

Problemi i poteškoće školske djece s ADHD sindromom

Zrinka Puharić, Dijana Vrbnjak, Goranka Rafaj
Visoka tehnička škola Bjelovar, Stručni studij sestrinstva

Ključne riječi: ADHD, hiperaktivnost, školsko dijete
Key words: ADHD, hyperactivity, school child

Uvod

Deficit pozornosti s hiperaktivnošću-ADHD (eng. Attention Deficit Hyperactivity Disorder) jedan je od najčešćih neurorazvojnih poremećaja dječje i adolescentne dobi. Poremećaj je prisutan kod djece, adolescenata i odraslih. Učestalost ovog poremećaja zastupljena je kod 2- 7% školske populacije, ovisno o instrumentu ispitivanja (1). Mnoga istraživanja ukazuju na referalne podatke o dječacima i općenito muškom spolu u kojih je prevalencija ADHD veća. Ti podaci po spolu možda se više očituju zbog većeg iskazivanja simptoma u dječaka te u njihovom povećanom izlaganju raznih ponašanja u okolini kao i povreda (2).

ADHD nije fenomen koji pripada samo suvremenom dobu. Još prije 2500 godina Hipokrat opisuje stanje koje je nalik na današnji pojam ADHD-a. Znanstveni opisi hiperaktivnog ponašanja pojavili su se tek 1902. godine u radovima Stilla koji je u Engleskoj opisao 43-je impulzivne djece sa značajnim problemima u ponašanju uzrokovanim genetičkom disfunkcijom, a ne lošim odgojem: danas bi se ta djeca dijagnosticirala kao djeca s hiperaktivnim poremećajem (3).

U pedesetim godinama prošlog stoljeća rađa se pojam MCD-a, odnosno minimalne cerebralne disfunkcije koji prethodi današnjem konceptu ADHD-a. Osamdesetih godina 20. stoljeća prvi se put spominje ADD (engl. Attention Deficit Disorder) u DSM III. klasifikaciji. Poboljšanjem dijagnostičkih kriterija 1994. godine u sklopu DSM IV. definirani su kriteriji prema kojima danas postavljamo dijagnozu ADHD-a(4).

Prema novijim istraživanjima uzrok leži u biološkoj različitosti funkcioniranja središnjeg živčanog sustava, koja proizlazi iz naslijeđa ili je posljedica nepovoljnih čimbenika što mogu djelovati tijekom trudnoće, porođaja ili nakon djetetova rođenja.

Među nepovoljnim čimbenicima koji se navode kao uzroci ADHD-a su neurotoksični teški metali, osobito olovo, preuranjeni porođaj i mala porođajna težina, slabo zdravlje majke, dob majke, iscrpljenost majčinog organizma tijekom trudnoće, fetalna iscrpljenost, eklampsija (komplikacija u trudnoći koja se kod trudnice očituje grčevima, povišenim tlakom i poremećajima svijesti) i toksemija (prisustvo toksina u krvi) u trudnoći, osobito pušenje u trudnoći. Povezuje se i s konzumiranjem kokaina i alkohola tijekom trudnoće, poglavito s poteškoćama učenja (5).

Na temelju istraživanja pokazano je da je dopaminergički sustav najvažniji u patogenezi ADHD-a (6).

Simptomi ADHD-a moraju se pojaviti prije sedme godine života i trajati najmanje 6 mjeseci. Također bi trebali biti prisutni u dva ili više okruženja (npr. u školi i kući), budući da poremećaj ponašanja djeteta može biti rezultat prevelikih zahtjeva okoline, a faktor okoline se otklanja ako promatramo više različitih sredina(7).

Manifestacije ponašanja su:

- Počinje raditi prije negoli je dobilo upute i shvatilo ih,
- Gleda kako rade druga djeca, a ne pokušava uraditi samo,
- Radi prebrzo i čini nepotrebne pogreške, a ne pogreške povezane s neznanjem,
- Stalno je u pokretu, sve dodiruje i ne može duže vrijeme sjediti na jednome mjestu,
- Na pitanja odgovara prebrzo i ne daje si dovoljno vremena da razmisli,
- Nije sposobno slijediti upute koje se daju cijeloj grupi,
- Ne može zapamtiti upute, iako nema teškoća s pamćenjem,
- Prelazi s jedne aktivnosti na drugu i rijetko kada završava započete zadatke,

- Ima teškoća u organiziranju pismenih radova: oni su obično zbrkani,
- Pogrešno tumači jednostavne izjave, ne razumije mnoge riječi i rečenice,
- Može ponoviti izjave koje su mu rečene prije dosta vremena, a ne može ponoviti one koje su rečene nedavno,
- Lako posrne i padne, nespretno baca predmete ili mu oni padaju iz ruku,
- Lako se povodi za onom djecom koja puno pričaju i prave buku, često potpuno prekine rad da bi im se pridružio,
- Previše je pričljivo, često prekida razgovor,
- Često napušta klupu i nešto pretražuje po razredu, dok druga djeca mirno sjede,
- Ne pazi kada nastavnik nešto objašnjava, gleda nekamo drugdje,
- Često kaže: "Ne mogu to učiniti" i prije negoli pokuša, lako odustajanje posebno je uočljivo kod novih zadataka,
- Govori, pjeva i šapće samo sebi,
- Ne može izraziti misli na logičan i razumljiv način (8).

Djeca s navedenim poremećajem teško prihvaćaju socijalne zahtjeve koji se od njih očekuju za određenu dob (kontrola poriva, tolerancija na frustracije). Emocionalne veze s roditeljima i odgajateljima su površne. Povremena vezanost i suradnja motivirani su nekim očekivanjem. Lako stječu poznanike, ali ih ne mogu duže zadržati. Zbog potrebe za dominacijom teško se ili nikako ne mogu prilagoditi grupi, te ih zbog takvog ponašanja vršnjaci isključuju iz grupe. Tada im nerijetko ostaje i „pomaže“ samo agresija. Prilikom utvrđivanja dijagnoze važno je imati na umu da u djetetovom razvoju postoje problemi psihološke ili zdravstvene prirode, koji mogu proizvesti ponašanja slična deficitu pozornosti i hiperaktivnom poremećaju. Zdravstveni uvjeti koji privremeno mogu uzrokovati simptome ponašanja koji izgledaju kao ADHD simptomi poput infekcija srednjeg uha koje uzrokuju probleme sa sluhom, poteškoće s vidom, tjeskoba, depresija, emocionalni problemi vezani uz okolinu i obitelj u kojoj dijete

živi, smrt nekog člana obitelji, razvod roditelja, gubitak zaposlenja roditelja, stresne situacije u školi i drugo. Stoga je važno da u dijagnosticiranju ADHD-a sudjeluje, multidisciplinarni tim (pedijatar, neurolog, psiholog, defektolog-rehabilitator, logoped, dječji psihijatar).

Liječenje

Potpuno izlječenje od poremećaja pozornosti s hiperaktivnošću danas je još uvijek nemoguće.

U farmakološkoj terapiji ADHD-a najčešće se primjenjuju stimulansi središnjeg živčanog sustava. Stimulansi pojačavaju inhibitorni utjecaj prefrontalne kortikalne regije i tako reduciraju hiperaktivnost. Njihova je učinkovitost kratkotrajna i privremena, ali ipak u 60% do 80% slučajeva mogu smanjiti hiperaktivnost, nepažnju, impulzivnost i agresivnost školske djece te poboljšati motoričku koordinaciju i rukopis.

U psihosocijalnom pristupu koristi se bihevioralna terapija, usmjerena unapređenju ciljanih ponašanja ili vještina, ali nije tako učinkovita u smanjenju ključnih simptoma nepažnje, hiperaktivnosti ili impulzivnosti. Usmjerena je na detaljnu procjenu problematičnih ponašanja te onih uvjeta i okoline koji potiču ta ponašanja, razvoj strategija koje će proizvesti promjenu u okolini pa tako i promjenu djetetova ponašanja i ponavljane procjene, kako bi se vrjednovao uspjeh intervencije. U tom pristupu identificiraju se pozitivne i negativne posljedice u okolini, koje povećavaju i smanjuju učestalost određenog ponašanja, a zatim modificiraju kako bi se smanjila problematična ponašanja, a povećala ona prihvatljiva

Praćenje uspješnosti različitih tretmana pokazalo je najveću učinkovitost upravo kombiniranog, multimodalnog pristupa koji uključuje korištenje različitih psihosocijalnih i psihoedukacijskih tehnika u koje su uključeni dijete, roditelji, škola, odnosno važne osobe za dijete u različitim socijalnim situacijama, u kombinaciji sa korištenjem lijekova(9).

Predlagane su mnoge alternativne metode liječenja kod ADHD, međutim nema kontroliranih kliničkih istraživanja koja bi potvrdila njihovu učinkovitost. Najpoznatija je Fiengoldova

dijeta kod koje se iz prehrane isključuju salicilati, umjetne boje i aditivi. Vitamin B6, cink, multivitamini i omega 3 su također predlagane kao potencijalno korisni kod ADHD-a (10,11). Blagi stimulansi kofein i teobromin također mogu pomoći u kontroliranju simptoma kod neke djece (12).

Prikaz slučaja

Dječak (14), rođen iz majčine druge trudnoće, 3600 g, 53 cm, Apgar 8/10. Porod težak, završen vakumom. U ranim mjesecima života zabilježen i primijećen sporiji neuromotorički razvoj. Samostalno prohodao sa 18 mjeseci. Sa 3 godine kreće u vrtić. Teže se socijalizira, nemiran, agresivan prema vršnjacima, izbjegava zadatke. Shvaćen kao neodgojeno, asocijalno dijete, vrtić sugerira majci ispisivanje. Majka je promijenila ustanovu, no nezadovoljstvo se ponavlja. Nemiran, teže shvaća, ne slijedi upute, ne uspostavlja dugotrajniji socijalni kontakt. Sa 6 godina dolazi na psihomotorički pregled za upis u 1. razred. Prvi put se susreće s psihologom, koji na testiranju otkriva prosječni intelektualni nivo funkcioniranja, neverbalni dio bolji od verbalnog. Zajedno sa specijalistom školske medicine upućuje dijete na Timsku obradu u Kliniku za dječje bolesti. Potvrđena dijagnoza ADHD, prepisan Ritalin te uključivanje na psihoterapiju obitelji. Kreće u 1. razred. Učenici s ADHD poremećajem, ovisno o složenosti poremećaja, mogu:

- (1) pratiti propisane nastavne sadržaje uz individualizirani pristup i prilagođenim metodama i oblicima rada, uz dodatnu pomoć defektologa i/ili socijalnog pedagoga;
- (2) pratiti nastavu po prilagođenom programu, uz prilagođene oblike rada i pomoć defektologa i/ili socijalnog pedagoga; i
- (3) pratiti nastavni proces u posebnim razrednim odjelima. Neprihvaćen od strane učenika i učiteljice koji ne razumiju i ne znaju raditi s tako zahtjevnom djecom. U razredu je 27 učenika. Stručno povjerenstvo škole predlaže školovanje po prilagođenom programu (13,14,15).

Majka se ne slaže i upisuje dijete u školu specijaliziranu za rad sa djecom ADHD sindromom, udaljenu 80 kilometara od mjesta stanovanja. U razredu je 7 učenika, a učitelj je ujedno i defektolog. Zahtjevi su prilagođeni sposobnostima djeteta, školski uspjeh bolji. Dječak završava osnovnu školu s vrlo dobrim uspjehom po posebnom programu i upisuje jedno od obrtničkih zanimanja. Planira se i ukidanje terapije Ritalinom, pojedini simptomi ADHD sindroma se ublažuju. Bolje je prihvaćen u skupini sličnih vršnjaka.

Zaključak

Iz podataka je vidljivo da je ovom dječaku stručna pomoć upućena tek sa šest godina, kada je on već prilično velik i stekao je neke životne navike. Zanimljivo je da u vrtiću nitko od odgajatelja nije posumnjao na ADHD, nego je dijete jednostavno odbačeno iz te sredine. Na neki način možemo zaključiti da je osoblje nedovoljno educirano za takve slučajeve. Nadalje problem se nastavlja i kada dijete kreće u redovnu osnovnu školu. Smatramo kada bi bila bolja frekvencija defektologa u školskim ali i drugim ustanovama do ovakvih većih problema ne bi dolazilo i sve bi moglo biti prije riješeno. U Bjelovarsko-bilogorskoj županiji nema niti jedan razred za djecu sa posebnim potrebama što uključuje i ADHD sindrom, što je predviđeno Državnim pedagoškim standardom osnovnoškolskog sustava odgoja i obrazovanja što bi bilo izrazito olakšavajuće za roditelje, djecu, ali i nastavnike koji nisu navikli na rad s takvim djetetom (16).

Djetetu s ADHD poremećajem, pri učenju, učitelj može pomoći na sljedeći način:

- nastavno gradivo podijeli u manje sadržajne cjeline;
- postaviti realne ciljeve u skladu s djetetovim mogućnostima;
- omogućiti učenje u "malim koracima";
- složene upute rastaviti na nekoliko jednostavnijih, i pritom tražiti od djeteta da ponovi što treba učiniti kako bi se provjerilo je li razumjelo što mu je činiti;

- prednost dati usmenom ispitivanju, jer dijete s navedenim poremećajem polučuje bolje rezultate i lakše iskazuje svoja znanja pri usmenom izražavanju;
- ne dati djetetu kratke vremenske rokove, jer ce, bude li radio u žurbi i pod pritiskom, rezultati biti znatno slabiji;
- pri davanju uputa (cijelom razredom odjelu) stati pokraj takva djeteta i pritom, pri objašnjavanju, koristi njegov pribor;
- hiperaktivno dijete smjestiti u prvu klupu, jer ce ga na tom mjestu najmanje ometati događanja u razredu i najmanja je mogućnost interakcije s drugim učenicima tijekom nastavnog rada, jace se usmjerava na učitelja i njegov rad;
- istaknuti na prikladan način (na primjer, flomasterom u boji) rijeci, slike i pojmove kako bi se učenikova pažnja usmjerila upravo na te bitne informacije i činjenice.

Pored navedenog, učitelj hiperaktivnom djetetu pri učenju može pomoći i tako da:

- (a) mu pomogne u određivanju razumnog početka i krajnjeg vremena za izradu obveze;
- (b) da ga pohvaljuje i nagrađuje za dovršenje zadatka unutar predviđenog vremena;

i da se:

- (c) naglase učenikovi interesi, dajući mu priliku da se istakne u najboljem svjetlu.

Kako je hiperaktivno dijete nepažljivo, ono čuje samo dijelove komunikacijske poruke, pa je od osobite važnosti da se provjeri je li dijete primilo poruku u cijelosti.

U komunikacijskom procesu, učitelj se može koristiti sljedećim postupcima:

- (1) Uspostaviti kontakt očima, tj. razgovarati s djetetom gledajući ga.
- (2) Govoriti jasno i razgovijetno, normalnom jačinom glasa, nije potrebno vikati, izdavati naredbe.
- (3) Upute i zahtjeve iskazati na jednostavan i precizan način, valja naglasiti ono što se želi da dijete uradi, izbjegavati davanje negativnih zahtjeva, ne isticati ono što se ne želi da dijete uradi.

(4) Provjeriti je li dijete čulo danu informaciju (uputu, zahtjev), tražeći da ponovi ono što je rečeno. Ponovi li točno iskazanu informaciju (uputu, zahtjev), prilika je da se pohvali njegova točna percepcija riječi(17).

Literatura

1. Barkley RA. Taking charge of ADHD. The Guilford Press, New York , 2000.
2. DSM-IV-TR workgroup (2000); The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Text Revision, Washington, DC, American Psychiatric Association.
3. Russell A. Barkley: The Relevance of the Still Lectures to Attention Deficit Hyperactivity Disorder A Commentary. *J Atten Disord* 2006;10:137.
4. Comings DE, Gade-Andavolu R, Gonzales N et al. Comparison of the role of dopamine, serotonin, and noradrenaline genes in ADHD, ODD and conduct disorder: multivariate regression analysis of 20 genes. *Clin Genet* 2000;57:178-96.
5. Boschitz C. Djeca, roditelji i odgoj: kako razumjeti i odgajati djecu. Zagreb, 2004, Naklada Fran.
6. Pauls DL. The genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatr* 2005; 57: 1310-12.
7. B. Rešić i sur. Poremećaj pažnje s hiperaktivnošću. *Paediatr Croat* 2007; 51 (Supl 1): 170-179.
8. Pelham WE, Fabiano G. Behavior modification. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000; 9: 671-688.
9. Jurin M, Sekušak-Galešev S. Poremećaji pozornosti s hiperaktivnošću ADHD-multimodalni pristup. *Paediatr Croat* 2008; 52(3):195-202.
10. Schnoll R, Burshteyn D, Cea-Aravena. Nutrition in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: a neglected but important aspect. *J. Appl Psychophysiol Biofeedback* 2003; 28 (1): 63-75.
11. Singh M. Essential fatty acids, DHA and human brain. *Indian J Pediatr* 2005; 72 (3): 239-42.
12. Leon MR. Effects of caffeine on cognitive, psychomotor, and affective performance of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Atten Disord* 2000; 4 (1): 27-47.
13. Zakon o osnovnom školstvu NN 59/1990 čl.60 i 61
14. Pravilnik o upisu djece u osnovnu školu NN 13/91
15. Pravilnik o osnovnoškolskom odgoju i obrazovanju učenika s teškoćama u razvoju NN 23/1991
16. Pravilnik o osnovnoškolskom odgoju i obrazovanju učenika s teškoćama u razvoju NN 59/1990
17. Državni pedagoški standard osnovnoškolskog sustava odgoja i obrazovanja-mjerila za ustroj mreža škola na područjima županija, Zagreb, 2008
18. Kadum Bošnjak S: Dijete s ADHD poremećajem i škola. *Metodički obzori* 2006; 1(2):113-121.