeći socijalni rizik koji se spominje u literaturi jest rizično seksualno ponašanje mladih s ADHD-om. Flory je sa suradnicima (2006.) istraživala vjerojatnost ulaska u rizična seksualna ponašanja skupine od 175 mladića u dobi od 18 do 26 godina kojima je dijagnosticiran ADHD, te kontrolne skupine sudionika. Prvi rezultati istraživanja u kojem su koristili HSBQ upitnik (*Health and Sex Behavior Questionnaire*) ukazali su na raniji ulazak u seksualni odnos mladića s ADHD-om u usporedbi s kontrolnom skupinom mladića, češći seksualni odnos s osobom koju ne poznaju (ili na prvom susretu), više od četiri seksualna partnera u posljednjih godinu dana, češći seksualni odnos bez upotrebe kondoma i češću trudnoću partnerice. Ipak, nakon izoliranja varijable komorbiditeta, sudionici kojima je dijagnosticiran samo ADHD (bez OPP/PUP) bili su pod povećanim rizikom u samo dvije varijable: »usputni« seksualni odnos i nedosljedno korištenje kondoma, u usporedbi s kontrolnom skupinom sudionika. Novije istraživanje koje je provedeno na skupini od 374 djevojke kojima je u djetinjstvu dijagnosticiran ADHD (White i Buehler, 2012.) pokazalo je kako su one sklonije rizičnijem seksualnom ponašanju, te kako su češće žrtve seksualnog nasilja. I ovdje treba uzeti u obzir pojavljivanje drugih značajnih prediktora u ovom istraživanju: pripadnost afroameričkoj rasi, odrastanje samo s majkom i zaposlenost primarnog skrbnika. Stoga je važno utvrditi je li ADHD zaista diskriminacijski čimbenik za rizično ponašanje djevojaka u ovom uzorku, ili su to obilježja sociodemografske situacije.

Posebna istraživačka pažnja usmjerava se na hipotezu o rizičnijoj vožnji automobila mladih i odraslih vozača kod kojih je dijagnosticiran ADHD, s obzirom da takva vožnja predstavlja rizik za život i zdravlje ne samo osobe s ADHD-om, već i suputnika u automobilu, te svih sudionika u prometu. Jedno od prvih istraživanja koje se bavilo vještinama mladih vozača s ADHD-om proveli su Barkley i suradnici (1993.) uspoređujući dvije skupine adolescenata i mladih vozača (16-22 godine starosti) koji su praćeni u razdoblju od 3 do 5 godina. Mladi vozači s ADHD-om bili su manje pažljivi u svojoj vožnji od kontrolne skupine vozača; imali su više automobilskih nesreća s više tjelesnih ozljeda, te im je uručeno više kazni za prometne prekršaje. Ovakvi rezultati bili su posebice istaknuti u sudionika kojima je uz osnovnu dijagnozu pridodana i ona opozicijskog ponašanja s prkosom/poremećaja u

ponašanju. I u novijim istraživanjima ova zapažanja ostaju aktualna (npr. Fried i sur., 2006.; Reimer i sur., 2010.; Michaelis i sur., 2012.), no mijenjaju se metode ispitivanja vozačkih vještina. Tako su Biederman i suradnici (2007.) koristili simulatore vožnje, koji su objektivno bilježili broj grešaka tijekom jednosatne vožnje u različitim, simuliranim uvjetima. Pokazalo se da u razdoblju monotone vožnje (slabi podražaji iz okoline) sudionici s ADHD-om čine značajno više grešaka, »sudarajući« se s preprekama koje iznenada dolaze s periferije. Autori stoga zaključuju kako teškoće u usmjerenoj pažnji, osobito u nisko stimulativnoj okolini (autocesta), mogu biti povezane s teškoćama u vožnji ove populacije. U istraživanjima Richardsa i suradnika (2002. i 2006.) autori su uspoređivali skupine studenata s jače i slabije izraženim simptomima ADHD-a na mjerama doživljaja i izražavanja vozačke ljutnje. Njihovi rezultati ukazuju na doživljavanje više ljutnje tijekom vožnje, izražavanje ljutnje na hostilniji način, te agresivniji i rizičniji stil vožnje u studenata s jače izraženim ADHD simptomima, kao i njihovo češće sudjelovanje u prometnim nesrećama (sudarima), te češće iskazivanje ljutnje na socijalno neprihvatljiv način. U potonjim istraživanjima nije jasno naglašena kontrola komorbiditeta uz ADHD simptome, koja bi mogla biti povezana s impulzivnošću i izraženijim iskazivanjem ljutnje u ovih vozača. Ukoliko je to slučaj, mogućnosti intervencije mogu biti usmjerene na trening kontrole impulzivnosti tijekom vožnje. Postoje i naznake o boljem održavanju pažnje mladića s ADHD-om ukoliko se u automobilu nalazi mehanički mjenjač brzina za razliku o automatskog (Cox i sur., 2006.). Ako se ovaj nalaz potvrdi u budućim istraživanjima, to bi mogla biti dodatna prilagodba u postizanju veće sigurnosti tijekom vožnje ovih vozača.

POZITIVNE ZNAČAJKE ADHD-a

Većina istraživanja usmjerava se na teškoće koje proizlaze iz ovog sindroma, te je znatno manji broj istraživanja koja su ispitivala pozitivne značajke i sposobnosti ovih pojedinaca, nadvladavanje simptoma ili uspješna životna iskustva unatoč ADHD simptomima. Također, radovi se češće bave medicinskim modelima pristupa koji su orijentirani na oštećenje ili nedostatak, a rjeđe socijalnim ili okupacijskim modelima koji se bave promjenama na socijalnoj razini i prihvaćanju različitosti, kao i važnosti vođenja smislenog i ispunjenog života uz ostvarivanje vlastitih potencijala unatoč tim različitostima.

U literaturi redovito nailazimo na podatke o postotku djece s ADHD-om koja **imaju** određene, pridodane teškoće (Larson i sur., 2011.), no isti se podaci mogu sagledati i drugačije. Tako bismo, primjerice, mogli reći da 54% djece s ADHD-om **nema** teškoće učenja, 82% **nema** pridruženu anksioznost, a 73% **nema** komorbiditet u obliku poremećaja ponašanja. Manuzza i Klein (2000.) donose ohrabrujuće

A. Bartolac: Socijalna obilježja svakodnevnog života djece i mladih

podatke o gotovo svim sudionicima njihovog istraživanja koji su u konačnici bili zaposleni, a neki su završili i visoke stupnjeve obrazovanja, te se zaposlili u profitabilnim zanimanjima. Također, dvije trećine sudionika nije pokazivalo nikakve znakove mentalnih poremećaja u odrasloj dobi, odnosno većina ih u mlađoj odrasloj dobi više nije pokazivala klinički značajne emocionalne ili bihevioralne poteškoće (u svojim srednjim dvadesetim godinama).

U novijim radovima javljaju se naznake promjene paradigme s modela deficita na modele utemeljene na osnaživanju (Mather, 2012.) koji zastupaju preoblikovanje shvaćanja ADHD-a ne kao medicinskog problema, već kao socijalnog koncepta. Ovi modeli promoviraju socijalnu promjenu kroz pozitivnu podršku ovoj djeci u smislu usmjeravanja na njihove snage, a ne slabosti, te razvijanja njihovih pojedinačnih sposobnosti, talenata i interesa. Honos-Webb (2010.) opisuje pozitivne značajke djece s ADHD-om kao što su kreativnost, ekološka osviještenost i povezanost s prirodom, socijalna intuicija, emocionalna iskrenost, sposobnost iznimnog fokusiranja na područje interesa, dobre grubomotoričke vještine, vještine korištenja informatičke tehnologije, dobronamjernost i susretljivost. Neke od ovih osobina teme su istraživačkog interesa, te će u nastavku biti ukratko opisane one za koje postoji pokriće u znanosti ili kliničkoj praksi.

Tema koja je privukla najviše istraživačkog interesa je povezanost ADHD-a i kreativnosti. Istraživanja zaista ukazuju na bolje divergentno mišljenje osoba s ADHD-om, te na višu razinu originalnog, kreativnog mišljenja, kao i kreativnog postignuća vezanog uz životne zadatke, u usporedbi s normativnim skupinama sudionika (White i Shah, 2006.). U jednom njemačkom istraživanju u kojem je kontroliran utjecaj komorbiditeta, skupina adolescenata s ADHD-om davala je značajno originalnije odgovore na zadatku inovativnosti (prijedlog dizajna originalne igračke), u usporedbi sa skupinom koja pokazuje poremećaj ponašanja i kontrolnom skupinom (Abraham i sur., 2006.). Ipak, u zadatku praktične imaginativnosti u kojem su dobili zadane elemente i od njih trebali sastaviti uporabni predmet, učinak im je bio lošiji. Možemo pretpostaviti da je stvaranje originalnih ideja značajka koju bi ovi pojedinci mogli koristiti u radnim skupinama čiji je zadatak kreiranje noviteta. Pritom u formiranju kreativnih radnih skupina valja obuhvatiti pojedince različitih sposobnosti doprinosa konačnom uratku, koji bi omogućili funkcionalnu dovršenost konačnog proizvoda.

U literaturi (no ne i u istraživanjima) spominje se povezanost »hiperfokusa«, te »*flow* iskustva« s ADHD-om. Brown (2005.) u svojoj knjizi opisuje anegdotalna iskustva svojih klijenata s ADHD-om u kojima opisuju toliku fokusiranost na zadatke koji su im intrinzično privlačni, da se »zaključaju« u toj aktivnosti na način da isključe sve vanjske informacije i potpuno se posvete onome što rade. Iako se tako intenzivna koncentracija može činiti kontradiktornom »poremećaju pozornosti«

sti«, važno je prisjetiti se kako je jedno od obilježja pažnje u ADHD-u (ili ADD-u) upravo teškoća prekidanja s jednim zadatkom i započinjanje novog (povezanost s izvršnim funkcijama). Takvo zaokupljanje pažnje ovisno je o području interesa osobe, a može biti usmjereno na sport, dramsku umjetnost ili glazbu, ali i znanost, računalnu tehnologiju ili arhitekturu. U neznanstvenom tisku mogu se pronaći mnogi uspješni pojedinci koji su se unatoč simptomima ADHD-a u djetinjstvu, istaknuli u područjima svojih talenata. Ipak, iako ova djeca mogu imati »otoke« iznadprosječnih osobina, moguće je da su to interesi koji im ne pomažu mnogo u svakodnevnim školskim obvezama ili u razvijanju socijalnih odnosa, što može činiti njihovo školovanje teškim i neugodnim iskustvom, a njihove talente vidljivim tek u odrasloj dobi. Unatoč tome, a u skladu s modelom osnaživanja, važno je otkriti djetetove prednosti i njegovati ih (moguće kroz izvannastavne aktivnosti) jer bi upravo njihovi vlastiti talenti ili interesi mogli biti područja kroz koja ova djeca mogu razvijati osjećaj vlastite vrijednosti, samopouzdanje i uspjeh, a možda i spremnije prihvaćanje od strane socijalne okoline.

U literaturi nailazimo na podatak o teškoćama u učenju gotovo polovice djece s ADHD-om (Larson i sur., 2011.). U istraživačkim bazama uglavnom su zastupljena novija istraživanja koja se temelje na mjerenju deficita pažnje, radnog pamćenja, odnosno izvršnih funkcija te djece. Stoga su, potaknuti isticanjem nedostataka u kognitivnom funkcioniranju djece s ADHD-om, autori jednog švedskog istraživanja željeli dobiti uvid u cjeloviti kognitivni profil te djece. Na skalama Wechslerovog testa inteligencije za djecu (WISC III) djeca s ADHD-om pokazala su jednaku uspješnost u područjima koja zahtijevaju logičko razmišljanje i zdravorazumsko rezoniranje, kao i djeca iz kontrolne skupine (Ek i sur., 2007.). Verbalno pamćenje također se pokazalo dobrim u skupini djece s ADHD-om (bez komorbiditeta), za razliku od skupina djece s ADHD-om s komorbidnim opozicijskim poremećajem (OP) ili skupine samo s OP-om, kod kojih je bilo slabije (Rhodes i sur., 2012.). Ova rijetka istraživanja kognitivnih snaga djece s ADHD-om važna su jer upućuju na resurse koji bi ovoj djeci mogli pomoći u snalaženju u svakodnevnim zadacima, kao i dati smjernice za strategije poučavanja osmišljene u skladu s kognitivnim stilom i prednostima ove djece. Ujedno ova istraživanja potiču postavljanje pitanja o kognitivnim i drugim značajkama ove djece o kojima još uvijek nemamo dovoljno podataka.

Povezanost s prirodom djece s ADHD-om uglavnom se istražuje kroz odnos prirodnog, zelenog okruženja i održavanja dječje pažnje. Dobrobiti provođenja vremena na otvorenom, prostoru punom zelenila od velikog su značaja za svu djecu jer u tom okruženju ne dolazi do zamora pažnje, kako objašnjava Kaplanova teorija obnavljanja pažnje (1995., prema Faber Taylor, Kuo i Sullivan, 2001.). Rezultati nekoliko istraživanja kojima su se bavili Faber Taylor, Kuo i Sullivan (2001.) ukazuju

na bolje funkcioniranje djece s ADHD-om od uobičajenog nakon aktivnosti u prirodnom zelenom okružju. Što je okružje za igru bilo zelenije, simptomi teškoća s pažnjom bili su manje izraženi. Ovi podaci mogli bi se koristiti u planiranju odmora između nastavnih sati ili učenja, ali i u terapijskim situacijama u kojima se djecu poučava novim socijalnim vještinama.

Mnoga djeca s ADHD-om imaju brojne pozitivne osobine, te u prihvaćajućoj i podržavajućoj okolini mogu iskazati svoje vrline i potencijal. Postoji cijeli skup istraživanja koja se bave povezanošću ADHD-a i darovitosti, preklapanjem simptoma ili jednostavno koegzistiranjem ovih osobina (npr. Rinn i Reynolds, 2012.; Foley-Nicpon i sur., 2012.; Hartnett, Nelson i Rinn, 2003.; Webb i Latimer, 1993.). No, često se njihove prednosti ne prepoznaju ili su zamaskirane ponašajnim znacima ADHD-a te tako ostaju neprepoznati i zatumljeni u sustavu. Pozitivne osobine ove djece promoviraju najčešće njihovi roditelji koji se udružuju u civilne udruge s ciljem međusobne podrške i informiranja javnosti ili pojedini stručnjaci koji objavljuju tekstove najčešće sa svrhom boljeg razumijevanja ADHD-a, te pružanju pomoći roditeljima i nastavnicima u procesu njihovog odgajanja (npr. Brown, 2005.; Hughes i Cooper, 2007.; Monastra, 2008.).

METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA SOCIJALNIH ZNAČAJKI ADHD-a

U konačnici, potrebno je kratko se osvrnuti na metodologiju istraživanja socijalnih aspekata ADHD-a. U većini dostupnih istraživanja zahvaćena su djeca evidentirana u klinikama specijaliziranim za ADHD, a za očekivati je da će na kliničku obradu biti upućena ona djeca koja imaju jače izražene ponašajne simptome kao što su hiperaktivnost i impulzivnost, te pridružene komorbidne teškoće kao što je opozicijski poremećaj. Kako je vidljivo iz prethodnog teksta, upravo su to aspekti ADHD-a koji izazivaju najveći stres roditelja i nastavnika, s obzirom da je toj djeci najteže uklopiti se u zahtjeve strukturirane školske sredine, te su roditelji (često na poticaj nastavnika) vjerojatnije spremniji potražiti stručnu pomoć. Ujedno su to i simptomi koji se najčešće povezuju sa socijalnim rizicima. Istraživanja ADHD-a na nekliničkoj populaciji vrlo su rijetka, a možda bi nam dala neke odgovore vezane uz njihovu otpornost ili resurse u obitelji i zajednici koji im pomažu u svakodnevnom životu. Upravo je to cilj jednog istraživačkog projekta kojim se bavi Sveučilište u Calgaryju, a njihove rezultate tek očekujemo.

Također, u istraživanja su uglavnom uključeni dječaci i to najčešće s mješovitim tipom ADHD-a. Iako podaci iz literature govore o omjeru prisutnosti ADHD-a kod dječaka i djevojčica 5-9:1 u kliničkoj, odnosno 2,5:1 u nekliničkoj populaciji

(Barkley, 2006.), djevojčice su mnogo rjeđe sudionice istraživanja. Gore navedeni autor spominje prosječno slabije iskazivanje eksternaliziranih ponašanja u djevojčica za razliku od dječaka, osobito u nekliničkim skupinama. Možemo pretpostaviti da su zbog toga rjeđe identificirane kao djeca koja imaju stvarne teškoće u, primjerice, održavanju pažnje te se njihovo ponašanje pripisuje njihovim karakternim osobinama («spora, nezainteresirana, lijena»). Također, zbog izostanka uvida u stvarne razloge djetetovog ponašanja i primjerene intervencije, te posljedične internalizacije ovih vjerovanja, te bi se djevojčice mogle nalaziti u posebnom riziku razvijanja slabijeg samopouzdanja i ograničavanja u realizaciji svojih potencijala.

U mnogim se istraživanjima posebna metodološka pažnja posvećuje uzimanju lijekova djece sudionika. Najčešće se uz dopuštenje liječnika i privolu sudionika i roditelja čini stanka od dva dana u uzimanju lijeka ili se provjeravaju razlike u skupinama s obzirom na (ne)uzimanje lijeka. U nekim istraživanjima taj se metodološki čimbenik ne spominje, pa je te rezultate potrebno sagledavati s oprezom. Također, iako nekoliko puta spomenuta, tema komorbiditeta (osobito opozicijski poremećaj koji je u nekim slučajevima pridružen ADHD-u i značajno intenzivira kliničku sliku) nije standardno uzeta u obzir, pa u nekim radovima nije jasno radi li se o iskazivanju ADHD simptoma ili skupine pridruženih poremećaja. U ovom tekstu je taj čimbenik spomenut u pregledu istraživanja vezanih uz socijalne rizike, no važno ga je uzeti u obzir u budućim osvrtima na metodologiju (osobito starijih) istraživanja koja se citiraju ili se koriste u metaanalizama, kao i planiranju novih istraživanja.

U istraživanjima vezanim uz iskustvo roditelja ili adolescenata/odraslih s ADHD-om uglavnom se koriste kvalitativni istraživački nacrti, a osnovna metoda prikupljanja podataka je intervju. Međutim, kod indirektnih mjera istraživanja kako što su djetetove osobine iz perspektive bližnjih ili učinci nekog primijenjenog tretmana kao mjere promjene ponašanja uglavnom se primjenjuju ljestvice koje daju informaciju o roditeljskoj percepciji djetetovog ponašanja. Iako su roditelji sasvim sigurno najviše uključeni u djetetov život, upravo se iz tog razloga može postaviti pitanje pristranosti njihovih procjena. S obzirom da se u dijagnostičkim kriterijima spominje kako dijete mora iskazivati listu ponašanja tipičnih za ADHD u nekoliko različitih okružja, metodološki bi bilo informativnije (iako mnogo zahtjevnije), pokušati dobiti informacije triangulacijom iz više izvora (npr. roditelj, učitelj, trener). Ujedno, u testovima namijenjenim ispitivanju kognitivnih sposobnosti ove djece, možemo se zapitati mjeri li se njihova uspješnost samo u testnim zadacima, odnosno podrazumijeva li se njihov transfer u druge, životne situacije? Drugim riječima, koliko su rezultati na testu dobra mjera funkcioniranja pojedinog djeteta u svakodnevnom životu? U proučavanju brojne literature za potrebe ovoga rada, niti u jednom se istraživanju nije spominjala ekološka valjanost primijenjenog instrumenta.

A. Bartolac: Socijalna obilježja svakodnevnog života djece i mladih

Iako je ovaj rad nastao iz potrebe doprinosa rasvjetljavanju ovog sindroma kroz prikaz izazova u društvenom okružju s kojima se susreću djeca i mladi s ADHD-om, te njihove obitelji, mnogo toga nedostaje. U ovom tekstu je premalo pažnje (a i premalo je dostupnih istraživanja) posvećeno djevojčicama, djevojkama, ženama i majkama s ADHD-om, kao i subjektivnom iskustvu djece i mladih s ADHD-om iz njihove perspektive; kako je odrastati s ADHD-om i nositi se sa svakodnevnim izazovima neprihvaćenosti? Dodatno, nedostaje strukturirani pregled intervencija koje su se pokazale uspješnim u pristupu ovoj djeci i pomoći u njihovom odrastanju, a farmakološki pristup koji je tema mnogih inozemnih stručnih, znanstvenih, ali i laičkih rasprava samo je spomenut. Kako u Hrvatskoj ne postoje službeni podaci o učestalosti i proširenosti korištenja lijekova namijenjenih regulaciji ADHD simptoma (kao niti podaci o prevalenciji), to je tema koja tek čeka pažljivije sagledavanje. U konačnici, nedostaje i cjelovitija slika odraslih osoba s ADD-om/ADHD-om i teškoća s kojima se susreću (samo su sporadično navedene u tekstu), kao iskustvo njihovog odrastanja dok još ADHD nije bio prepoznat kao stvarna, biološki utemeljena različitost. Navedene teme ipak izlaze iz prostornih okvira ovog rada, no predstavljaju potencijal za buduća razmatranja i istraživanja.

ZAKLJUČAK

U ovom se radu kroz aktualne pristupe razjašnjavanja osnovnih značajki ADHD-a pokušavaju objasniti uzroci specifičnog načina funkcioniranja i posljedičnog ponašanja djece i mladih koji pate od ovog sindroma. Rad je namijenjen stručnjacima koji se u svom profesionalnom djelovanju susreću s djecom i mladima koji imaju teškoće u socijalnoj prilagodbi, kako bi bolje razumjeli izazove s kojima se suočavaju ova djeca i njihovi roditelji. Stoga se primjerima stigmatizirajućih vjerovanja o ovom sindromu, te posljedičnog iskustva stresa roditelja koji su kao i njihova djeca prečesto izloženi nerazumijevanju i osudi okoline, pokušalo približiti čitatelja njihovoj svakodnevici. Posebno su (istraživanjima) potkrijepljeni najčešći socijalni rizici koji se vezuju uz ADHD uz kritički osvrt na metodologiju tih istraživanja. Prevencija negativnih ishoda za ovu djecu od ključne je važnosti, no u nas su istraživanja, ali i stručni javni diskurs o prevalenciji i intervenciji, nažalost, nedostatni. Dio intervencije svakako je osnaživanje djece i mladih s ADHD-om za uspješnije suočavanje sa svakodnevnim izazovima kroz različite tehnike svladavanja i primjene socijalnih vještina, pri čemu valja imati na umu i pozitivne osobine ove skupine, od kojih su neke navedene i u tekstu. Istraživanja pozitivnih značajki ADHD-a važna su jer otvaraju prostor za osnaživanje i uspješne ishode. Drugi dio intervencije trebao bi biti usmjeren na stručnjake, a posebno nastavnike koji su svakodnevno u kontaktu s ovom djecom i koji djeci mogu značajno olakšati, ali i

otežati iskustvo školovanja. U konačnici, sustavan napor trebalo bi uložiti u informiranje i senzibilizaciju društva na sve različitosti, a posebno one »nevidljive«.

Istraživanja koja su spomenuta u ovom radu provedena su izvan Hrvatske. No, iako su američki podaci kvantitativno dominantni u istraživačkim bazama i objavljenim knjigama, u ovom se tekstu pokušao dati pregled različitih istraživanja iz cijelog svijeta, kao i dostupne metaanalize. Prikazan je pregled istraživanja iz europskih zemalja, bliskoistočnih zemalja, te istraživanja iz Azije i Australije, a sve s ciljem dobivanja uvida u trendove, sličnosti i razlike u rezultatima istraživanja autora koji potječu iz različitog konteksta. U nedostatku istraživanja iz našeg područja, želja je autora da se kroz pregled svjetske literature ponudi okvir za planiranje istraživanja koja će nam biti kontekstualno bliskija.

LITERATURA

1. Abraham, A., Windmann, S., Siefen, R., Daum, I. & Güntürkün, O. (2006). Creative thinking in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Child neuropsychology. Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence*, 12 (2), 111-123.
2. Aronson, E., Wilson, T. D. & Akert, R. M. (2005). **Socijalna psihologija**. Zagreb: Mate.
3. Baker, D. B. & McCai, K. (1995). Parenting stress in parents of children with attention-deficit hyperactivity disorder and parents of children with learning disabilities. *Journal of Child & Family Studies*, 4 (1), 57-68.
4. Banaschewski, T., Becker, K., Scherag, S., Franke, B. & Coghill, D. (2010). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: An overview. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19 (3), 237-257.
5. Barkley, R. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121 (1), 65-94.
6. Barkley, R. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94.
7. Barkley, R. A. (2006). **Attention-deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment**. New York & London: The Guilford Press.
8. Barkley, R. A., Guevremont, D. C., Anastopoulos, A. D., DuPaul, G. J., Shelton, T. L. (1993). Driving-related risks and outcomes of attention deficit hyperactivity disorder in adolescents and young adults: A 3- to 5-year follow-up survey. *Pediatrics*, 92 (2), 212-219.

9. Berger, A., Kofman, O., Livneh, U. & Henik, A. (2007). Multidisciplinary perspectives on attention and the development of self-regulation. **Progress in Neurobiology**, 82 (5), 256-286.
10. Biederman, J., Fried, R., Monuteaux, M., Reimer, B., Coughlin, J., Surman, C. & Faraone, S. (2007). A laboratory driving simulation for assessment of driving behavior in adults with ADHD: A controlled study. **Annals of General Psychiatry**, 64-67.
11. Brook, U., Watemberg, N. & Geva, D. (2000). Attitude and knowledge of attention deficit hyperactivity disorder and learning disability among high school teachers. **Patient Education and Counseling**, 40, 247-252.
12. Brown, T. (2005). **Attention deficit disorder. The unfocused mind in children and adults**. New Haven & London: Yale University Press.
13. Brown, T. E. (2006). Executive functions and attention deficit hyperactivity disorder: Implications of two conflicting views. **International Journal Of Disability, Development & Education**, 53(1), 35-46.
14. Cosser, C. P. (2005). **Raising a child with attention deficit hyperactivity disorder: A parents' perspective**. Doctoral dissertation. University of South Africa.
15. Côté, J. (2009). Invisible disability disclosure. Master of Arts – Integrated Studies, Alberta: Athabasca University.
16. Cox, D., Punja, M., Powers, K., Merkel, R., Burket, R., Moore, M. & Kovatchev, B. (2006). Manual transmission enhances attention and driving performance of ADHD adolescent males: Pilot study. **Journal of Attention Disorders**, 10 (2), 212-216.
17. Deater-Deckard, K. (2004). **Parenting stress**. New Haven & London: Yale University Press.
18. Delale, E. A. (2011). Povezanost doživljaja roditeljske kompetentnosti i emocionalne izražajnosti s intenzitetom roditeljskog stresa majki. **Psihologijske teme**, 20 (2), 187-212.
19. DosReis, S., Barksdale, C., Sherman, A., Maloney, K. & Charach, A. (2010). Stigmatizing experiences of parents of children with a new diagnosis of ADHD. **Psychiatric Services**, 61 (8), 811-816.
20. DZS, Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske (2011). **Statistički ljetopis Republike Hrvatske**. Zagreb: Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske.
21. Ek, U., Fernell, E., Westerlund, J., Holmberg, K., Olsson, P. & Gillberg, C. (2007). Cognitive strengths and deficits in schoolchildren with ADHD. **Acta Paediatrica**, 96 (5), 756-761.
22. Faber Taylor, A., Kuo, F. E. & Sullivan, W. C. (2001). Coping with ADD: The surprising connection to green play settings. **Environment and Behavior**, 33 (1), 54-77.

23. Faraone, S. & Mick, E. (2010). Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder. **Psychiatric Clinics of North America**, 33 (1), 159-180.
24. Finzi-Dottan, R., Triwitz, Y. S., Golubchik, P. (2011). Predictors of stress-related growth in parents of children with ADHD. **Research in Developmental Disabilities**. 32(2):510-519.
25. Flory, K., Molina, B. S. G., Pelham, W. E., Gnagy, E. & Smith, B. (2006). Childhood ADHD predicts risky sexual behavior in young adulthood. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, 35, 571-577.
26. Foley-Nicpon, M., Rickels, H., Assouline, S. G. & Richards, A. (2012). Self-esteem and self-concept examination among gifted students with ADHD. **Journal for the Education of the Gifted**, 35 (3), 220-240.
27. Forssman, L., Bohlin, G., Lundervold, A., Taanila, A., Heiervang, E., Loo, S. & Rodriguez, A. (2009). Independent contributions of cognitive functioning and social risk factors to symptoms of ADHD in two Nordic populations-based cohorts. **Developmental Neuropsychology**, 34 (6), 721-735.
28. Frazier-Wood, A. C., Bralten, J., Arias-Vasquez, A., Luman, M., Oosterlaan J., Sergeant, J., Faraone S. V., Buitelaar, J., Franke, B., Kuntsi, J. & Rommelse, N. (2012). Neuropsychological intra-individual variability explains unique genetic variance of ADHD and shows suggestive linkage to chromosomes 12, 13, and 17. **American Journal of Medical Genetics**, 159B (2), 131-140.
29. Fried, R., Petty, C. R., Surman, C. B., Reimer, B., Aleari, M., Martin, J. M., Coughlin, J. F. & Biederman, J. (2006). Characterizing impaired driving in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A controlled study. **The Journal of Clinical Psychiatry**, 67 (4), 567-574.
30. Ghanizadeh, A., Bahredar, M. & Moeini, S. (2006). Knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers. **Patient Education & Counseling**, 63 (1-2), 84-88.
31. Gilmore, L. (2010). Community knowledge and beliefs about ADHD. **Australian Educational and Developmental Psychologist**, 27 (1), 20-30.
32. Graziano, P. A., McNamara, J. P., Geffken, G. R. & Reid, A. (2011). Severity of children's ADHD symptoms and parenting stress: A multiple mediation model of self-regulation. **Journal of Abnormal Child Psychology**, 39 (7), 1073-1083.
33. Hallberg, U., Klingberg, G., Reichenberg, K. & Möller, A. (2008). Living at the edge of one's capability: Experiences of parents of teenage daughters diagnosed with ADHD. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**, 3, 52-58.
34. Harada, Y., Yamazaki, T. & Saitoh, K. (2002). Psychosocial problems in attention-deficit hyperactivity disorder with oppositional defiant disorder. **Psychiatry and Clinical Neuroscience**, 56 (4), 365-369.
35. Hartnett, D., Nelson, J. M. & Rinn, A. N. (2003). Gifted or ADHD? The possibilities of misdiagnosis. **Roeper Review**, 26 (2), 73.

36. Honos-Webb, L. (2010). **The gift of ADHD: How to transform your child's problems into strengths**. New Harbinger Publications: Oakland
37. Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. **Journal of Pediatric Psychology**, 32 (6), 655-663.
38. Hughes, L. & Cooper, P. (2007). **Understanding and supporting children with ADHD: Strategies for teachers, parents and other professionals**. London: Sage Publications.
39. Jenahi, E., Khalil, M. S. & Bella, H. (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity symptoms in female schoolchildren in Saudi Arabia. **Annals of Saudi Medicine**, 32 (5), 462-468.
40. Johnson, J. H. & Reader, S. K. (2002). Assessing stress in families of children with ADHD: Preliminary development of the disruptive behavior stress inventory (DBSI). **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, 9 (1), 51-62.
41. Johnston, C. (1996). Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. **Journal of Abnormal Child Psychology**, 24 (1), 85-104.
42. Kellison, I., Bussing, R., Bell, L. & Garvan, C. (2010). Assessment of stigma associated with attention-deficit hyperactivity disorder: psychometric evaluation of the ADHD stigma questionnaire. **Psychiatry Research**, 178 (2), 363-369.
43. Kocijan Hercigonja, D., Buljan Flander, G. & Vučković, D. (2004). **Hiperaktivno dijete: Uznemireni roditelji i odgajatelji**. Jastrebarsko: Naklada Slap.
44. Koster, M. **Learning about invisible disabilities**. Preuzeto s: <http://www.citrus.k12.fl.us/ese/PDF%20files/InvisibleDisabilities.pdf> (20.09.2013.).
45. Larson, K., Russ A. S., Kahn, R. S. & Halfen N. (2011). Pattern of comorbidity functioning and services uses for U.S. children with ADHD, 2007. **Pediatrics**, 127 (3), 462-470.
46. Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. **Psychosomatic Medicine**, 55, 234-247.
47. Lecendreux, M., Konofal, E. & Faraone, S. V. (2011). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and associated features among children in France. **Journal of Attention Disorder**, 15 (6), 516-524.
48. Lee, S. S., Humphreys, K. L., Flory, K., Liu, R. & Glass, K. (2011). Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: A meta-analytic review. **Clinical Psychology Review**, 31 (3), 328-341.
49. Lin, M., Huang, X. & Hung, B. (2009). The experiences of primary caregivers raising school-aged children with attention-deficit hyperactivity disorder. **Journal of Clinical Nursing**, 18 (12), 1693-1702.

50. Link, B. G. & Phelan, J. C. (1999). Labeling and stigma. In: Aneshensel, C. S. & Phelan, J. C. (eds.), **Handbook of the Sociology of Mental Health**. New York: Springer Science & Business Media B.V., 481-494.
51. Link, B. G. & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. **Annual Review of Sociology**, 27 (1), 363-385.
52. Mannuzza S. & Klein, R. (2000). Long-term prognosis in attention-deficit/hyperactivity disorder. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, 9 (3), 711-726.
53. Marner, K. (2012). **When invisible disabilities aren't**. Preuzeto s: <http://adhd-momma.com/2012/03/when-invisible-disabilities-arent.html> (13.09.2013.).
54. Martin, J. K., Pescosolido, B. A. & Olafsdottir, S. & McLeod, J. D. (2007). The construction of fear: Americans' preferences for social distance from children and adolescents with mental health problems. **Journal of Health And Social Behavior**, 48 (1), 50-67.
55. Martinac Dorčić, T. (2008). Razlike između majki i očeva djece s cerebralnom paralizom u rizičnim i zaštitnim faktorima te prilagodbi. **Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja**, 44 (2), 63-78.
56. Mather, B. A. (2012). The social construction and reframing of attention-deficit/hyperactivity disorder. **Ethical Human Psychology & Psychiatry**, 14 (1), 15-26.
57. McLeod, J., Fettes, D., Jensen, P., Pescosolido, B. & Martin, J. (2007). Public knowledge, beliefs, and treatment preferences concerning attention-deficit hyperactivity disorder. **Psychiatric Services**, 58 (5), 626-631.
58. Michaelis, J. R., McConnell, D. S. & Smither, J. A. (2012). Attention deficit/hyperactivity disorder's effects on individuals' scan paths during a simulated drive. **Work**, 41, 5833-5835.
59. Milić Babić, M. (2012). Neke odrednice roditeljskog stresa u obiteljima djece s teškoćama u razvoju. **Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja**, 48 (2), 66-75.
60. Miller, D. J., Derefinko, K. J., Lynam, D. R., Milich, R. & Fillmore, M. T. (2010). Impulsivity and attention deficit-hyperactivity disorder: Subtype classification using the UPPS impulsive behavior scale. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, 32: 323-332
61. Miller, M., Nevado-Montenegro, A. J. & Hinshaw, S. P. (2012). Childhood executive function continues to predict outcomes in young adult females with and without childhood-diagnosed ADHD. **Journal of Abnormal Child Psychology**, 40 (5), 657-668.
62. Moen, O. L., Hall-Lord, M. L. & Hedelin, B. (2011). Contending and adapting every day: Norwegian parents' lived experience of having a child with ADHD. **Journal of Family Nursing**, 17 (4), 441-462.

A. Bartolac: Socijalna obilježja svakodnevnog života djece i mladih

63. Monastra, V. J. (2008). **Unlocking the potential of patients with ADHD**. Washington DC: APA.
64. Mueller, A. K., Fuermaier, A. B. M., Koerts, J. & Tucha, L. (2012). Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. **Attention Deficit Hyperactivity Disorder**, 4 (3), 101-114.
65. Musser, E. D., Backs, R. W., Schmitt, C. F., Ablow, J. C., Measelle, J. R. & Nigg, J. T. (2011). Emotion regulation via the autonomic nervous system in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). **Journal of Abnormal Child Psychology**, 39 (6), 841-852.
66. Nikolas, M., Friderici, K., Waldman, I., Jernigan, K. & Nigg, J. T. (2010). Gene x environment interactions for ADHD: synergistic effect of 5HTTLPR genotype and youth appraisals of inter-parental conflict. **Behavioral & Brain Functions**, 6, 23-37.
67. Norvilitis, J., Scime, M. & Lee, J. (2002). Courtesy stigma in mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A preliminary investigation. **Journal of Attention Disorders**, 6 (2), 61-68.
68. Nur, N. & Kavakcı, O. (2010). Elementary school teachers' knowledge and attitudes related to attention deficit hyperactivity disorder. **Healthmed**, 4 (2), 350-355.
69. Ozdemir, S. (2009). Peer functioning in children with ADHD: A review of current understanding and intervention options. **Current Issues in Education**, 12 (10), 2-38.
70. Ozdemir, S. (2010). A comparison of problem behavior profiles in Turkish children with AD/HD and non-AD/HD children. **EJREP**, 8 (1), 281-298.
71. Peters, K. & Jackson, D. (2009). Mothers' experiences of parenting a child with attention deficit hyperactivity disorder. **Journal of Advanced Nursing**, 65 (1), 62-71.
72. Podolski, C. & Nigg, J. T. (2001). Parent stress and coping in relation to child ADHD severity and associated child disruptive behavior problems. **Journal of Clinical Child Psychology**, 30 (4), 503-513.
73. Qian, Y., Shuai, L., Cao, Q., Chan, R. C. & Wang, Y. (2010). Do executive function deficits differentiate between children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and ADHD comorbid with oppositional defiant disorder? A cross-cultural study using performance-based tests and the behavior rating inventory of executive function. **The Clinical Neuropsychologist**, 24 (5), 793-810.
74. Qiu, M., Ye, Z., Li, Q., Liu, G., Xie, B. & Wang, J. (2011). Changes of brain structure and function in ADHD children. **Brain Topography**, 24 (3-4), 243-252.
75. Reimer, B., Mehler, B., D'Ambrosio, L. A. & Fried, R. (2010). The impact of distractions on young adult drivers with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). **Accident Analysis & Prevention**, 42 (3), 842-851.

76. Rešić, B., Solak, M., Rešić, J. & Lozić, M. (2007). Poremećaj pažnje s hiperaktivnošću. **Paediatrica Croatica**, 51 (1), 170-179.
77. Rhodes, S. M., Park, J., Seth, S., & Coghill, D. R. (2012). A comprehensive investigation of memory impairment in attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 53(2), 128-137.
78. Richards, T., Deffenbacher, J. & Rosén, L. (2002). Driving anger and other driving-related behaviors in high and low ADHD symptom college students. **Journal of Attention Disorders**, 6 (1), 25-38.
79. Rinn, A. N. & Reynolds, M. J. (2012). Overexcitabilities and ADHD in the gifted: An examination. **Roeper Review**, 34 (1), 38-45.
80. Ruu-Fen, T., Yue-Cune, C. & Shen-Ing, L. (2009). The association between children's ADHD subtype and parenting stress and parental symptoms. **International Journal of Psychiatry in Clinical Practice**, 13 (4), 318-325.
81. Schmitz, M. F., Filippone, P. & Edelman, E. M. (2003). Social representations of attention deficit/hyperactivity disorder, 1988-1997. **Culture & Psychology**, 9 (4), 383-406.
82. Sekušak - Galešev, S. (2005). Hiperaktivnost. **Dijete i društvo**, 7 (1), 40-57.
83. Solem, M., Christophersen, K. & Martinussen, M. (2011). Predicting parenting stress: children's behavioural problems and parents' coping. **Infant & Child Development**, 20 (2), 162-180.
84. Stevens, J., Quittner, A. L., Zuckerman, J. B. & Moore, S. (2002). Behavioral inhibition, self-regulation of motivation, and working memory in children with attention deficit hyperactivity disorder. **Developmental Neuropsychology**, 21 (2), 117-139.
85. Taylor, E. (2010). Children with ADHD at increased risk of adolescent ADHD, ODD, anxiety or depression and functional impairment. **Evidence-based Mental Health**, 13 (14), 110.
86. Theule, J., Wiener, J., Rogers, M. A. & Marton, I. (2011). Predicting parenting stress in families of children with ADHD: Parent and contextual factors. **Journal of Child And Family Studies**, 20 (5), 640-647.
87. Tseng, W., Kawabata, Y., Gau, S. S. (2011). Social adjustment among taiwaneese children with symptoms of ADHD, ODD, and ADHD Comorbid with ODD. **Child Psychiatry Human Development**, 42, 134-151.
88. Tye, C., Rijdsdijk, F., Greven, C. U., Kuntsi, J., Asherson, P. & McLoughlin, G. (2012). Shared genetic influences on ADHD symptoms and very low-frequency EEG activity: A twin study. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 53 (6), 706-715.

A. Bartolac: Socijalna obilježja svakodnevnog života djece i mladih

89. Van Oortmerssen, K., Van de Glind, G., Van den Brink, W., Smit, F., Crunelle, C. L., Swets, M. & Schoevers, R. (2012). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: A meta-analysis and meta-regression analysis. **Drug and Alcohol Dependence**, 122 (1-2), 11-19.
90. Vohs, K. D. & Baumeister, R. F. (2004). Understanding self-regulation: An introduction. In: Baumeister, R. F. & Vohs, K. D. (eds.), **Handbook of self-regulation. Research, theory, and applications**. New York: Guilford Press
91. Webb, J. T. & Latimer, D. (1993). ADHD and children who are gifted. **Exceptional Children**, 60 (2), 183-84.
92. White, H. A. & Shah, P. (2006). Uninhibited imaginations: Creativity in adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. **Personality & Individual Differences**, 40, 1121-1131.
93. White, J. & Buehler, C. (2012). Adolescent sexual victimization, ADHD symptoms, and risky sexual behavior. **Journal of Family Violence**, 27 (2), 123-132.
94. Willcutt E. G., Doyle A. E., Nigg J. T., Faraone S. V. & Pennington B. F. (2005): Validity of the executive function theory of ADHD: A meta-analytic review. **Biological Psychiatry**, 57, 1336-1346.
95. Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V. & Pennington, B. F. (2005). Validity of the executive function theory of ADHD: A meta-analytic review. **Biological Psychiatry**, 57: 1336-1346.
96. Wolraich, M., Wilson, D. & White, J. (1995). The effect of sugar on behavior or cognition in children. A meta-analysis. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, 274 (20), 1617-1621.
97. Wood, A. C. & Neale, M. C. (2010). Twin studies and their implications for molecular genetic studies: Endophenotypes integrate quantitative and molecular genetics in ADHD Research. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, 49 (9), 874-883.
98. Young, S. & Gudjonsson G. H. (2006). ADHD symptomatology and its relationship with emotional, social and delinquency problems. **Psychology, Crime & Law**, 12 (5), 463-471.

Andreja Bartolac

University of Applied Health Studies, Zagreb

SOCIAL ASPECTS OF EVERYDAY LIFE OF CHILDREN AND YOUTH WITH ADHD

SUMMARY

Recognizing and understanding different causes and manifestations of children's behaviour carries importance for all professionals who work with children, regardless of whether their field of work is within the welfare system, health or education. It is especially so if the development of social competences of a child goes beyond the social expectations and norms. This paper focusses on social aspects of children's self-control developmental difficulties and difficulties in social functioning called attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD), which have been investigated based on recent literature and research. The challenges faced by those children and their parents were described taking into consideration two aspects of the issue: developmental difficulties in a child's self-regulation and adaptation causing social dysfunction, and facing the lack of social understanding. The paper gives a brief overview of studies that describe the attitudes of the social environment of a child with ADHD, as well as the stigma attributed to children and indirectly to their parents (the so-called courtesy stigma). Moreover, the paper describes the experience of parenting and challenges in upbringing in terms of coping with parenting stress, as well as several risks of social functioning of children and adolescents with ADHD found prominently in the literature. Finally, potentials of those children and possible factors of success in everyday life are highlighted, as well as a critical review of research methodology. The paper is aimed at professionals, who in their professional lives meet with children and young people who have difficulties with social adjustment, in order to understand the difficulties faced by these children and their parents better. In addition, a review of the international literature offers a framework for planning research which will be contextually appropriate for domestic researchers.

Keywords: ADHD, social functioning, attitudes, stigma, parenting stress.