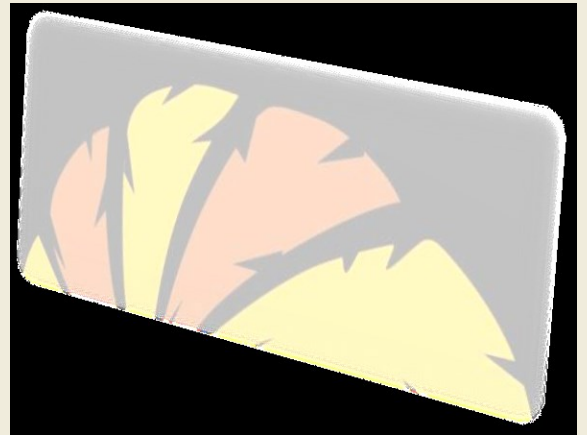


“Tako velik, pa še vedno nevzgojen.”

- Mavričnost otrok z ADHD



Zbornik prispevkov s strokovne konference
Ljubljana, 14. 4. 2017



Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

Mavrični Bojevniki, Zavod za pomoč otrokom
z motnjo pozornosti in hiperaktivnostjo ADHD

“Tako velik, pa še vedno nevzgojen.”
Mavričnost otrok z ADHD



“Tako velik, pa še vedno nevzgojen.” - Mavričnost otrok z ADHD.
Zbornik prispevkov s strokovne konference Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani in
Zavoda za pomoč otrokom z motnjo pozornosti in hiperaktivnostjo ADHD »Mavrični
Bojevniki«, 14. 4. 2017

Uredile: Urška Sešek, Marija Milavec Kapun, Nina Steklasa

Avtorstvo fotografij: Mavrični bojevniki

Jezikovni pregled in oblikovanje: Urška Sešek

Oblikovanje je usklajeno s smernicami British Dyslexia Association.

Izdajatelj: Zdravstvena fakulteta Univerze v Ljubljani

Elektronska publikacija

Ljubljana, 2017

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616.89-008.47-053.2(082)(0.034.2)
376-053.2(082)(0.034.2)

TAKO velik, pa še vedno nevzgojen - mavričnost otrok z ADHD [Elektronski vir] : zbornik
prispevkov s strokovne konference, Ljubljana, 14. 4. 2017 / uredile Urška Sešek, Marija Milavec
Kapun, Nina Steklasa ; avtorstvo fotografij Mavrični bojevniki. - El. knjiga. - Ljubljana : Zdravstvena
fakulteta, 2017

Način dostopa (URL): <http://www2.zf.uni-lj.si/images/stories/datoteka/Zalozba/ADHD.pdf>

ISBN 978-961-6808-75-0 (pdf)
1. Sešek, Urška, 1973-
290677504

KAZALO

1. TEMELJNI VIDIKI ADHD

ADHD - motnja pozornosti in hiperaktivnosti (Katja Brlan, Jure Kajzar, Nika Pušenjak, Tina Burger).....	4
Nevropsihološki vidiki ADHD (Teja Bandel Castro).....	10
Vpliv ADHD na družinsko življenje: vidik zdravstvene nege (Janja Rebolj, Marija Milavec Kapun, Dejan Sotirov).....	17
Vloga prehrane pri obravnavi otroka z ADHD (Ruža Pandel Mikuš).....	23
So psihostimulansi res edina pot obravnave otrok z ADHD? (Mateja Božnar, Samantha Berginc)	34
Kako razumeti vedenje otroka z ADHD in mu učinkovito pomagati (Radovan Radetić)	40

2. OTROK / MLADOSTNIK Z ADHD IN INSTITUCIJE

Otrok z ADHD in svetovalno delo psihologa v predšolski vzgoji (Esmira Behrić).....	42
Nemirni otrok v vrtcu (Sergeja Zemljarič).....	55
Usmerjanje otrok s posebnimi potrebami (Simona Rogelj).....	63
»Saj bi, pa ne gre ...« - Otrok z ADHD v OŠ: primer dobre prakse (Nives Kodrun, Dominika Peršak, Simona Levč).....	69
ADHD z vidika predmetne didaktike (Urška Sešek).....	74
ADHD v razredu (Suzana Pulec Lah).....	79
Pomoč otrokom in mladostnikom z ADHD v VIZ Smlednik (Marjeta Dečman, Nataša Kmet)	88

3. PRIMERI DOBRE PRAKSE: NEFARMAKOLOŠKA OBRAVNAVA

Spodbujanje aktivne pozornosti (Sanja Draksler, Darja Korpnik).....	93
Prvo srečanje z družino, ki ima otroka s težavami (Marko Juhant).....	99
Okoljska stimulacija pri osebah z ADHD: glasba in telesna dejavnost (Aida Djogić, Meta Pleško).....	101
Biofeedback terapija in ADHD (Žiga Kovačič, Barbara Skutnik, Nika Pušenjak, Tina Burger).....	105
Tabor Mavrični Bojavniki (Nina Steklasa).....	112
DODATEK: fotografije s konference in 'Js sm' (Maksov 'rap')	114

1. TEMELJNI VIDIKI ADHD

ADHD - motnja pozornosti in hiperaktivnosti

Katja Brlan, Jure Kajzar (študenta zdravstvene nege, ZF UL)

dr. Nika Pušenjak, Tina Burger (bio/neurofeedback terapevtki)

Povzetek

ADHD je motnja, ki ovira psihosocialno funkcionalnost v razvojnem obdobju posameznika. Zajema okoli 5 % otrok, med katerimi je več dečkov kot deklic. Motnja se kaže s tem, da je otrok stalno v gibanju in ima težave pri usmerjanju in vzdrževanju miselne pozornosti. Etiologija motnje še ni znana, učinek zdravil, ki umirijo večino simptomatike te motnje, pa potrjuje jasno nevrofiziološko disfunkcijo. Zdravljenje poteka farmakološko in nefarmakološko. Za otroke z ADHD je potrebna dobra samopodoba, ki pa je odvisna od stopnje motnje in ne samo od vpliva družbe na posameznika.

Ključne besede: ADHD, delovanje možganov, samopodoba otrok z ADHD, ADHD in hiperkinetična motnja.

1. ADHD možgani

Večina ljudi je nevrološko opremljena za odločanje, kaj je v pomembno opraviti v določenem trenutku, in se zna za izvršitev motivirati, četudi jih naloga ne pritegne oziroma ne zanima. To pa ne velja v enaki meri za posameznike z motnjo ADHD oziroma za ADHD možgane. Znanstveniki, ki so preučevali možgane, so ugotovili, da pomanjkljivosti pri specifičnih nevrottransmiterjih botrujejo pojavu motenj, kot so anksioznost, motnje razpoloženja, težave z obvladovanjem jeze in obsesivno-kompulzivna motnja. ADHD je bila prva motnja, pri kateri so odkrili, da se pojavi kot posledica pomanjkljivosti nevrottransmitterja noradrenalina. Tako kot vsi nevrottransmiterji se tudi noradrenalin sintetizira v možganih. Osnovni gradnik vsake noradrenalinske molekule je dopa. Ta majhna molekula se pretvori v dopamin, ki se nato pretvori v noradrenalin.

ADHD motnja pomeni oslABLJENO nevrottransmittersko aktivnost v štirih funkcionalnih možganskih regijah. Prva je **frontalni korteks**, odgovoren za ohranjanje pozornosti, organizacijo in izvršilne funkcije. Pomanjkanje noradrenalina v tej možganski regiji povzroča nepozornost, težave z organizacijo in/ali slabše izvršilne funkcije. **Limbični sistem** regulira čustva, zato deficiti v tej regiji lahko povzročijo nemir, nepozornost in čustveno nestabilnost. **Bazalni gangliji** so živčne mreže, ki regulirajo in usmerjajo komunikacijo različnih možganskih regij, zato se deficiti v njih lahko kažejo kot impulzivnost ali nepozornost. **Retikularni aktivacijski sistem (RAS)** pa je regija, v kateri deficiti lahko povzročijo hiperaktivnost, impulzivnost ali nepozornost.

Ker te štiri regije med seboj komunicirajo, lahko pomanjkljivost v eni regiji povzroči težavo v eni ali več ostalih regij. Znanost še vedno ne ve, katera možganska regija je izvor ADHD simptomov. Prav tako se še vedno ne ve, ali je težava v pomanjkljivosti samega

noradrenalina ali v njegovih kemičnih sestavinah, dopi in dopaminu. Tako se morajo strokovnjaki zanašati na svoje klinične izkušnje, da bi lahko določili, ali oseba potrebuje zdravilo, katero in v kakšnih odmerkih (Bear, 2016).

2. Razširjenost ADHD

Primanjkljaj pozornosti in motnja hiperaktivnosti (ADHD) je nevrolško razvojna motnja, ki jo opazimo pri 3 - 7 % populacije. Shaw s sodelavci (2012) s pregledom literature ugotavlja, da je prevalenca v svetovnem merilu 5,29 % otrok v šolskem obdobju in okoli 2,5 % (Simon, 2009) - 4 % med odraslo populacijo. To pomeni, da je v razredu s 25 otroki približno en otrok z ADHD. ADHD je pogosta motnja v otroštvu, ki ovira psihosocialno funkcionalnost v razvojnem obdobju. Diagnozo največkrat potrdijo dečkom. Nekateri viri trdijo, da je 75 % deklet z motnjo ADHD spregledanih. Pri obojih pa lahko opazimo težave z vzdrževanjem miselne pozornosti (Lasisi et al., 2017), nemir, stalno potrebo po gibanju, nepotrpežljivost, nestrpnost, zmanjšano previdnost ter nenamerno poškodovanje in izgubljanje stvari. V odnosih so ti otroci pogosto netaktni, vmešavajo se v pogovore in opravila drugih, zaradi česar se pogosteje znajdejo v sporih in neprijetnih situacijah (Pregelj et al., 2013).

Med spoloma je nekaj razlik glede simptomatike; pri fantih je pogosteje opaziti impulzivnost in nagnjenost k agresivnem vedenju, pri deklicah pa je pogostejše ponotranjenje nepozornosti. Prav zato so dekleta manj moteča pri pouku in posledično redkeje napotena k specialistu (Bruckmüller et al., 2012, cit. po Chandler and Parsons, 2015). Pri dekletih se skupaj z diagnozo lahko pojavi tudi depresija (Lundervold, Hinshaw, Sørensen in Posserud, 2016).

3. ADHD ali HIPERKINETIČNA MOTNJA

V svetu se uporabljata dva sistema klasifikacije te nevrolške motnje, ICD-10 in DSM-5, oba sta na splošno skladni v svojih operacionalizaciji različnih simptomov ADHD, vendar se razlikujeta glede na podtipe in dodatna merila. Slovenija in ostali del sveta, ki uporablja MKB 10, to simptomatiko poimenuje z izrazom hiperkinetična motnja. Ves anglosaksonski svet in druge države, kjer uporabljajo klasifikacijo DSM-5, ter praktično vse raziskave, pa govorijo o motnji pozornosti in koncentracije s hiperaktivnostjo ali brez nje. Problem različnega poimenovanja podobnih simptomov ni samo semantičen, ampak so diagnostični kriteriji v resnici pomembno različni (DSM-5 ima širše in manj stroge diagnostične kriterije). Poleg različnih statističnih rezultatov glede prevalence (za ADHD je povprečno 5 %, za hiperkinetično motnjo pa 1-2 %) je različen tudi pristop k zdravljenju (Gregorič Kumperščak, 2015). Za slovenski prostor statističnih podatkov še nimamo.

Današnji strokovnjaki, ki obravnavajo otroke in mladostnike, so se v času svojega formalnega izobraževanja učili, da hiperkinetična motnja z vstopom v odraslo obdobje izzveni, vendar vedno več študij kaže na to, da se simptomatika nadaljuje v odraslo dobo, vendar v drugačni obliki kot izražanje potrebe po gibanju. Preide v notranje izražanje, ki je lahko veliko bolj destruktivno in negativno vpliva na zdravje posameznika. To pomeni, da je pri osebah, ki niso bile že v otroštvu diagnosticirane in/ali ustrezno obravnavane velika večja verjetnost sopojava bolezni v odrasli dobi, po nekaterih raziskavah kar v 70 % (Lara, 2009).

Obe klasifikaciji bolezni (MKB-10 in DSM-5) vključujeta 18 diagnostičnih postavk (simptomov) za diagnosticiranje ADHD in hiperkinetične motnje (Banaschewski in Augusto Rohde, 2015) in se pri opisu ne razlikujeta. Lahko jih razdelimo v dve (DSM-5), oziroma tri skupine (MKB- 10),

vendar so diagnostični kriteriji za postavitve diagnoze HKM bistveno strožji. Glavni simptomi ADHD in hiperkinetične motnje so nepozornost, impulzivnost in hiperaktivnost. Ti simptomi morajo biti prisotni od zgodnjih let (pred 6. letom starosti po MKB-10 oz. pred 12. letom po DSM-5). Prisotni morajo biti vsaj v dveh okoljih, npr. pri socialnih interakcijah in doma, ter povzročati večje motnje funkcioniranja posameznika (Banaschewski in Augusto Rohde, 2015).

Za diagnozo hiperkinetične motnje (MKB-10) je treba potrditi, da so prisotni simptomi iz vseh treh skupin (vsaj šest simptomov pomanjkljive pozornosti, trije simptomi hiperaktivnosti, en simptom impulzivnosti), prisotni morajo biti več kot 6 mesecev in jasno izraženi (moteči za okolje in prepoznavni kot neustrezni glede na starost), pojavljajo vsaj v dveh okoljih. Pomembna je funkcionalna oškodovanost na šolskem, socialnem in poklicnem področju. Začetek motnje mora biti zaznan pred 7 letom starosti. Pred postavitvijo diagnoze mora biti izključena kakšna druga (psihiatrična) motnja (Belec, 2015). Zanj značilen zgodnji nastanek oziroma pojavnost simptomov, pomanjkanje vztrajnosti pri dejavnostih, ki zahtevajo kognitivno zavzetost, težnja seliti se od ene aktivnosti do druge, ne da bi katero dokončal, skupaj z dezorganizirano, slabo usmerjano in pretirano aktivnostjo (MKB-10-AM, 2008).

Osnovni simptomatiki se lahko pridružijo še druga odstopanja. Otroci s hiperkinetično motnjo pogosto delujejo brezobzirno in impulzivno, nagnjeni so k nezgodam in so pogosto v konfliktih zaradi nepremišljenih kršitev pravil, ne pa iz namernega kljubovanja. V odnosu z odraslimi so lahko brez socialnih veščin, manjka jim običajne opreznosti in zadržanosti. Zaradi nepriljubljenosti med vrstniki lahko pride do izolacije. Opazi se lahko splošna prizadetost kognitivnih funkcij, pogostejši so specifični zaostanki v motoričnem in govornem razvoju. Sekundarni zapleti vključujejo disocialno vedenje in nizko samospoštovanje (MKB-10-AM, 2008).

Vsi otroci, ki izpolnjujejo kriterije za HKM, hkrati izpolnjujejo tudi kriterije za ADHD (Belec, 2015). Ravno zaradi različnih meril določanja ADHD in hiperkinetične motnje po klasifikacijah MKB-10 in DSM-5 prihaja do razlik v podatkih o prevalenci (pojavnosti) ADHD in hiperkinetične motnje v primerjavi med evropskimi državami in Združenimi državami Amerike, saj so evropske diagnostične smernice (MKB-10) za ti dve motnji strožje od ameriških (DSM-5).

4. ADHD - znaki, simptomi, etiologija

ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) je razvojna motnja, ki vključuje nepozornost in hiperaktivnost in se kaže že pred 7. letom starosti (Field, 2014). Gre za najpogostejšo motnjo, ki ovira psihosocialno funkcionalnost v razvojnem obdobju otroka (Pregelj idr., 2013).

Pred letom 1970 je bila diagnoza razmeroma redka, danes pa gre za najbolj raziskano duševno motnjo otrok in mladostnikov. Kljub temu ustrezna postavitve diagnoze in obravnava še vedno ostaja premet mnogih razprav (Dunlop in Newman, 2016). Vzrok je predvsem v tem, ker podobne simptome najdemo tudi pri otrocih in mladostnikih, ki spadajo na področje otroške psihiatrije (Jakušič, 2008) ter otrocih z motnjami avtističnega spektra in fetalnim alkoholnim sindromom. Postavitve diagnoze je težka zaradi dejstva, da je vsak posameznik drugačen, življenjske razmere ljudi kompleksne in razvojnih poti mnogo (Dunlop in Newman, 2016).

Kljub težavni postavitvi diagnoze je prav ta izjemnega pomena za izbiro ustrezne in pravočasne obravnave. Pravo diagnozo lahko postavimo le, če naredimo kakovostno izvedeno

diagnostiko in celovito oceno stanja (Dunlop in Newman, 2016). Po postavitvi diagnoze je potrebno narediti kakovosten načrt obravnave, ki obsega individualen in hkrati celosten pristop ter optimalno izbiro izmed vseh načinov zdravljenja, ki so na voljo (Chandler in Parsons, 2015).

Simptomi se kažejo v funkcionalni prizadetosti na širokem področju in nižji kakovosti življenja (Shaw idr., 2012). Otrok je stalno v gibanju, izstopa njegov neorganiziran nemir, pri zastavljenih dejavnostih in opravilih ne zdrži. Otrok je nestrpen in ni vztrajen. Mnogo se vtika v pogovore in opravila drugih (Pregelj idr., 2013).

Del simptomatike hiperkinetične motnje izhaja iz motenj osredotočanja misli, kar se kaže kot težave pri usmerjanju in vzdrževanju miselne pozornosti. Posledica je, da otrok, ki ima hiperkinetično motnjo težje ohranja osredotočenost za neko dejavnost, ki mu je pogosto zelo zanimiva, nato pa je ne dokonča (Pregelj idr., 2013). Zato so otroci z ADHD nagnjeni k depresiji in posledično bolj obremenjeni v vsakdanjem življenju, tudi v najstniških letih (Lundervold idr., 2016). To se kaže tako, da v medosebnih odnosih pri njih pogosteje prihaja do sporov in napetosti, ki izhajajo iz njihovega nemira in netaktnosti (Pregelj idr., 2013).

Etiologija motnje še ni znana, učinek zdravil, ki umirijo večino simptomatike te motnje pa potrjuje jasno nevrofiziološko disfunkcijo (Pregelj idr., 2013). Predvideva se, da je vzrok za nastanek in pojav ADHD multifaktorski in je verjetno kombinacija genetskih in okoljskih dejavnikov tveganja, vendar mehanizmi součinkovanja teh dejavnikov zaenkrat še niso znani. Primarno vlogo naj bi imelo genetsko neravnovesje presnove kateholaminov v možganski skorji, kar podpirajo raziskave strukture in delovanja možganov, raziskave na živalskih modelih in raziskave učinkov zdravil (Žagar Gabron and Drobnič Radobuljac, 2015; Deault, 2010, cit. po Chandler and Parsons, 2015).

Poleg genetskih dejavnikov, ki po nekaterih ugotovitvah prispevajo večinski delež za pojav ADHD zdravil (Žagar Gabron in Drobnič Radobuljac, 2015), so pomembni še okoljski dejavniki v času nosečnosti, rojstva in po rojstvu. V času nosečnosti so lahko to razvojne nepravilnosti možganov, kromosomske anomalije, virusni eksantem, kajenje, uživanje alkohola in kokaina, izpostavljenost svincu, anemija matere, hipotiroidizem in pomanjkanje joda. V času rojstva pa negativno vpliva nedonošenost, vnetje in slaba prekravljenost možganov (Žagar Gabron in Drobnič Radobuljac, 2015). Motnjo ADHD so našli tudi pri otrocih s poškodbo možganov, ki vključuje poškodbe parietalnega dela možganov, alkoholni fetalni sindrom in Downov sindrom (Marcdante et al., 2011, Chandler and Parsons, 2015). Prav tako lahko vplivajo kasnejša vnetja možganov, nepravilno delovanje ščitnice, vnetje srednjega ušesa, epilepsija, bolezni srca, avtoimunske in metabolične bolezni, prisotnost različnih toksinov in droge ter pomanjkanje hranil (cink, magnezij, nenasičene maščobne kisline) in mogoče tudi nekateri prehranski dodatki (sladkorji in umetna barvila) (Žagar Gabron in Drobnič Radobuljac, 2015).

5. Samopodoba otrok z ADHD

Ne glede na to, o katerih otrocih govorimo, nadarjenih ali otrocih s specifičnimi učnimi težavami, med katere spadajo tudi otroci z motnjo ADHD, je vsem skupno, da je za zdrav razvoj pomembna dobra samopodoba. Tak otrok se je sposoben prilagajati, je optimističen, čustveno stabilen in vključen v družbeno okolje. Otrok s slabo samopodobo je negotov, pogosto izraža pesimizem in ima v šoli nižje ocene (Kesič Dimic, 2009). Pri ADHD je dobra

samopodoba še bolj pomembna, saj lahko agresivno vedenje in impulzivnost vodi do slabega odnosa s starši, sorodniki in vrstniki, kar lahko privede do socialne izoliranosti (Gormez in Forbes, 2015). Vplivajo na samopodobo nimajo le socialne veščine ampak tudi stopnja motnje osebe. Tako lahko posameznik z lažjo obliko motnje oblikuje normalno samopodobo, medtem ko oseba s težjo obliko motnje največkrat oblikuje samosvojo, drugačno samopodobo (Kesič Dimić, 2009).

Ljudje v naši družbi težko sprejmejo drugačne od sebe. Osebe z motnjo lahko vzbudijo strah, odpor ali pa ravno obratno, zanimanje in radovednost. Kakšni bodo odzivi okolice na osebo z motnjo ADHD pa ni vedno mogoče predvideti.

Simptomi ADHD se ne kažejo samo pri otrocih. Novejši podatki kažejo, da do 60% posameznikov v odrasli dobi še vedno kaže iste simptome. Zato je razvoj samopodobe pomemben tudi v najstniških letih in kasneje v odrasli dobi. Ker so odrasli prepuščeni sami sebi, se lahko zaradi nedosežene akademske izobrazbe, slabih odnosov v družini in med vrstniki, razvije nizko samospoštovanje in depresija (Gormez in Forbes, 2015)

Osebe z ADHD imajo pogosto težave z odvisnostjo od psihoaktivnih substanc, kar je lahko posledica njihove impulzivnosti, hkrati pa je eden izmed razlogov samozdravljenje bolečih občutkov in nizke samopodobe (Delić, 2015).

6. Zaključek

ADHD najpogosteje diagnosticirajo, ko otroci začnejo hoditi v šolo (Pregelj idr., 2013). Takrat se začnejo kazati tipični simptomi za to motnjo. Pojavlja se tudi motnja pozornosti, ki se kaže kot težko osredotočenje na dejavnost, nemir in hiperaktivnost (Shaw idr., 2012). Otrok pri zastavljenih dejavnostih in opravilih ne zdrži, je nestrpen in nevztrajen (Pregelj idr., 2013). V Sloveniji je motnja pozornosti in hiperaktivnosti vedno bolj raziskana in pereča tema. Farmakološko zdravljenje je zelo raziskano, manj pa kombinacija farmakoloških in drugih terapevtskih pristopov malo manj. Zato bi moralo biti nefarmakološko zdravljenje ADHD eno izmed aktualnih področjih nadaljnjega raziskovanja.

Viri

- Banaschewski, T., Augusto Rohde, L. (2015). Phenomenology. V T. Banaschewski, A. Zuddas (ur.), *ADHD and Hyperkinetic Disorder* (str. 5-6). Oxford: Oxford university press.
- Bear, M.F., Connors, B.W., & Paradiso, M.A. (2016), *Neuroscience: exploring the brain*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Belec, B. (2015). Hiperkinetična motnja v adolescenci. Viceversa: Hiperkinetična motnja (posebna izdaja) 16-22. <http://www.zpsih.si/media/documents/VV59HKM.pdf>
- Chandler, A. in Parsons, M. (2015). ADHD: Putting the Pieces Together. *Clinician Reviews*. 25 (1), 29-30.
- Delić, M. (2015). Hiperkinetična motnja pri odraslih in pridružene motnje. Viceversa: Hiperkinetična motnja (posebna izdaja) 34-45. <http://www.zpsih.si/media/documents/VV59HKM.pdf>
- Dunlop, A. J., Newman, L. K. (2016). ADHD and psychostimulants - overdiagnosis and overprescription. *Med J Aust* 204(4), 139.
- Field, S.(2014). Interaction of genes and nutritional factors in the etiology of autism and attention deficit/hyperactivity disorders: A case control study. *Medical Hypotheses* 82(6), 654-61. doi:

- <http://dx.doi.org/10.1016/j.mehy.2014.02.021> .
- Gregorčič Krumperščak, H. (2015). Uvodnik. Viceversa: Hiperkinetična motnja (posebna izdaja) 4-5. <http://www.zpsih.si/media/documents/VV59HKM.pdf>
- Gormez, V. in Forbes, F. (2015). Self-image profile in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder and the quality of life in their parents. *International journal of psychiatry in medicine* 49(1), 19-33. doi: <http://dx.doi.org/10.2190/PM.49.1.b> .
- Hodgson, K., Hutchinson, A. D. and Denson, L. (2014) 'Nonpharmacological Treatments for ADHD: A Meta-Analytic Review', *Journal of Attention Disorders*, 18(4), pp. 275-282. doi: 10.1177/1087054712444732.
- Jakušić, N. (2008). Mogućnosti farmakoterapije kod djece s poremećajem učenja. *Pediatr Croat* 52(3), 212-4.
- Kesič Dimic, K. (2008). *ADHD-ali deklice hitijo drugače?* 1. izdaja. Ljubljana: Bravo, društvo za pomoč otrokom in mladostnikom s specifičnimi učnimi težavami. 18-20.
- Lara, C., Fayyad, J., de Graaf, R., et al. Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biol Psychiatry*. 2009; 65:46-54.
- Lasisi, D., Ani, C., Lasebikan, V., Sheikh, L., Omigbodun, O. (2016). Effect of attention-deficit-hyperactivity-disorder training program on the knowledge and attitudes of primary school teachers in Kaduna, North West Nigeria. *Child Adolesc Psychiatry Mental Health* 11(15). doi: 10.1186/s13034-017-0153-8
- Lundervold, A., Hinshaw, S., Sørensen, L. in Posserud, M. (2016). Co-occurring symptoms of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a population-based sample of adolescents screened for depression. *BMC Psychiatry*, 16(46), 1-15. doi: 10.1186/s12888-016-0739-3 .
- Potočnik Dajčman, N. (2015). Hiperkinetična motnja v otroštvu. Viceversa: Hiperkinetična motnja (posebna izdaja) 6-16. <http://www.zpsih.si/media/documents/VV59HKM.pdf>
- Pregelj, P., Kores Plesničar, B., Tomori, M., Zalar, B., Zihlerl, S. (2013). *Psihijatrija*. 1. izdaja. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana. 305-6, 385-6.
- Shaw, M., Hodgkins, P., Caci, H., Young, S., Kahle, J., Woods, AG. in Aronld E (2012). A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. *BMC medicine* 10(1), 99-114. doi: 10.1186/1741-7015-10-99 .
- Simon, V., Czobor. P., Bálint, S., Mészáros, A., Bitter, I. (2009) *Br J Psychiatry*. 2009 Mar; 194(3):204-11.
- Svetovna zdravstvena organizacija (2008). Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija (MKB-10-AM). Pridobljeno s http://www.nijz.si/files/uploaded/ks_mkb10-am-v6_v02_splet.pdf
- Žagar Gabron, Š., Drobnič Radobuljac, M. 2015). Hiperkinetična motnja v mladostništvu s poudarkom na bolnišnični obravnavi. Viceversa: Hiperkinetična motnja (posebna izdaja) 24-33. <http://www.zpsih.si/media/documents/VV59HKM.pdf>

Nevropsihološki vidiki ADHD

mag. Teja BANDEL CASTRO

univ. dipl. psih. / CIRIUS KAMNIK, INŠTITUT ADDICTIVA

Povzetek

Poznavanje delovanja motnje ADHD, ki je ena najpogostejših duševnih motenj v otroštvu in mladostništvu, je pomembno z vidika ustreznega diagnosticiranja in zdravljenja z namenom preprečevanja hujših posledic v kasnejših življenjskih obdobjih. V prispevku bo predstavljena motnja ADHD z nevropsihološkega vidika, kar pomeni, da bo prikazana klinična slika ADHD na posameznih področjih duševnega funkcioniranja v povezavi z nevrološki korelati. Ob tem in predvsem v zaključku pa bo predstavljenih nekaj predlogov za ukrepe v kombinaciji z dokazano učinkovitimi ukrepi za psihosocialno pomoč otroku in mladostniku z ADHD.

Ključne besede: ADHD, nevropsihologija, izvršilne sposobnosti, dokazano učinkoviti ukrepi

1. Uvod

Motnja pozornosti in hiperaktivnosti (ADHD) je ena od najbolj pogostih duševnih motenj, ki se pojavljajo pri otrocih, in se kaže v obliki težav s pozornostjo ter s simptomi hiperaktivnosti in impulzivnosti, simptomatika pa se ponavadi v nekoliko spremenjeni obliki nadaljuje v obdobja mladostništva in odraslosti. V obdobju otroštva in mladostništva se pojavlja v približno 5 % prebivalstva. Zato je poznavanje te motnje, njeno diagnosticiranje ter zdravljenje izjemnega pomena, da se preprečijo hude posledice v obliki drugih kognitivnih, čustvenih, vedenjskih, socialnih ali zdravstvenih težav (American Psychiatric Association, 2013).

V nadaljevanju bodo prikazane ugotovitve različnih študij, ki povzemajo značilnosti kognitivnega funkcioniranja otrok z ADHD. Natančna analiza otrokovih kognitivnih sposobnosti je pomembna z vidika razumevanja njegovega funkcioniranja - katera so njegova močna in šibka področja, saj le tako lahko vemo, kako mu pomagati.

2. Kognitivno funkcioniranje otrok z ADHD

2.1 Intelektualne sposobnosti

Otroci z ADHD imajo večjo možnost, da bodo na standardiziranih testih inteligentnosti dosegali nižje rezultate v primerjavi s kontrolno skupino otrok (Faraone idr., 1993; Fischer, Barkley, Edelbrock in Smallish, 1990; Seidman, Biederman, Faraone, Weber in Ouellette, 1997). Otroci, ki imajo različne tipe ADHD motnje tudi kažejo znižane dosežke v primerjavi s kontrolno skupino otrok (Barkley, DuPaul in Murray, 1990). Ko pa so otrokom z ADHD simptomatiko predpisali medikamentozno terapijo, se jim je pomembno zvišal dosežek na prej omenjenih testih, medtem ko se intelektualna učinkovitost ni zvišala otrokom z ADHD, ki medikamentozne terapije niso prejeli (Zhang, Jin in Zhang, 2011). Na podlagi tega lahko predvidevamo, da je mentalna učinkovitost pri otrocih z ADHD povezana z motnjami pozornosti, hiperaktivnostjo in impulzivnostjo in ni že primarno nižja.

2.2 Pozornost

Za otroke z ADHD je značilna pomanjkljiva kontrola nad motečimi dražljaji. Raziskave so pokazale, da otroci z ADHD v primerjavi z otroki brez ADHD skoraj vedno dosegajo slabše rezultate na različnih testih, ki merijo te sposobnosti, teh razlik med skupinama pa ni mogoče pripisati soobolevnosti s specifičnimi težavami z učenjem in vedenjsko motnjo (Pennington, Groisser in Welsh, 1993). Bolj ko je bila moteča vsebina izstopajoča, bolj je vplivala na učinkovitost otroka z ADHD (Landau, Lorch in Milich, 1992). Slikanje možganov je pokazalo, da je za to zmožnost zadolžen desni orbitalno prefrontalni del možganov (Vendrell idr., 1995), Castellanos idr. (1994) pa so ugotovili, da je ravno ta predel možganov pri otrocih z ADHD v primerjavi z otroki brez ADHD pomembno manjši.

Huang - Pollock in Nigg (2003) sta po meta-analizi zaključila, da otroci z ADHD v primerjavi z otroki brez ADHD nimajo večjih težav pri preizkusih selektivne pozornosti, ravno tako nista našla razlik med različnimi tipi ADHD. Barkley (1997) pa povzema, da imajo otroci s tipom ADHD pretežnih težav z nepozornostjo pomanjkljivo selektivno pozornost, otroci s tipom ADHD pretežnih težav s hiperaktivnostjo in impulzivnostjo pa sicer kažejo težave s pozornostjo, ki pa so posledica bolj njihove nevtrajnosti in zmanjšane kontrole nad motečimi dražljaji.

Čeprav so v nekaterih raziskavah hipotezo o oškodovani vzdrževani pozornosti pri otrocih z ADHD ovrgli (Barkley, DuPaul in McMurray, 1990; Tucha idr., 2009), pa je Collings (2003) ugotovil, da samo otroci z ADHD kombiniranim tipom kažejo težave z vzdrževanjem pozornosti v primerjavi z otroki, ki imajo pretežne težave s pozornostjo ali so brez težav.

Otroci z ADHD imajo v primerjavi z otroki brez te motnje oškodovano tudi deljeno pozornost, medtem ko avtorji te raziskave niso našli nobenih razlik med različnimi tipi ADHD (Nigg, Blaskey, Huang - Pollock in Rappley, 2002). Skupina mladostnikov s pretežnimi motnjami pozornosti pa je na istem testu reagirala bolj upočasnjeno v primerjavi z mladostniki z drugimi tipi ADHD (Schmitz idr., 2002).

Otroci z ADHD so različno učinkoviti pri izvajanju nalog, pri njih je moč najti višjo variabilnost učinkovitosti v primerjavi z otroki, ki nimajo simptomov ADHD. Tako število izpolnjenih nalog kot pravilnost odgovorov se precej spreminjata od trenutka do trenutka, od preizkušnje do preizkušnje ali od dneva do dneva v enakih pogojih. O podobnem poročajo učitelji v šolah, kjer je opazna tudi razlika v ocenah pri istem otroku z motnjo ADHD. Starši pa pravijo, da otrok s težavami s pozornostjo in hiperaktivnostjo enkrat opravilo naredi hitro in natančno, drugič pa spet površno (Barkley, 1998). Mullins, Bellgrove, Gill in Robertson (2005) pa so ugotovili, da se otroci z ADHD, ki se soočajo s kombinirano motnjo, v primerjavi z otroki, ki imajo pretežno motnjo pozornosti, soočajo z večjo variabilnostjo učinkovitosti ter potrebujejo več časa za dokončanje naloge.

2.3 Spomin

Pri otrocih z ADHD niso našli večjih deficitov na klasičnih preizkusih spominskih funkcij, kakršni so npr. kratkoročni priklic verbalnih in neverbalnih informacij, dolgoročno shranjevanje, priklic ter prepoznavanje informacij (Barkley, DuPaul in McMurray, 1990). Pri njih se bolj kažejo težave pri učinkovitosti delovnega spomina (Barkley, 1997; Barkley, DuPaul in McMurray, 1990), ki pa spada pod izvršilne sposobnosti.

2.4 Izvršilne sposobnosti

Nekatere novejšje teorije predvidevajo, da naj bi bile pomanjkljivosti v izvršilnih funkcijah pravzaprav jedro motnje ADHD (Barkley, 1997, 2013). Izvršilne sposobnosti obsegajo meta-kognitivne procese, ki omogočajo učinkovito planiranje, izvršitev, preverjanje, inhibicijo in obvladovanje ciljno usmerjenega vedenja ob trenutnih informacijah in izkušnjah iz preteklosti ter zavedanju samega sebe. Obvladujejo tudi motivacijo in emocije. Vključujejo sposobnosti presojanja, načrtovanja, odločanja, miselne prožnosti, iniciativnosti, upoštevanja navodil, reševanja problemov, inhibicije in kontrole vedenja. Če ponazorimo s prisposodbo, so intelektualne sposobnosti moč motorja, izvršilne sposobnosti pa krmilo, ki upravlja motor. Pomanjkljiva pozornost naj bi bila zgolj posledica slabe samoregulacije in inhibicije, distraktibilnost pa je verjetno posledica slabše kontrole nad motečimi informacijami. Tako so težave s pozornostjo bolj sekundarni simptom v primerjavi z zmanjšano zmožnostjo inhibicije vedenja in kontrole nad motečimi informacijami, ki vplivata na samoregulacijo in izvršilne funkcije.

Sedež izvršilnih sposobnosti se nahaja v čelnem režnju, ki je intenzivno povezan s srednjimi predeli možganov (limbični sistem) (Pennington in Ozonoff, 1996). V raziskavah so ugotovili, da pri osebah z ADHD ravno ti predeli možganov delujejo drugače kot pri osebah brez ADHD. Predvsem je za večino tipov ADHD značilna znižana aktivnost čelnega režnja ter znižan pretok krvi (Biederman in Spencer, 1999; Castellanos idr., 1996; Pennington in Ozonoff, 1996; Shaywitz, Fletcher, Pugh, Klorman in Shaywitz, 1999). Medtem ko do težav s pozornostjo pride zaradi oškodovanosti tudi drugih predelov možganov (Lezak, Howieson, Bigler in Tranel, 2012), so Oosterlaan, Scheres in Sergeant (2005) ugotovili, da je za otroke z ADHD značilno pomanjkljivo načrtovanje in zmožnost delovnega spomina, ne pa deficiti na področju besedne tekočnosti. Delovni spomin je pomemben pri uravnavanju vedenja in služi kot podlaga za izvajanje kompleksnih nalog kot je npr. učenje, razumevanje, sklepanje in načrtovanje (Baddeley, 2003).

Do sedaj so raziskave pokazale, da je pri motnji ADHD vpletenih vsaj pet med seboj povezanih področij v možganih (Barkley, 2013). Kot že omenjeno, je čelni del možganov povezan z limbičnim sistemom in uravnava impulze, ki jih prejema. Čelni režnj je povezan tudi z kavdalnim jedrom, ta krog pa je zadolžen za uravnavanje našega vedenja na podlagi trenutnih informacij. Nazadnje obstaja gosta povezanost čelnega režnja še z malimi možgani, njuno sodelovanje pa omogoča primerno časovno usklajeno reakcijo.

Otroci z ADHD imajo v primerjavi s kontrolno skupino slabši občutek za čas. Impulzivno vedenje naj bi vplivalo na prenizko vrednotenje količine časa. Pri krajših časovnih intervalih se sicer kaže precenjevanje količine preteklega časa in obratno (Barkley, Koplowitz, Anderson in McMurray, 1997; Plummer in Humphrey, 2009).

Za otroke z ADHD je značilno, da jih nekatere dejavnosti bolj zanimajo od drugih, in lahko pri tistih bolj privlačnih zdržijo dlje (Barkley, 2013). Te značilnosti se pripisuje znižani zmožnosti vztrajanja v neki dejavnosti, kjer je nagrada ali pozitiven učinek časovno zelo oddaljen. Lažje zdržijo pri aktivnostih, ki so zabavne, zanimive in imajo takojšnje ugodnosti.

Slabše delujoče izvršilne sposobnosti pa pripomorejo tudi k težavam v delovanju v medosebnih odnosih. Večina študij opisuje medosebne odnose otrok z ADHD z drugimi ljudmi

kot težavne zaradi pomanjkljivih socialnih spretnosti (Fussell, Macias in Saylor, 2005; Heimen, 2005; Nixon, 2001; Stormont, 2001), obstajajo pa tudi študije, ki ta spoznanja zavračajo, npr. da se otroci z ADHD ne razlikujejo od vrstnikov brez motenj v sodelovanju in vodenju (Wiener, 2004).

Otroci z ADHD so pogosteje tarča nasilja (Holmberg in Hjern, 2008), viktimizacija pa naj bi bila tudi posledica nizke učinkovitosti v motoriki (Bejerot, Edgar in Humble, 2011). Otroci z ADHD imajo težave pri pridobivanju prijateljev, težje obdržijo prijateljstvo in vzdržujejo kvaliteto teh odnosov (t.j. da prijatelji niso vpleteni v deviantne aktivnosti) (Mikami, 2010). Študije tudi kažejo, da otroci z ADHD prejmejo nizke ocene v sociometričnih preizkušnjah, takih otrok naj bi bilo do 50 % (Guevremont in Dumas; 1994). Ostali še opisujejo te otroke kot manj zaželeni za igro in delo s strani ostalih otrok, za njih je značilna tudi takojšnja zavrnitev s strani vrstnikov (Nixon, 2001; Stormont, 2001). V socialnih interakcijah so otroci z ADHD vsiljivi, nasilni, moteči in vihravi (Landau in Moore, 1991), kršijo pravila, se prepirajo in izkazujejo verbalno ter fizično agresijo (Guevremont in Dumas, 1994).

Razlogi za težave v medosebnem funkcioniranju so verjetno različni, nekateri menijo, da otroci z ADHD pomanjkljivo razumejo socialno vedenje, reševanje problemov, imajo težave z vedenjsko inhibicijo (Barkley, 1997, 2013), težave z oceno posledic določenega vedenja (Nixon, 2001) pa tudi nizke zmožnosti osredotočanja na relevantne dražljaje (Guevremont in Dumas, 1994). Nekateri omenjajo še primanjkljaje na področju zmožnosti prepoznavanja in poimenovanja čustev, ki so napovedovali otrokovo socialno kompetentnost. Kats - Gold, Besser in Priel (2007) so v raziskavi ugotovile, da imajo dečki, pri katerih obstaja tveganje za ADHD, slabše spretnosti upravljanja s čustvi v primerjavi z dečki, pri katerih je tveganje za ADHD nižje, to pomanjkanje pa je povezano z njihovimi slabšimi socialnimi spretnostmi. Nižje zmožnosti prepoznavanja čustev na obrazu so se ravno tako povezovale z vedenjskimi težavami in slabšimi socialnimi spretnostmi, vendar le v skupini dečkov, pri katerih je bilo tveganje za ADHD visoko.

Otroku z ADHD naj bi predvsem pomagali na način, da krepimo njegove sposobnosti načrtovanja, kontrole, vpeljemo učinkovite strategije učenja, mu pomagamo pri obvladovanju čustev in socialnih stikov, preusmerjamo pozornost, skrajšamo naloge, povečamo pogostost odmorov, olajšamo naloge (Barkley, 2013).

2.5 Jezik in govor

Študije še niso podale enoznačnih odgovorov, ali se pri otrocih z ADHD v primerjavi z normalnimi vrstniki v večji meri pojavljajo motnje govora in jezika. Na primer, Barkley, DuPaul in McMurray (1990) na vzorcu otrok z ADHD niso našli povečanega tveganja za motnje v razvoju govora, so pa ugotovili, da imajo otroci z ADHD večje težave z izražanjem v primerjavi z razumevanjem govora. Otroci z ADHD naj bi v spontanah situacijah govorili v večji meri v primerjavi z vrstniki brez motnje. Med preizkusi, v katerih morajo organizirati in tvoriti govor, specifičen za nalogo, govorijo v manjši meri in v večji meri uporabljajo medmete, netekoč govor (npr. delajo daljše pavze med besedami, uporabljajo mašila - „uh“, „er“, „um“ ali pa narobe artikulirajo besedo) ter so manj uspešni pri organizaciji govora. Govor, ki se ga uporablja za razlago pri specifičnih nalogah je težje organizirati kot govor, ki se ga uporablja v spontanah situacijah. Zato motnje govora pri otrocih z ADHD verjetno bolj odsevajo disfunkcijo v višjih kognitivnih procesih, kot npr. v izvršitvenih funkcijah oz.

zmožnosti inhibicije (Purvis in Tannock, 1997). Efron in Sciberras (2010) sta na vzorcu otrok z ADHD ugotovila, da se motnja govora oz. jezika pri njih pojavlja v 23 %.

3. Namesto zaključka: kako pomagati otroku z ADHD?

Na podlagi ugotovitev iz literature in tudi klinične prakse lahko zaključimo, da je motnja ADHD pravzaprav posledica oškodovanih izvršilnih sposobnosti.

Vedno pa je pred predlaganimi ukrepi potrebna natančna ocena otrokovih sposobnosti in analiza njegovega vedenja. Oceno otrokovih sposobnosti dobimo na podlagi kliničnopsihološkega, specialpedagoškega, delovnoterapevtskega, logopedskega pregleda. Predlogi za pomoč otroku se nato določijo na podlagi teh ugotovitev, nekaj pa jih je navedenih že v besedilu prispevka.

Analizo vedenja izpeljemo skupaj z osebami, ki so z otrokom največ v stiku (starši, učitelji, itd.). Funkcionalna analiza vedenja (Grubelnik, 2009) je natančen opis vedenja, njene vsebine in posledic z namenom boljšega razumevanja vedenja. Nadaljuje se z dodatno stopnjo sistematičnega spremljanja dejavnikov vedenja, da bi natančno določila, katere so gonilne sile vedenja. Prva stopnja je identifikacija in opredelitev vedenja, ki je specifično, se lahko opazuje in meri. V naslednjem koraku določimo dejavnike in okoliščine povezane z vedenjem (v katerih okoliščinah se vedenje pojavi, kako pogosto, kdo je prisoten). Tretja stopnja je določitev funkcije in namena vedenja. Vedenje lahko služi iskanju pozornosti ali materialni koristi, omogoča osebi, da se izogne zahtevam ali neprijetni aktivnosti, lahko se pojavi zaradi senzornih posledic ipd. Ko sta znana motiv in potreba, ki ju oseba želi zadovoljiti z vedenjem, se lahko nauči zadovoljiti to potrebo na bolj učinkovit in primeren način. Nadalje poskušamo ugotoviti, na kakšen način je možno to vedenje zmanjšati oz. obvladovati.

Psihosocialni ukrepi, ki so dokazano najbolj učinkoviti pri pomoči otroku z ADHD pa so: vedenjski trening staršev, vedenjski ukrepi v razredu, vedenjski ukrepi med vrstniki, kombinirani ukrepi obladovanja vedenja ter trening organizacijskih spretnosti (Evidence based programs).

Viri

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Baddeley, A. (2003). Working memory: Looking back and looking forward. *Nature Reviews Neuroscience*, 4, 829-839.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.
- Barkley, R. A. (1998). Associated problems. V R. A. Barkley (ur.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (str. 97-138). New York, NY, ZDA: The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2013). *Taking charge of ADHD. The Complete, Authoritative Guide for Parents*. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A., DuPaul, G. J. in McMurray, M. B. (1990). Comprehensive evaluation of Attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *Journal of Consulting*

- and Clinical Psychology, 58, 775-789.
- Barkley, R. A., Koplowitz, S., Anderson, T. in McMurray, M. B. (1997). Sense of time in children with ADHD: Effects of duration, distraction, and stimulant medication. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 3, 359-369.
- Bejerot, S., Edgar, J. in Humble, M. B. (2011). Poor performance in physical education - A risk factor for bully victimization. A case-control study. *Acta Paediatrica*, 100, 413-419.
- Biederman, J. in Spencer, T. (1999). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) as a noradrenergic disorder. *Biological Psychiatry*, 46, 1234-1242.
- Castellanos, F. X., Giedd, J. N., Eckburg, P., Marsh, W. L., Vaituzis, A. C., Kaysen, D.,...in Rapoport, J. L. (1994). Quantitative morphology of the caudate nucleus in attention deficit hyperactivity disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 151, 1791-1796.
- Castellanos, F. X., Giedd, J. N., Marsh, W. L., Hamburger, S. D., Vaituzis, A. C., Dickstein,...in Rapoport, J. L. (1996). Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53, 607-616.
- Collings, R. D. (2003). Differences between ADHD Inattentive and Combined Types on the CPT. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 25, 177-189.
- Efron, D. in Sciberras, E. (2010). The diagnostic outcomes of children with suspected attention deficit hyperactivity disorder following multidisciplinary assessment. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46, 392-397.
- Evidence based programs for ADHD. Pridobljeno s:
<http://effectivechildtherapy.org/content/attention-deficithyperactivity-disorder-adhd-0>
- Faraone, S. V., Biederman, J., Lehman, B. K., Keenan, K., Norman, D., Seidman, L. J., Kolodny, R., Kraus, I., Perrin, J., Chen, W. J. (1993). Evidence for the independent familial transmission of attention deficit hyperactivity disorder and learning disabilities: Results from a family genetic study. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 891-895.
- Fischer, M., Barkley, R. A., Edelbrock, C. S. in Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: II. academic, attentional, and neuropsychological status. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 580-588.
- Fussell, J. J., Macias, M. M. in Saylor, C. F. (2005). Social skills and behavior problems in children with disabilities with and without siblings. *Child Psychiatry and Human Development*, 36, 227-241.
- Grubelnik, J. (2009). Funkcionalna analiza vedenja. V N. Anić (ur.), *Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije, Zbornik 1* (str. 2-13). Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše in Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije.
- Guevremont, D. C. in Dumas, M. C. (1994). Peer relationship problems and disruptive behavior disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2, 164-172.
- Heiman, T. (2005). An examination of peer relationships of children with and without attention deficit hyperactivity disorder. *School Psychology International*, 26, 330-339.
- Holmberg, K. in Hjern, A. (2008). Bullying and attention-deficit-hyperactivity disorder in 10-year-olds in a Swedish community. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50, 134-138.
- Huang - Pollock, C. L., in Nigg, J. T. (2003). Searching for the attention deficit in attention deficit hyperactivity disorder: The case of visuospatial orienting. *Clinical Psychology Review*, 23, 801-830.
- Kats - Gold, I., Besser, A. in Priel, B. (2007). The role of simple emotion recognition skills among school aged boys at risk of ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology: An official publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*, 35, 363-378.
- Landau, S. in Moore, L. A. (1991). Social skill deficits in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *School Psychology Review*, 20, 235-251.
- Landau, S., Lorch, E. P. in Milich, R. (1992). Visual attention to and comprehension of television in attention-deficit hyperactivity disorder and normal boys. *Child Development*, 63, 928-937.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D. in Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment* (5th ed.). New York: Oxford University Press.
- Mikami, A. Y. (2010). The importance of friendship for youth with attention-deficit/hyperactivity

- disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13, 181-198.
- Mullins, C., Bellgrove, M. A., Gill, M. in Robertson, I. H. (2005). Variability in time reproduction: Difference in ADHD combined and inattentive subtypes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 169-176.
- Nigg, J. T., Blaskey, L. G., Huang - Pollock, C. L., in Rappley, M. D. (2002). Neuropsychological executive functions and DSM-IV ADHD subtypes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 59-66.
- Nixon, E. (2001). The social competence of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A review of the literature. *Child and Adolescent Mental Health*, 6, 172-180.
- Oosterlaan, J., Scheres, A. in Sergeant, J. A. (2005). Which executive functioning deficits are associated with AD/HD, ODD/CD and comorbid AD/HD + ODD/CD? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 69-85.
- Pennington, B. F., Groisser, D. in Welsh, M. C. (1993). Contrasting cognitive deficits in attention deficit hyperactivity disorder versus reading disability. *Developmental Psychology*, 29, 511-523.
- Pennington, B. F. in Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 51-87.
- Plummer, C. in Humphrey, N. (2009). Time perception in children with ADHD: The effects of task modality and duration. *Child Neuropsychology*, 15, 147-162.
- Purvis, K. L. in Tannock, R. (1997). Language abilities in children with attention deficit hyperactivity disorder, reading disabilities, and normal controls. *Journal of Abnormal Child Psychology: An official publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*, 25, 133-144.
- Schmitz, M., Cadore, L., Paczko, M., Kipper, L., Chaves, M., Rohde, L. A.,...in Knijnik, M. (2002). Neuropsychological performance in DSM-IV ADHD subtypes: An exploratory study with untreated adolescents. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 47, 863-869.
- Seidman, L. J., Biederman, J., Faraone, S. V., Weber, W. in Ouellette, C. (1997). Toward defining a neuropsychology of attention deficit-hyperactivity disorder: Performance of children and adolescents from a large clinically referred sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 150-160.
- Shaywitz, B. A., Fletcher, J. M., Pugh, K. R., Klorman, R. in Shaywitz, S. E. (1999). Progress in imaging attention deficit hyperactivity disorder. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 5, 185-190.
- Stormont, M. (2001). Social outcomes of children with AD/HD: Contributing factors and implications for practice. *Psychology in the Schools*, 38, 521-531.
- Tucha, L., Tucha, O., Walitza, S., Sontag, T. A., Laufkötter, R., Linder, M. in Lange K. W. (2009). Vigilance and Sustained Attention in Children and Adults With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 12, 410-421.
- Vendrell, P., Junque, C., Pujol, J. Jurado Angeles, M., Molet, J. in Grafman, J. (1995). The role of prefrontal regions in the Stroop task. *Neuropsychologia*, 33, 341-352.
- Wiener, J. (2004). Do peer relationships foster behavioral adjustment in children with learning disabilities? *Learning Disability Quarterly*, 27, 21-30.
- Zhang, L., Jin, X. in Zhang, Y. (2011). Effect of methylphenidate on intelligence quotient scores in chinese children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31, 51-55.

Vpliv ADHD na družinsko življenje: vidik zdravstvene nege

Janja REBOLJ, dipl. m. s.

Mag. Marija MILAVEC KAPUN, viš. med. ses., uni. dipl. org., prof. def.

Dejan SOTIROV, dipl. zn.

Povzetek

Stabilno in urejeno družinsko okolje pripomore, da otrok z ADHD lažje vzpostavi notranjo strukturo, saj mu vzpostavljanje in ohranjanje kakovostnih socialnih odnosov tudi v družini predstavlja velike težave. Zaradi socialne simptomatike te motnje se v družini začne oblikovati in krepiti slaba samopodoba staršev ter ostalih članov. Odnos s sorojenci je lahko kaotičen, naporen, konflikten in agresiven. S krepitvijo otrokovih prednosti in izogibanjem predvidljivim neustreznim vedenjskim reakcijam otroka si lahko družina z otrokom z ADHD obeta pozitivne spremembe v družinskih odnosih. Cilj delovanja medicinske sestre je uveljaviti vzgojni pristop oz. spremeniti neustrezne stare navade in pomagati družini, da bo lažje obvladovala vsakdanje življenje. Medicinska sestra naj bo staršem na voljo kot zaupanja vreden spremljevalec, otroku pa naj predstavlja zanesljivo odraslo osebo, ki ne postavlja zahtev in je vedno pripravljena poslušati, nuditi oporo in ustrezne nasvete.

Ključne besede: ADHD (hiperkinetična motnja), družinski odnosi, zdravstvena nega

1. Uvod

Urejena družina z dobro medsebojno povezanostjo med družinskimi člani se lažje sooča s problematiko posameznega člana in mu nudi ustrezno oporo za doseg optimalnega celostnega osebnega razvoja. Tako lahko znatno pripomore, da otrok z ADHD lažje vzpostavi ustrezno notranjo osebnostno strukturo in se nauči skupaj in ob pomoči družine aktivno soočati s problematično simptomatiko ADHD. V prispevku se želimo osredotočiti predvsem na vlogo družine, ki predstavlja najpomembnejši življenjski sistem, kjer otrok doživlja prva občutja, izkušnje, doživetja, se prvič sreča z ljubeznijo, toplino, varnostjo, strahom ter jezo.

V prispevku se bomo omejili na raziskovanje odnosov v družini otroka z ADHD ter vlogo medicinske sestre. Pri delu z otroki z ADHD poleg strokovnjakov z različnih področij pomembno vlogo pripisujemo tudi delu medicinskih sester. Medicinska sestra pacienta obravnava celostno in k njemu pristopa individualno glede na njegove potrebe (Topolovec, Kelbič, 2008). M. Kelbič (2012) navaja, da mora medicinska sestra v času otrokove obravnave čim bolj spoznati otroka, njegovo družino ter ritem njihovega življenja. Njena naloga je, da vzpostavi partnerski odnos med otrokom, družino in zdravstvenimi delavci.

2. Vpliv ADHD na družinske odnose

Ko zaradi ADHD ali katerekoli druge bolezni zbolí otrok, je na preizkušnji vsa družina. Ker se partnerja nista sposobna v enaki meri odzvati na pojav bolezni in ustrezno prilagoditi, lahko bolezen povzroči razpad družine. Včasih pa je takšna ogroženost priložnost za družine, da spremenijo način življenja in okrepijo družinske odnose (Švab, 2012). Tako kot odnos med starši in otrokom ter odnos med sovrstniki ima tudi odnos med brati in sestrami pomembno

vlogo v procesu socializacije ter prilagajanja okolju (Mikami in Pfiffner 2008). Salmeron (2009) poudarja, da si sorojenci otrok z ADHD pripisujejo vlogo žrtve, saj so ob sorojenčevih slabih dnevih ali trenutkih pogostokrat deležni fizičnega nasilja, verbalne agresije in manipulacije. Strong in Flanagan (2011) pravita, da imajo občutek, da niso obravnavani enako kot njihov sorojenec z ADHD. Počutijo se zapostavljene, v senci otroka, ki vso pozornost staršev pritegne nase. Mikami in Pfiffner (2008) pravita, da se otroci z ADHD od svojih bratov in sester veliko naučijo in pridobijo mnogo koristnih izkušenj, ki jih potem lahko uspešno uporabljajo pri vsakodnevnem odločanju. Na ta način izkušnje sorojencev predstavljajo koristen vir informacij za učenje po modelu in hkrati motivacijo izboljšanje vedenja in soočanja z življenjskimi izzivi za otroke z ADHD.

Chutko, Anisimova, Surushkina in Aitbekov (2011) so pri pregledu literature potrdili, da je pri starših otrok z ADHD pogosteje zaznati težave pri ohranjanju zakonskega razmerja. Poudarjajo, da starši ne vedo, kako pravilno uskladiti šolske obveznosti, domača opravila in službene dolžnosti. Zatekajo se k povečanemu pritisku na otroka, pozabljajo na otrokove socialne potrebe, izogibajo se aktivnemu vključevanju v otrokovo življenje, njihove misli so usmerjene zgolj na otrokove težave. Iskanje vzrokov za otrokovo neprimerno vedenje tako vodi do pogostejših vzajemnih očitkov in težav v zakonskem odnosu. Černe (2016) poudarja, da je najpomembnejše, da starši sprejmejo svojega otroka z ADHD, z njegovo enkratnostjo, močnimi in šibkimi področji in da sprejmejo sebe kot nepopolnega, vendar enkratnega in učečega se starša. Da organizirajo, uredijo in umirijo svoje življenje, poskrbijo za sprostitev in napredek cele družine, tudi če je življenjska situacija drugačna od njihovih zamisli in načrtov.

Moen, Hedelin in Hall Lord (2015) opisujejo matere kot bolj aktivnega partnerja tako pri spremljanju otroka v šoli in doma kot pri reševanju zdravstvenih težav. Matere v družini doživljajo večje obremenitve pri skrbi za otroka z ADHD in organiziranju njegovega življenja. So pod nenehnim stresom, saj nase prevzemajo krivdo za otrokovo vedenje. Mnogokrat prihaja do očitkov pri njih samih, saj se opisujejo kot slabe matere, ki so pomanjkljivo vzgojile svojega otroka (Moen idr., 2015). Chutko idr. (2011) poudarjajo, da so popolnoma izčrpane in preplavljene s potrebami svojih otrok.

Vključenost očeta v skrb za otroka se v sodobnem času povečuje, saj je skozi stimulativno igro pomemben tako pri socialnem, čustvenem kot tudi intelektualnem razvoju otroka ter akademskih dosežkih. Njegova skrb krepi otrokovo samopodobo, samospoštovanje ter vpliva na razvoj morale (Maček, 2015). Očetje otrok z ADHD so sicer hitreje vzkipljivi ob otrokovem neprimernem obnašanju kot matere. Otrokom izkazujejo manjšo mero naklonjenosti in skrbi. Pri očetih mladostnikov z ADHD je najpogosteje uporabljen avtoritativni vzgojni stil, katerega očetje hkrati opisujejo kot najuspešnejšega (Chang, Chiu in Gau, 2013). Po mnenju Chang idr. (2013) predvsem pozitivna energija in sodelovanje očetov vodita k izboljšanju interakcij med očetom in otrokom, zmanjšujeta obremenjenost mater in hkrati izboljšujeta dinamiko v družini.

3. Vloga medicinske sestre in otroci z ADHD

Belec (2016) poudarja, da vzrok za nastanek motnje ni neustrezna vzgoja staršev. Nerazumevanje ADHD s strani staršev, njihova nestrpnost, trdota ali togost v odnosu do otroka lahko družinske odnose bistveno poslabšajo. Poslabšajo jih tudi kaotične razmere, nepredvidljivost in nestrukturiranost družinskega okolja, v katerem se otrok ne znajde. Prvi

korak morajo narediti starši. Njihova naloga je, da se izobražujejo ter razumejo otrokovo vedenje. Ferek (2013) poudarja, da je življenje z otrokom z diagnozo ADHD v večini primerov naporno in utrujajoče. Recept za pozitivne spremembe so po njegovem mnenju dobra komunikacija in razumevanje ter poznavanje določenih potreb odraščajočega otroka s strani družinskih članov.

Z otroki z ADHD se medicinske sestre v našem okolju srečujejo v službah za zdravstveno varstvo predšolskih, šolskih otrok in mladine, v patronažnem varstvu ter v bolnišničnem okolju. Medicinska sestra mora poleg splošnih znanj o ADHD poznati tudi osnovne veščine vzgoje otroka. Podpirati mora starše in vse družinske člane, da razumejo odzive otroka z ADHD in da se na njegovo neustrezno vedenje smiselno odzovejo. Usmerja jih lahko k ustvarjanju družinskih razmer, ki omogočajo kakovostno življenje družinskih članov, podpira njihove dobre odnose in jim pomaga pri opolnomočenju za aktivno soočanje s težavami.

Cilj delovanja medicinske sestre pri obravnavi otroka in družine z ADHD je, da pomaga staršem in družini, da osvojijo vzgojni pristop oz. spremenijo stare navade in se lažje prilagodijo vsakdanjemu življenju. Njena naloga je tudi, da staršem pozorno prisluhne, jih pohvali za majhne korake in prizadevanja ter spodbuja medsebojno partnerstvo (McGuinness, 2008). Laver-Bradbury, Thompson, Weeks, Dalev in Sonuga-Barke (2010) navajajo 6 korakov, ki bi jih starši lahko uporabljali pri vzgoji svojega otroka. Programu 6 korakov smo kot vodilo k ustvarjanju harmoničnih družinskih odnosov dodali še 7. korak. Program bi medicinske sestre lahko posredovale staršem in jim tako s preprostimi nasveti pomagale pri vzgoji otroka z ADHD.

Cilj **prvega koraka** je, da starši razumejo otrokovo drugačno vedenje, ki je posledica ADHD. Prva naloga staršev je, da se izobražujejo in raziskujejo simptomatiko ADHD. Pomemben je tudi pogum, da v svojo in otrokovo korist spremenijo dolgo uveljavljene navade. Začnejo naj s preprostimi aktivnostmi: pridobivanje otrokove pozornosti pred dajanjem navodil z vzpostavljanjem očesnega stika, dopovedovanje zelenih stvari z jasnimi in kratkimi stavki, izpostavljanje ustreznega vedenja, pohvala in spodbujanje pozitivnega.

Drugi korak opisuje strategije za pomoč otroku z ADHD. Otrok z ADHD potrebuje rutino. Vnaprej mora vedeti, kaj se bo dogajalo preko dneva, v primeru, da pride do sprememb, ga je prej potrebno obvestiti. Priporoča se uporaba dnevnega urnika in zbiranje točk. Otrok lahko na dan zbere določeno število točk glede na naloge. Pomembna je postavitve jasnih pravil in hišnega reda.

Tretji korak navaja načine za izboljšanje otrokove pozornosti skozi zabavne aktivnosti. Poudarek tega koraka je predvsem na igri in skupni zabavi. Pozornost je najlažje spodbujati z opravili, ki se jih vsakič prikaže na drugačen način ali pa se jih vključi v igro. Tudi kuhanje, pospravljanje, čiščenje oken je za otroka lahko pomembna izkušnja. Preko gibalnih in glasbenih aktivnosti se otrok uči obvladovati svoje misli, impulzivnost, krepiti vztrajnost, pozornost in koncentracijo.

Četrty korak navaja načine za izboljšanje komunikacije med otrokom in starši. Dajanje kratkih in jasnih navodil s pozitivnim tonom glasu, ki daje vtis, da je starš ponosen na otrokovo vedenje. Opazovanje sprožilnih znakov, ko otrok postaja nemiren in vzkipljiv ter uporaba vedenjske tehnike “time out”, ko se otrok za par minut oddalji in si vzame čas za

pomiritev. Spodbujanje otroka, da izrazi svoja čustva in mnenja ter jih deli z drugimi.

Peti korak je namenjen osvežitvi spomina in uporabi vseh spretnosti iz prejšnjih korakov ter prenos teh spretnosti izven domačega okolja.

Šesti korak navaja načine spoprijemanja v pomembnih življenjskih odločitvah. Cilj je prenašati prej pridobljene spretnosti v prihodnost, zlasti ko otrok prehaja v novo obdobje, kot je začetek šolanja ali menjava izobraževalne ustanove. Pomembno je, da je obdobje tranzicije načrtovano in je otrok na to pripravljen (Laver-Bradbury idr. 2010).

V dodanem **sedmem koraku** želimo poudariti pomen čustvenega in duhovnega zblizanja družinskih članov. Za otrokovo optimalno rast in razvoj je pomembna in nujna sprejetost s strani staršev, sorojencev in drugih družinskih članov ne glede na njegove prednosti in šibkosti ter oblikovanje varnega družinskega okolja, prepletenega z brezpogojno ljubeznijo.

Vloga medicinske sestre mora biti osredotočena na pomoč družini, staršem in otrokom ter vzpostavitvi dobrih medsebojnih odnosov. Laver-Bradbury idr. (2012) poudarjajo, da medicinske sestre ne smejo pozabiti na sorojence, ki lahko do brata/sestre z ADHD gojijo zelo različna, tudi ambivalentna čustva. Nekateri jih obožujejo, drugi jih sovražijo in so mnenja, da so jim uničili življenje ter odvzeli pozornost staršev. Medicinska sestra lahko v vlogi pedagoginje s pomočjo zgoraj omenjenega programa in korakov pomembno pripomore k izboljšanju in krepitvi družinskih odnosov.

Različne raziskave opozarjajo na pomembnost zgodnjega prepoznavanja otrok z ADHD. V tej začetni fazi in tudi kasneje v procesu postavljanja diagnoze ter zdravljenja oz. celostne obravnave teh otrok in družine je profil šolske medicinske sestre ključen. Proces zdravstvene nege v šoli vključuje stalno ocenjevanje otroka, izvajanje intervencij zdravstvene nege in presejalnih programov ter oblikovanje in izvajanje individualnega zdravstvenega načrta (napotitev k specialistom, izobraževanje, svetovanje) (Bohnenkamp, Stephan in Bobo, 2015). Po mnenju Aiazam, Suliman in Albashtawy (2017) je šolska medicinska sestra tista, ki ima ustrezno strokovno znanje, je usposobljena za dajanje priporočil in nudenje ustrezne zdravstvene oskrbe ter reševanje zdravstvenih težav otrok. Je dragocen prispevek otroku in družini, saj deluje kot most, ki povezuje družino z zdravstvenimi storitvami.

4. Razprava

Enako kot otroku z ADHD družina tudi vsakemu posamezniku predstavlja najpomembnejšo varovalno in podporno mrežo tako v obdobju otroštva kot tudi kasneje v procesu odraščanja. Ugotovitve avtorjev kažejo, da ADHD poslabša medsebojne odnose med otroki, med starši in otrokom ter med partnerjema. Po navajanju Erzarja (2007) se raven prijaznosti, topline, povezanosti in naklonjenosti v družini znatno zmanjšajo, povečata se stres ter medosebna nasprotja. Kaiser, McBurnett in Pfiffner (2011) poudarjajo, da pristop staršev v tem primeru pomembno vpliva na razvoj otrokovih socialnih veščin in agresije, ne glede na izraženost simptomatike ADHD.

Ne smemo pozabiti, da ADHD mnogokrat ni ovira za uspešno in kakovostno življenje. Mnogi otroci z ADHD so nadarjeni na različnih področjih. Nepričakovano lahko zasijejo in presenetijo s svojimi zmožnostmi. So zelo ustvarjalni, imajo dobre reflekse, hitro lahko

osvojijo nove veščine. Da bi razumeli, na kakšen način funkcionirajo, je predvsem potrebno, da jih spoznamo v celoti. Družinski odnosi in dinamika, ki vlada v družini, so temelj otrokovega razvoja, zato je pomembno, da družina podpira otroka skozi celoten proces zdravljenja.

Otrokovo nenehno gibanje, nemirnost, hitre spremembe razpoloženja, razdražljivost in mnogi drugi simptomi pomembno vplivajo na odnose v družini otroka z ADHD. V družini se stopnjuje napetost, pogosti so konflikti in nesoglasja.

Medicinska sestra mora v času otrokove obravnave čim bolj spoznati otroka, očeta in mater ter sorojence, saj težave, ki spremljajo družinske člane, posredno vplivajo na funkcioniranje otroka z ADHD. Staršem mora biti na voljo kot zaupanja vreden spremljevalec ves čas diagnostike in zdravstvene oskrbe otroka. Otroku naj predstavlja zanesljivo odraslo osebo, ki ne daje nikakršnih zahtev in je vedno pripravljena poslušati.

V slovenskem prostoru imajo patronažne medicinske sestre in medicinske sestre v službah za zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov pomembno vlogo in lahko starše usmerjajo s praktičnimi napotki o vzgoji otroka in spodbujajo zdrave družinske odnose, ki naj bodo osredotočeni predvsem na pozitivne dogodke. Kot pravi McGuinness (2008), morajo otrok, starši, učitelji in zdravstveno osebje oblikovati skupno partnerstvo za uspešno obravnavo otrok/mladostnikov z ADHD in celotne družine. Tako oblikovano terapevtsko partnerstvo omogoča varnejšo pot za otroka/mladostnika s hiperaktivnostjo skozi otroštvo in adolescenco. Pravočasna diagnoza in celostni pristop, prilagojen posameznikovim težavam, pomoč strokovnjakov z različnih področij in raznoliki pristopi pripomorejo k optimalni kakovosti življenja otroka z ADHD ter njegove družine.

5. Zaključek

Diagnoza ADHD in vedenje, ki jo spremlja, v enaki meri kot na posameznika vpliva tudi na druge družinske člane ter dinamiko družinskih odnosov. Pri obravnavi otroka z ADHD moramo načrtno ter usmerjeno delovati tako na otroka kot tudi na njegovo družino. Zato naj se medicinske sestre v patronažnem varstvu in službah za zdravstveno varstvo otrok in mladine otroku z ADHD ter njegovi družini približajo, jih dobro spoznajo in jim nudijo kar največjo mero podpore, spodbude in pohvale. Z otrokom in njegovo družino naj gradijo profesionalen, spoštljiv in hkrati zaupen odnos. V prihodnosti bi bilo zanimivo raziskati kako oz. na kakšen način si medicinske sestre prizadevajo prepoznati otroka z ADHD in kakšne strategije uporabljajo za krepitev odnosov v družini. Z navedenimi vzgojnimi strategijami bi lahko medicinske sestre pomembno pripomogle k izboljšanju problematike družinskih odnosov na tem področju.

Viri

- Aiazam, M., Suliman M., Albashtawy M. (2017). School nurses' role in helping children with attention-deficit/hyperactivity disorders. *Nasn Sch Nurse*, 32(1), 36-38. Pridobljeno s <http://journals.sagepub.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/doi/10.1177/1942602X16648192>
- Belec, B. (2016). Nefarmakološki pristopi v obravnavi hiperkinetične motnje. V J. Dolinšek, N. Marčun Varda (ur.), *XXVI. srečanje pediatrov*, Maribor, 8.-9. april 2016 (str. 133-140). Maribor: Univerzitetni klinični center.
- Bohnenkamp, J.H., Stephan, S.H., Bobo, N. (2015). Supporting student mental health: The role of the

- school nurse in coordinated school mental health care. *Psychol Sch* 52(7), 714-722. Doi: 10.1002/pits.21851
- Chang, L.R., Chiu Y.N., Wu Y.Y., Gau S.S.F. (2013). Father's parenting and father-child relationship among children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Compr Psychiatry* 54(2), 128-140. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.07.008
- Chutko, L.S., Anisimova T.I., Surushkina S.Y., Aitbekov K.A. (2011). Family problems and family therapy in attention deficit hyperactivity disorder. *J Neurosci* 41(4), 404-407. doi: 10.1007/s11055-011-9429-2.
- Černe, T. (2016). Pomoč otrokom z motnjo pozornosti in aktivnosti. Ljubljana: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.
- Erzar, T. (2007). Duševne motnje. Prihopatologija v zakonski in družinski terapiji. Celje: Celjska Mohorjeva družba.
- Ferek, M. (2013). Hiperaktivni sanjari: bolji, lošiji, drugačniji. 4 izdanje. Zagreb: Buđenje.
- Kaiser N.M., McBurnett K., Pfiffner L.J. (2011). Child ADHD Severity and positive and negative parenting as predictors of child social functioning: evaluation of three theoretical models. *J Atten Disord* 15(3), 193-203. doi: 10.1177/1087054709356171.
- Kelbič, M. (2012). Medicinska sestra v multidisciplinarnem timu v dispanzerju za pedopsihiatrijo. V M. Pevec (ur.), IX. Srečanje medicinskih sester v pediatriji (str. 21-25). Maribor, Univerzitetni klinični center Maribor.
- Laver-Bradbury, C., Thompson, M., Weeks, A., Dalev, D., Sonuga-Barke, E.J.S. (2010). Step by step help for children with ADHD: A self-help manual for parents. Philadelphia: Kingsley publishers. Pridobljeno s <http://eds.b.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/eds/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzM1Mjg3N19fQU41?sid=6cd408cc-7967-45a8-a852-15c14b17a8f2@sessionmgr102&vid=10&format=EB&rid=4>
- Maček, J. (2015). Povezava med hiperkinetično motnjo pri otrocih in njihovih starših. V B. Novak Šarotar (ur.), Hiperkinetična motnja. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo. Pridobljeno s <http://www.zpsih.si/media/documents/VV59-HKM.pdf>.
- McGuinness, T.M. (2008). Helping parents decide on ADHD treatment for their children. *J Psychosoc Nurs Ment Health*, 46(8), 23-27. doi: <http://dx.doi.org.nukweb.nuk.uni-lj.si/10.3928/02793695-20080801-08>
- Mikami, A.Y., Pfiffner L.J. (2008). Sibling relationship among children with ADHD. *J Atten Disord*, 11(4), 482-492. Pridobljeno s: <http://journals.sagepub.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/doi/pdf/10.1177/1087054706295670>
- Moen, Ø.L., Hedelin B., Hall Lord M.L. (2015). Parental perception of family functioning in everyday life with a child with ADHD. *Scand J Public Health* 43(1), 10-17. doi: 10.1177/1403494814559803.
- Salmeron, P.A. (2009). Childhood and adolescent attention-deficit hyperactivity disorder: Diagnosis, clinical practice guidelines and social implications. *J AM Assoc Nurse Pract* 21(9), 488-497. doi: 10.1111/j.1745-7599.2009.00438.x.
- Strong, J. in Flanagan, O.M. (2011). Motnja pozornosti in hiperaktivnosti za telebane. Ljubljana: Društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami.
- Topolovec, N., Kelbič, M. (2008). Zdravstvena nega predšolskega otroka z motnjo v duševnem razvoju. V I. Limonšek, A. Černetič, D. Dobrinja, N. Topolovec, M. Kelbič, B. Žabkar (ur.), *Pediatrična zdravstvena nega otroka in mladostnika z motnjami v telesnem in duševnem razvoju*. Ljubljana, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije - Sekcija medicinskih sester in zdravstvenikov v pediatriji. Pridobljeno s https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/publication__attachments/smsztp_zbornik_dornava_2008_web.pdf

Vloga prehrane pri obravnavi otroka za ADHD

dr. Ruža PANDEL MIKUŠ

viš. med. ses., prof. soc. ped., spec. klin. diet./Zdravstvena fakulteta

Povzetek

Motnja pozornosti in hiperaktivnosti ali sindrom ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) je motnja, ki jo mnogokrat spregledamo. Lahko jo zdravimo z zdravili, vendar v nekaterih primerih zdravila niso potrebna. Takrat je izjemno pomembna prehrana. Otrok naj uživa bolj ekološko hrano in esencialne maščobne kisline. Izogiba naj se prehrani, ki vsebuje prehranske dodatke kot so umetna barvila, konzervansi in sladila. Namen članka je prikazati pomen prehrane ter škodljivost nekaterih prehranskih dodatkov pri tej bolezni in izboljšati znanja o prehrani pri hiperaktivnem otroku. Narejen je pregled slovenske in tuje strokovne in znanstvene literature, ki obravnava izbrano problematiko. Zdravljenje motnje pozornosti je kompleksno in že vrsto let potekajo polemike, ali lahko dieta izboljša otrokovo vedenje. Študije poročajo o različnih rezultatih. Nekateri so potrdile uspešnost diete, druge so to ovrgle. Večina študij poteka na pobudo staršev, ki so pripravljene sodelovati in izvajati strogo nadzorovano ter omejeno prehrano, imenovano Feingoldova dieta. Dieta je težka in predstavlja precejšen pritisk na družino, zato je malo družin, ki so jo pripravljene izvajati. Treba je iskati načine za premagovanje težav, razumeti otroka z ADHD, ga spodbujati, mu prisluhniti, nuditi ljubezen in ga sprejeti takšnega kot je.

Ključne besede: hiperaktivnost otrok, ADHD, prehrana pri hiperaktivnosti, aditivi v živilih in ADHD, omega 3 in hiperaktivnost, zdravljenje hiperaktivnosti

1. Uvod

Prehrana otroka in mladostnika je pomemben dejavnik za optimalni duševni in telesni razvoj. V tem obdobju je potrebno otroku zagotavljati pestro, mešano in hranilno uravnoteženo prehrano. Hrana mora biti prilagojena starosti in stopnji telesne dejavnosti po energijski in hranilni sestavi. V prehrano otrok in mladostnikov je potrebno vključiti priporočene vrednosti sadja in zelenjave, zdrava ogljikohidratna živila (polnozrnat kruh, žita, kaše, riž), zmerno količino mleka in mlečnih izdelkov, mesa in mesnih izdelkov, rib, jajc, kakovostne maščobe ter nizek vnos energijsko bogatih in hranilno osiromašenih živil kot so živila z višjim deležem slabih maščob in sladkorja. Obroke je potrebno pripravljati s priporočeno količino kakovostnih maščob. Potrebno se je izogibati tudi preveč slani in začinjeni hrani. V tem obdobju se pogosto pojavlja zanimanje za pretirano sladko hrano (odsvetovana živila) in take izbire, ki jih v uravnoteženi prehrani dovoljujemo le občasno in v majhnih količinah. Pri nekaterih otrocih se pojavljajo tudi znaki zavračanja določene ali več vrst hrane hkrati, kar je velikokrat zaskrbljujoče predvsem za starše (Poličnik in sod., 2009). Strokovnjaki so enotni, da problem prehrane otrok in mladostnikov danes še zdaleč niso maščobe, temveč ogljikovi hidrati, predvsem sladkor v predelani hrani. Najdemo ga celo v nekaterih vrstah kruha in pekovskega peciva. Močno sladek okus je postal nekaj čisto normalnega v vsakdanji prehrani, razne sladkarije so pogosto tudi nagrada za otroke. Tako se nehote ustvarja povezava med sladkorjem in užitkom ter občutkom zadovoljstva, kar otroke spremlja tudi v kasnejšem življenju.

Mnogi starši otrok z ADHD ugotavljajo, da določena hrana lahko otroka začasno fizično in mentalno umiri. Čeprav hrane ne pojmujejo kot škodljive substance, to lahko postane. Otroci z ADHD pogosto radi uživajo hrano, ki je bogata s sladkorjem in rafiniranimi ogljikovimi hidrati (bomboni, piškoti, tortice, testenine). Ni naključje, da je ta nezdrava hrana bogata s sladkorjem in ogljikovimi hidrati, saj vemo, da ADHD možgani počasneje absorbirajo glukozo (Kesič Dimic, 2008). Priljubljenost hitre hrane, rafiniranega sladkorja, predelanih maščob in pomanjkanje sadja ter zelenjave v prehrani ima negativne vplive na prehranjevanje otrok z ADHD (Loscalzo, 2004). Vse bolj je očitno, da prehrana igra pomembno vlogo pri nastanku ADHD. Dejavniki kot so aditivi v živilih, rafiniran sladkor, prehranske občutljivosti/alergije in premajhen vnos esencialnih maščobnih kislin so povezani z ADHD. Veliko je dokazov, da so mnogi otroci z vedenjskimi problemi občutljivi na eno ali več sestavin v živilih, ki negativno vplivajo na njihovo vedenje (Duca, 2010).

Podatki kažejo, da sta EPA (eikozapentaenojska omega 3 maščobna kislina) in DHA (dokozaheksaenojska omega 3 maščobna kislina) pomembni za normalno strukturo in delovanje možganov. Uporabljajo ju za zdravljenje različnih nevroloških težav, vključno motenj razpoloženja, ADHD in avtističnih motenj. DHA je potrebna za razvoj senzoričnega, zaznavnega, kognitivnega in motoričnega sistema, predvsem v zadnjem tromesečju življenja ploda in v prvih dveh letih otroštva, ko se možgani še posebej hitro razvijajo. Številne študije se ukvarjajo z vprašanjem primanjkljaja omega-3 maščobnih kislin pri otrocih z avtistično motnjo in ADHD ter z možnostmi izboljšanja simptomatike motnje s pomočjo uvedbe dodatka omega-3 v prehrano (Mankad et al., 2015).

2. Zdravljenje motnje pozornosti in hiperaktivnosti s prehrano

Povezave vplivov med prehrano in vedenjem segajo že v leto 1920, a bolj poznane so postale šele leta 1970 s Feingoldovo dieto, ki je osredotočena na odpravo naravno prisotnega salicilata, umetnih arom, barv za živila in konzerviranih butiliranih hidroksitoluenov (Sinn, 2008). Pediater Feingold je trdil, da so se zaradi spremenjenih prehranjevalnih navad vedenjske težave, če so bile prisotne, pri bolnikih s koprivnico (urtikarijo), astmo ali drugimi alergijskimi reakcijami včasih zmanjšale. Bil je prepričan, da je od 30 - 50 % njegovih hiperaktivnih bolnikov imelo koristi od prehrane, ki ni vsebovala umetnih barvil, arom in nekaterih naravnih kemikalij. Veliko družin je poskusilo Feingoldovo dieto. Mnogi so poročali o izboljšanem vedenju njihovega otroka. Nad Feingoldovo teorijo pa niso bili vsi navdušeni. Industrijski predelovalci hrane, mnogi strokovnjaki in pediatri so bili skeptični. Poudarjali so, da njegova dieta temelji izključno na njegovih in starševskih stališčih in da ni bila podprta s katerokoli nadzorovano študijo (Kanarek, 2011).

2.1 Odsvetovana živila pri ADHD

2.1.1 Sladkor in sladila

Naša želja po sladkem je naravna. Obstajajo genetski razlogi, zakaj nekateri ljudje bolj kot drugi hrepenijo po sladkem. Čajna žlička sladkorja vsebuje 16 kcal, preko dneva pa poleg dodanega sladkorja v čaju, kavi in z drugimi živila zaužijemo še veliko sladkorja z različnimi

pripravljenimi izdelki. Priporočeno je, da bi s sladkorji vnesli 10 % dnevne energije. Če je dnevni vnos hrane 2000 kcal, naj bi torej s sladkorji (z vsemi sladkorji, tudi tistimi, ki so naravno prisotni v hrani) vnesli 200 kcal. Teh kalorij pa je seveda bistveno več, predvsem na račun velikega vnosa dodanih sladkorjev v obliki sladkih pijač in sladkarij (Harvard Medical School, 2004).

O možnosti, da postaneš zasvojen s sladkorjem, so intenzivno razpravljali na Švedskem, tako v medijih kot med raziskovalci. Sladkor povzroča preko hormonskega sistema v možganih določene spremembe. Pride do izločanja serotonina in nekateri si tako pomagajo odpraviti anksioznost in depresije. Ljudje, ki si »pomagajo« na tak način, pojejo več čokolade in sladkarij. Uživanje sladkarij jim pride kmalu v navado in postanejo zasvojeni s sladkorjem (Nowicka in Bryngelsson, 2006).

Umetni sladkorji so bili izdelani kot nadomestilo za sladek okus in zaradi manjšega vnosa kalorij. Zaužiti v večji količini pa lahko postanejo toksični in škodljivi za organizem. Nekateri umetni sladkorji kot so sorbitol, ksilol in manitol so sladkorni alkoholi. Raziskave so pokazale, da je človek, ko je nadomestil navadni sladkor z umetnim, res zaužil manj kalorij, na daljši rok pa je pojedel več, saj je manj zaužitih kalorij zaradi umetnega sladkorja kompenziral z uživanjem druge hrane.

V nedavni preteklosti je bila fruktoza (sadni sladkor) priporočeno kalorično sladilo, ki naj bi na zdrav način nadomeščalo sladkor. Odlikuje se z zelo nizkim glikemičnim indeksom in ker v presnovi ne potrebuje udeležbe inzulina, je bila fruktoza označena kot primerna tudi za sladkorne bolnike. A pri tem smo pozabili, da se fruktoza, ki je ne potrošimo za delo, neposredno spremeni v trigliceride. Posledice so hiper-trigliceridemija, hiper-holesterolemija in porast telesne teže. Edina fruktoza, ki ne škodi, je v priporočenih količinah sadja (250 g dnevno!). Kot sladilo ni koristna. Če to vemo, bomo izključili vsa naslednja »zdrava« sladila: sadni sladkor, fruktozno glukozni sirup (ali koruzni sirup), ki vsebuje okoli 50 % fruktoze, in agavin sirup, ki je poln fruktoze.

Ne le otroci in mladostniki, tudi odrasli imamo radi sladko. Tudi če se prepričujemo in sladkarije nadomeščamo z ne-kaloričnimi viri, nas to ne zadovolji povsem. Zaznava sladkega ni omejena samo na brbončice, pomembno vlogo imajo tudi nezavedne zaznave sladkorjev v črevesju in presnovni senzorji v pankreasu. Pomembne so tudi čustvene reakcije, ki prav tako na svoj način vplivajo na uživanje sladkega. Da preveč sladkorja škodi, je že dolgo znano. Otrok najraje jé pudinge, čokolino, predelane kosmiče, vse, kar ima veliko dodanega sladkorja. Glavni vir zaužitega sladkorja pa so sladke pijače. Starši bi morali temeljito razmisliti, kaj kupujejo in kuhajo najmlajšim (Kamenčič, 2009).

Ker so sladkorji enostavni ogljikovi hidrati in se hitro presnavljajo, v krvi povzročajo hiter dvig sladkorja. Ta dvig osebe z ADHD velikokrat zasvoji, saj jim za (zelo) kratek čas da veliko energije. Problem pa je, da je ta naval energije časovno kratek. Zato je pomembno, da se osebe z ADHD izogibajo vseh živil, ki vsebujejo katero od naslednjih sestavin:

- saharozo (beli/namizni sladkor),
- glukozo (dekstrozo, grozdni sladkor),
- fruktozo (sadni sladkor),
- maltozo (sladni sladkor),
- glukozni in škrobni sirup (Strong in Flanagan, 2011).

Obstaja prepričanje, da je sladkor odgovoren za hiperaktivnost, vendar pa dolgoletni poskusi vodijo do zaključkov, da ni pravih dokazov o negativnih vplivih na otrokovo vedenje. Naredili so test in otrokom za pet tednov zagotavljali določena živila, za katera so njihovi straši verjeli, da so polni sladkorja. Ko so bile matere obveščene, da je njihov otrok dobil velik odmerek tega živila, so opisovale vedenje otroka kot bolj hiperaktivno, čeprav so v resnici otroci prejeli placebo (sladkor torej ni bil uporabljen). Jasno je, da je bilo pričakovanje mater odločujoče, da so opisovale hiperaktivna vedenja otroka (Benton, 2008).

Millichap in Yee (2012) navajata, da starši otrok z ADHD pogosto poročajo o poslabšanju hiperaktivnosti po pretiranem zaužitju sladkarij ali prehrane, ki vsebuje sodo. Posamezni primeri podpirajo pripombe staršev, vendar večina nadzorovanih študij ne dokaže znatnega škodljivega učinka saharoze ali aspartama. Ekvall in sodelavci (2005) pa navajajo, da so starši prepričani, da sladkor povzroča hiperaktivnost. V s placebo kontroliranih študijah majhnih otrok, za katere so starši mislili, da so na sladkor občutljivi, se je izkazalo, da ni vplival na njihovo vedenje. Čeprav uživanje sladkorja ni povezano z ADHD, pa je vseeno zmanjšanje porabe sladkarij, povečanje vnosa bolj kompleksnih ogljikovih hidratov in zmanjševanje sladkorja v receptih lahko koristno za splošno zdravje.

2.1.2 Aditivi v živilih

Z dvojno slepimi randomiziranimi študijami in nadzorovanimi s placebo so strokovnjaki želeli dokazati, da konzervansi vplivajo na vedenje otrok. V raziskavi je sodelovalo 153 otrok starih 3 leta in 144 otrok starih od 8 - 9 let. Uporabljeni sta bili dve zmesi konzervansov, in sicer Mix A (20 mg rumenega barvila, tartazin, karmoizin, 45mg natrijevega benzoata) in Mix B (na voljo v nekateri otroški hrani; rumena in oranžna barvila, karmoizin, natrijev benzoat). Študija je bila izvedena v šestih mesecih. Otroci so morali v času študije uživati tri pijače - Mix A, Mix B in placebo pijačo, ki so vse bile predstavljene kot zmes naravnih sadnih sokov. Študija je pokazala, da mix A proizvaja neželen učinek na povprečni ravni hiperaktivnosti pri 3-letnem otroku v primerjavi s placebo, medtem ko Mix B ni povzročal teh učinkov. Pokazal pa je Mix B škodljiv vpliv na povprečni ravni hiperaktivnosti pri 8 - 9 letnemu otroku v primerjavi s placebo, medtem ko Mix A tega ni pokazal. Raziskovalci so zaključili, da določena mešanica aditivov za živila, ki vsebuje umetna barvila in konzervanse, lahko vodi do povečanega hiperaktivnega vedenja (npr. nepazljivost, impulzivnost, hiperaktivnost) pri nekaterih otrocih (Williamson, 2008).

Tudi Dengate in Rubena sta potrdila vpliv aditivov na obnašanje otrok z ADHD. V študiji je bil uporabljen kalcijev propionat (E 282), ki se pogosto uporablja pri proizvodnji kruha za preprečevanje plesni in bakterij. Otroci so bili tri tedne na dieti (brez izdelkov, ki vsebujejo aditive za živila - salicilate, amine in glutamate). V prehrano so bile vključene hruške, izbrane vrste zelenjave, meso, perutnina, ribe, olja, margarina, jajca, oves, riž, pšenica, nekatere predelane žitarice za zajtrk in prigrizki, izbrani mlečni izdelki in sladkor, ki ni bil izključen iz prehrane. Po prvi fazi študije na tej dieti so dali otrokom iz študijske skupine štiri rezine kruha z E 282, otrokom iz kontrolne skupine pa so dali kruh brez konzervansov. Pokazala se je pomembna razlika med otroki, ki so prejeli kruh z E 282. Njihovo vedenje se je med študijo poslabšalo (v 52 %) v primerjavi s tistimi, ki so prejeli placebo. Vedenje teh se je izboljšalo (v 19 %). Avtorja sta zaključila, da simptome ADHD kot so: razdražljivost, nemir, nepazljivost in motnje spanja pri nekaterih otrocih lahko povzroča že dnevni vnos kruha s konzervansi. Predlagata, naj se zmanjša dodajanje konzervansov za živila, ker bomo

tako zmanjšali škodljive vplive na zdravje (Konikowska et al., 2012).

Leta 2009 je Nacionalni inštitut za zdravje in klinično odličnost v Veliki Britaniji sklenil, da odprava umetnih barvil in aditivov iz prehrane ni potrebna, saj je v rabi splošno veljavno zdravljenje za otroke in mlade z ADHD. Kljub temu pa bodimo pri otrocih in mladih z ADHD pozorni na živila ali pijače, za katere mislimo, da vplivajo na njihovo hiperaktivno vedenje. Če obstaja jasna povezava o teh vplivih, bi zdravstveni delavci morali svetovati staršem ali skrbnikom, da vodijo dnevnik, kjer si bodo zapisovali vnos hrane in pijače pri otrocih in mladostnikih ter njihovo vedenje. Če dnevnik pokaže pozitivne rezultate, potem bi moral takega otroka ali mladostnika obravnavati dietetik. Pri nadaljnjem zdravljenju (posebna prehranska izločanja) morajo sodelovati dietetik, pediater, starši ali skrbnik in otrok ali mladostnik (Stevenson, 2010).

2.2 Priporočena živila pri ADHD

S prehranskega vidika se preprečevanje bolezni ADHD začne zgodaj v življenju. V prvih treh letih, ko človeški možgani zrastejo do 90 %, je nujen vnos vseh hranil, ki so potrebna za razvoj možganov (Duca, 2010). Hranila, ki so najpogosteje povezana z ADHD, so cink, magnezij, vitamini in maščobne kisline (Loscalzo, 2004). Dieta, ki je priporočena za vse otroke, je sestavljena iz sadja in zelenjave, polnozrnatih živil, beljakovin in zdravih nenasičenih maščob, omega 3 in omega 6 (Benton, 2008).

2.2.1 Živila z omega 3

Večini izmed nas primanjkuje maščobnih kislin omega 3, ker premalo jemo ribe. To se odraža na pogostejšem obolenju za srčno-žilnimi in drugimi boleznimi. Če jih želimo preprečiti, bi morali vsak dan zaužiti 20 gramov mastnih rib (skuša, slanik ali losos). Ker so maščobne kisline omega 3 esencialna hranila, jih telo ne more proizvajati iz drugih vrst maščobnih kislin. Dobiti jih moramo iz hrane, ki jo zaužijemo. Najpogostejša vira omega 3 sta ribe hladnih voda in lanena semena (*Linum usitatissimum*). Vsako od omenjenih živil pa vsebuje različno vrsto omega 3 maščobnih kislin. Tako je v lanenih semenih alfa - linolenska kislina (ALK), v ribah pa sta drugi dve vrsti maščobnih kislin omega 3: EPK (eikozapentaenojska kislina) in DHK (dokozaheksaenojska kislina), ki pomembno vplivata na razvoj možganov (Gordon in Joiner-Bey, 2005).

2.2.2 Vloga mikrohranil

Cink je esencialen mineral v sledovih, ki sodeluje pri razvoju možganov in pri mnogih presnovnih procesih. Pomembno vlogo ima pri delovanju imunskega sistema, rasti, ohranjanju endokrinega in nevrottransmitorskega ravnovesja. Tudi **baker** je mineral v sledovih, ki sodeluje pri angiogenezi, hematopoezi, celičnem delovanju ter delovanju centralnega živčnega sistema (Esparham et al., 2015).

Ugotovili so, da je primanjkljaj cinka povezan s slabšo koncentracijo in upočasnjem kognitivnim razvojem. Zaradi ugotovitve, da ima cink pomembno vlogo pri normalni rasti in razvoju, se priporočajo dodatki cinka v prehrani otrok s hiperaktivnostjo (Braganza et al., 2006). Dokaz, da baker v povečani koncentraciji v telesu toksično vpliva na živčni sistem in jetra, sta Wilsonova in Alzheimerjeva bolezen. Dokazali so, da baker povzroča oksidativne

poškodbe fosfolipidnih membran pri otrocih z avtizmom. Razmerje med bakrom in cinkom, ki je večje od 1:1, je povezano z motnjami vedenja (agresivnost) in povečanimi kazalci vnetja, kot so interleukin 6 (IL-6), sedimentacija eritrocitov (ESR) in C-reaktivni protein (CRP) (Esparham et al., 2015). Mnogim otrokom z motnjo vedenja primanjkuje cinka, ki je potreben za pretvorbo maščobnih kislin v prostaglandine (Gordon in Joiner Bey, 2005).

Magnezij spada med makroelemente. Več kot polovica ga je v kosteh, preostalo v mehkih tkivih. Ker ga nenehno izločamo iz organizma s telesnimi tekočinami (seč, znoj) in blatom, ga moramo sproti nadomeščati (Kranjc, 2005). Magnezij skupaj s kalcijem telesu pomaga vsrkavati vitamine B kompleksa (Strong in Flanagan, 2005). Naravno je prisoten v številnih živilih, predvsem zelenolistni zelenjavi in polnozrnatih žitnih izdelkih, oreščkih, semenih, stročnicah in mleku. Nekatera živila so dodatno obogatena z magnezijem, vsebujejo pa ga tudi mineralne vode in prehranska dopolnila. Pomanjkanje magnezija vpliva na vse organske sisteme. Ob velikem pomanjkanju lahko pride do motenj pozornosti, do zmedenosti, depresije in celo halucinacij (Kranjc, 2005).

Dodatki magnezija in vitamina B₆ v prehrani naj bi bistveno izboljšali socialno interakcijo ter intelektualne in komunikacijske sposobnosti pri otrocih z motnjo avtističnega spektra. Nekateri študije so pokazale, da magnezij in vitamin B₆ pripomoreta k zmanjšanju razdražljivosti in izboljšanju koncentracije pri otrocih z ADHD (Curtis in Patel, 2007). Raziskovalci opozarjajo na previdnost glede dopustne zgornje meje vnosa magnezija, ki pri otrocih, mlajših od 8 let znaša 110 mg, in pri otrocih, starejših od 8 let, znaša 350 mg dnevno. Kot stranske učinke navajajo drisko, hipotenzijo in upočasnjene reflekse (Zimmer et al., 2012).

2.2.3 Vloga glutena in kazeina

Teorija, ki opisuje povezavo med prehrano in vedenjem ljudi z avtizmom in ADHD, se imenuje »teorija presežka opioidov«, ki nakazuje, da uživanje glutena in kazeina lahko povzroči določene razvojne in vedenjske motnje. Zagovorniki te teorije opisujejo neustrezno presnavljanje glutena in kazeina v prebavnem sistemu (Hurwitz, 2013). To teorijo je prvi opisal Panksepp, ki navaja, da simptomi avtizma in ADHD nastanejo kot posledica peptidov, ki delujejo na centralni živčni sistem (Cornish, 2002). Gluten in kazein vsebujeta določene kombinacije aminokislin, ki so težje razgradljive. Tako ostane hrana v prebavnem traktu v obliki večjih aminokislin (peptidov), ki se absorbirajo skozi črevesno sluznico, preidejo v kri ter skozi krvno-možgansko bariero dosežejo centralno živčevje. Na nevrotansmitorje v možganih delujejo kot opioidi. Njihovo delovanje povzroča motnje v zaznavanju, mišljenju, čustvovanju in vedenju, ki jih opažamo tudi pri osebah z avtizmom. Gluten je pogosto prezrt pri dietnih priporočilih za ADHD, čeprav povzroča podobne težave kot sladkor (Cornish, 2002).

Raziskovali so odziv avtističnih otrok na odpravo potencialno alergeničnih živil, kot sta kazein in gluten. Norveška študija je pokazala, da se je pri skupini 10 otrok, ki so jo primerjali s kontrolno skupino, simptomatika avtizma izboljšala po enem letu diete brez glutena in kazeina (Curtis in Patel, 2007). Mnogi otroci z avtizmom in ADHD hrepenijo ravno po hrani, ki je bogata z glutenom in kazeinom, zato ima lahko hitra odtegnitev tovrstne hrane iz jedilnika določene neugodnosti. Otrok lahko čuti blage odtegnitvene simptome, zato je potrebno poudariti postopno izključevanje teh živil (Edelkind, 2003).

2.3. Feingoldova dieta

Benjamin Feingold, pediater in alergolog, je v šestdesetih letih prejšnjega stoletja odkril, da lahko vedenje hiperaktivnih otrok bistveno izboljšamo s spremenjenim načinom prehrane. Z otroškega jedilnika je izločil vsa umetna barvila, arome, konzervanse, aditive in druge umetne snovi, ki jih najdemo v živilih (Gordon in Joiner Bey, 2005). Cilj te diete je bil izločiti vse umetne sestavine, narejene iz (neprečiščenega) petroleja (Strong in Flanagan, 2005).

Njegova dieta iz prehrane izključuje tudi salicilat. Ta učinkuje na encim fenol-sulfotransferazo (PST), ki je potreben za presnovo umetnih barvil in arom. Kaže, da je pri posameznikih z ADHD koncentracija tega encima že v osnovi nižja, živila s salicilatom pa jo še znižajo (Strong in Flanagan, 2005). Salicilati so naravno prisotni tudi v nekaterem sadju in zelenjavi (mandlji, pomaranče, maline, jabolka, češnje, grozdje, breskve, jagode, kumare, slive in paradižnik) (Stevenson, 2010; Cornish in Patel, 2007). Salicilate vsebujejo tudi skupine prehranskih aditivov na osnovi petroleja:

- umetna barvila - njihove oznake so E 102, E 104, E 110, E 122, E 124, E 129 in druga;
- umetne arome - na embalaži živil so lahko navedene tudi kot samo »arome« ali s posebnim imenom ali opisom;
- umetna sladila (na primer aspartam);
- sintetični konzervansi, vključno z E 320 (BHA), E 321 (BHT) in E 319 (TBHQ), ki so na embalaži živil navedeni med antioksidanti;
- aspirin (Strong in Flanagan, 2005).

Sodobnejše različice Feingoldove diete pa iz prehrane izključujejo zgolj umetno dodane salicilate v živilih, saj naj bi sadje in zelenjava vsebovala le minimalne količine teh snovi (Kanarek, 2011).

Feingold je leta 1975 prvi predstavil povezavo med aditivi za živila in težavami pri učenju ter hiperaktivnim vedenjem, vendar so njegove trditve temeljile le na kliničnem opazovanju in ne na znanstvenih dokazih. Nekateri avtorji so kasneje izpostavili vrsto metodoloških pomanjkljivosti Feingoldovih raziskav ter njegovo prehrano opredelili kot neučinkovito pri zdravljenju hiperaktivnosti (Cormier in Harrision Elder, 2007). Nekateri kritiki Feingoldove diete trdijo, da naj bi bila dieta učinkovita le pri 5 % otrok, vendar ni študije, ki bi to z gotovostjo potrjevala. Simptomi avtističnih otrok in odraslih se prekrivajo s simptomi ADHD, poleg tega so osebe z avtizmom nagnjene k pogostejšim epileptičnim napadom in gastrointestinalnim motnjam. Feingoldova dieta lahko pomaga ublažiti nekatere simptome. Feingoldova dieta, ki temelji na načelu izločanja živil in je prilagojena vsakemu otroku individualno ter njegovim težavam, je sprožila pravo revolucijo v zdravljenju sindroma hiperaktivnosti (Gordon in Joiner Bey, 2005). Feingold je ugotovil, da se je več kot polovica otrok pozitivno odzvala na njegovo dieto, pri kateri je za zagotovitev najboljših rezultatov še posebej poudaril pomen zavezanosti k dieti ter sodelovanje celotne družine. Poudaril je tudi vseživljenjsko izogibanje aditivom v primeru, da je posameznik nanje preobčutljiv (Kanarek, 2011).

Rezultati diete so po poročanju uporabnikov opazni že v roku enega do šest tednov uporabe diete. Učinek naj bi bil najhitreje opazen pri majhnih otrocih, pri sočasni uporabi medikamentozne terapije pa lahko traja dlje. Mnoge družine poročajo, da so se simptomi avtizma in ADHD pri otrocih izboljšali s pomočjo Feingoldove diete same ali pa v kombinaciji z dieto brez glutena in kazeina. Zdravniki se po določenem času sočasnega posluževanja tovrstne diete in zdravil odločijo za zmanjševanje odmerka zdravil ali celo njihovo ukinitvev (Edelkind, 2003).

Feingoldova dieta je sestavljena iz **dveh zaporednih faz**. Prva faza traja 4-6 tednov, vendar večina opazi ublažitev simptomov že v tednu dni. Kljub temu priporočajo, da vztrajamo pri dieti vsaj štiri tedne, saj vsakdo ne doživi tako hitrega izboljšanja. Ko pričnemo z dieto, ne smemo zaužiti ničesar, kar vsebuje salicilate. Veliko ljudi na tej stopnji izloči tudi naslednje aditive: benzoate (E 210-213); glukozni sirup in druga škrobna sladila (Feingold sicer ne omejuje sladkorja nasploh, vendar se škrobna sladila v prvi fazi pogosto izločijo, ker vsebujejo vodikov sulfid in druge kemikalije); mononatrijev glutamat (E 621); nitrite in nitrate; sulfite (te uporabljajo v restavracijah, da preprečijo porjavitev krompirja, jabolk in podobnih živil, dodani pa so lahko tudi zdravilom in vinu; navedeni so kot E 220, E 221, E 222, E 223, E 224, E 226, E 227, E 228) (Strong in Flanagan, 2005).

Pomembno je, da je zavezanost k dieti popolna. Če zaužijemo še tako majhno količino teh izločevalnih sestavin, se lahko zgodi, da ne bomo doživeli nikakršnega izboljšanja. Tudi mnoga zdravila, ki jih jemljemo za svojo simptomatiko, vsebujejo barvila na osnovi petroleja. Preveriti moramo, ali naša zdravila vsebujejo taka barvila in če jih, se pogovorimo z zdravnikom o zamenjavi ali morebitni začasni opustitvi zdravila v času diete (Strong in Flanagan, 2005).

Z **drugo fazo diete** lahko začnemo, ko po popolni izločitvi vseh salicilatov opazimo izboljšanje svoje simptomatike. V tej fazi postopoma dodajamo po eno živilo s salicilatom naenkrat. V primeru, da nam določeno živilo izzove reakcijo ali se simptomi povrnejo, ga preprosto spet izločimo. Večina ljudi tolerira večino s salicilati bogatih živil, potem ko so uspešno izločili aditive in konzervanse na osnovi petroleja. Dokler želimo ostati na Feingoldovi dieti, v svojo prehrano v nobenem primeru ne smemo dodajati umetnih sestavin - arom, barvil in konzervansov (Strong in Flanagan, 2005).

2. 4. Prehransko svetovanje družinam z ADHD

Zaradi zaskrbljenosti o učinkovitosti in varnosti zdravil starši otrok z ADHD iščejo alternativne pristope zdravljenja. Sprememba diete je za starše izredno privlačna, saj povečuje občutek nadzora in učinkovitosti ter se usklajuje z željo po spodbujanju zdravega načina življenja otrok (Cormier in Harrision Elder, 2007).

Študije primerov kažejo, da imajo izvajalci osnovnega zdravstvenega varstva pomembno vlogo pri pomoči družinam pri sprejemanju odločitev glede zdravstvenih posegov. Medicinska sestra mora biti odprta za sprejemanje idej staršev v zvezi z alternativnimi terapijami, med katere spadajo tudi prehranske terapije (Cormier in Harrision Elder, 2007). Glede na vse večji interes za prehrano naj bi bili pediatri in zdravstveni delavci dobro seznanjeni z različnimi prehranskimi pristopi za obvladovanje simptomov avtizma in ADHD (Nierengarten, 2014).

Upoštevanje stroge diete, četudi le za kratek čas, zahteva ogromno zavezanosti s strani družine. Starši se morajo zavedati omejitev in težav, ki jih dieta prinaša v družino, obveščeni morajo biti tudi o možnosti pristranskosti in placebo učinka. Medicinska sestra, dietetik in zdravnik morajo staršem pomagati pri razumevanju teh dejstev, zagotoviti objektivna orodja za merjenje in vrednotenje sprememb, ter imeti v tem procesu ključno podporno in izobraževalno vlogo (Cormier in Harrison Elder, 2007).

Večina staršev otrok z ADHD se odloča za določeno vrsto obravnave, med njimi najpogosteje govorno/komunikacijsko, izobraževalno ali prehransko obravnavo. Običajno se starši nagibajo k izvajanju multimodalnega pristopa, ki združuje različne vrste intervencij hkrati. Ena izmed najbolj priljubljenih in najpogosteje prakticiranih prehranskih pristopov je tudi brez mlečna in brez glutenska dieta. Pri uporabi tovrstne diete poročajo o izboljšanju širokega spektra vedenj, ki so specifična za ADHD. Predvsem prihaja do izboljšanja koncentracije, pozornosti, socialne interakcije in komunikacije (Winburn et al., 2014).

Hsu in sodelavci (2009) na podlagi študije primera, izvedene na Tajvanu, poročajo o izboljšanju že po dveh mesecih in pol diete brez glutena in kazeina. Avtorji poudarjajo, da je ta možnost zdravljenja lažje izvedljiva v vzhodni Aziji kot v zahodnih državah zaradi drugačnih prehranskih navad in drugačne izbire hrane. Pennesi in Klein (2012) poročata, da na učinkovitost te diete vplivata predvsem striktnost pri upoštevanju ter čas posluževanja diete. Do izboljšanja vedenja v večji meri prihaja v primeru popolne izključitve glutena in kazeina iz prehrane v primerjavi z nepopolno izključitvijo tovrstnih živil. Dieta brez glutena in kazeina naj bi bila najbolj učinkovita v trajanju nad šest mesecev ter pri tistih otrocih, ki imajo pridružene še določene prehranske alergije. Hyman in sodelavci (2016) so se osredotočali na raziskovanje vpliva diete na fiziološke funkcije, vedenjske motnje, kot sta motnje spanja in prekomerna aktivnost. Študija z majhnim vzorcem ne zagotavlja dokazov za učinkovitost brez mlečne in brez glutenske diete. Whiteley in sodelavci (2010) poročajo o izboljšanju simptomatike avtizma po uvedbi diete brez glutena in kazeina, pri tem pa opozarjajo na potrebo po nadaljnjih varno izvedenih študijah. Obstajajo namreč možnosti za prehranski primanjkljaj zaradi dolgotrajne izključitvene diete. Odtegnitev glutena lahko povzroči primanjkljaj vitaminov B-kompleksa in vlaknin, odprava mlečnih izdelkov iz prehrane pa lahko privede do primanjkljaja kalcija in vitamina D. Zato se priporoča uvedba določenih prehranskih dodatkov, ki vplivajo na izboljšanje vedenja, pri tem pa je zaradi morebitnih stranskih učinkov potrebna previdnost pri zgornji meji vnosa hranil.

3. Zaključek

Problem današnjega časa je predelana hrana, ki vsebuje veliko aditivov in dodatkov, primanjkuje pa nam časa, volje in energije za kuhanje. Otroci imajo zato slabe prehranjevalne navade in premalo dnevnih obrokov. Vedno bolj posegajo po sladkarijah in zelo malo po sadju, zelenjavi in ribah. Uvajanje določenih sprememb v prehrano otroka z ADHD terja mnogo napora in vztrajnosti, saj so tovrstne spremembe v nasprotju z otrokovo željo po rutini, ki je je vaje. Potrebno je veliko prilagajanja, razumevanja in empatije. Vsak napredek, četudi objektivno majhen, je pomemben korak za vsakega posameznega otroka. Mnogi se strinjajo, da ima velik prispevek k izboljšanju simptomatike tudi samo pričakovanje staršev k izboljšanju po uvedbi diete oziroma dodatka v prehrano otrok. Ne pozabimo, da motnja ADHD otroka ne določa kot osebo, ampak je poleg vseh ostalih lastnosti le majhen,

vendar pomemben del celote posameznika. Otroka ne moremo preprosto ozdraviti in spremeniti. Treba je iskati načine za premagovanje težav, ga razumeti, spodbujati, mu prisluhniti, mu nuditi ljubezen in ga sprejeti takšnega, kot je.

Zdravljenje otrok in mladostnikov z ADHD je najuspešnejše, če je multi-disciplinarno, kar pomeni, da ob zdravljenju z zdravili izvajamo tudi psihološke, vedenjske in druge omenjene učinkovite načine pomoči. Član takega multidisciplinarnega tima pa bi moral biti tudi klinični dietetik ali medicinska sestra s specialnimi znanji s področja klinične prehrane.

Viri

- Benton, D. (2008). Does diet influence Attention Deficit Hyperactivity Disorder? *Br J Sch Nurs* 3 (3): 117-120.
- Braganza, S.F., Galvez, M.P, Mencin, A.A, Ozuah, P.O. (2006). Weighing the appropriate uses of supplemental zinc. *Contemp Pediatr* 23 (7): 66-74.
- Braganza, S.F., Ozuah, P.O. (2006). What is the evidence on treating disease with vitamin C and megavitamins? *Contemp Pediatr* 23 (6): 81-9.
- Cormier, E., Harrision Elder, J. (2007). Diet and child behavior problems: fact or fiction? *Pediatr Nurs* 33(2): 138-43.
- Cornish, E. (2002). Gluten and casein free diets in autism: a study of the effects on food choice and nutrition. *J Hum Nutr Diet* 15(4): 261-9.
- Curtis, L.T., Patel, K. (2007). Nutritional and environmental approaches to preventing and treating autism and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a review. *J Altern Complement Med* 14(1): 79-85.
- Duca, A.R. Jr. (2010). Nutritional considerations in the management of attention deficit hyperactivity disorder. *J Nutr Chiropr Assoc* 33 (4): 5-16.
- Edelkind, S., ed. (2003). *The Feingold bluebook. Behaviour, learning, and health: the dietary connection.* Feingold Association of the United States, 5-22.
<http://www.feingold.org/BLUEBOOK.pdf> <12. 1. 2016>.
- Ekvall, V.K., Ekvall, S.W., Mayes, S. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder. V: Ekvall, S.W, Ekvall, V.K., ur. *Pediatric nutrition in chronic diseases and developmental disorders: prevention, assessment and treatment.* 2. izd. New York: Oxford university, 145-50.
- Esparham, A.E, Smith, T., Belmont, J.M. et al. (2015). Nutritional and metabolic biomarkers in autism spectrum disorders: an exploratory study. *Integr Med* 14(2): 40-53.
- Gordon, G., Joiner-Bey, H. (2005). *Islandski čudež: Omega - 3.* Ljubljana: Ara, 15-9, 24-9, 104-16.
- Harvard Medical School (2009). Diet and attention deficit hyperactivity disorder. *Harv Ment Health Lett* 25(12): 4-5.
- Hsu, C.L., Lin, C.Y., Chen, C.L., Wang, C.M., Wong, M.K. (2009). The effects of a gluten and casein-free diet in children with autism: a case report. *Chang Gung Med J* 32(4): 459-65.
- Hurwitz, S. (2013). The gluten-free, casein-free diet and autism. *J Early Interv* 35(1): 3-19.
- Hyman, S.L., Stewart, P.A., Foley, J., et al. (2016). The gluten-free/casein-free diet: a double-blind challenge trial in children with autism. *J Autism Dev Disord* 46(1): 205-20.
- Kamenčič, J. (2009). Problematika debelosti pri predšolskih otrocih. V: zbornik predavanj: *Debelost pri otrocih in mladostnikih, Šmartno pri Slovenj Gradcu*, 6. marec 2009. Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, 45-55.
- Kanarek, B. (2011). Artificial food dyes and attention deficit hyperactivity disorder. *Nutr Rev* 69(7): 385-91.
- Kesič Dimic, K. (2008). ADHD - ali deklice hitijo drugače: spregledanost deklic z motnjo ADHD. Ljubljana: Bravo, društvo za pomoč otrokom in mladostnikom s specifičnimi učnimi težavami,

10-4, 18-20, 22, 28-9.

Kranjc, A. (2015). Moj magnezij. Ljubljana: Ara, 13-6; 20; 57.

Konikowska, K., Regulska Ilow, B., Rožanska, D. (2012). The influence of components of diet on the symptoms of ADHD in children. *Rocz Panstw Zakl Hig* 63 (2): 127-134.

Loscalzo, R. (2004). An intergrated approach to the management of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children: the role of dietary and nutritional interventions. *J Nutr Chiropr Assoc* 27 (4): 33-43.

Mankad, D., Dupuis, A., Smile, S. et al. (2015). A randomized, placebo controlled trial of omega-3 fatty acids in the treatment of young children with autism. *Mol Autism* DOI: 10.1186/s13229-015-0010-7: 1-11.

Millichap, J.G., Yee, M.M. (2012). The Diet Factor in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Pediatr* 129 (2): 1-8.

Nierengarten, M.B. (2014). Managing autism symptoms through nutrition. *Contemp Pediatr* 31(4): 23-7.

Nowicka, P., Bryngelsson, S. (2006). Sugars or sweeteners: towards guidelines for their use in practice - report from an expert consultation. *Scand J Food Nutr* 50 (2): 89-96.

Pennesi, C.M., Klein, L.C. (2012). Effectiveness of the gluten-free, casein-free diet for children diagnosed with autism spectrum disorder: based on parental report. *Nutr Neurosci* 15(2): 85-91.

Poličnik, R., Hlastan Ribič, C., Pokorn, D. (2009). Prehranjevalne navade predšolskih otrok v Ljubljanski okolici. *Obzor Zdr N* 43 (2): 89-94.

Sinn, N. (2008). Nutritional and dietary influences on attention deficit hyperactivity disorder. *Nutr Rev* 66 (10): 558-68.

Stevenson, J. (2010). Recent research on food additives: implications for CAMH. *Child Adolesc School Ment Health* 15 (3): 130-33.

Strong, J., Flanagan, M.O. (2011). Motnja pozornosti in hiperaktivnost za telebane. Ljubljana: Pasadena: Društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami, 9-12, 36-40, 65-8, 151-62.

Whiteley, P., Haracopos, D., Knivsberg, A.M. et al. (2010). The ScanBrit randomised, controlled, single-blind study of a gluten-and casein-free dietary intervention for children with autism spectrum disorders. *Nutr Neurosci* 13(2): 87-100.

Williamson, C.S. (2008). Food additives and hyperactivity in children. *Nutr Bull* 33 (1): 4-7.

Winburn, E., Charlton, J., McConachie, H. et al. (2014). Parents' and child health professionals' attitudes towards dietary interventions for children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 44(4): 747-57.

Zimmer, M.H, Hart, L.C., Manning-Courtney, P., Murray, D.S., Bing, N.M., Summer, S. (2012). Food variety as a predictor of nutritional status among children with autism. *J Autism Dev Disorder* 42(4): 549-56.

So psihostimulansi res edina pot obravnave otrok z ADHD?

Mateja Božnar in Samantha Berginc, študentki zdravstvene nege, ZF UL

Povzetek

ADHD ima 3 - 7% šolskih otrok, ki težko vzdržujejo miselno pozornost, čutijo stalno potrebo po gibanju in so bolj impulzivni. Pri njihovi obravnavi so zdravilo prvega izbora psihostimulansi. Namen prispevka je prikazati pozitivne in negativne učinke psihostimulansov pri zdravljenju otrok z ADHD. Spodbuditi želimo strokovne in laične bralce k aktivnemu in kritičnemu razmišljanju o uporabi psihostimulansov pri zdravljenju otrok z ADHD. Uporabili smo deskriptivno metodo dela s pregledom znanstvene in strokovne tuje in domače literature z obravnavano problematiko, ki smo jo poiskali iz podatkovnih baz COBISS.SI, Pub Med, Pub Med Central, Medline, CINAHL, DiKUL in Google Academic. Iskanje je potekalo s pomočjo vnaprej določenih ključnih besed. Kritično smo pregledali in analizirali literaturo, ki je bila objavljena v zadnjih 5-ih letih. Kaže, da so psihostimulansi relativno varna in učinkovita zdravila, vendar imajo tudi več stranskih učinkov, kot so npr. zastoj v rasti, tiki, samomorilne misli, izguba apetita, srčno-žilni zapleti, motnje spanja in druge. Z različnimi načini zdravljenja je potrebno seznaniti starše in otroke ter jim dati možnost, da sami pretehtajo in se odločijo, kaj je za njihovega otroka najboljše. Posebej pa je pomembno izobraževanje vzgojiteljev, učiteljev, zdravstvenih delavcev in ostalih, ki se pri svojem vsakdanjem delu srečujejo z otroki z ADHD, saj le z izobraževanjem lahko dosežemo drugačen, pozitivnejši pogled na te otroke.

Ključne besede: psihostimulansi, otrok, stranski učinki, ADHD

1. Uvod

Strokovnjaki se obravnave moteče simptomatike otrok z ADHD lotevajo s pomočjo farmakoloških in nekaterih nefarmakoloških pristopov. Zdravljenje ADHD s pomočjo psihostimulansov (Ritalin, Concerta) je najbolj preučevano zdravljenje pri otrocih. Zdravilno učinkovino metilfenidat se uporablja že preko 40 let. Uspešnost zdravljenja s pomočjo psihostimulansov se giblje med 75% in 90%. Pri odraslih z ADHD je njihova učinkovitost manjša, saj so se le pri 4,4% pokazali kot uspešen način zdravljenja (Fields et al., 2017).

D, L-metilfenidat je najbolj pogosta izbira za zdravljenje ADHD. Gre za skupino zdravil, ki deluje na centralni živčni sistem in spodbuja delovanje monoaminov v možganih (Gregorčič, 2016). Ta učinkovina poveča dejavnost noradrenalina in dopamina preko blokade ponovnega privzema in vzpodbujanja njunega sproščanja. Ker je posledično koncentracija teh dveh živčnih prenašalcev večja, lahko pride v določenih predelih možganov do izboljšanja pozornosti in koncentracije, izvršitvene funkcije in budnosti. Povečanje dopamina v nekaterih regijah možganov lahko umiri hiperaktivnost (Pregelj idr., 2013).

Stranski učinki D, L-metilfenidata so nespečnost, pomanjkanje apetita, povečana žeja, slabost, bolečine v trebuhu, glavobol (Potočnik Dajčman, 2015). Redkejši, a resnejši stranski učinki so hipertenzija, aktivacija manije, samomorilne misli, psihotične epizode in krči. Pri dolgotrajni, neprekinjeni uporabi se lahko pojavi zastoj v rasti, ki pa ga otrok »nadoknadi« v času brez zdravila. Zaradi resnosti stranskih učinkov je potrebno skrbno spremljanje in njihovo zgodnje odkrivanje. Občasno je potrebno dodatno uvesti zdravljenje sočasno prisotnih duševnih motenj, kot so depresija, anksioznost in psihotične epizode (Pregelj idr., 2013). Odraščanje je zelo občutljivo obdobje, zato je takrat veliko duševnih težav. ADHD in

depresija sta zaradi stranskih učinkov medikamentozne terapije zelo povezani. O njej pri tej diagnozi največkrat poročajo dekleta (Lundervold idr., 2016).

Atomoksetin (Strattera) je relativno novo zdravilo in prvi psihofarmak, ki je bil izdelan za uporabo v otroški psihiatriji. Zvišuje koncentracijo nevrottransmitterjev v možganih, le da je njegov mehanizem delovanja usmerjen le na noradrenalin. Deluje kot selektivni zaviralec ponovnega privzema noradrenalina v presinaptični nevron in s tem posledično zvišuje njegovo koncentracijo v sinaptični reži. Praviloma se priporoča za obravnavo otrok in mladostnikov s tiki in epilepsijo, po njem se posega tudi, ko se starši ne strinjajo z uporabo metilfenidata (Potočnik Dajčman, 2015). Stranski učinki se lahko kažejo kot bolečine v trebuhu, zmanjšan apetit, suha usta, slabost, bruhanje, pospešen srčni utrip, ortostatska hipotenzija, zgodnje jutranje prebujanje, omotica, zaspanost in glavoboli (Potočnik Dajčman, 2015).

Kadar je simptomatika izrazita in neodzivna na predhodna zdravila, ali ob izraziti agresiji, napadih jeze in neobvladljivem nemiru se lahko predpiše tudi zdravilo risperidon (Risperdal, Torendo), ki blokira dopaminske avtoreceptorje (Potočnik Dajčman, 2015).

Osnovni namen zdravljenja z medikamentozno terapijo je izboljšanje ali celo odprava simptomov hiperaktivnosti in impulzivnosti, ki motijo in slabšajo zaposlitveno, šolsko ali socialno funkcioniranje (Pregelj idr., 2013). Medikamentozno zdravljenje pa ne sme biti prva in edina oblika zdravljenja oziroma obravnave otrok z ADHD, temveč so potrebni tudi drugi terapevtski - nefarmakološki pristopi (Hodgson idr., 2014).

S spremembo prehrane in razumno rabo zelišč, vitaminov in obogatjenih živil lahko precej zmanjšamo simptomatiko ADHD. Feingoldova dieta je usmerjena k odpravi naravno prisotnega salicilata, živilskih barvil, umetnih arom in konzerviranega butiliranega hidrokstitoluena (Strong and Flanagan, 2011, citirano po Babić in Pandel Mikuš, 2015). Poleg diete na ADHD pozitivno vplivata tudi bio in neurofeedback ter vedenjsko-kognitivni trening. Tudi Hodgson idr. (2014) navajajo kot glavne nefarmakološke načine zdravljenja veliko fizične aktivnosti, neurofeedback in prehransko dieto.

Uspešnost zdravljenja ADHD z nefarmakološkimi metodami je znanstveno podprta (Sonuga-Barke idr., 2013). Izziv za prihodnost je izboljšati nefarmakološke pristope in jih vključiti v farmakološko zdravljenje (Hodgson idr., 2014). Obravnava otrok z ADHD zahteva celostni in multimodalni pristop, prilagojen posameznemu otroku, vseskozi evalviran in optimiziran glede na situacijo (NICE Clinical Guidelines 72. (2008). Pričakuje se interdisciplinarno in medsektorsko sodelovanje vseh strokovnjakov, ki vstopajo v življenje otroka in družine.

2. Raziskovalna metoda

Za namen tega prispevka smo uporabili deskriptivno metodo dela s pregledom znanstvene in strokovne tuje in domače literature z obravnavano problematiko. Literaturo smo zbirali od marca do aprila 2017 s pomočjo vnaprej določenih ključnih besed; psihostimulansi (psychostimulants), stranski učinki (side effects), ADHD, otrok (child) in Booleanovega operaterja in/and. Za iskanje smo uporabili različne sisteme in bibliografske podatkovne baze: COBIB.SI, PubMed, PubMed Central, Medline, CINAHL, DiKUL in Google Academic. Kritično smo pregledali literaturo, ki je bila objavljena v obdobju od leta 2013 do leta 2017 (zadnje 5 let). Starejši viri so uporabljeni le izjemoma. Kriteriji za izbor so bili recenzirani, prosto dostopni članki v slovenskem in angleškem jeziku. Izključili pa smo članke, ki govorijo o farmakologiji in farmakodinamiki psihostimulansov.

3. Rezultati z razpravo

Eden izmed načinov zdravljenja ADHD je medikamentozna terapija s psihostimulansi (Cortese et al., 2013), ki jih pri obravnavi otrok z ADHD večinoma predpisujejo v ZDA in Avstraliji (Ghosh et al., 2015). Gre za zdravila, ki delujejo na centralni živčni sistem tako, da spodbujajo delovanje monoaminov v možganih. S spodbujenim delovanjem centralnega živčnega sistema se poviša frekvenca srca, krvni tlak, miselni procesi potekajo hitreje, pozornost pa je povečana (Gregorčič, 2016). Najpogosteje predpisana psihostimulansa sta Concerta in Ritalin. Zdravilo Concerta je spodbujevalec osrednjega živčevja, ki dviguje pozornost in zmanjša impulzivnost. Če ga primerjamo z Ritalinom, je Concerta manj agresivno zdravilo, zato se priporoča sočasna uporaba z drugimi nefarmakološkimi metodami zdravljenja. Otroci starejši od 6 let ga lahko jemljejo pod nadzorom zdravnika v obliki tablet s podaljšanim sproščanjem. Pri dolgoročnem jemanju pa ima zdravilo lahko stranske učinke kot so zastoj v rasti in slabše pridobivanje telesne teže (Coghill et al., 2013). Ritalin podobno kot Concerta dviguje pozornost ter zmanjša impulzivnost in hiperaktivnost. Kot stranski učinek pa so mogoči nekontrolirani zgibi, hitro in neenakomerno bitje srca, padec telesne teže, spremembe razpoloženja, težave z odvajanjem, zmanjšanje apetita in nespečnost (Amiri et al., 2017).

Pacienti z ADHD običajno psihostimulanse dobro prenašajo (Cortese et al., 2013). K temu izjemno veliko pripomore določanje pravega odmerka zdravila, ki ima posledično ustrezen terapevtski učinek. Zato je v začetni fazi zdravljenja s psihostimulansi ključnega pomena zaupanje in sodelovanje med starši in zdravnikom. Poučeni starši, ki prepoznajo spremenjeno vedenje otroka in nanj opozorijo zdravnika, pomembno vplivajo na določanje terapevtskega odmerka (Dittmann et al., 2014). Kljub temu pa se ne moremo izogniti vsem stranskim učinkom (Cortese et al., 2013):

- zastoj v rasti: Pri otrocih, ki so med prvim in četrtem letom prejeli psihostimulanse, je opaziti počasnejšo rast kot pri ostalih otrocih (Rose et al., 2015). Zastoj v rasti se rešuje tako, da otroci v času počitnic prenehajo jemati psihostimulanse. (Amiri et al., 2017). Ali je to učinkovita metoda, ni podatka.
- srčno-žilni zapleti: Opravljena je bila raziskava, v katero je bilo vključenih 8.300 otrok z ADHD. Pokazalo se je, da imajo otroci (in odrasli), ki jemljejo psihostimulanse, dvakrat več srčno-žilnih zapletov v primerjavi z ostalo populacijo (Dalsgaard et al., 2014).
- odvisnost in zloraba (predoziranje): Z začetkom predpisovanja psihostimulansov na recept se je povečalo predpisovanje teh zdravil in s tem tudi število zlorab (Dunlop, Newman, 2016), ki so zelo pogoste, posebno še med mladimi. Med dijaki se pojavljajo kar v 5-10 %, med študenti pa v 5-35 % (Fields et al., 2017). Dejstvo pa je, da vse kronične zlorabe lahko vodijo do prilagoditvenih sprememb na genetskem materialu ter upadu kognitivnih sposobnosti (Gregorčič, 2016).
- samomorilne misli: S povečanim predpisovanjem psihostimulansov na recept (zlasti metilfenidata) pa se ni dvignil le delež odvisnosti in zlorab. Opaziti je tudi povečanje namernega prevelikega odmerka v samomorilne namene (Dunlop, Newman, 2016). Pripisovanje večje stopnje samomorilnosti jemanju psihostimulansov je sicer tvegano,

saj je skrajno vedenje osebe z motnjo ADHD lahko tudi posledica njene visoke impulzivnosti in kroničnih težav na različnih področjih njenega življenja.

- psihotični simptomi: Jakušič (2008) opozarja, da če se poleg ADHD pojavijo še druge psihiatrične motnje kot so nevroza, psihoza in čustvene motnje, take otroke poleg psihoterapije, zdravimo še z drugimi ciljnim zdravili, ki se uporabljajo za zdravljenje določene duševne bolezni (npr. anksiolitik, antipsihotik, antidepresivi). Psihostimulansi se lahko sočasno uporabljajo z drugimi psihiatričnimi zdravili, vendar sočasna uporaba zahteva stalno spremljanje učinkovitosti zdravljenja, prilagajanje odmerka in odkrivanje možnih neželenih učinkov. Pri posameznih primerih je možen pojav:
- izgube apetita;
- motenj spanja;
- tikov;
- epileptičnih napadov.

Kljub splošni učinkovitosti psihostimulansov pri zdravljenju ADHD pa je potrebno opozoriti, da od 20 % do 30 % otrok ob uporabi teh zdravil ne kaže nobenega izboljšanja. Lahko se opazi celo poslabšanje vedenja (Bandel, 2012). Razlogov za to je več. Lahko se zgodi, da simptome zamenjamo z drugimi stanji kot so posledice travmatičnih izkušenj, motnje avtističnega spektra ali posledice alkoholnega fetalnega sindroma. Seveda v teh primerih pozitivnih učinkov psihostimulansov ne moremo pričakovati (Dunlop, Newman, 2016). Kljub temu, da naj bi psihostimulansi vplivali na dvig pozornosti, nekateri viri opozarjajo na njihovo sposobnost, da poslabšajo kognitivne funkcije. Pojavi se vprašanje, kako lahko sočasno povzročajo izboljšanje in okvaro kognitivnih sposobnosti. Odgovor najdemo v razlagi, da je zmerno vzburjenje koristno za kognicijo, povečano aktiviranje pa vodi do upada kognitivnih (Wood, 2014) in izvršilnih funkcij (Gregorčič, 2016). Ključnega pomena je terapevtski odmerek zdravila, saj majhni odmerki psihostimulansov povečajo vzburjenje, pozornost in izboljšajo kognitivne funkcije, medtem lahko le rahlo povečani ali zmerni odmerki povzročijo evforijo in pretiran občutek moči, odvisnosti ter kognitivni upad. Zelo visoki odmerki pa vodijo do psihoze in cirkularnega kolapsa (Wood, 2014). Nekateri avtorji navajajo, da kljub neželenim učinkom ni potrebno ustaviti zdravljenja s psihostimulansi (Cortese et al., 2013).

4. Kaj je torej najboljše za otroke z ADHD?

Pri izbiri zdravljenja je najpomembnejše zavedanje, da si je treba prizadevati povečati kakovost življenja otrok in družin (Chandler, Parsons, 2015). Kot najboljši pri obravnavi otrok z ADHD se je do sedaj izkazal holistični pristop, ki je glede na odmeve sodobne prakse pogosto tudi edini učinkovit za zmanjšanje kasnejših zlorab in odvisnosti (Dittmann et al., 2014). Ta pristop pomeni pozornost potrebam celotnih družin, pri čemer je ključnega pomena vključevanje vzgojnih intervencij in drugih strategij za ustvarjanje, ohranjanje in krepitev trdnih, ljubečih medsebojnih odnosov med družinskimi člani (Dunlop, Newman, 2016).

Uporaba zdravil je v različnih zdravstvenih pogojih lahko povsem ustrezna, če ne celo nujna, vendar ne sme biti edini način zdravljenja (Dunlop, Newman, 2016) in celostne obravnave otrok in njegove družine. Kot zelo učinkovita se je pokazala kombinacija psihostimulansov in vedenjske terapije (Dittmann et al., 2014). Ugotovljeno je bilo, da tudi placebo učinek pri

otrocih z ADHD lahko zmanjša simptome. Razlike v vedenju med nekaterimi otroci, ki so prejeli placebo in tistimi, ki niso prejeli ničesar, so bile več kot očitne (Ghosh et al., 2014).

Trenutno ni medikamentozne terapije, ki bi bila učinkovita pri pacientih z izključno učnimi težavami (Jakušič, 2008). Prav tako še ni raziskave, ki bi preverjala dolgoročno učinkovitost psihostimulansov na zdravljenje ADHD. Razlog za to je predvsem etična nesprejemljivost, saj bi kontrolna skupina udeležencev morala uživati placebo od otroštva do odraslosti (Bandel, 2012). Prav zato se moramo pri vsakem otroku posebej vprašati in posvetovati s strokovnjakom, ali je zdravljenje s psihostimulansi res upravičeno ali gre le za lažjo pot reševanja nekaterih drugih bolj zapletenih vzrokov za vedenjske in čustvene težave (Dunlop, Newman, 2016) in vzgojne izzive. Staršem in otrokom je potrebno ponuditi izbiro načina zdravljenja (Ghosh et al., 2014) ter njihovo odločitev spoštovati tudi v primeru, da zavrnejo medikamentozno zdravljenje (Chandler, Parsons, 2015).

5. Zaključek

S pregledom literature smo ugotavljali učinkovitost psihostimulansov pri otrocih z ADHD. Ugotavljamo, da uporaba psihostimulansov pri teh otrocih ni edini in hkrati najboljši način obravnave. Najpomembnejše je združevanje več pristopov, ko opolnomočimo družino in otroka za soočanje z izzivi. Pomembni so ustrezni vzgojni ukrepi, dobra skrb za družino in izboljšanje znanja o delu z otroki z diagnozo ADHD med vzgojitelji, učitelji, zdravstvenimi delavci in splošno javnostjo. Razmisliti bi bilo potrebno o vključevanju vsebin o ADHD v obvezne programe izobraževanja pedagoških in drugih strokovnih delavcev.

Ne smemo pa pozabiti, da se od teh otrok lahko mnogo naučimo, če jih znamo videti tudi z drugega zornega kota. Takrat lahko vidimo otroke, ki se znajo veseliti življenja in pokažemo razumevanje do stisk njihovih družin. Razmislimo o tem, da drugačen ne pomeni biti nujno slabši in da je dobra mama tista, ki ima srečne otroke kljub temu, da je kuhinja včasih razmetana in obleka umazana.

V hujši obliki je motnja izjemno naporna tako za otroka kot tudi za njegovo ožjo in širšo okolico. Starši in otroci se zatekajo k psihostimulansom zaradi izjemne stiske, ki jo doživljajo. Vsak starš si želi, da bi njegov otrok živel srečno, brez zdravil. Vendar je včasih življenje z otrokom z ADHD tako kaotično, da so se kljub različnim oblikam pomoči in podpore prisiljeni odločiti tudi za medikamentozno zdravljenje.

*Otrok je kot metuljček v vetru...
eni letijo višje kot drugi.
ampak vsak leti najboljše kot zna!
Zakaj bi jih primerjali med seboj?
Čisto vsak je drugačen...
čisto vsak je poseben...
čisto vsak je čudovit!*

Viri

Adisetiyo, V., Jensen, J.H., Tabesh, A. et al. (2014). Multimodal MR imaging of brain iron in attention deficit hyperactivity disorder: a noninvasive biomarker that responds to psychostimulant treatment? *Radiology* 272(2): 524-32. doi: 10.1148/radiol.14140047.

- Amiri, S., Noorazar, S.G., Fakhari, A., Daroukolaei, A. G., Gharehgoz, A. B. (2017). Knowledge and attitudes of preschool teachers regarding attention deficit hyperactivity disorder. *Iran J Pediatr* 27(1): 1-6. <http://dx.doi.org/10.1148/radiol.14140047>.
- Babić, B. in Pandel Mikuš, R. (2015). *Sindrom ADHD in vloga prehrane. Prihodnost in razvoj zdravstvenih ved temelji na raziskovanju študentov: zbornik prispevkov z recenzijo*. 204-14.
- Bandel, T. (2012). Relacijska družinska terapija kot ena od metod kompleksne rehabilitacije otrok z motnjo hiperaktivnosti in pozornosti ter njihovih družin. *Psihološka obzorja* 21(3): 57-68. doi: 10.20419/2012.21.369.
- Chandler, A. in Parsons, M. (2015). ADHD: Putting the Pieces Together. *Clinician Reviews*. 25 (1), 29-30.
- Coghill, D., Banaschewski T., Zuddas, A., Pelaz, A., Gagliano, A., Doepfner, M. (2013). Long-acting methylphenidate formulations in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review of head-to-head studies. *BMC Psychiatry* 13: 237. doi: 10.1186/1471-244X-13-237.
- Cortese, S., Holtmann, M., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., et al. (2013), Practitioner review: Current best practice in the management of adverse events during treatment with ADHD medications in children and adolescents. *Jour Child Psychol Psychiatry* 54(3): 227-46. doi:10.1111/jcpp.12036.
- Dalsgaard, S., Kvist, A.P., Leckman, J. F., Nielsen, H. S., Simonsen, M. (2014). Cardiovascular safety of stimulants in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a nationwide prospective cohort study. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 24(6): 302-10. doi: 10.1089/cap.2014.0020.
- Dittmann, R. W., Banaschewski, T., Schacht, A., Wehmeier, P. M. (2014). Findings from the observational comply study in children and adolescents with ADHD: core symptoms, ADHD-related difficulties, and patients' emotional expression during psychostimulant or nonstimulant ADHD treatment. *Atten Def Hyp Disord* 6: 291-302. doi: 10.1007/s12402-014-0136-z.
- Dunlop, A. J., Newman, L. K. (2016). ADHD and psychostimulants - overdiagnosis and overprescription. *Med J Aust* 204(4), 139.
- Fields, S. A., Johnson, W. M., Hassig, M. B. (2017). Adult ADHD: addressing a unique set of challenges. *J Farm Prac* 66(2): 68-74. Pridobljeno z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28222452?dopt=Abstract<10.4.2017>>.
- Ghosh, M., Holman, D. J., Preen, D.B. (2014). Exploring parental country of birth differences in the use of psychostimulant medications for ADHD: a whole-population linked data study. *Aust N Z J Public Health* 39(1): 88-92. doi: 10.1111/1753-6405.12269.
- Gregorčič, V. L. (2016). Vpliv stimulansov (kokaina) na delovanje živčevja ter posledično na funkcioniranje v vsakdanjem življenju. Zaključna naloga. Koper: Univerza na primorskem fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije.
- Jakušić, N. (2008). Mogućnosti farmakoterapije kod djece s poremećajem učenja. *Pediatr Croat* 52(3), 212-4.
- Lasisi, D., Ani, C., Lasebikan, V., Sheikh, L., Omigbodun, O. (2016). Effect of attention-deficit-hyperactivity-disorder training program on the knowledge and attitudes of primary school teachers in Kaduna, North West Nigeria. *Child Adolesc Psychiatry Mental Health* 11(15). doi: 10.1186/s13034-017-0153-8.
- Lundervold, A., Hinshaw, S., Sørensen, L. in Posserud, M. (2016). Co-occurring symptoms of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a population-based sample of adolescents screened for depression. *BMC Psychiatry*, 16(46), 1-15. doi: 10.1186/s12888-016-0739-3 .
- NICE Clinical Guidelines 72. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg72>
- Potočnik Dajčman, N. (2015). Hiperkinetična motnja v otroštvu. Viceversa: Hiperkinetična motnja (posebna izdaja) 6-16. <http://www.zpsih.si/media/documents/VV59HKM.pdf>
- Pregelj, P., Kores Plesničar, B., Tomori, M., Zalar, B., Zihlerl, S. (2013). Psihijatrija. 1. izdaja. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana. 305-6, 385-6.

- Rose, S. R., Reeves, G., Gut, R., Germak, J. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder medication treatment impact on response to growth hormone therapy: results from the answer program, a non-interventional study. *J Pediatr* 167(6): 1389-96. doi: 10.1016/j.jpeds.2015.08.036.
- Sonuga-Barke, E. J. S., et al. (2013) 'Nonpharmacological Interventions for ADHD: Systematic Review and Meta-Analyses of Randomized Controlled Trials of Dietary and Psychological Treatments', *American Journal of Psychiatry*, 170(3), pp. 275-289. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12070991.
- Wilens, T.E., McBurnett, K., Turnbow, J., Rugino, T., White, C., Youcha, S. (2017). Morning and evening effects of guanfacine extended release adjunctive to psychostimulants in pediatric adhd: results from a phase iii multicenter trial. *J Atten Disord* 21(2): 110-9. doi: 10.1177/1087054713500144.
- Wood, S., Sage, J.R., Shuman, T., Stephan, G., Anagnostaras, D., Sibley, R. (2014). Psychostimulants and cognition: a continuum of behavioral and cognitive activation. *Pharm* 66(1): 193-221; doi: <https://doi.org/10.1124/pr.112.007054>.

Kako razumeti vedenje otroka z ADHD in mu učinkovito pomagati

Radovan RADETIĆ

družinski terapevt in mediator / Zavod Aleksandra

Učiteljica je pri pouku govorila o modernih iznajdbah. "Ali zna kdo od vas naštetih kaj pomembnega, česar pred dvajsetimi leti še ni bilo?" Bister fant v prvi vrsti je vneto dvignil roko in rekel: "Jaz!"

V preteklosti so rudarji s seboj v rudnik vzeli malega, rumenega kanarčka, še posebej občutljivega na prisotnost metana in ogljikovega monoksida. Če je kanarček prenehal peti, so rudarji vedeli, da obstaja razlog za zaskrbljenost. Če se je kanarček začel pozibavati, je rudarjem sporočal, da zrak postaja resnično onesnažen. Če pa se je kanarček zgrudil na tla, je to pomenilo, da prihaja eksplozija, in da je čas za njihov hitri odhod.

Sodobni otroci z motnjo pozornosti in impulzivnostjo (ADHD) so podobni kanarčkom v rudniku. Neusmiljeni pritiski na otroke se vrstijo z vseh strani in zahtevajo od njih, da se odpovedo svoji posebnosti, neodvisnosti, vedoželjnosti in dogodivščinam. Danes so vsa področja otrokovega delovanja izpostavljena različnim oblikam nadzora odraslih: starši otroke vpisujejo v številne programe, najprej v vrtcih, potem še v osnovnih in srednjih šolah, v interesne dejavnosti, dodatna izobraževanja, organizirane oblike športa in podobno. Celotna vrstniška kultura, h kateri se otroci zatekajo, da bi dobili občutek neodvisnosti in potrjevanja, postaja komercializirana, namenjena le profitu.

Zaradi težavnega funkcioniranja na številnih področjih so ADHD otroci deležni neuspehov, zaradi česar so s strani staršev in učiteljev pogosto grajani in kaznovani. Rezultat tega je njihova nizka samopodoba, omejena motivacija za šolo, jeza in pretirana občutljivost. Poleg tega so nagnjeni k temu, da razvijejo tudi simptome drugih psiholoških motenj, ki pogosto vključujejo depresijo, anksioznost, nasprotovarno vedenje in motnjo obvladovanja. Mladostniki in odrasli z ADHD motnjo so v nevarnosti, da se vključijo v kriminalne družbe in

da zlorablja mamila. Imajo velike težave z dokončanjem srednješolske izobrazbe, saj jih tretjina ponavlja letnik, tretjina jih je deležna dodatne pomoči. Do 33% jih je izključenih ali sami zapustijo proces izobraževanja in le 10% jih redno konča izobraževanje.

Večina otrok, ki kažejo motnjo ADHD, kot tudi njihovi starši, veljajo za »nemogoče« in »nepopravljive«. Številni starši otrok z motnjo ADHD pospešeno iščejo pomoč, da bi otrokom zagotovili nemoteno delo in sprejemanje družbenih zahtev. Med zdravstvenim osebjem je še vedno prisotno mnenje, da je uporaba zdravil edina rešitev, kar pa starše odvrča od sodelovanja. Delovanje nefarmakoloških tretmajev je omejeno na delo s starši, zelo malo pa na delo s šolo in povezavo šole in staršev.

Učitelji in strokovni delavci imajo pogosto dober namen, da bi spremenili otrokovo vedenje in ga nadomestili z bolj ustreznim, vendar to ni mogoče, ne da bi pred tem razumeli pogosto podzavestne strahove in želje otrok in staršev. Predhodno morajo biti opravljeni štirje osnovni koraki, da bi do spremembe vedenja lahko prišlo:

- a/ trdno sodelovanje in medsebojna povezanost učitelja in staršev/otroka
- b/ prepoznavanje vzorcev vedenja otroka in staršev
- c/ ustavljanje nezaželenih vzorcev vedenja otroka in staršev
- d/ motiviranje za sprejemanje novih vzorcev vedenja

Če so izpolnjeni ti osnovni koraki, bo učenje novih vzorcev vedenja veliko lažje za otroke in njihove starše, ter manj boleče.

Čas je, da v vedenju otrok z motnjo ADHD prepoznamo sporočila, ki nam jih pošiljajo in se jih naučimo brati in razumeti.

2. OTROK / MLADOSTNIK Z ADHD IN INSTITUCIJE

Otrok z ADHD in svetovalno delo psihologa v predšolski vzgoji

Esmira Behrić
vrtec Ciciban in vrtec Zelena jama

Povzetek

Svetovalni delavec - psiholog v vrtcu se srečuje z mnogimi vprašanji in dilemami pri dejavnostih pomoči nemirnemu otroku, strokovnim delavcem in staršem. Avtorica v prispevku predstavi primer iz prakse in potek svetovalnega dela z vsemi udeleženci vzgojno izobraževalnega procesa. Z namenom ugotavljanja stanja in potreb otroka in vključenih odraslih ter sistematičnega spremljanja napredka otroka in delovanja svetovalne delavke uporabi Zbirnik za organiziranje podatkov o otroku ter aktivnosti svetovalne delavke.

Ključne besede: študija primera, predšolski nemirni otrok, primanjkljaj pozornosti, motnja hiperaktivnosti, celostni pristop

1. Uvod

Psiholog kot svetovalni delavec v vrtcu pri svojem delu upošteva Programske smernice za delo svetovalne službe v vrtcu (Čačinovič Vogrinčič idr., 2008), prioritete naloge, sprejete na nivoju vrtca, dokumente, ki opredeljujejo predšolsko vzgojo ter lastne profesionalne izkušnje in usposobljenost. Načela svetovalnega dela, opredeljena v Programskih smernicah, predstavljajo osnovni okvir za profesionalno opravljanje svetovalnega dela v vrtcu. Pri svetovalnem delu v primeru nemirnega otroka v vrtcu bi še posebej poudarila pomembnost naslednjih načel:

- načelo sodelovanja v svetovalnem odnosu, kajti sodelovanje s starši in vsemi udeleženci je ključnega pomena pri zagotavljanju pomoči otroku;
- načelo interdisciplinarnosti, strokovnega sodelovanja in povezovanja, saj je zaradi kompleksnosti težav otroka potreben celovit pogled in ocena različnih strokovnjakov iz ustreznih zunanjih ustanov;
- načelo celostnega pristopa, torej sodelovanja z vsemi udeleženci, še posebej s strokovnimi delavci v vrtcu;
- načelo evalvacije lastnega dela, saj dobro načrtovanje in evalvacija lastnega dela vodi k boljšim rezultatom in profesionalnosti dela svetovalnega delavca.

Pri delu psihologa se prepletajo osnovne dejavnosti svetovalnega delavca v vrtcu kot so dejavnosti pomoči, razvojne in preventivne dejavnosti ter dejavnosti načrtovanja, spremljanja in evalvacije dela. Osnovno področje dela je svetovalno delo v dobrobit otrok v vrtcu. Sem spada svetovalno delo z otroci in zanje, v večini primerov posredno - preko svetovalnega dela s starši ter vzgojitelji in pomočniki vzgojiteljev, kot tudi sodelovanje z vodstvom vrtca ter z zunanjimi strokovnimi sodelavci in ustanovami.

2. Svetovalno delo psihologa na področju nemirnih otrok

2.1 Nemirni otroci v predšolskem obdobju

2.1.1 Prepoznavanje in diagnostika

V predšolskem obdobju je zaradi pospešenega razvoja še posebej pomembno ločiti med simptomi primanjkljaja pozornosti in hiperaktivnosti (uporablja se kratica ADHD, ki izhaja iz angleškega poimenovanja Attention Deficit Hyperactivity Disorder) in normalno razvojno variacijo na področju pozornosti in impulzivnosti. Potrebna je diskusija in pridobitev informacij od različnih virov, otroka, staršev, strokovnih delavcev v vrtcu, strokovnjakov v Zdravstvenem domu in ostalih strokovnjakov, ki spremljajo otrokov razvoj. Ravno tako je pri ocenjevanju potrebno vključiti oceno kognitivnega funkcioniranja in sopoavnost (komorbidnost) z drugimi psihološkimi motnjami. Čeprav novejša dognanja poudarjajo številne nevrolško kognitivne posebnosti in osnove težav, se motnjo pomanjkljive pozornosti in hiperaktivnosti, ker temelji na vedenjskih znakih, trenutno še vedno uvršča med vedenjske motnje (Rotvejn Pajič, 2011).

Po klasifikaciji Ameriške psihiatrične zveze DSM-IV (Diagnostični in statistični priročnik mentalnih motenj, 4. izdaja) (1994, po Phelan, 2005) je opredeljenih več kriterijev, ki morajo biti potrjeni pri postavitvi diagnoze težav s pozornostjo in/ali hiperaktivnostjo. Kriteriji obsegajo zgodnjo pojavnost simptomov (pred 7. letom), izraženi naj bi bili v več okoljih, vedenjski vzorec primanjkljaja pozornosti naj bi pomembno negativno vplival na sposobnost funkcioniranja osebe, intenzivnost in pogostost nepozornosti in/ali hiperaktivnosti ter impulzivnosti pa značilno odstopajo od pričakovanih vedenj glede na starost osebe. Ključnega pomena je pri osebi prepoznana stalna prisotnost vzorca nepozornosti in/ali hiperaktivnosti - impulzivnosti. Kriteriji za postavitev diagnoze so razdeljeni v dve glavni podskupini (vsaka ima 9 simptomov). Prva podskupina vključuje pojavnost nepozornosti, druga podskupina vključuje 6 simptomov hiperaktivnosti in 3 simptome impulzivnosti. Ob prisotnosti 6 ali več simptomov iz obeh podskupin gre za kombinirano obliko, ko so pri otroku zelo izrazite težave hkrati na področju pozornosti, hiperaktivnosti in impulzivnosti (po Phelan, 2005).

Značilnosti nemirnih otrok v predšolskem obdobju so povezane s stalno nepozornostjo ali raztresenostjo, hiperaktivnostjo in impulzivnostjo. Otrok ima težave z osredotočanjem pozornosti na podrobnosti, z vzdrževanjem pozornosti med igro ali pri nalogah, pri dokončanju nalog in organizaciji aktivnosti, z izogibanjem nalogam, ki zahtevajo miselni napor, raztresenostjo in pozabljivostjo. Je nemiren pri sedenju, gibalno pretirano dejaven, preveč govori, težko počaka, prekinja druge ali odgovarja na vprašanje, preden je le-to do konca postavljeno. Posledično so opazne težave na področju samoregulacije, na socialnem področju in pri organizaciji nalog.

Večinoma nas izraz ADHD asociira na poskočnega, nagajivega dečka, ki ni nikoli na miru. Zaradi vpliva kulture se pogosto dogaja, da spregledamo deklice s tovrstnimi težavami, ki imajo lahko večje težave kot dečki (po Kesič Dimic, 2008).

2.1.2 Etiologija

Tako kot ni enotnega mnenja, kaj natančno je ADHD, tako tudi pri etiologiji primanjkljaja pozornosti in/ali hiperaktivnosti ne obstaja enotno strokovno mnenje, kajti na nastanek in ohranjanje motnje vpliva mnogo dejavnikov. Že dalj časa je znano, da na nagnjenost k razvoju ADHD delno vpliva dednost. Verjetnost, da ima otrok primanjkljaj pozornosti je v družini s sorojencem s tovrstno motnjo 30 %, in če ima primanjkljaj pozornosti en od staršev, 50%. Raziskave v zadnjih 20 letih kažejo, da imajo težave s pozornostjo, kontrolo impulzov, nivojem aktivnosti in samoregulacijo nevrolško osnovo oz. nastanejo zaradi disfunkcije

nekaterih delov možganov. ADHD povezujejo s spremembami štirih področij možganov: prefrontalni korteks (še posebej desni del), bazalni gangliji, mali možgani in corpus callosum, torej področja, ki so povezana z motivacijo, miselno kontrolo ali izvršilnimi funkcijami, pozornostjo (tudi budnostjo) in samoregulacijo (po Nigg, 2006).

Primanjkljaj pozornosti je lahko povezan tudi z biološkimi škodljivimi vplivi na otroka pred, med ali po porodu. Prepoznani rizični faktorji vključujejo kajenje in pitje alkohola med nosečnostjo, prezgodnji porod in nizko porodno težo. Ti dejavniki na nek način vplivajo na prefrontalna področja možganov fetusa v razvoju. Poškodbe možganov otrok in odraslih imajo za posledico simptome, ki so zelo podobni primanjkljaju pozornosti.

Vzgojni stil oz. slaba vzgoja staršev ni vzrok nastanka motnje, vendar kaotična vzgoja lahko vpliva na poslabšanje motnje oz. neustrezno odzivanje staršev lahko vodi do sekundarnih motenj pri otroku na čustvenem in vedenjskem področju. Najpogosteje je moteče vedenje povezano z več različnimi dejavniki, ki šele povezani v prepleteno, sovplivajočo mrežo lahko izzovejo moteče vedenje. Za moteče vedenje je značilno, da gre pri tem vedno za vedenje v socialni interakciji in zajema cel spekter vedenja, ki je socialno manj sprejemljivo oz. nesprejemljivo. (Vec, 2011).

Ravno tako Phelan (2005) in Nigg (2006) kljub drugačnim ugotovitvam nekaterih drugih znanstvenikov ugotavljata, da prehrana ni vzrok nastanka primanjkljaja pozornosti. So pa lahko manjše skupine otrok preobčutljive na določeno hrano, sladkor, imajo alergije, kar lahko dodatno vpliva na poslabšanje znakov ADHD-ja in je v teh primerih smiselno omejevanje določene hrane ali dražljajev. Motnja ima lahko različne organske, psihološke in socialne vzroke, torej govorimo o neenotnem, večplastnem vzroku.

2.1.3 Intervencije

Načela splošne intervencije, strategije pomoči otroku z ADHD po izkušnjah učiteljev, ki so delali z otroki s primanjkljajem pozornosti (po Phelan, 2005):

- Takojšnja povratna reakcija in/ali posledice. Otroci z ADHD se najboljše učijo s povratno informacijo, ki sledi takoj. Pohvala za pozitivno vedenje, enako graja in posledica problematičnega vedenja; čim prej je mogoče (nekaj sekund po, ne nekaj minut ali ur po dogodku).
- Pogoste povratne informacije, da se vzdržuje otrokovo usmerjenost na nalogo oz. dejavnost. Pogosto otroka na sprejemljiv način spomnimo ali jim damo neko vrsto povratnega sporočila. Pri otroku s primanjkljajem pozornosti in/ali aktivnosti je težava vzdrževanje motivacije, posebej pri pomanjkanju povratne informacije ali spodbude, naloge oz. vodene aktivnosti so za otroka brez tega dolgočasne.
- Močne spodbude. Za otroka z ADHD morajo biti močnejše, kot jih namenjamo ostalim otrokom. Morajo biti takšne, da otroka pritegnejo. Poleg besed so lahko pohvale izražene s sliko, točko na tablici, svetlobno kartico ali pravico sodelovanja v posebnih aktivnostih.
- Spodbujanje ima prednost pred kaznovanjem. Pozitivne posledice naj bodo prve na vrsti, uporabiti jih je potrebno pogosteje kot kazni.
- Dejanja povedo več kot besede. Uporaba neučinkovitih načinov vznemirja tudi odrasle, ki jih uporabljajo. Več kot govorimo, bolj se vznemirjamo. Vznemirjen

- odrasli in vznemirjen otrok, to ni uspešna formula za vzgojo.
- Doslednost.
 - Uvid v problem vnaprej, predvideti, kako se bomo soočali s problemi, če gremo na primer na izlet ali ko bomo zamenjali aktivnost.
 - Spomniti otroka na načrt ali pravilo.
 - Predlogi za sodelovanje z otrokom s primanjkljajem pozornosti in aktivnosti v skupini:
 - Pozornost na vedenje, razvrščanje na: 1. vedenje, ki ga lahko ignoriramo, 2. nemoteče, a nepozorno vedenje, 3. moteče vedenje.
 - Preprečevanje problema / nekaj načinov, ki lahko zmanjšajo problem:
 - legitimno oz. dovoljeno gibanje - omogočiti več priložnosti za gibanje,
 - sedeti pri ali ob vzgojitelju,
 - pozornost na otroka pri delu v skupinah ali v parih,
 - opozarjanje na otrokova močna področja,
 - »strukturiranost« je ključnega pomena.

2.2 Vloga psihologa

Kot sem že omenila je svetovalna služba v vrtcu praviloma v manjši meri usmerjena neposredno na otroke. V primeru nemirnih otrok gre večkrat za opozorilo in prošnjo strokovnih delavcev za pomoč pri delu z nemirnim otrokom v skupini. Sodelovanje psihologa in vzgojitelja ter njegovega pomočnika vključuje predvsem posvetovanje ter načrtovanje, spremljanje in evalvacijo pomoči nemirnemu otroku, ki je usmerjena v podporo in spodbudo za njegov najboljši možen razvoj ter življenje in razvoj celotne skupine.

Pogosto se svetovalno delo s starši prepleta in dopolnjuje z delom s strokovnimi delavci. Staršem psiholog nudi pomoč po posebnih strokovnih programih, individualne ali skupinske razgovore s starši, delavnice s starši, informiranje staršev, pomoč pri vzpostavljanju komunikacije z ustreznimi strokovnimi ustanovami. Družini pomaga pri premagovanju težav in stisk, v katerih se znajdejo starši ob spoznanju, da je njihov otrok drugačen. Ob nemirnem otroku se starši pogosto počutijo nemočne (Strojin, 1995). Svetovalni delavec jim svetuje in jih usmerja pri iskanju pomoči različnih strokovnjakov in drugih ustanov. Pomoč psihologa pri vzpostavljanju in ohranjanju kvalitetnega dopolnjevanja med vrtcem in družino predstavlja eno najpomembnejših nalog svetovalne službe v vrtcu. S pomočjo analize potreb staršev in potreb strokovnih delavcev po sodelovanju ter analizi obstoječih oblik sodelovanja psiholog predlaga možne nove oblike sodelovanja za izboljšanje celotne situacije.

Pridobivanje informacij o otroku z namenom grobe ocene otrokovega razvoja in identifikacije morebitnih znakov ADHD poteka preko opazovanja vedenja otroka. Pri tem si lahko psiholog pomaga z različnimi pripomočki: sezname znakov, ocenjevalnimi lestvicami, zapiski sistematičnih opazovanj strokovnih delavcev, vprašalniki. Psiholog lahko tudi nudi pomoč neposredno otroku v skupini v skladu s svojo strokovno usposobljenostjo.

3. Študija primera

3.1 Zbiranje podatkov

Pri dejavnosti načrtovanja in evalvacije svetovalnega dela je svetovalna delavka uporabila pripomoček Zbirnik za organiziranje podatkov o otroku in aktivnosti svetovalne delavke, ki je

bil predstavljen na študijskem srečanju za svetovalne delavce (Malešević, 2015).

3.1.1 Vzgojiteljica

Vzgojiteljica je opozorila na opažene težave pri štiriletni deklici in prosila svetovalno delavko za pomoč. Deklico so starši sredi šolskega leta prepisali iz drugega vrtca. Pri deklici so se že prve dni pokazale posebnosti na področju pozornosti, na vedenjskem in socialnem področju, in sicer kot šibka pozornost, pretirana motorična dejavnost, vedenjsko neprimerno odzivanje deklice na odrasle osebe (smejanje, neprimerne izjave, kazanje jezika, neupoštevanje pravil) in agresivnost do ostalih otrok.

Vzgojiteljico je presenetilo funkcioniranje in nepredvidljivo odzivanje deklice (neprimernost, intenzivnost, posebnosti), še posebej, da se je to pokazalo takoj ob prestopu v nov vrtec. Deklica ni izkazovala običajnega vedenja v prilagoditvenem času.

Dejstva o družini:

Vzgojiteljica je v pogovoru obema staršema posredovala povratno informacijo o vedenju deklice in potrebo po odzivu in sodelovanju staršev z vrtcem. Oče je dvakrat prosil vzgojiteljico za izredno pogovorno uro, ker se je želel pogovoriti o vprašanih in dvomih, ki so se mu porajali ob prepoznavanju in soočanju s povratnimi informacijami o vedenju deklice ter stiskah, ki so jih doživljali v domačem okolju pri vzgoji deklice. Izkazalo se je, da je v družini prisotnih več dejavnikov tveganja: ločena starša, novi partnerji in otroci, oba starša pričakujeta naraščaj z novima partnerjema, mlada starša s šibkejšimi starševskimi spretnostmi, pogost ritem menjav okolja pri starših, veliko sprememb v domačem okolju, mati izhaja iz ločene družine, oče je imel težave s hiperaktivnostjo kot otrok. Kos - Mikuševa (1992) meni, da je prav soigra ogrožajočih in varovalnih dejavnikov možen razlagalni model za nastanek in odsotnost odklonskih oblik vedenja pri otrocih.

3.1.2 Starši

Oče je ob vpisu povedal, da je deklica živahna in da s prejšnjim vrtcem niso bili zadovoljni, zato so jo prepisali. Povedal je, da sta starša ločena, vendar oba skrbita za deklico in se dogovarjata. Na pogovorni uri staršev (in novih partnerjev), strokovnih delavk in svetovalne delavke sta se starša strinjala z našimi opažanji in povedala, da doma opažata podobne težave pri odzivanju in vedenju deklice. Izrazila sta težave pri vzgoji otroka in intenzivnost ter pogostost zahtevnih vzgojnih situacij, ki jima nista kos. Starša sta izrazila pripravljenost na sodelovanje in željo po pomoči deklici. Starša sta podpisala Soglasje za svetovalno delavko. Oče je povedal svojo ugotovitev, da mora biti dosleden in vztrajati, česar prej ni počel ter da si želi enotnosti vseh pomembnih oseb pri odzivanju na deklico zaradi učinkovitosti postavljanja pravil in meja. Oče se je posvetoval s svetovalno delavko glede postopka usmerjanja in zaprosil za pomoč pri izpolnjevanju obrazca Zahteva za uvedbo postopka usmerjanja.

3.1.3 Neposredno opazovanje otroka

Svetovalna delavka je z namenom pridobitve grobe ocene otrokovega razvoja, kot orientacijo glede na časovne mejnike, večkrat opazovala vedenje in igro deklice v skupini v različnih časovnih obdobjih (med vodeno dejavnostjo, prosto igro in prehodi med dejavnostmi) na različnih področjih razvoja (gibanje, govor, komunikacija, igra, socialno področje, pozornost in koncentracija). Opazovanje igre in vedenja je potekalo v realnih pogojih v naravni situaciji

v vrtcu z naravnim opazovanjem, ki temelji na opisu opazovanega vedenja in značilnosti otrokovega razvoja. Opazujemo spontane, neizzvane oblike vedenja v otroku znanem okolju (po Marjanovič, Zupančič, 2004). Morda bi naslednjič dodala še opazovanja v različnih trenutkih: začetek - konec tedna, obdobje, ko je pri mami ali očetu - menjave, zjutraj - kasneje tekom dneva.

Opazovanje svetovalne delavke je bilo načrtovano in izvedeno na podlagi pripomočka Razvojni koraki (Ivič idr., 2002), kjer so opredeljene lestvice pričakovanih vedenj na posameznih področjih razvoja za določeno starostno obdobje ter opozorila, ki kažejo na zaostanek v razvoju. Pri opazovanju je svetovalna delavka uporabila tehniko anekdotskega zapisa. Primer anekdotskega zapisa:

»Deklica v telovadnici pri vožnji na kolesu v paru pade, ker hitro in nepričakovano zavije in obe deklici padeta. Druga deklica začne jokati in se ne želi več voziti z njo. Čez čas se deklica vozi sama s kolesom, ki ima višji sedež, zaradi česar je previdnejša. Kljub temu se zaleti v steno, a se smeji. Spleza in skoči z višine, pade, ne kaže znakov bolečine. Vedenje je nepredvidljivo, ves čas je potrebno biti pozoren na deklico. Želi in zahteva pozornost odraslega, želi voditi odraslega.«

Vzgojiteljica in pomočnica vzgojiteljice sta v redni komunikaciji posredovali svetovalni delavki in na pogovornih urah tudi ostalim članom strokovne skupine svoja opažanja vedenja in posebnosti pri deklici. V oceno po področjih glede na starostne mejnike smo zajeli opažanja strokovnih delavk in svetovalne delavke. Glede na to, da so ugotovitve opazovalca vedno subjektivne in da prihaja do znanih napak pri interpretaciji, česar se moramo zavedati, je za objektivnost dobro, da je opazovalcev več.

Naše ugotovitve iz opazovanj so vključevale tako opažanja strokovnih delavk v oddelku in opažanja svetovalne delavke in so obsegale več znakov in težav primanjkljaja pozornosti in hiperaktivnosti. Prepoznali smo sledeča šibka področja funkcioniranja pri otroku: izrazit gibalni nemir, impulzivnost, hitrost pri izvedbi nalog, ne dokonča nalog, kratka pozornost, begavost, šibko vzpostavljanje očesnega kontakta, neprimerno vedenje do otrok, dominantna med otroki, preveč moči vlaga v gibalne dejavnosti (senzorna integracija). Z namenom načrtovanja pomoči in prilagoditev otroku smo poleg ocene vedenja opredelili tudi močna področja pri deklici: dobre govorne spretnosti, motivacija za sodelovanje pri dejavnostih, čeprav vztraja krajši čas, interes za komunikacijo z odraslimi in otroki.

3.2 Analiza potreb in postavljanje ciljev intervenc

3.2.1 Svetovalno delo s strokovnima delavkama

3.2.2 Analiza potreb strokovnih delavk in cilji:

Strokovni delavki sta izražali doživljanje različnih neugodnih občutij ob soočenju z vsakodnevnimi težavami v skupini zaradi dekličinega motečega vedenja in zaskrbljenost zaradi težjega zagotavljanja varnosti otrok v skupini. Prav različne oblike motečega vedenja namreč povzročajo največ občutij nemoči in neuspešnosti (tako v poklicni kot starševski vlogi), s čimer so povezane različne težave od izgorevanja in fluktuacije na delovnem mestu pa vse do občutij nekompetentnosti in celo psihosomatike (Vec, 2011, str. 126). Potrebovali

sta posvetovanje s svetovalno delavko o načrtovanju, spremljanju in evalvaciji ustreznih strategij za podporo in pomoč deklici. Zaradi posebnosti v razvoju in vedenju otroka z ADHD se je pokazala potreba po dodatnem izobraževanju strokovnih delavk. Svetovalna delavka je posredovala strokovnim delavcem ustrezno literaturo in jim predlagala ustrezna dodatna izobraževanja. Ravno tako je sodelovanje s svetovalno delavko potekalo pri načrtovanju sodelovanja s starši in zunanjimi ustanovami.

Težave na področju vedenja so se v oddelku izražale kot spekter motečega vedenja, ki izvira iz otrokovega neugodnega čustvenega doživljanja, socialne nevpetosti, prezrtosti, nezadovoljenosti temeljnih potreb. Otrok je motil potek dejavnosti, red v oddelku, vrstnike in vzgojitelje. Kobolt in Vec (2011) menita, da je smiselno govoriti o kontinuumu čustvenih, vedenjskih in socialnih težav. Meje med skupinami niso jasne in enoznačne, a otrok potrebuje ustrezno pomoč na vseh ravneh. Avtorja predlagata, da se poleg uvedbe termina »vedenjske, čustvene in socialne težave« izdelajo ustrezne smernice za oblike pomoči na celotnem kontinuumu, v ospredje pa postavi pomoč otroku pri zadovoljevanju osnovnih psihosocialnih potreb, iz česar izhajajo tudi sistematične preventivne dejavnosti.

CILJ: Redna izmenjava informacij med strokovnima delavkama in svetovalno delavko ter skupno načrtovanje in evalvacija izvedenih strategij pomoči deklici ter spremljanja otroka.

CILJ: Udeležba obeh strokovnih delavk na seminarju Pozitivna podpora vedenju.

3.2.3 Svetovalno delo s starši

3.2.4 Analiza potreb staršev in cilji:

Starša sta izrazila nemoč ob hiperaktivnem, intenzivnem in motečem vedenju otroka in pogostih neuspešnih strategijah vodenja otroka ter potrebo po svetovanju in podpori pri učenju starševskih spretnosti, torej strategij, kako se ustrezno odzivati na moteče vedenje in raznolike vzgojno zahtevnejše situacije. Izrazila sta tudi zaskrbljenost glede odzivov in vedenja otroka v vrtcu ter željo po pomoči deklici, da bi zmogla bolje sama regulirati svoje vedenje in čustva ter vzpostavljati ustrežnejše stike z vrstniki. Starša sta se počutila neugodno, manj kompetentna ter nemočna ob pogostih negativnih povratnih informacijah okolja o vedenju in odzivanju otroka.

CILJ: Redno srečevanje s starši in po potrebi, svetovanje staršem na pogovornih urah, kako voditi otroka in edukacija staršev o težavah otroka.

CILJ: Pomoč in usmerjanje staršev pri pridobivanju pomoči za otroka in napotitve k ustreznim strokovnjakom.

3.2.5 Analiza potreb otroka in cilji:

Na podlagi grobe ocene otrokovega razvoja po področjih (in posebnosti otroka pri funkcioniranju v skupini) svetovalne delavke in opaznanj strokovnih delavk v oddelku ter

strokovno podprto smo načrtovali delo z otrokom in sodelovanje s starši. Načrtovali smo splošne usmeritve, prilagoditve in strategije pomoči za delo z otrokom v oddelku, delo na vedenju (razvrščanje vedenj glede na nemoteče, manj moteče in moteče ter ustrezni ukrepi in posledice), preventivne ukrepe (dodatne zaposlitve, dodatne gibalne aktivnosti, aktivnosti za spodbujanje senzorne integracije).

POTREBE	CILJI
Potreba po strukturiranem in stabilnem okolju doma in v vrtcu.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jasna struktura. 2. Enotnost, doslednost in vztrajnost odraslih pri odzivanju na neprimerno vedenje otroka. Uporaba metode 1-2-3. (Phelan, 2005). 3. Postaviti jasna in razumna pravila. 4. Vzpostavljanje očesnega kontakta pri podajanju navodil. 5. Umirjenost odraslega pri odzivanju. 6. Opaziti in pohvaliti otrokovo primerno vedenje.
Potreba po dodatni strokovni pomoči otroku.	Premagovanje primanjkljajev na področju pozornosti in na čustvenem in socialnem področju.
Potreba po dodatni osebi v oddelku.	<p>Dodatne spodbude razvoja otroka, pomoč in podpora otroku pri učenju socialnih veščin, podaljševanju pozornosti, samoregulaciji in organizaciji.</p> <p>Izvajanje prilagoditev - delo po korakih, razdeljeno na dele, možnost umika v kritičnih trenutkih.</p> <p>Doslednejše razvijanje potencialov in močnih področij.</p> <p>Zagotavljanje varnosti v skupini.</p> <p>Omogočanje ustreznih razmer za delo v skupini.</p>

3.3 Neposredno delo svetovalne delavke

Svetovalna delavka je po pogovoru z vzgojiteljico, po opisu dejstev in interpretacije vzgojiteljice, izvedla neposredno opazovanje otroka v skupini. S strokovnima delavkama je izmenjala povratne informacije o opažanjih v skupini ter načrtovala pogovorne ure s starši. Strokovnima delavkama je posredovala strokovno literaturo na temo primanjkljaja pozornosti in hiperaktivnosti pri otrocih. Skupaj z vzgojiteljico je načrtovala ustrezne strategije za vodenju otroka in odzivanje na moteče vedenje.

CILJI:

- Redno tedensko spremljanje deklice in redni pogovori z vzgojiteljico.
- Načrtovanje in vodenje pogovorne ure s starši.

- Posvetovanje z ravnateljico in vodjo enote.
- Pomoč staršem pri postopku usmerjanja.
- Vodenje strokovne skupine, sodelovanje z mobilno specialno pedagoginjo.
- Sodelovanje z zunanjimi inštitucijami (psiholog Zdravstveni dom).
- Sodelovanje s svetovalko za otroke s posebnimi potrebami v Mestni občini Ljubljana - prošnjaja za nadstandardnega spremljevalca.

3.4 Intervence in refleksija / evalvacija

Vrtec deluje kot prostor, kjer je potrebno prepoznavati, razumeti in nuditi pomoč nemirnemu otroku s ciljem ustvarjanja razmer, v katerih lahko otrok ob pomoči uspešneje zadovoljuje temeljne potrebe. Pri tem je ključnega pomena aktivno in konstruktivno sodelovanje vseh udeležencev vzgojno izobraževalnega procesa. Vloga svetovalnega delavca je koordinacija med vsemi deležniki, dejavnosti pomoči in svetovanje vsem pri načrtovanju, spremljanju in evalvaciji dela z otrokom ter sodelovanje z zunanjimi ustanovami.

Pri nemirnem otroku v vrtcu je potreba po aktivnem sodelovanju s starši večja in intenzivnejša, saj je potrebno otroku pomagati celostno in kontinuirano. V opisanem primeru se je sodelovanje s starši na pobudo vzgojiteljice začelo takoj po posredovanju povratnih informacij o otroku staršem. Vzgojiteljica je zaradi širše problematike zaprosila za pomoč tudi svetovalno delavko, ki se je takoj odzvala in vključila v dejavnosti pomoči deklici. Svetovalna delavka preko opazovanja otroka v oddelku naredi grobo oceno otrokovega razvoja in prepozna posebnosti v funkcioniranju otroka. Na podlagi opažanj in grobe ocene otrokovega razvoja svetuje strokovnima delavkama in staršem pri nadaljnjih korakih pomoči otroku.

Staršem se je redno na pogovornih urah predstavilo povratne informacije strokovnih delavk in opažanja svetovalne delavke ter svetovalo glede starševskega vodenja otroka in potrebe po dodatni strokovni pomoči, spremljanju otroka in timskem sodelovanju, kjer so starši pomembni člani tima. Starši so imeli možnost izraziti stiske, skrbi in vprašanja, ki so jih pestila ter predstaviti svoje izkušnje in opažanja o otroku ali predloge za skupne rešitve. Timsko sodelovanje vseh udeležencev, aktivno poslušanje in posredovanje povratne informacije je ključnega pomena pri vzpostavljanju zaupnega in spoštljivega odnosa med strokovnimi delavci in starši.

Za dodatne spodbude razvoja predvsem na šibkih področjih in redno spremljanje je potrebna in učinkovita vključitev specialne pedagoginje kot izvajalke dodatne strokovne pomoči otroku in sodelovanje v strokovni skupini vrtca. Dodatna strokovna pomoč se izvaja individualno, v manjši skupini ali v skupini glede na potrebe otroka in cilje načrta dela z otrokom.

V prihodnje bi staršem kot podporno metodo in trening svetovali vključitev otroka v psihomotorično vadbo, ki jo v našem prostoru izvaja M. Petelin. Avtor psihomotorične obravnave je E.J. Kiphard (po Černe, 2016), ki predlaga gibalno vedenjski trening za boljši nadzor in obvladovanje vedenja. V prvi fazi spodbuja vestibularno-motorično področje. V drugi fazi spodbuja razvoj zavestnih in kontrolnih gibalnih mehanizmov. V tretji fazi izvajajo otroci vaje z zaprtimi očmi. V četrti fazi urijo vidno pozornost in premagujejo impulzivnost. Med znan dražljaj in motorično reakcijo se vrine kratek odmor za premišljevanje, v katerem

se uporabljajo naslednje besede: stoj, glej, poslušaj, misli. Ko so osvojene vse predstopnje, svetuje vključitev otroka v športno dejavnost. Avtor predlaga pogosto uporabo trampolina ter naslednjih aktivnosti: skoki v vodo, jahanje, akrobatika, vaje ravnotežja na nizki vrvi, rolanje, žongliranje idr. S psihomotorično in motopedagoško obravnavo otrok zadovoljuje temeljne gibalne potrebe, ki jih v razvojnem obdobju od 4. meseca do 5. leta ni uspel razviti. Kadar otrok ni bil deležen ustreznih gibalnih spodbud, se pojavijo socio-vedenjske motnje ter težave na področju motorike, govora, sensorike in čustvovanja (po Černe, 2016, str. 46).

S primerom sta bili ves čas seznanjeni ravnateljica in vodja enote, ki sta sodelovali pri zagotavljanju pomoči otroku in zagotavljanju pogojev za nemoteno delo v oddelku na organizacijskem in pedagoškem nivoju. V prihodnje bi želeli otroku omogočiti še več spodbud, podpore in možnosti učenja po korakih v oddelku, v konkretnih situacijah, ki so zanj zahtevne, naporene in jih ne zmore izpeljati tako, da bi se čutil uspešnega in sprejetega. Zato smo zaprosili za spremljevalca v oddelku. Na ta način bi lahko zagotovili večjo varnost v oddelku in omogočili ustrezne razmere za delo v oddelku za vse otroke.

3.5 Ocena zbirnika

Uporaba Zbirnika za organiziranje podatkov o otroku ter aktivnosti svetovalne delavke se mi zdi koristna z vidika sistematičnega načrtovanja, spremljanja in evalvacije lastnega dela. Menim, da je ustrezno in koristno ločevanje podatkov na dejstva in interpretacije, kajti ravno ta dejavnik se kaže kot zelo pomemben element v komunikaciji in posvetovanju s strokovnima delavkama, ki običajno pri predstavitvi oz. opisu primera že vključujejo lastne interpretacije, ki so lahko ovira pri jasnem razumevanju situacije in otroka. Ravno tako je smiselna razdelitev ugotavljanja potreb strokovnih delavcev, staršev in otrok ter načrtovanje ciljev na tej podlagi. Zbirnik zajema torej celovito sliko situacije na sistematičen in pregleden način s podpiranjem objektivnosti in ozaveščanjem naših implicitnih sodb, prepričanj in predstav. Usmerjenost je ciljna, torej k rešitvam in ukrepom. Zbirnik omogoča izboljšanje naše reflektivnosti in spremljanja aktivnosti svetovalne delavke ter vnovičnega načrtovanja nadaljnjih korakov pomoči in podpore strokovnima delavkama, staršem in otroku. Je pa v začetnem obdobju potrebno več časa za poglobitev in uporabo zbirnika.

4. Zaključek

Prispevek poudarja pomen celostnega pristopa pri svetovalnem delu psihologa v predšolski vzgoji z namenom dejavnosti pomoči in podpore nemirnemu otroku, staršem in strokovnim delavcem vrtca s pomočjo povezovanja in sodelovanja vseh udeležencev in morebitnih zunanjih institucij. Načrten in sistematičen pristop v procesu zbiranja podatkov, opazovanja in ugotavljanja aktualnih potreb deležnikov za dobrobit otroka in definiranje ciljev, intervencij vodi k večji učinkovitosti in rezultatom pri napredku otroka. Dejavnosti načrtovanja in evalvacije lastnega dela v postopkih pomoči kot pogoj večje profesionalnosti svetovalnega delavca so se na prikazani kompleksni študiji primera nemirnega otroka izkazale za pomemben dejavnik. Spremljanje otrokovega razvoja in učenja poteka preko načrtovanega opazovanja otroka v realnih situacijah. Sprotna refleksija izvedenih aktivnosti na vseh področjih in vnovično načrtovanje novih ciljev postopno vodi k boljšim rešitvam, učinkovitejšim strategijam za delo z otrokom in boljšemu sodelovanju s starši in ostalimi

deležniki pri zagotavljanju najbolj ustrezne podpore za otrokov optimalni razvoj. V tem procesu je pomembno razločevanje objektivnih dejstev od interpretacij v zvezi z otrokom. Pomembna je tudi povratna informacija in aktivna udeleženosť vseh udeleženi. Nadaljnje razvijanje učinkovite pomoči otroku v duhu formativnega spremljanje gre v smeri nadgrajevanja ugotovljenih potreb otroka in udeležencev s sooblikovanjem skupnih ciljev, pričakovanj in dokazov o napredku ter evalvaciji in samoevalvaciji doseganja teh ciljev (po Holcar Brunauer in dr., 2016).

Priloge:

Zbirnik PODATKOV O OTROKU, AKTIVNOSTI svetovalne delavke za otroka, sodelovanje s STROKOVNIMI DELAVCI vrtca:

DOBESEDNI opisi / zapisi dogodkov, podatkov, izjav pridobljenih od VZGOJITELJICE, pomočnice	KLJUČNI/PRIPISANI interpretirani pojmi/misli	POTREBE (Kaj potrebuje vzgojitelj?) + CILJI	AKTIVNOSTI SD + refleksije
Datum: 12. februar Vzgojiteljico je presenetilo funkcioniranje in nepredvidljivo odzivanje otroka (neprimernost, intenzivnost, posebnosti), še predvsem to, da se je to pokazalo takoj ob prestopu v nov vrtec.	Hitra pojavnost in intenzivnost posebnosti pri odzivanju in vedenju otroka.	Vzgojiteljica izraža potrebo po podpori in pomoči, kajti skrbi jo za varnost otroka in varnost drugih otrok v skupini.	Pogovor z vzgojiteljico in dogovor, da pridem deklico opazovat v skupino. Načrtovanje pogovorne ure s starši.
Datum: 15. februar, redno spremljanje običajne strategije in pristopi pri otroku niso dovolj.	Opazovanje otroka in celovit pristop k pomoči otroku.	Iskanje in preizkušanje novih strategij vodenja in odzivanja do otroka. CILJ: posvetovanje z strokovnima delavka o motečem vedenju in podpori pozitivnemu vedenju. Pridobitev dodatne literature na temo. Potreba po dodatnem izobraževanju.	Posvetovanje in posredovanje literature strokovnima delavkama na temo primanjkljaja pozornosti in hiperaktivnosti pri otrocih. Posvetovanje z strokovnima delavkama o vodenju deklice in odzivanju na moteče vedenje. REDNO TEDENSKO: Spremljanje otroka in redni pogovori z vzgojiteljico.

Datum: februar - december sodelovanje vrtca s starši je ključnega pomena.	Pomen sodelovanja s starši za pomoč otroku.	CILJ: Pomoč staršem pri razumevanju otroka in ustreznem odzivanju do otroka.	Dogovori na pogovornih urah s strokovnima delavkama in staršema.
--	---	--	--

Sodelovanje s STARŠI otroka:

DOBESEDNI opisi ali zapisi dogodkov, izjav pridobljenih od STARŠEV, PODATKI O DRUŽINI	KLJUČNI/PRIPISANI interperirani pojmi/misli	POTREBE (Kaj potrebujejo starši?) + CILJI	AKTIVNOSTI SD in refleksije
Datum: 18. februar izražena negotovost staršev, šibkejše starševske spretnosti, vzgojna zahtevnost otroka.	Vzpostavljanje zaupnega in spoštljivega odnosa s starši.	Starši potrebujejo usmeritve, vodenje in podporo pri starševski spretnostih in kako se odzivati na dekllico. CILJ: svetovanje staršem na pogovornih urah, kako voditi otroka. Potrebujejo podporo pri zagotavljanju pomoči dekllici.	Vodenje pogovornih ur s starši. Svetovanje staršem.
Datum: 18. marec starši opažajo težave z nemirom in hiperaktivnostjo pri otroku.	Predstavitev možnosti pridobitve dodatne strokovne pomoči za otroka.	Starši potrebujejo znanje in razumevanje težav pri otroku. CILJ: Pomoč in usmerjanje staršev pri pridobivanju pomoči za dekllico in napotitve k ustreznim strokovnjakom.	Svetovanje staršem. Pomoč staršem pri postopku usmerjanja. Napotitev na preglede k zunanjim strokovnjakom.

Neposredno z OTROKOM

PODATKI pridobljeni z NEPOSREDNIM OPAZOVANJEM OTROKA:	KLJUČNI/PRIPISANI interperirani pojmi/misli	POTREBE (Kaj potrebuje OTROK?) + CILJI	AKTIVNOSTI SD + refleksije / IZHODI / EVALVACIJA
Datum: 15. februar - april	Znaki primanjkljaja pozornosti in	Otrok potrebuje strukturirano in stabilno okolje doma	Neposredno opazovanje otroka v

<p>šibka pozornost, impulzivnost, gibalni nemir, moteče vedenje, težave na čustvenem (samoregulacija), socialnem področju, težave pri organizaciji nalog.</p>	<p>hiperaktivnosti.</p>	<p>in v vrtcu. CILJI: Enotnost in doslednost ter vztrajnost odraslih oseb pri odzivanju na vedenje otroka. Jasna pravila. Vzpostavljanje očesnega kontakta pri podajanju navodil. Umirjenost pri odzivanju. Pridobitev dodatne strokovne pomoči za otroka.</p>	<p>oddelku. Dogovori na pogovornih urah s strokovnima delavkama in staršema. Vodenje strokovne skupine, sodelovanje z mobilno specialno pedagoginjo. Sodelovanje z zunanjimi inštitucijami (psiholog Zdravstveni dom).</p>
<p>Datum: februar - december Pogosto nepredvidljivo, neprevidno vedenje in odzivi deklice, neprimerno vedenje do otrok in odraslih, težave pri vključevanju med vrstnike.</p>	<p>Iskanje rešitev za pomoč otroku in v oddelku.</p>	<p>Potreba po spremljanju in pomoči deklici v oddelku. CILJ: Pomoč in podpora deklici pri učenju socialnih veščin, podaljševanje pozornosti, delo po korakih, razdeljeno na dele, možnost umika za deklico v kritičnih trenutkih. Zagotavljanje varnosti v skupini.</p>	<p>Posvetovanje z ravnateljico in vodje enote. Sodelovanje s svetovalko za otroke s posebnimi potrebami -prošnja za nadstandardnega spremljevalca.</p>

Viri

- Čacinovič Vogrinčič, G. idr. (2008). Programske smernice: Svetovalna služba v vrtcu. 1. natis. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
- Černe, T. (2016). Pomoč otrokom z motnjo pozornosti in aktivnosti. Ljubljana: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana.
- Holcar Brunauer A. idr. (2016). Formativno spremljanje v podporo učenju. Priročnik za učitelje in strokovne delavce. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.
- Ivić I. E. idr. (2002). Razvojni koraki: pregled osnovnih značilnosti otrokovega razvoja od rojstva do sedmega leta (prevod iz srbskega jezika Kristijan Musek Lešnik). Ljubljana: Inštitut za psihologijo osebnosti.
- Kesič Dimic K. (2008). ADHD - ali deklice hitijo drugače: spregledanost deklic z motnjo ADHD. Ljubljana: Društvo Bravo.
- Kobolt A, Vec T. (2011). V Sloveniji ni otrok in mladostnikov z motnjami vedenja in osebnosti? (polemika). Šolsko svetovalno delo. 15 (1/2),k str. 89-91.

- Malešević, T. (2015). Zbirnik za organiziranje podatkov o otroku in aktivnosti svetovalne delavke za otroka. Predstavitev na študijskem srečanju ZRSŠ.
- Marjanovič Umek, L., Zupančič, M. (2004). Razvojna psihologija. Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete (Razprave Filozofske fakultete).
- Mikuš Kos, A., Žerdin T., Strojin M. (1995). Nemirni otroci. Ljubljana: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana.
- Mikuš Kos, A. (1992). Varovalni dejavniki psihosocialnega razvoja - uporabnost za preprečevanja mladoletniškega prestopništva, Revija za kriminalistiko in kriminologijo, Ljubljana.
- Nigg, J. (2006). What causes ADHD? Understanding What Goes Wrong and Why. New York London: The Guilford press.
- Phelan, W. T. (2005). Sve o poremećaju pomanjkanja pažnje - simptomi, dijagnoza i terapija u djece i odraslih. Lekenik: Ostvarenje.
- Rotvejn Pajič, L. (2011). Hiperaktiven, nemiren ali samo živahen otrok? brošura za starše: prepoznavanje nemirnosti ter težav s pozornostjo pri otroku in nasveti za pomoč. Ljubljana: Svetovalni center za otroka, mladostnike in starše.
- Vec. T. (2011). Moteče vedenje: ozadja in osnovni dejavniki, ki nanj vplivajo. Socialna pedagogika. 15 (2), 125-151.

Nemirni otrok v vrtcu

Sergeja ZEMPLJARIČ

univ. dipl. pedagoginja / Vrtec Galjevica, Ljubljana

Povzetek

Nemirni otroci oz. otroci s primanjkljajem pozornosti in motnjo hiperaktivnosti so vključeni v inkluzivne vrtce in prinašajo veliko izzivov pri vključevanju v dejavnosti s področja Kurikuluma za vrtce (1999) in rutinske vsakodnevne dejavnosti v vrtcu. Nemirni otroci od nas zahtevajo ukrepanje, saj se njih in njihovega neustreznega vedenja ne da spregledati. S sistematičnim opazovanjem in spremljanjem otroka skušamo ugotviti funkcioniranje otroka na posameznih področjih otrokovega razvoja in poiščemo njegova močna področja. Na podlagi ugotovitev opazovanj in spremljanj otroka iščemo najučinkovitejše intervencije, ki otroku pomagajo pri zmanjševanju neželenega vedenja, razvoju ustreznih socialnih in komunikacijskih veščin ter pri razvoju pozitivne samopodobe.

Ključne besede: predšolski otrok, ADHD, inkluzivni vrtec, intervencije

1. Uvod

V prispevku bomo pisali o nemirnem otroku oz. primanjkljaju pozornosti in motnji hiperaktivnosti (angl. Attention Deficit Hyperactivity Disorder; v nadaljevanju: ADHD)¹ v vrtcu. Na začetku bomo predstavili razlike med živahnim, nemirnim in hiperaktivnim otrokom. V nadaljevanju bomo zapisali definicijo ADHD, ki jo je opredelila Ameriška

¹ Ob tem želimo opomniti, da nekateri strokovnjaki, ki se s to motnjo ukvarjajo v našem prostoru, namesto termina ADHD uporabljajo sinonim hiperkinetična motnja (npr. Rotvejn Pajič, 2002, str. 30).

psihiatrična zveza. Sledila bo predstavitev možnih vzrokov za nastanek ADHD, ki se bodo prepletali s prepoznavnimi znaki obravnavane motnje. Ob koncu prispevka pa bomo predstavili intervencije za delo z otroki s postavljeno diagnozo ADHD v vrtcu.

2. Definicija, vzroki in prepoznavni znaki ADHD

Ob srečanju z motečim vedenjem večkrat uporabljamo oznake živahni, nemirni, hiperaktivni, poredni, razvajeni otroci kot sinonime. Vedenje je lahko videti podobno, tudi naše reakcije so lahko podobne, vzroki za takšno vedenje in naše poznavanje le-teh pa so lahko zelo različni (Cedilnik in Rostohar, 2016).

Živahnost je lahko značilnost otrokovega temperamenta, del njegove osebnosti in se kaže v njegovem vsakdanjem funkcioniranju, tudi ko odraste. Živahni otroci so običajno dinamični, »temperamentni«, ustvarjalni, imajo veliko energije, vendar zaradi tega nimajo večjih težav. Nasprotno, lahko so prilagodljivi, vodljivi, zelo zadovoljni, priljubljeni in uspešni (Rotvejn Pajič, 2011, str.9).

O nemirnih govorimo (Rotvejn Pajič, 2011), kadar se nemirnost kaže kot povečana aktivnost bodisi celega telesa bodisi samo dela telesa in je občasno prisotna pri večini otrok. Še zlasti pa je lahko izrazita v posameznih razvojnih obdobjih, ob intenzivnejšem čustvovanju, ob pomembnih spremembah v otrokovem življenju, morda kot posledica zdravstvenih težav in nenazadnje tudi kot posledica nedosledne, preveč popustljive vzgoje. Kadar govorimo o hiperaktivnem otroku, pa moramo vedeti, da to diagnozo postavi pedopsihiater v interdisciplinarnem timu z drugimi strokovnjaki.

Ameriška psihiatrična zveza je leta 1994 zapisala, da je jedro ADHD stalen vzorec nepozornosti in/ali hiperaktivnosti, ki se pojavlja pogosteje in intenzivneje kot lahko opazimo pri posamezniku na primerljivi razvojni stopnji. Diagnoza ADHD se postavi posamezniku, pri katerem so zraven zapsanega navzoči dodatni znaki - netipično funkcioniranje osebe se mora pojavljati v dveh ali več okoljih, disfunkcije niso posledica razvojne nezmožnosti, razvojne okvare ali neprimerne okolja ali drugih psiholoških motenj (Radcliff, 2000, str.4). Klasifikacija Ameriške psihiatrične zveze DSM-IV (angl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) kriterije za postavitve diagnoze razdeljuje v dve glavni podskupini, na osnovi česar opredeljuje tri podkategorije težav:

- predvsem izražena »pomanjkljiva pozornost«
- predvsem izražena »hiperaktivnost in impulzivnost«
- kombinirana oblika, ko so pri otroku zelo izrazite težave hkrati na področju pozornosti, hiperaktivnosti in impulzivnosti (Rotvejn Pajič, 2002, str. 31).

Ni enotnega mnenja, kaj točno je ADHD, prav tako ni soglasja, kateri so razlogi za njegov nastanek. Nekateri raziskovalci in teoretiki vidijo ADHD kot kognitivno motnjo, motivacijsko motnjo ali celo kot mit (Cherkes - Julkowski, Sharp, Stolzenberg, 1997 v Radcliff, 2000). Drugi menijo, da je to primanjkljaj, nered ali nefunkcionalnost v upravljanju s pozornostjo (Greene in Barkley, 1996 v Radcliff, 2000). Od 90-ih let naprej se izvajajo nevrološke raziskave, ki ugotavljajo razlike med otroki s postavljeno diagnozo ADHD in otroki brez te

diagnoze (Teicher et. al., 2000; Rapoport, 1996; Brocki, Nyberg, Thorell, Bohlin, 2007; Alderson, Rapport, Hudec, Sorver, Kofler, 2010). Navkljub zapisanemu pa večina strokovnjakov soglaša s kriterijem A v DSM-IV, t.j. pogoste težave pri organizaciji dejavnosti in nalog, pogosto neposlušanje navodil, pogost fizičen ali verbalni nemir, pogosto motenje drugih (Ameriška psihiatrična zveza, 1994)².

Islandska avtorica J. Einarsdottir (2008) v svojem članku išče razloge za porast otrok s postavljeno diagnozo ADHD v zadnjih letih na Islandiji, ki se večinoma zdravijo s tabletami kot sta Ritalin in Concerta. Piše, da je javnost razdeljena na dva pola tako glede zdravljenja kot pojasnjevanja ADHD. Na eni strani so zagovorniki biološkega pogleda, ki menijo, da ADHD povzroča nevrološko in kemično neravnovesje v možganih in kot najučinkovitejše zagovarjajo zdravljenje z zdravili (Anderson, 1996; Barkley, 1998; Cooper, 2001 v Einarsdottir, 2008). Nasprotna stran pa išče razloge za ADHD v okolju, in sicer jih pripisuje spremembam v okolju, kot so prehrana, gibanje, spremembe okolja doma in v šoli (Breggin, 1998; Kean, 2004; Leo, 2002; Powles, 2001 v Einarsdottir, 2008). Ti izpostavljajo tudi etični vidik farmakoloških obravnav otrok s postavljeno diagnozo ADHD (Brock, 1998; Fukuyama, 2002; Kean, 2004; Leo, 2002; Powles, 2001; Singh, 2005 v Einarsdottir, 2008). Menijo, da bi bilo potrebno osebnost teh otrok sprejemati in ne spreminjati (Powles, 2001 v Einarsdottir, 2008) in da bi bilo potrebno spoštovati pravice otrok, ki so diagnosticirani, označeni in zdravljeni (Brock, 1998; Kean, 2004; Leo, 2002 v Einarsdottir, 2008).

Razloge za porast otrok z diagnozo ADHD išče avtorica med drugim v kulturi in navaja, da je Islandija v zadnjih desetletjih doživela velike spremembe tako glede gospodarskega razvoja kakor tudi preseljevanja ljudi iz neurbanih v urbana središča. Obenem je bila otrokom v preteklosti omogočena svobodna igra in raziskovanje okolja brez nadzora staršev, ki pa so bili v bližini otrok. Z urbanizacijo, ki je narekovala spremembo stila družinskega življenja, delo obeh staršev izven doma, se praksa ostajanja otrok samih s seboj od zgodnjih let skozi ves dan ni spremenila. Spremenilo se je to, da starši nimajo veliko časa za nadzor in usmerjanje svojih otrok (Einarsdottir, 2008, str. 379-380). Avtorica piše tudi o vzgojno-izobraževalnem kontekstu. Zapiše, da gredo islandski otroci v šolo prej kot nekoč, da so šolski dnevi daljši, viša se tudi število otrok v razredih in akademski predmeti se začenjajo vedno bolj zgodaj (Einarsdottir, 2008). Powles (2001 v Einarsdottir, 2008) izpostavlja, da postaviti otroka v določene učne situacije preden je zanje pripravljen, ali pričakovati od otroka vedenje, ki presega njegovo starost, lahko vodi do vedenjskih težav in s tem v povečanje značilnih simptomov ADHD.

3. Intervencije

V nadaljevanju bomo predstavili nekatere intervencije, ki se nam zdijo smiselne za strokovne delavce v vrtcih, izvajalce dodatne strokovne pomoči in starše pri spodbujanju razvoja otroka, ki ima postavljeno diagnozo ADHD.

² Navadno so prisotna tudi druga vedenja in družinski vzorci kot so oblastnost, izprijenost, pretirano vztrajanje pri izpolnjevanju njegovih zahtev, nizek prag frustracije, spremenljivo razpoloženje, slabo mnenje o sebi, zavrnitve s strani vrstnikov, svojeglavost in impulzivnost. Ti znaki so velikokrat tudi odraz sovražnih družinskih odnosov (prav tam).



3.1 Aktivnosti za razvijanje vidne pozornosti in pomnjenja

- Uporaba slik z več prodornostmi (npr. »na sliki poišči, obkroži, poveži«).
- Iskanje razlik/podobnosti med podobnima slikama, simboli, podobnimi besedami.
- Iskanje sprememb na drugem ali v prostoru.
- Uganjevanje manjkajočih predmetov na mizi.
- Uporaba pravljič, ki spodbujajo vizualizacijo.
- Vidno kopiranje oblik, simbolov, likov, geometrijskih teles. Otrok preriše obliko.
- Vidno pomnjenje oblik, simbolov, likov, geometrijskih teles, slik. Otrok pogleda obliko, si jo zapomni in nariše po spominu.
- Vidno zaključevanje oblik, simbolov, likov, geometrijskih teles. Otrok zaključi obliko, ki ni dokončana tako, da bo enaka obliki, ki je natisnjena.
- Vizualni ritem vzorcev in oblik. Otrok uporablja konkretne materiale ali risanje.
- Potovanje po labirintih s svinčnikom ali s prstom. Prej načrtuje pot izvedbe.
- Povezovanje točk v sliko. Otrok povezuje točke v zaporedju števil (Černe, 2015, str. 293).

3.2 Aktivnosti za razvijanje vidno-motorične koordinacije

- Trening razvijanja vidno-motorične koordinacije, sledenja: »ogledalo« (istočasno zrcaljenje gibov za drugim); ponovitev sklopa gibov za drugim;
- Oblikovanje velike mandale iz različnih materialov v igralnici. Barvanje mandal.
- Različne gibalne igre (igre z žogo, z loparji itd.) (Černe, 2015, str. 294).

3.3. Aktivnosti za razvijanje slušne pozornosti in pomnjenja

- Risanje po nareku spodbuja spretnosti poslušanja, pomnjenja ter utrjevanja pojmov.
- Igre z ropotuljami, ropotajočimi predmeti razvijajo in vzdržujejo slušno pozornost.
- Igre ploskanja razvijajo prilagajanje skupini, spodbujajo ritem, fokusirano pozornost.
- Razločevanje zvokov, šumov in glasov ter opredelitev jakosti vpliva na slušno diskriminacijo ter razširja obseg slušne pozornosti.
- Poslušanje določenega zvoka ter izvedba dogovora vpliva na diskriminativno slušno pozornost, upoštevanje pravil ter samokontrolo.
- Razločevanje podobnih glasov ali besed vpliva na spretnosti opismenjevanja.
- Risanje ob glasbi. Otrok posluša klasično glasbo ter prosto riše; otrok prosto riše ob glasnih zvokih; otrok prosto riše ob tihih zvokih ter razvija selektivno pozornost (povzeto po metodi C. Goldfus) (Černe, 2015, str. 294).

3.4 Senzomotorične in sprostitvene aktivnosti

- Izvajanje gibalnih vaj (žoganje z baloni, vrečkami) spodbuja razvoj vidnomotorične koordinacije, vidnega sledenja, utrjuje ritem.
- Skupinsko / individualno ustvarjanje iz različnih naravnih materialov.
- Dihalne vaje vplivajo na umirjanje in sproščanje.
- Poslušanje pomirjajoče glasbe na slušalkah.
- Razvijanje taktilne občutljivosti z dotikanjem različnih predmetov, materialov, miže.

- Risanje s prstnimi barvami, kremo, brivsko peno.
- Risanje po koruznem zdrobu, mivki...
- Risanje po napihnjenem balonu.
- Oblikovanje sneženih kep iz papirja spodbuja razvijanje finomotoričnih spretnosti.
- Uporaba BrainGym aktivnosti (PACE vaje za optimalno pripravo možganov na učenje) ter ostale vaje za centralno, fokusno in lateralno dimenzijo.
- Uporaba Original Play aktivnosti za razvoj socialne pripadnosti, reševanje konfliktov, izboljševanje samopodobe, spodbujanje čustvene fleksibilnosti, prilagodljivosti na spremembe, zmanjševanje anksioznosti, stresa in obrambnega vedenja, spodbujanje razvoja gibalnih spretnosti, fine in grobe motorike, ravnotežja, fleksibilnosti odziva. Aktivnosti vplivajo na imunski, kardiovaskularni in endokrini sistem ter na plastičnost možganov.
- Globinska masaža stopal pred spanjem z roko ali masažnim ježkom pomirja in sprosti.
- Igre ravnotežja ter igre pridobivanja različnih gibalnih in senzomotoričnih izkušenj iz pedagogike Marie Montessori. Primeri: otrok prenaša skodelico z vodo po prostoru, prenaša knjigo ali blazino na glavi, prenaša zvonček ter hodi v krogu, prenaša zastavici v rokah ter hodi v krogu, hodi po robnikih, različnih robovih, vzpetinah, klancih, po gozdu, neravnem terenu, v različnem vremenu, se kotali po hribu (Černe, 2015, str. 294 - 295).

3.5 Aktivnosti za kontrolo impulzivnosti

- Pri korakanju po taktu, ploskanju z rokami uporablja kombinirana gibanja za spodbujanje samokontrole in vidno-motorične koordinacije.
- S prilagajanjem individualnega ritma skupini ter obratno razvija komunikacijske in socialne spretnosti.
- Z izvajanjem različnih gibov rok in nog pri korakanju kontrolira impulzivnost s spodbujanjem vidno-motorične koordinacije.
- S prostim gibanjem ob glasbi ter ustavljanjem ob znaku razširja obseg pozornosti in spodbuja samokontrolo.
- Z uporabo križnih gibanj sočasno aktivira vse možganske predele (Černe, 2015, str. 296).

3.6 Uporaba proprioceptivnih in senzornih pripomočkov

Proprioceptivni in senzorni pripomočki spodbujajo senzorno integracijo ter integrirajo celoten živčni sistem. Veliki terapevtski pripomočki spodbujajo celotno telo, vsa čutila, še posebej pa vestibularni, proprioceptivni in taktilni sistem. Neintegracija senzornega sistema vpliva na pojav hipersenzibilnosti in hiposenzibilnosti, kar se kaže v hiperaktivnem ali pa v odkrenljivem vedenju (Viola, 2007). Svetujemo pogosto uporabo naslednjih pripomočkov in materialov (Černe in Guček, 2014 v Černe, 2015):

- Velikih terapevtskih žog in gugalnika za sedenje, umirjanje in sproščanje;
- Terapevtskih blazin za sedenje (okrogle ali konusne oblike; s čepki ali gladke, lahko so napolnjene s semeni);
- Mehkih predmetov za stiskanje, masažo dlani in pomirjanje: žogice s čepki ali brez

- čepkov, drugi mehki predmeti;
- Terapevtskih žogic različnih trdot za stiskanje;
 - Balonov, napolnjenih s semeni ali moko;
 - Vrečk, napolnjenih s semeni, rižem za sproščanje, razvijanje vidno-motorične koordinacije;
 - Vrečk presenečenja, kjer so skriti različni predmeti, ki jih otrok razpozna s tipom;
 - Kemičnih svinčnikov, ki jih otrok sestavlja in razstavlja;
 - Spalne vreče, v kateri se otrok sprosti;
 - Odej ali rjuh, v katere se tesno zavije ter nudijo občutek globinskega pritiska;
 - Gugalne mreže, gugalnice, gugalne klopi, kjer pridobiva ugodne vestibularne izkušnje;
 - Skrivnega kotička (npr. niša v omari, ki ima zaveso), kamor se otrok odmakne od različnih dražljajev, se sprosti ter je v stiku s samim seboj (Černe, 2015, str. 296 - 297).

J. Einarsdottir (2008, str. 10-13) je na podlagi intervjujev z vzgojitelji zapisala naslednje intervencije za delo z otroki s postavljeno diagnozo ADHD v predšolskem obdobju:

- jasna struktura,
- dosledno izvajanje pravil,
- strinjanje vseh, ki delajo z otrokom, s postavljenimi pravili,
- nudenje možnosti za gibanje in igro otroka izven oddelka,
- delo z otrokom v oddelku kot delom skupine (otrok potrebuje podporo v socialnih odnosih in se more naučiti biti del nje),
- zmanjšanje števila otrok v oddelku, v katerega je vključen otrok s postavljeno diagnozo ADHD,
- otrok z ADHD naj bo v bližini odraslih,
- zagotoviti se mu mora možnost biti sam ali v majhni skupini zunaj igralnice z odraslim,
- prisotnost specialnega pedagoga, ki dela z otrokom v igralnici, z njim se lahko vzgojitelji posvetujejo o delu z otrokom; obenem pa lahko specialni pedagog po posvetu z vzgojiteljem načrtuje posebno podporo za otroke, ki le-to potrebujejo.

Ameriški raziskovalki Fewel in Deutscher (1999) sta v svoji študiji skušali ugotoviti, ali je možno že pri 2,5 leti starem otroku, ki je imel nizko porodno težo, napovedati razvoj ADHD in težave v šoli pri osmih letih. Za raziskovanje sta uporabili metodo opazovanja video posnetkov interakcij med materjo in otrokom med osemminutno prosto igro ter opazovalno - ocenjevalno lestvico ADHD (ADHD-ORS, Deutscher in Fewel, 1996)³. Avtorici zaključujeta, da je možno z metodo, ki sta jo uporabili, že pri 30 mesecev starem otroku napovedati, da se bo pri njem razvil ADHD. Glede na rezultate svoje študije in poznavanje področja ADHD sta

³ Ocenjevalno-opazovalna lestvica ADHD (ADHD-ORS, Deutscher in Fewel, 1996) vključuje tri ključne kategorije:

- prekomerna dejavnost (vedno je v gibanju, hitro se giblje, je nemiren, hitro se razburi, preveč govori);
- impulzivnost (ne zmore počakati, hitro občuti frustracijo, menja dejavnosti, naredi, preden pomisli na posledice, hiti, je nepreviden, prekinja, je glasen, povzroča hrup);
- šibka pozornost (lahko odkrenljiva pozornost, ne zmore se osredotočiti in slediti navodilu, kratka koncentracija, težko se osredotoči na nalogo).

oblikovali tudi predloge za delo z otrokom:

- videti otroka s posebnimi potrebami kot dobrega otroka,
- osredotočanje na otrokova močna področja,
- poudarjanje otrokovih pozitivnih dejanj, lastnosti in pozorno poslušanje, kaj ima povedati,
- pri primernem vedenju dati konkretno in pozitivno povratno informacijo,
- pogosto nagraditi in pohvaliti njegovo primerno vedenje,
- zmanjšati zmedo v njegovem okolju,
- vzpostaviti očesni stik z otrokom, preden se mu poda navodilo,
- navodila naj bodo preprosta in jasna,
- preverjanje razumevanja navodil,
- prepričati se, da vsi odrasli v družini podpirajo postavljena pravila,
- truditi se za složnost,
- prepričati se, da otrok razume posledice neupoštevanja postavljenih pravil,
- biti potrpežljiv, vendar odločen,
- manj govora, več dejanj,
- razumeti in uporabljati »time out«, če daje učinkovite rezultate,
- vnaprej načrtovati situacije, ki bi lahko bile težke za otroka,
- vsak dan določen čas delati z otrokom individualno.

Radcliff (2000) navede več intervencij za delo z otroki s postavljeno diagnozo ADHD. Ob tem loči posredne in neposredne metode. Med posredne metode sodijo programi za starše otrok z ADHD - Barkley-ev starševski program za kljubovalne (angl. Defiant) otroke in »First Step« program. Slednji (Alonso-Mahoney, 1998) je vezan na zgodnjo obravnavo rizičnih dojenčkov in malčkov, preden bi interakcija otrok-odrasli prerasla v težko spremenljivo. 'First step' uporablja ekološki pristop za psihosocialno obravnavo, ki je običajen teoretični model za zdravljenje mentalnih motenj. Program traja dvajset tednov. Gre za individualna in skupinska družinska srečanja, ki tičejo čustvenega, okoljskega, psihološkega in socialnega vidika življenja vključenih staršev. Starši se v programu izobražujejo o otrokovem razvoju, pričakovanih težavnih vedenjih na vsaki razvojni stopnji in o upravljanju s tem vedenjem. Program med drugim vključuje dodatne družinske in zakonske terapije, obiske na domu in storitve socialnega dela, kadar jih družina potrebuje.

Med neposredne intervencije za delo z otroki z ADHD sodijo:

Beležka dom-šola oz. vrtec (angl. school-home notes) - beležka v obliki tabele se deli v jutranji in popoldanski del, v prvi vrstici stolpca so zapisana ustrezna vedenja (npr. lepo se igra z drugimi, sledi navodilom, pobira igrače, drži se zastavljenega časa); vzgojitelj riše v tabelo obraze (smejoč obraz, tako-tako obraz ali žalosten obraz) odvisno od vedenja otroka skozi dan, enkrat na 50 minut proste igre. Obrazu je pripisana prva črka ustreznega vedenja, da se vidi katero vedenje pri otroku je oz. katerega ni bilo zaznati. Ko otrok dobi pet smejočih obrazov za določeno ustrezno vedenje, jih lahko pobarva. V začetku obravnave so intervali beleženja vedenja krajši.

Žetoni (angl. token economies) - na začetku vsakega dne vzgojitelji povedo vsem otrokom v oddelku pravila vedenja. Vzgojitelji prilepijo v tabelo male žetone, kadar se otrok drži



postavljenih pravil. Na koncu vsake dejavnosti dobi otrok velik žeton. Če otrok prejme dovolj velikih žetonov v dnevu, mu vzgojitelj da majhno nagrado (npr. voščenske, flomastre, nalepke). Kadar se otrok neprimerno vede, se žetoni odvzamejo s table, tj. otrok izgubi žeton. Za nagrado je potrebno veliko število žetonov. Vedno, kadar vzgojitelj doda ali odvzame, žeton argumentira razlog za svoje dejanje in obenem pohvali ali graja otroka.

Dnevi različnih dejavnosti (angl. multimodal day) - program traja 9 ur dnevno, pet dni v tednu 8 tednov v poletnem času. Program je osredotočen na izboljšanje odnosov med vrstniki skozi skupinske gibalne dejavnosti, vključuje pa tudi šolske predmete (dnevno 3 ure umetnosti, druge predmete po želji otroka in računalništvo). Za vodenje vedenja odrasli uporabljajo beležke, pohvale, izključitve (angl. time out) in žetone. Ko se poletna faza zaključi, se otroci srečajo vsako drugo soboto. Vzgojitelji lahko dobijo nasvete trenerjev. Starši se skozi vso leto udeležujejo skupnih srečanj, kjer se urijo v vodenju vedenja otrok. V ta program so vpisani otroci stari manj kot 5 let.

Umetnostna terapija (angl. art therapy) - ta terapija sloni na izražanju čustev pri nastajanju likovnih stvaritev (barvanje, risanje, slikanje, oblikovanje). Vzgojitelji so pred in med dejavnostjo osredotočeni na čustvovanje otroka. Ko vsi otroci končajo z umetniško stvaritvijo, vodi vzgojitelj frontalno razpravo, in sicer zastavi vsakemu otroku dve vprašanji ('*Otrokovo ime*, povej nam o tvoji sliki.' in 'Kaj čutiš v zvezi s svojo sliko?'). Načeloma se v skupini uporablja ena zvrst umetnosti v dveh zaporednih dneh izmenično s kontrolnimi dnevi. Ob kontrolnih dnevih vzgojitelj otrok ne osredotoča na čustva, ampak na diskusijo po umetniškem ustvarjanju (Radcliff 2000, str. 34).

Vrstniška mediacija (angl. peer mediation)⁴ - normalno razvijajoči otroci naj bi bili deležni posebnega treninga, kako vzpodbujati in vzdrževati komunikacijo z otroki s posebnimi potrebami (kot so zastavljanje vprašanj, vabljenje otrok s posebnimi potrebami v igro, vztrajnosti pri poskusih komunikacije, ponujanje pomoči in posojanje igrač), tako v integriranem oddelku kakor v kontrolnih skupinah. Pomembna je tudi učiteljeva naklonjenost tej vrsti mediacije. Ustrezno vedenje se lahko nagradi s posterji, pohvalami, pregledom naučenih strategij. Predvsem pa je uspešnost vrstniške mediacije odvisna od samih otrok vključenih vanjo. Radcliff (2002, str. 40) meni, da bi bil za predšolsko obdobje učinkovit pristop Prijatelj (angl. Buddy system), pri katerem dve osebi delujeta skupaj kot enota in sta se sposobna opazovati, preverjati, voditi in pomagati drug drugemu. Ta sistem povečuje število ustreznih socialnih interakcij.

4. Zaključek

Učinkovitejša je preprečevanje težav oz. preventivno delovanje kot kasnejše oblike pomoči, zato je pomembno že v vrtcu pravočasno prepoznavanje in interveniranje, ki je prilagojeno vsakemu otroku posebej. Obenem je otrok v tem obdobju najbolj dojemljiv za učenje socialno zaželenega vedenja.

⁴ Kohler in Stain (1990 v Radcliff 2000) sta pregledala nekaj poskusov z vrstniško mediacijo. Iz podatkov sta definirala 4 prednosti vrstniške mediacije: vrstniki vodijo socialno vedenje drugih, vrstniki delujejo kot vedenjski model, vrstniki se učijo razvojnih spretnosti in sodelovanja v skupini.

Viri

- Cedilnik, T. in Rostohar, D. (2016). Dajmo nemirnemu otroku priložnost za učenje. *Vzgoja in izobraževanje*, 47(3-4), 65-71.
- Černe, T. (2015). Pomoč otrokom z motnjo pozornosti in aktivnosti. V Z. Pavlovič (ur.), ZBORNİK strokovnega simpozija ob 60-letnici Svetovalnega centra: 60 let podpore pri vzgoji, učenju in odraščanju (str. 287 - 297). Ljubljana : SCOMS.
- Einarsdottir, J. (2008). Teaching children with ADHD: Icelandic early childhood teachers' perspectives. *Early Child Development and care*, 178 (4), 375 - 397.
- Fewel, R. R. in Deutscher, B. (1999). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder Early Identification Research Project*. Miami: Mailman Center for Child Development.
- Radcliff, D. (2000). *Non_Drug Interventions for improving Classroom Behavior and Social Functioning of Young Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorders*. Pridobljeno s <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED445427.pdf>
- Rotvejn Pajič, L. (2002). *Specifične učne težave otrok in mladostnikov*. Ljubljana: SCOMS.
- Rotvejn Pajič, L. (2011). *Hiperaktiven, nemiren ali samo živahen otrok?* Ljubljana: SCOMS.

Usmerjanje otrok s posebnimi potrebami

mag. Simona ROGELJ
Zavod RS za šolstvo

Usmerjanje otrok, mladostnikov in polnoletnih oseb s posebnimi vzgojno izobraževalnimi potrebami (v nadaljevanju otroci s posebnimi potrebami) ureja *Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami* (v nadaljevanju ZUOPP-1) in določa oblike in načine vzgoje in izobraževanja. V postopkih usmerjanja v programe vzgoje in izobraževanja se uporabljajo tudi določbe zakona, ki ureja splošni upravni postopek, če ZUOPP-1 ne določa drugače.

V postopku usmerjanja so pomembni še trije podzakonski akti:

1. Pravilnik o organizaciji in načinu dela komisij za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami (v nadaljevanju Pravilnik), ki določa organizacijo in način dela komisij za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami (v nadaljevanju Komisija). Pravilnik določa sprejem strokovnih kriterijev za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi potrebami (v nadaljevanju Kriteriji) skupaj s kriteriji za opredelitev začasnega spremljevalca in navodili o delu komisij za usmerjanje na prvi stopnji.

Priloge tega Pravilnika so obrazci, ki se uporabljajo v postopku usmerjanja:

- zahteva za uvedbo postopka usmerjanja,
- strokovno mnenje,
- poročilo vrtca o otroku,
- poročilo vzgojno-izobraževalnega oz. socialnovarstvenega zavoda o otroku,
- mnenje o izobraževanju na domu in
- izjava šole o izvajanju koncepta učne težave v osnovni šoli.

2. Pravilnik o dodatni strokovni in fizični pomoči za otroke s posebnimi potrebami (v nadaljevanju Pravilnik o DSP), ki določa obseg, način in pogoje za izvajanje dodatne

strokovne pomoči ter kriterije za dodelitev fizične pomoči otrokom s posebnimi potrebami.

3. Če otrok zaradi primanjkljajev, ovir oz. motenj ali nenadnega poslabšanja zdravstvenega stanja ne more več obiskovati puka, potem se lahko izobražuje na domu. Pogoje za izvajanje programov osnovnošolskega izobraževanja za učence s posebnimi potrebami na domu ter kriterije za njihovo financiranje natančneje določa **Pravilnik o osnovnošolskem izobraževanju učencev s posebnimi potrebami na domu**.

Poleg ZUOPP-1 se vzgoja in izobraževanje otrok s posebnimi potrebami izvaja tudi v skladu z ostalimi predpisi, ki urejajo področje predšolske vzgoje, osnovnošolskega izobraževanja, poklicnega in strokovnega izobraževanja ter splošnega srednjega izobraževanja.

Vzgoja in izobraževanje otrok s posebnimi potrebami temelji na ciljnih in načelih, določenih v zakonih za posamezno področje vzgoje in izobraževanja in na naslednjih ciljnih in načelih:

- zagotavljanje največje koristi otroka,
- celovitost in kompleksnost vzgoje in izobraževanja,
- enakih možnosti s hkratnim upoštevanjem različnih potreb otrok,
- vključevanja staršev, posvojiteljev, rejnikov in skrbnikov (v nadaljnjem besedilu: staršev) v postopek usmerjanja in oblike pomoči,
- individualiziranega pristopa,
- interdisciplinarnosti,
- ohranjanja ravnotežja med različnimi področji otrokovega telesnega in duševnega razvoja,
- čim prejšnje usmeritve v ustrezen program vzgoje in izobraževanja,
- takojšnje in kontinuirane podpore in strokovne pomoči v programih vzgoje in izobraževanja,
- vertikalne prehodnosti in povezanosti programov,
- organizacije vzgoje in izobraževanja čim bližje kraju bivanja,
- zagotavljanja ustreznih pogojev, ki omogočajo optimalen razvoj posameznega otroka.

Nekatera od teh načel se neposredno vezana na postopek usmerjanja, zato jih bom posebej izpostavila.

- *Organizacija vzgoje in izobraževanja čim bližje kraju bivanja.* Upoštevanje tega načela je odvisno od tega, koliko je institucija, ki izvaja program vzgoje in izobraževanja, v katerega je otrok usmerjen, oddaljena od otrokovega doma.
- *Čim prejšnja usmeritev v ustrezen program vzgoje in izobraževanja.* Verjetno za starše in otroke, ki čakajo na odločbo o usmeritvi, postopek usmerjanja ni nikoli dovolj hitro rešen z odločbo, vendar je potrebno poudariti, da je vlog (zahtev za uvedbo postopka, zahtev za spremembo odločbe ali preverjanj ustreznosti usmeritve) na letni ravni med 8.000 in 9.000.
- *Vključevanje staršev v postopek usmerjanja:* starši so v postopek usmerjanja vključeni od prejema vloge (zahteve za uvedbo postopka usmerjanja), pa tudi po izdaji odločbe, saj sodelujejo pri pripravi in spremljanju izvajanja individualiziranega programa. Poleg staršev pa mora biti v ta proces vključen tudi otrok, upoštevajoč njegovo zrelost in starost.
- *Zagotavljanje največje koristi otroka.* Celoten postopek usmerjanja temelji na upoštevanju največje koristi otroka, še posebej pa se upošteva v primerih, ko lahko

Komisija predlaga drugačno usmeritev, kot je glede na primanjkljaj, oviro oz. motnjo določena s Pravilnikom.

ZUOPP-1 opredeljuje naslednje skupine otrok s posebnimi potrebami, ki se usmerjajo v programe vzgoje in izobraževanja: otroci z motnjami v duševnem razvoju, slepi in slabovidni otroci oz. otroci z okvaro vidne funkcije, gluhi in naglušni otroci, otroci z govorno-jezikovnimi motnjami, gibalno ovirani otroci, dolgotrajno bolni otroci, otroci s primanjkljaji na posameznih področjih učenja, otroci z avtističnimi motnjami in otroci s čustvenimi in vedenjskimi motnjami.

V skupino dolgotrajno bolnih otrok med drugim uvrščamo tudi **otroke z motnjo pozornosti s hiperaktivnostjo ali brez nje** (v nadaljevanju **motnja ADHD**). Zanje mora biti opravljena celostna in timska diagnostika ter postavljena diagnoza otroškega psihiatra in/ali otroškega nevrologa in/ali razvojnega pediatra.

Programi, po katerih poteka vzgoja in izobraževanje otrok s posebnimi potrebami in jih določa ZUOPP-1, so sledeči:

- program za predšolske otroke s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo,
- prilagojen program za predšolske otroke,
- vzgojno-izobraževalni programi s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo,
- prilagojeni izobraževalni programi z enakovrednim izobrazbenim standardom,
- prilagojeni izobraževalni programi z nižjim izobrazbenim standardom,
- posebni program vzgoje in izobraževanja za otroke z zmerno, težjo in težko motnjo v duševnem razvoju in drugi posebni programi,
- vzgojni programi.

Postopek usmerjanja otroka s posebnimi potrebami se začne s pisno zahtevo staršev. Pisno zahtevo za usmerjanje lahko zase vloži tudi oseba starejša od 15 let. Če starši ne vložijo zahteve za uvedbo postopka usmerjanja, pa vzgojno-izobraževalni zavod oceni, da je potrebno preveriti ustreznost programa, v katerega je otrok vključen, je ta dolžan vložiti zahtevo za začetek postopka. Kadar se postopek ne začne na zahtevo staršev, je potrebno zahtevo za začetek postopka usmerjanja vročiti tudi njim. K vlogi mora vlagatelj priložiti poročilo vzgojno-izobraževalnega zavoda, ki ga otrok obiskuje, in iz katerega je razvidno, da je bil otroku zagotovljen kontinuum pomoči, ter razpoložljivo strokovno dokumentacijo (zdravstveno, psihološko, specialno pedagoško, socialno in druga poročila), ki vključuje že opravljene obravnave otroka. Del strokovne dokumentacije je tudi zapis pogovora z otrokom o postopku usmerjanja, razen če tega zaradi njegove starosti ali sposobnosti razumevanja okoliščin ni mogoče opraviti.

Pri učencih z učnimi težavami je treba pred uvedbo postopka usmerjanja upoštevati pet stopenj pomoči, ki so opredeljene v Konceptu dela - učne težave v osnovni šoli:

- pomoč učitelja pri pouku, dopolnilnem pouku ter v okviru podaljšanega bivanja in varstva,
- pomoč šolske svetovalne službe,
- dodatna individualna in skupinska pomoč,

- mnenje in pomoč zunanje strokovne ustanove in
- program s prilagojenim izvajanjem in z dodatno strokovno pomočjo (postopek usmerjanja).

Peti korak staršem predlaga šolski strokovni tim na podlagi sklepne evalvacijske ocene pomoči prvih štirih stopenj, saj učenec z izrazitejšimi specifičnimi učnimi težavami potrebuje več prilagoditev in pomoči, včasih pa tudi spremembo programa vzgoje in izobraževanja.

Svetovalac, ki vodi postopek usmerjanja, zaprosi Komisijo, da pripravi strokovno mnenje na podlagi zahteve za uvedbo postopka usmerjanja ter razpoložljive strokovne dokumentacije, poročila vzgojno-izobraževalnega zavoda, ki vsebuje tudi pisno mnenje otrokovega vzgojitelja oz. učitelja, in po potrebi tudi na podlagi pogovora z vlagateljem oz. otrokom in pregleda otroka. Če Komisija ugotovi, da je usmeritev potrebna, potem strokovno mnenje poleg osnovnih podatkov o otroku in sinteze mnenj vseh članov vključuje tudi:

- opredelitev vrste in stopnje primanjkljaja, ovire oz. motnje,
- usmeritev v ustrezen program in ustrezno ustanovo,
- po potrebi pa tudi:
- dodatno strokovno pomoč,
- prilagoditve prostora in opreme,
- spremljevalca,
- pripomočke in
- druge pravice, ki otroku pripadajo na podlagi zakonodaje.

Strokovno mnenje svetovalca, ki vodi postopek usmerjanja, pošlje vlagatelju zahteve za uvedbo postopka ter vzgojno-izobraževalnemu zavodu, v katerega je oziroma bo otrok vključen. Vlagatelj lahko v osemdnevnem roku sporoči morebitne pripombe na strokovno mnenje. Na podlagi strokovnega mnenja svetovalca izda odločbo o usmeritvi ali pa se z odločbo ugotovi, da usmeritev ni potrebna. Odločbo prejme vložnik zahteve za uvedbo postopka usmerjanja, vzgojno-izobraževalni zavod in če je otrok v rejništvu, tudi rejnik in pristojni center za socialno delo. Z odločbo o usmeritvi se odloči o:

- vzgojno-izobraževalnih potrebah otroka,
- programu vzgoje in izobraževanja, v katerega se otroka usmerja,
- vzgojno-izobraževalnem zavodu, v katerega se bo otrok vključil,
- datumu vključitve v program ali vzgojno-izobraževalni zavod,
- obsegu, obliki ter izvajalcu posamezne oblike dodatne strokovne pomoči,
- pripomočkih, prostoru in opremi ter drugih pogojih, ki morajo biti zagotovljeni za vzgojo in izobraževanje,
- začasnem ali stalnem spremljevalcu,
- zmanjšanju števila otrok v oddelku glede na predpisane normative,
- roku preverjanja ustreznosti usmeritve,
- pravici do tolmača za slovenski znakovni jezik (za gluhe in naglušne, ki se sporazumevajo v slovenskem znakovnem jeziku) in
- pravicah, za katere tako določa poseben zakon.

Na odločbo se lahko vlagatelj zahteve za uvedbo postopka usmerjanja pritoži, in sicer pisno ali ustno na zapisnik pri pristojni območni enoti Zavoda RS za šolstvo v 15 dneh po prejemu

odločbe. Pritožbeni postopek vodi drugostopenjski organ na Ministrstvu za izobraževanje, znanost in šport, ki na podlagi strokovnega mnenja komisije za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami druge stopnje izda odločbo ali zadevo vrne v ponovno reševanju organu prve stopnje.

Če je v odločbi naveden rok za preverjanje ustreznosti usmeritve, se postopek preverjanja uvede po uradni dolžnosti z zaprosilom vzgojno-izobraževalnemu zavodu za evalvacijsko poročilo o otroku ter zaprosilom staršem za morebitno novo dokumentacijo. Komisija pripravi novo strokovno mnenje, na podlagi katerega svetovalec, ki vodi postopek usmerjanja izda odločbo o ne/usmeritvi. Če rok za preverjanje ustreznosti ni določen in se po dokončnosti odločbe o usmeritvi spremenijo okoliščine, ki vplivajo na ustreznost usmeritve otroka, lahko starši, starejši mladoletnik, vzgojno-izobraževalni zavod, socialnovarstveni zavod ali center za socialno delo poda pri organu, ki je odločal o usmeritvi, zahtevo za spremembo usmeritve ali predčasno prenehanje veljavnosti dokončne odločbe o usmeritvi ali njenega dela. Predlagatelj mora v predlogu navesti dejstva in dokaze, na katere opira svojo zahtevo ter utemeljiti korist, ki bi jo otrok oziroma vzgojno-izobraževalni zavod imela s spremembo usmeritve.

V 30 dneh po dokončnosti odločbe mora vzgojno-izobraževalni zavod za otroke izdelati individualizirani program. Z individualiziranim programom se v programu s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo določi organizacija in izvedba dodatne strokovne pomoči za:

- premagovanje primanjkljajev,
- izvajanje svetovalnih storitev,
- izvajanje učne pomoči.
- Z individualiziranim programom dela se določijo tudi:
 - cilji in oblike dela na posameznih vzgojno-izobraževalnih področjih,
 - strategije vključevanja otroka s posebnimi potrebami v skupino,
 - potrebne prilagoditve pri preverjanju in ocenjevanju znanja, doseganju standardov in napredovanju,
 - uporaba prilagojene in pomožne izobraževalne tehnologije,
 - izvajanje fizične pomoči,
 - izvajanje tolmačenja v slovenskem znakovnem jeziku,
 - prehajanje med programi ter potrebne prilagoditve pri organizaciji,
 - časovna razporeditev pouka,
 - veščine za čim večjo samostojnost v življenju (prilagoditvene spretnosti) in načrt vključitve v zaposlitev.

Za pripravo in spremljanje izvajanja individualiziranega programa imenuje ravnatelj vzgojno-izobraževalnega zavoda oziroma direktor socialnovarstvenega zavoda strokovno skupino, ki jo sestavljajo strokovni delavci, ki bodo sodelovali pri izvajanju vzgojno-izobraževalnega programa. V pripravo in spremljanje individualiziranega programa morajo biti vključeni starši ter otrok s posebnimi potrebami, upoštevaje njegovo zrelost in starost. Individualiziran program je potrebno najmanj v vsakem vzgojno-izobraževalnem obdobju evalvirati in ga po potrebi spremeniti.

Otrok z motnjo ADHD je opredeljen kot **dolgotrajno bolan otrok**. Motnja ADHD se lahko (pogosto) pojavlja v kombinaciji s čustvenimi in vedenjskimi motnjami, avtističnimi motnjami, primanjkljaji na posameznih področjih učenja oz. katero koli skupino otrok s posebnimi potrebami iz drugega člena ZUOPP-1 in v skladu s Kriteriji, lahko pa hkrati sodi tudi v skupino nadarjenih otrok (dvojno izjemen).

Odločba o usmeritvi za otroka z motnjo ADHD (lahko) določa:

- **usmeritev v ustrezen program in ustrezno ustanovo**, in sicer program za predšolske otroke s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo ali vzgojno-izobraževalni program s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo (ali v kateregakoli od programov iz 5. člena ZUOPP-1, če gre za otroka z več motnjami, ovirami oz. primanjkljaji),
- **obseg, obliko ter izvajalca dodatne strokovne pomoči**, odvisno tudi od nivoja vzgoje in izobraževanja, opredelitve primanjkljaja, ovire oz. motnje,
- **pripomočke, prostor in opremo ter druge pogoje**, ki morajo biti zagotovljeni za vzgojo in izobraževanje,
- **začasnega spremljevalca** (oz. stalnega, če gre za otroka z več motnjami, ovirami oz. primanjkljaji in se le-ta glede na Pravilnik o DSP lahko dodeli),
- **zmanjšanje števila otrok v oddelku** glede na predpisane normative,
- **morebitni rok preverjanja ustreznosti usmeritve**.

Komisija (v skladu z navodili za prilagojeno izvajanje in dodatno strokovno pomoč na nivoju vrtca, osnovne ali srednje šole - v nadaljevanju Navodila) v strokovnem mnenju predlaga **prilagoditve**, ki jih otrok z motnjo **ADHD** (v kombinaciji z morebitnimi drugimi primanjkljaji, ovirami oz. motnjami) v vzgojno-izobraževalnem procesu potrebuje. Prilagoditve strokovna skupina v vrtcu ali šoli upošteva pri pripravi individualiziranega programa, lahko pa jih glede na otrokove potrebe tekom vzgoje in izobraževanja v skladu z Navodili tudi spreminja. Te prilagoditve so lahko: krajši odmori med aktivnostmi, možnost umika iz učilnice, upoštevanje otrokovega psihofizičnega stanja in počutja, pomoč pri urejanju zapiskov, manjše število nalog istega tipa, prilagojen obseg domačih nalog, po potrebi razdeliti daljše zapletene naloge na krajše enote, podaljšan čas pri pisnem in ustnem ocenjevanju, možnost pisanja v dveh delih z morebitnimi krajšimi odmori, ocenjevanje znanja po manjših sklopih, pomoč pri organizaciji učnega dela, sedi blizu učitelja, ...

"Osnovni problem nemirnega otroka je, da zaradi svojih odzivnih, vedenjskih in učnih posebnosti ni po meri šole in ne more zadostiti njenim disciplinskim in delovnim zahtevam." (Mikuš Kos et al., 1995, po Rotvejn Pajič, 2011, str. 51).

Ravno zato pa naj bo postopek usmerjanja otrok z motnjo ADHD (in vseh ostalih otrok s posebnimi potrebami) in odločba o usmeritvi v ustrezen vzgojno-izobraževalni program le začetek, ki mu naj na podlagi dobro pripravljenega individualiziranega programa sledi s prilagoditvami, dodatno strokovno pomočjo in pripomočki podprt pedagoški proces z jasno strukturo, vodenjem in disciplino, pa tudi potrpežljivostjo in senzibilnostjo za otroka in njegove potrebe.

Viri:

- Magajna, L., Kavkler, M. Čačinovič Vogrinčič, G., Pečjak, S., Bregar Golobič, K. (2008). Koncept dela - učne težave v osnovni šoli. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.
- Navodila h kurikulumu za vrtce v programih s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo za otroke s posebnimi potrebami (2003).
- Navodila za izobraževalne programe s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo za devetletno osnovno šolo (2003).
- Navodila za izvajanje izobraževalnih programov poklicnega in strokovnega izobraževanja s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo (2014).
- Navodila za izobraževalni program s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo za gimnazijski program (2014).
- (vsa Navodila pridobljena:
http://www.mizs.gov.si/si/delovna_podrocja/direktorat_za_pedsolsko_vzgojo_in_osnovno_sols tvo/izobrazevanje_otrok_s_osebniimi_potrebami/programi/.)
- Pravilnik o dodatni strokovni in fizični pomoči za otroke s posebnimi potrebami, Uradni list RS, št. 88/2013.
- Pravilnik o organizaciji in načinu dela komisij za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami, Uradni list RS, št. 88/2013.
- Pravilnik o osnovnošolskem izobraževanju učencev s posebnimi potrebami na domu, Uradni list RS, št. 22/2016.
- Rotvejn Pajič, L. (2011) Hiperaktiven, nemiren ali samo živahen otrok? Ljubljana: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.
- Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (ZUOPP-1), Uradni list RS, št. 58/2011.
- Zakon o splošnem upravnem postopku, Uradni list RS, št. 24/06 - UPB2, 105/06, 126/07, 65/08, 8/10 in 82/13.

"Saj bi, pa ne gre ...": Otrok z ADHD v OŠ: primer dobre prakse

Nives KODRUN

prof. razrednega pouka, učiteljica na Drugi OŠ Slovenj Gradec

Dominika PERŠAK

dipl. vzg. predšolskih otrok, druga učiteljica v razredu na Drugi OŠ Slovenj Gradec

Simona LEVC

logopedinja, svetovalna delavka na Drugi OŠ Slovenj Gradec

Povzetek

Deklica z ADHD je imela v prvem razredu velike težave s koncentracijo, sledenjem navodilom in slušno pozornostjo. Med poukom se je plazila po tleh, se močila z vodo, jedla lepilo. Njen nemir je bil izrazit, pouku praktično ni zmoгла slediti. Ukrepi so obsegali pomoč in svetovanje svetovalne službe, kasneje tudi zunanjšega strokovnjaka, vključevanje staršev v načrtovanje in evalviranje dela. Deklica je bila tudi napotena k pedopsihiatru. Kot učinkoviti so se izkazali naslednji ukrepi:

- sedenje v zadnji klopi, ki se ne stika s klopjo sošolca oz. sošolke,

- omejitev prostora, v katerem se je lahko gibala tudi med poukom (trak na tleh),
- vpeljava semaforja vedenja,
- uporaba žetončkov (ko naju je želela, nama je izročila en žetonček),
- sproten pregled šolskega dela in sprotne pohvale (večkrat med uro),
- vpeljava tabele z znaki, s pomočjo katerih sva ocenjevali vedenje med poukom,
- izjava: "Ne morem paziti nate kot na majhnega otroka." Želela je biti velika..
- kratka postopna navodila: "Najprej to, potem to."
- v drugem letu šolanja medikamentozna terapija.

Predvsem pa sva ji učiteljici dali vedeti, da jo razumeva in da ji bova pomagali po svojih najboljših močeh.

Ključne besede: ADHD, hiperaktivnost, motnja pozornosti, šolska pomoč, motivacija, individualiziran plan

1. Uvod

Vsak izmed nas je v življenju že naletel na občutek neuspešnosti, ko nam kljub vloženemu trudu ni uspelo doseči tistega, kar smo si zastavili kot cilj. Učitelji se trudimo zadovoljiti svojo predstavo o dobrem pouku. O pouku, kjer bodo učenci čim bolj aktivni, kjer bomo spodbujali njihovo razmišljanje, sodelovanje, kjer bodo učenci sami prihajali do spoznanj in pridobili trajnejša, uporabna in kakovostna znanja. Kako pa uresničiti te cilje in biti uspešen učitelj, če je v razredu prisoten učenec oz. učenka, ki ves čas moti učitelja in sošolce in s tem pedagoški proces?

Ob srečanju z učenko z motnjo ADHD sva si z drugo učiteljico v razredu postavili ta vprašanja in spoznali, da je najino znanje s tega področja zgolj osnovno in precej pomanjkljivo. Poznali sva nekaj osnovnih dejstev s tega področja, ki sva jih pridobili predvsem s sodelovanjem s strokovnimi delavci na šoli in v strokovni literaturi.

2. Prepoznavanje motnje in iskanje rešitev

Zavedanje, da učenka ne moti pouka nalašč nama je pomagalo do te mere, da sva razumeli njene težave, iskali poti in načine, s pomočjo katerih bi izboljšali njeno koncentracijo, sledenje navodilom in slušno pozornost. Učenka je navodila v večini preslišala, potrebovala je individualno vodenje in spodbude pri delu. Opazili sva tudi druga vedenja, ki so zbujala pozornost. Če je morala k zdravniku ali zobozdravniku, je v eni uri tudi do petdesetkrat vprašala, če je že čas, da lahko gre. Neprestano se je močila z vodo in jedla lepilo. Med poukom ni zmoгла opravljati šolskega dela pri mizi. Plazila se je po tleh, pod klopmi, v igralnem kotičku. Hitro je prehajala z ene dejavnosti k drugi, hitro se je zdolgočasila. Prepogosto je potrebovala najino pomoč in zahtevala vso najino pozornost. Ko sva postavili strogo mejo in bili dosledni, je kljubovala in ni želela opravljati šolskega dela. Njeno gibanje je bilo nezadovoljivo razvito. Težave je imela s koordinacijo oko-roka in telesnim ravnotežjem.

Poleg njenega izrazitega motoričnega nemira in šibke pozornosti so bile pri učenki opazne tudi težave na področju jezika in govora. Izražala se je v kratkih, nepopolnih stavkih. Struktura stavkov ni bila pravilna, ni uporabljala veznikov in predlogov, izpuščala je glasove v besedah.

V času podaljšanega bivanja je bil učenkin nemir še večji. Bila je že utrujena in šola je zanjo v času kosila določila učiteljico za pomoč in spremstvo.

Ostale učence je motil dekličin nemir, njeno gibalno intenzivno in burno vedenje. Delo v razredu je bilo posledično zelo oteženo. Učenci so kljub motiviranju v veliki meri usmerjali pozornost na učenko in slabše sledili šolskemu delu. Posledično so bila pedagoška pričakovanja glede sodelovanja, nemotenege izpolnjevanja obveznosti in doseganja učnih ciljev drugotnega pomena. Večji del je bil namenjen vzpostavljanju reda in discipline.

Delo v razredu je bilo psihično in fizično izredno naporno, zato sva se pri vodenju pouka oz. posvečanju učenki učiteljici izmenjavali.

Kljub omenjenim težavam je učenka spočetka dosegala učne cilje in ni imela večjih učnih težav. Težave so se pojavljale pri miselno zahtevnejših nalogah in pri nalogah, ki so bile obsežnejše in so zahtevale daljšo koncentracijo. Zaradi izrednega nemira in nesposobnosti koncentracije smo predvidevali, da bodo učne težave izrazitejše v drugem ocenjevalnem obdobju oz. v naslednjih letih šolanja.

Sošolci so bili na učenko navajeni že iz vrtca, zato so bili do nje nestrpni samo v redkih primerih. Učenka je bila tako dobro sprejeta in je imela občutek pripadnosti v razredu. Imela je pozornost in bližino vzorne učenke, ki ji je bila vzgled in spodbuda. V času učenkinе odsotnosti smo se večkrat pogovorili z ostalimi v razredu o tem, kako sledimo pouku, kadar je v razredu učenka prisotna. Težava je bila namreč v tem, da so nekateri učenci želeli posnemati njeno vedenje in se tudi oni ves čas sprehajati po razredu in početi druge stvari. Med temi pogovori smo se trudili razvijati vzgojno okolje kot najprimernejše za razvoj posameznikove identitete, prosocialnosti in moralnosti. Večkrat sva vključevali vaje za razvijanje pozornosti, koncentracije in vaje sproščanja in umirjanja. Učenci so po določenem času postali manj pozorni na učenkino moteče vedenje. Vseeno pa sva se učiteljici še zmeraj ves čas izmenično ukvarjali z učenko.

Obenem smo se na šoli zavedali, da bo delo z učenko uspešnejše, če bomo dobro sodelovali z njenimi starši. Če jim bomo pokazali, da so v šoli dobrodošli, da razumemo in cenimo njihov trud ter skupaj z njimi iščemo rešitve pri delu z učenko. Starši so šele takrat povedali, da so v vrtcu dobili informacijo, da učenka v šoli ne bo uspešna in naj jo vpišejo v šolo s prilagojenim program. Mama ob učenkinem vstopu v šolo ni omenila težav, ki jih je imela učenka s pomanjkanjem koncentracije in pretiranim nemirom, ker je verjela, da učenke njen nemir in motnja koncentracije ne bosta motila pri usvajanju učne snovi. Ob pogovoru z mamo sva tudi izvedeli, da ima učenka določene ure dodatne strokovne pomoči.

Skupaj s šolsko svetovalno službo smo v individualiziranem programu dodatne strokovne pomoči določili prilagoditve in pripomočke, ki smo jih učenki omogočili pri pouku:

- dovoljenje, da se lahko umakne v prostor, kjer ne bo motila sošolcev in se bo lahko nemoteno gibala, kadar je njen nemir prevelik,
- vključevanje v šolsko delo - z najrazličnejšimi nalogami, ki so vključevale gibanje, da se bo čutila koristna,
- uporaba konkretnih pripomočkov,
- vključevanje v socialne igre pri učnih urah,
- pogoste pohvale in spodbude,

- sprotna povratna informacija ,
- menjavanje dejavnosti,
- kratka, enostavna, jasna navodila, podana v korakih.

Cilji:

- postopoma malo daljše vztrajanje pri aktivnosti,
- boljša koncentracija,
- gibanje v okviru dovoljenega,
- boljša slušna pozornost,
- krepiti močna področja.

Kljub prilagoditvam sva bili z učiteljico dnevno izpostavljeni novim izzivom. Tako sva naleteli tudi na kritike in nerazumevanje s strani učiteljev in učiteljic, ki so bili mnenja, da morajo za vse učence veljati enaka pravila in da učenki z motnjo ADHD preveč popuščava. Nekateri učitelji so verjeli, da sva premalo dosledni in naju učenka zato ne poslušata in ne sledi navodilom. Verjeli so, da učenka razdira pouk nalašč in da ni nič kaj bolj razdražljiva kot drugi otroci. Menili so, da jo premalo opominjava in moralizirava. Na situacijo sva poskušali gledati kot na priložnost za novo učenje, kot na priložnost za pridobitev novih spoznanj o sebi, o drugih, o svetu.

Odločili sva se, da bova poskusili situacijo razreševati na čim bolj konstruktiven način, tako, da bi se končala z najboljšim izidom za vse vpletene; učenko, sošolce, starše in naju. Odločili sva se, da bova povabili k sodelovanju zunanjšega strokovnjaka, ki je bil prisoten en dan pri pouku in z natančnim opazovanjem ugotavljal motnje, ki so se pojavljale pri učenki. Pouk sva izvedli kot sicer, da je bila situacija v razredu čim bolj naravna. Na osnovi tega nama je ob koncu pouka zunanji strokovnjak podal konkretna navodila za nadaljnje delo z učenko. Enovitega vzorca pomoči otrokom s sindromom ADHD ni, pri vsakem posamezniku je potrebno skrbno določiti zanj prave poti. Za najino učenko sva dobili naslednje smernice:

- sedi naj v zadnji klopi, ki se ne stika s klopjo sošolca oz. sošolke,
- ko ji pregledamo nalogo, se ji približamo s hrbtni strani,
- s trakom na tleh naj omejimo prostor okrog katedra (črta, do koder se lahko giblje), ob črti počaka, dokler se ji ena od učiteljic ne posveti,
- uvedba semaforja vedenja,
- uporaba žetončkov (ko naju želi, nama izroči en žetonček),
- ko ji upade koncentracija, pregledamo njeno delo in jo pohvalimo,
- razpredelnica z znakci, s pomočjo katerih ocenjujeva vedenje med poukom,
- izjava: "Ne morem paziti nate kot na majhnega otroka." (želela je biti velika),
- kratka postopna navodila: "Najprej to, potem to."

Tudi učenkini starši so dobili jasna navodila za delo s svojim otrokom. Starši so se učenki trudili pomagati pri šolskem delu, domačih nalogah. Sčasoma niso več vedeli, kateri vzgojni prijemi bi sploh pomagali in kako zastaviti delo, da se popoldne čas ne bi vrtel samo okoli prigovarjanja, prošenj in groženj. Po prejetih navodilih so lahko učenki učinkoviteje pomagali pri njeni samodisciplini, ter s tem zmanjšali nesoglasja in izboljšali medsebojne odnose.

Dekličin notranji nemir pa je bil izražen do take mere, da smo ga lahko z vsemi naštetimi oblikami pomoči le blažili. Kljub predhodnim pomislekom glede jemanja zdravil, ki s seboj lahko prinašajo stranske učinke, obenem pa učinkovitost ni pri vseh uporabnikih enaka, so se

starši po posvetu odločili, da bodo poskusili z njihovo uporabo.

Deklica je po tem prvič v življenju sledila pouku, dvigala roko, dobivala informacijo, da zmore. Samozavest je rasla, motivacija za šolsko delo se je povečala. Postala je zadovoljna šolarka, povezana s sošolci. Doma so imeli starši po dolgem času občutek, da so otroka lepo vzgojili.

Tudi mi smo si morali priznati, da vsej pomoči navkljub, angažiranosti vseh v timu, naši deklici ne bi uspelo brez ustrezne terapije. Še vedno bi ostajala le pri želji: “Saj bi, pa ne gre...”

3. Pripomočki, ki so bili v pomoč učenki pri pouku



Slika 1, 2, 3, 4, 5: Pripomočki

4. Zaključek

“Saj bi, pa ne gre“, bi vam svoje težave ubesedili otroci z motnjami pozornosti, če bi znali. Rad bi bil pri miru, sledil pouku, slišal navodila, ugajal staršem in učiteljem, pa tega ne zmore. Šele, ko si otroka s to vrsto motnje postavimo kot izziv in ne kot problem, bomo sposobni iskati prave načine in orodja, da mu bomo lahko tudi učinkovito pomagali. Z njim bomo zgradili odnos in ravno zaradi tega se nam bo trudil slediti po svojih močeh. Prav zaradi sprejetosti in zavedanja, da smo na njegovi strani, bo na koncu zmagovalec.

ADHD z vidika predmetne didaktike

dr. Urška Sešek

Katedra za didaktiko angleščine, Filozofska fakulteta UL

Povzetek

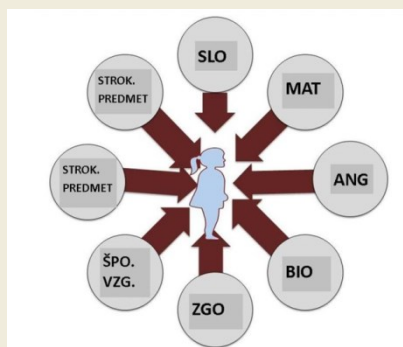
Predmetni učitelji so tisti, ki delajo z vsakim otrokom / mladostnikom večji del njegovega šolanja, zato je še kako pomemben njihov pogled na učenca s specifičnimi potrebami. Povečini so učitelji v svojem izobraževanju deležni skromne obravnave te tematike, zato je zelo pomembno stalno strokovno izpopolnjevanje. Kljub raznim praktičnim omejitvam le-to danes omogoča dostop do mnogih virov, med katerimi pa je več splošnih kot predmetno-specifičnih, ki bi bili najbolj uporabni za predmetne učitelje. Še posebej manjka tovrstnih domačih virov. V prispevku je predstavljenih nekaj dobrih primerov ter predlogov za povečanje osveščenosti in usposobljenosti predmetnih učiteljev za delo z učenci z ADHD in drugimi specifičnimi potrebami.

Ključne besede: ADHD, predmetni učitelj, učenci s posebnimi potrebami, izobraževanje učiteljev, stalno strokovno izpopolnjevanje

1. Uvod

Šola zavzema zelo velik del življenja današnjega otroka in mladostnika. Preprost izračun: devetletka zajame celotno prebivalstvo, v srednje šole je bilo v letu 2015/16 vpisanih 92 % odstotkov mladih od 15 - 18, skoraj polovica mladih od 19-24 let pa v višje / visoke šole (STATOPIS, 2016). Če vzamemo, da se otrok / mladostnik redno šola 13 let, in upoštevamo nacionalni šolski koledar, je to približno 250 dni v letu, torej šola zavzema 68 % življenja vsakega človeka, v letih, ko se najbolj intenzivno oblikuje.

Z učencem do 4. razreda delajo razredni učitelji, ki so usposobljeni za poučevanje večine predmetov v prvem izobraževalnem obdobju devetletke in praviloma celo leto (lahko tudi več let) poučujejo en oddelek. Z isto skupino učencev tako preživijo veliko časa, dobro spoznajo vsakega učenca ter imajo precejšen vpliv na njegov razvoj. Od 4. (pri nekaterih predmetih 5. ali 6. razreda) do konca njegove izobraževalne poti pa z otrokom / mladostnikom delajo predmetni učitelji, ki so usposobljeni za poučevanje enega ali dveh predmetov (ponavadi sorodnih, npr. dveh jezikov ali matematike in fizike).



Slika 1: Vpliv predmetnih učiteljev

Čeprav se predmetnik (sploh v srednji šoli) precej podaljša in posamezen učitelj preživi z učenci / dijaki precej manj časa kot razredni učitelji v prvih letih šolanja, so torej predmetni učitelji tisti, ki imajo ključen vpliv na otroka oziroma mladostnika v največjem delu njegovega izobraževanja.

Kako ga vidijo učitelji, je pomembno za vsakega otroka ali mladostnika, še posebej pa za tiste s specifičnimi lastnostmi, potrebami in težavami, med katere sodi tudi ADHD. Glede na to, da večino časa z njimi delajo predmetni učitelji, je še posebej pomembno, kako vidi take učence (dijake, študente) predmetni učitelj.

2. Tema ADHD v izobraževanju predmetnih učiteljev

Delno na vprašanje, kako vidi otroka z ADHD predmetni učitelj, lahko odgovorimo z dejstvi o njegovem študiju oziroma začetnem izobraževanju. Največ predmetnih učiteljev pri nas pridobi izobrazbo za svojo poklicno kvalifikacijo na Pedagoški fakulteti UL (naravoslovni predmeti in likovna pedagogika), PeF UM, Filozofski fakulteti UL in UM (družboslovni predmeti), Fakulteti za matematiko in fiziko UL ter Fakulteti za šport.

Struktura študijskih programov za izobraževanje predmetnih učiteljev je v splošnem takšna, da je večji del programa namenjen študiju predmeta, ki ga bo bodoči učitelj poučeval (od bolonjske reforme dalje praviloma 80%, prej še več), manjši del pa usposabljanju za učiteljsko delo, torej vsebinam kot so pedagogika, razvojna psihologija ter splošna in specialna didaktika. V okviru te skupine predmetov se seveda pojavlja tudi tema dela z učenci s posebnimi potrebami, ki pa je lahko obravnavana precej razpršeno in v majhnem obsegu, poleg tega je znotraj te teme ADHD le ena od specifik učencev, ki vplivajo na šolsko delo in vzgojni ter učni uspeh - Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (2011) opredeljuje devet splošnih kategorij posebnih potreb učencev. Pri tem pa seveda cilj ni samo teoretično znanje oziroma seznanjenost učiteljev s tematiko na podatkovni ravni, ampak predvsem usposobljenost za uspešno delo z učenci s PP v praksi.

Skromna obravnava posebnih potreb učencev v univerzitetnem izobraževanju predmetnih učiteljev je gotovo pomemben razlog za premajhno usposobljenost na tem področju, ki jo pogosto zaznajo, ko pričnejo z delom v šolah. V zadnjem času je bilo v Sloveniji izvedenih tudi nekaj raziskav, ki so to potrdile, zajele pa so predvsem osnovnošolske učitelje (npr. Dervarič, 2013). Posebej zanimivo je doktorsko delo Suzane Pulec Lah s Pedagoške fakultete v Ljubljani, ki se je prva pri nas osredotočila na usposobljenost učiteljev za delo z učenci z ADHD (2013). Z raziskavo je opredelila znanja, ki učiteljem manjkajo za uspešno delo z učenci z ADHD, ter oblikovala smernice za njihovo izpopolnjevanje in za sistemsko podporo njihovega dela s temi učenci. Zelo dobrodošlo bi bilo takšno delo še za srednjo šolo, saj je posebej v poklicnih programih pogosto delež dijakov s posebnimi potrebami, tudi ADHD, zelo velik.

3. Tema ADHD v strokovnem izpopolnjevanju predmetnih učiteljev

Predmetni učitelji po pridobitvi poklicne kvalifikacije vsekakor potrebujejo dodatno strokovno izpopolnjevanje na področju dela z učenci s posebnimi potrebami. Delno gre za odpravljanje manjkov iz začetnega izobraževanja, delno pa - kot je značilno danes za vse poklice - je to potrebno zaradi hitrega kopičenja novih informacij ter spreminjanja tehnologij

in družbenih pojavov. V tem smislu vsem zaposlenim in učiteljem še posebej stalno strokovno izpopolnjevanje nalaga tudi zakonodaja.

Seveda pri izpopolnjevanju zaposlenih učiteljev nastopajo razni omejevalni dejavniki, ki zmanjšujejo njegovo učinkovitost; nikoli ni tako sistematično kot dodiplomsko izobraževanje. Razpršeno je v veliko različnih oblik (seminarji, konference, študijske skupine, projekti, samostojen neformalni študij). Nikoli ne doseže celotne populacije učiteljev določene stroke (npr. slovenskih učiteljev angleščine je 2. - 3.000 in ne obstaja evidenca, ki bi zajela vse). Šibka je tudi kontinuiteta izpopolnjevanja, ki večinoma poteka v obliki enkratnih seminarjev ali projektov. Če učitelja določena tema zelo zanima, mora sam iskati in povezovati različne vire. Učitelji so tudi pogosto preobremenjeni, nenazadnje pa je tu še problem stroškov izpopolnjevanja.

Kljub tem slabostim pa stalno strokovno izpopolnjevanje ostaja glavna rešitev za večjo usposobljenost učiteljev za delo z učenci s posebnimi potrebami, in s tem tudi za delo z učenci z ADHD. Velika prednost današnjega časa je, da je ponudba virov in izobraževanj veliko večja, kot je bila v preteklosti, in se še povečuje, kar velja tudi za možnosti učiteljev, da se izpopolnijo za delo z učenci s PP / z ADHD. Pri tem lahko razdelimo razpoložljive vire za učitelje v dve skupini:

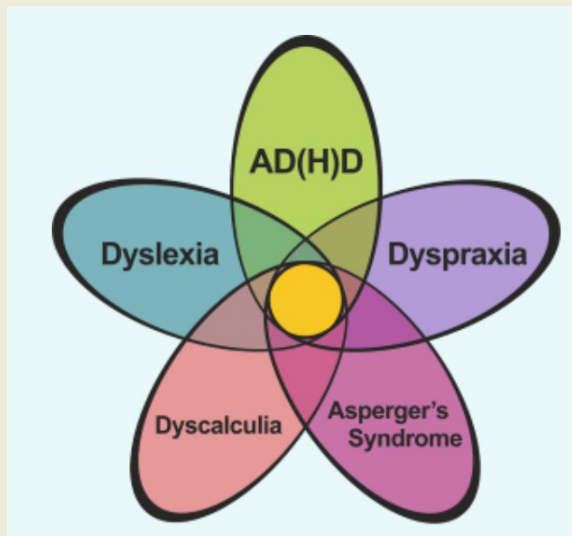
a) splošne, namenjene širši javnosti, staršem in / ali učiteljem katerekoli stroke, specialnim pedagogom, psihologom in drugim strokovnjakom,

b) specifične / specialno-didaktične, namenjene učiteljem določene stroke oz. predmeta. Virov in izobraževanj iz prve skupine je precej več in so za predmetnega učitelja vsekakor koristni, vendar pa je njihova slabost ta, da jih je treba pregledati večje število, delati izbor, iz njih izluščiti tisto, kar je relevantno za delo učitelja npr. geografije ali zgodovine, ter včasih močno prilagoditi najdene informacije. Seveda so v tej skupini tudi viri, zelo relevantni in koristni za vsakega predmetnega učitelja. Čeprav gre za obvezen dokument, velja izpostaviti kot primer Navodila za prilagojeno izvajanje programa osnovne šole z dodatno strokovno pomočjo: Primanjkljaji na posameznih področjih učenja (Zavod RS za šolstvo, 2008). Napisana so za učitelje vseh predmetov, a zelo dragocena, saj so delo slovenskih strokovnjakov, ki dobro poznajo našo situacijo. Podali so natančno razlago najpogostejših specifičnih težav naših učencev ter jasne in temeljite napotke za delo v praksi, pri čemer je velika pozornost posvečena tudi ADHD.

Še bolj neposredno uporabni pa so seveda viri in izobraževanja, ki so namenjeni prav učiteljem določenega predmeta. Dober primer sta spletna stran projekta DysTEFL in seminar o disleksiji za učitelje angleščine, ki ga je v letu 2016 organizirala Pedagoška fakulteta v Ljubljani. Seminar sta vodili avtorici priručnika 'Teaching Languages to Learners with Specific Learning Differences' (2012). A. M. Smith in J. Kormos z Univerze v Lancastru sta s svojim delom dali učiteljem jezikov po vsem svetu temeljito, sodobno in praktično oporo za delo z učenci s PP.

V priručniku je seveda najpodrobneje obdelana disleksija, ki od vseh nevrospecifik najbolj vpliva na uspeh učenja jezikov (še posebej angleščine). ADHD je obravnavan na štirih straneh, med pridruženimi specifikami, saj zaenkrat ni študij, ki bi dokazovale, da vpliva na uspeh učenja jezika. Avtorici pa smatrata, da ima pet glavnih specifik, ki sta ju vključili, precej prekrivanja. Pri tem ne gre le za komorbidnost, ampak tudi za skupno jedro (glej Sliko

2), v katerem se nahajajo težave kot so šibek kratkoročni spomin, težko preklapljanje med aktivnostmi itd.



Slika 2: Pet glavnih specifik, ki naj bi jih poznali učitelji jezikov (vir: *ELT well* 2017)

Medtem ko gotovo na učenje jezika najbolj neposredno vpliva disleksija, na učenje matematike diskalkulija, na športno vzgojo pa dispraksija, imajo tudi skupne / splošne značilnosti različnih nevrospecifik velik vpliv na uspeh učenca pri različnih predmetih, pa čeprav, kot ADHD, bolj posredno. Zato sta Smithova in Kormoseva smernice za delo učitelja jezika z učenci z nevrospecifikami oblikovali tako, da izhajata iz različnih vidikov procesa učenja jezika. Napotki povedo, kako prilagoditi učenecem s specifičnimi potrebami učenje besedišča, kako učenje slovnice itd., in ne kako približati jezik učencu z disleksijo, kako učencu z ADHD itd. To je za predmetnega učitelja vsekakor lažje in v praksi pogosto tudi edino realno. Pravzaprav bi moralo znanje o specifičnih potrebah učencev biti ne dodatek k učiteljevi specialno-didaktični usposobljenosti, ampak neločljiv del njegovega pojmovanja procesa učenja predmeta. Le iz tega lahko raste načrtovanje pouka na tak način, da so zadovoljene potrebe vseh učencev.

Zanimiv domači primer vira s specifičnimi informacijami za učitelje posameznih predmetov (jezikov, matematike in drugih) je priročnik *Tako zmorem tudi jaz* (Tavčar, 2011). Vsebuje napotke za učitelje različnih predmetov v OŠ za prilagajanje testov znanja učencem s posebnimi potrebami.

Žal specialno-didaktičnih virov za delo z učenci s PP ni veliko, predvsem ne v slovenščini oz. domačih avtorjev, za potrebe našega okolja. Idealno bi bilo, da bi obstajal priročnik, kakršen je 'Teaching Languages to...', posebej za učitelje vsakega predmeta oziroma sklopa predmetov, v domači izvedbi. Največjo kakovost bi seveda tovrstni priročniki, seminarji in projekti dosegli ob sodelovanju izkušenih predmetnih učiteljev, specialnih pedagogov, psihologov in učiteljev specialne didaktike. Posebno pozornost bi veljalo posvetiti tudi iskanju in predstavitvi primerov dobre prakse, torej tistih naših predmetnih učiteljev, ki odlično vključujejo učence z ADHD in drugimi specifikami in jim pomagajo, da se uspešno učijo njihovega predmeta.

4. Zaključek

Predmetni učitelji kot nosilci največjega dela naših vzgojno-izobraževalnih programov že od

Oš dalje so bili povečini v teku svojega izobraževanja deležni premalo usposabljanja za delo z otroci s posebnimi potrebami, kar velja tudi za učence z ADHD. Zato in zaradi spreminjajočega se stanja 'na terenu' je nujno stalno strokovno izpopolnjevanje, ki ima sicer svoje omejitve, vendar pa danes ponuja več možnosti in informacij kot kdajkoli prej. Osveščenost predmetnih učiteljev o specifičnih težavah učencev se tako sčasoma povečuje, čeprav primanjkuje virov, ki bi bili namenjeni prav učiteljem posameznega predmeta ali predmetnega sklopa, še posebej del domačih strokovnih timov. Seveda bi bilo treba tematiki posvetiti več pozornosti tudi v pedagoških študijskih programih, hkrati pa bi morali vsi, ki imajo znanje in izkušnje v zvezi z ADHD in drugimi specifičnimi potrebami naših otrok in mladostnikov izkoristiti vsako priložnost za ozaveščanje, izpopolnjevanje in podporo predmetnih učiteljev na tem področju.

Viri:

- Dervarič, K. (2013). *Usposobljenost učiteljev za diferenciacijo pri učencih s posebnimi potrebami*. (Diplomsko delo, Pedagoška fakulteta UL). Pridobljeno s <http://pefprints.pef.uni-lj.si/1451/>
- Kormos, J., Smith, A. M. (2012). *Teaching Languages to Learners with Specific Learning Differences*. Bristol, Buffalo, Toronto: Multilingual Matters.
- Pulec Lah, S. (2013). *Dejavniki učiteljeve usposobljenosti za poučevanje učencev z motnjo pozornosti in hiperaktivnostjo*. (Doktorska disertacija, Pedagoška fakulteta UL). Pridobljeno s http://pefprints.pef.uni-lj.si/1467/1/Pulec_Lah_dr_celota.pdf
- Smith, A. M. (2017). ELT well. Pridobljeno z www.eltwell.com
- STATOPIS - *Statistični pregled Slovenije 2016*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Pridobljeno s <http://www.stat.si/StatWeb/File/DocSysFile/9199>
- Tavčar, B. (2011.) Tako zmorem tudi jaz: *prilagoditve pri ocenjevanju znanja za učence s posebnimi potrebami*. Poljane: Osnovna šola.
- Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami /ZUOPP-1/* (2011). Uradni list RS, št. 58, (22. 7. 2011). Pridobljeno s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO5896>
- Zavod RS za šolstvo (2008). *Navodila za prilagojeno izvajanje programa osnovne šole z dodatno strokovno pomočjo: Primanjkljaji na posameznih področjih učenja*. http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/ministrstvo/Publikacije/Navodila_Pr_imanjkljaji_podrocja_ucenja.pdf

dr. Suzana PULEC LAH

Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani

Povzetek

Motnjo pozornosti in hiperaktivnosti (v nadaljevanju ADHD) največkrat povezujemo z manj primernim, za okolico motečim vedenjem. Praksa in raziskave kažejo, da je ADHD tudi izrazit dejavnik tveganja za učno manjše uspešnost posameznika. Posebej rizični so posamezniki z nepozornostnim tipom ADHD, kjer so prevladujoče težave s pozornostjo ob neprisotni hiperaktivnosti in impulzivnosti pogosto spregledane. V obdobju šolanja je spodbudno učno okolje bistvenega pomena za ugoden razvojni izid težav pri posamezniku. Učitelj z izvajanjem dobre poučevalne prakse lahko omogoča, da otrok primerno razvija in optimalno izkazuje svoje potenciale. Učitelji pogosto izražajo stisko, da niso dovolj usposobljeni za delo z učenci z izrazitejšimi posebnimi potrebami. Kot poseben izziv izpostavljajo prav delo z učenci z ADHD, zato je pomembno, da imajo pri tem ustrezno strokovno pomoč in podporo. V prispevku navajamo izbrane izsledke poznavanja učinkovitih elementov poučevalne prakse za učence z ADHD med slovenskimi učitelji.

Ključne besede: učenec z ADHD, učna uspešnost, učitelj, učinkoviti elementi poučevanja

1. Uvod

Motnje pozornosti in hiperaktivnosti opredeljujejo znaki razvojno neprimerne pozornosti, impulzivnosti in hiperaktivnosti, ki pomembno ovirajo posameznika v njegovem vsakodnevnem funkcioniranju.

V obdobju šolanja tako lahko pomembno ovirajo učenca v njegovi učni in socialni učinkovitosti. Tveganje za neugoden razvoj posameznika je toliko večji, če otrokove posebnosti v zgodnjih letih šolanja niso ustrezno prepoznane, razumljene in obravnavane. Otroci z ADHD, ki niso deležni ustrezne pomoči in podpore, kot odrasli izkazujejo manjšo splošno uspešnost v življenju, nižjo doseženo končno stopnjo izobrazbe, nižji SES ter več težav na področju fizičnega in duševnega zdravja (Biederman idr., 2012; Shaw idr., 2012).

Iz navedenega lahko povzamemo, da prisotnost ADHD za posameznika predstavlja izrazit dejavnik tveganja za razvojno uspešnost, v obdobju šolanja predvsem za socialno in učno učinkovitost. V nadaljevanju prispevka se bomo osredotočili predvsem na področje učne učinkovitosti.

2. ADHD in učna učinkovitost

Učne težave kot posledica ADHD so lahko blažje in enostavne do izrazite in kompleksne. Učenci z izrazitimi in kompleksnimi težavami ADHD imajo v primerjavi z vrstniki brez ADHD dvakrat večje tveganje za ponavljanje razreda, 2- do 4-krat večje tveganje za nižje ocene, dosegajo 8 do 10 % nižje dosežke na področju branja in matematike ter v povprečju zaključijo izobraževanje eno let prej kot vrstniki (Rethinking ADHD in the Classroom (b.d); Zentall, 1993). Hinshaw (1994) navaja, da je razhajanje med dosežki učencev z ADHD in njihovimi sposobnostmi od 10 do 30 odstotkov.

Odnos med ADHD in učno učinkovitostjo je kompleksen. Učenec z ADHD ima lahko učne težave zaradi glavnih značilnosti oz. znakov ADHD, torej neustrezne pozornosti, impulzivnosti in hiperaktivnosti. Novejša spoznanja pa pogosto pojasnjujejo učne težave učencev z ADHD s težavami na področju izvršilnih funkcij.

Hiperaktivnost učenca, ki je lahko izrazita ali manj opazna, pogosto zmanjša količino uspešno opravljenih nalog. Zaradi pomanjkanja vaje tako učenec počasneje osvaja ali ima težave pri osvajanju določenih rutin ali postopkov, ki so pomembni za šolsko delo. Zaradi **impulzivnosti** pa lahko naredi številne napake pri šolskem delu, ki niso posledica neznanja, ampak nezrele inhibicije oz. prehitrega odzivanja, brez potrebnega razmisleka o pomenu, problemu naloge, najustreznem načinu reševanja, brez razmisleka o preteklih podobnih nalogah in podobno. Takšno impulzivno odgovarjanje oz. odzivanje vodi v pogoste napake predvsem pri nalogah z več možnimi odgovori oz. v situacijah z več možnimi odzivi, pri kompleksnih ali dolgoročnih nalogah ter pri nalogah, kjer bi moral počakati z odzivom.

Med tremi sklopi glavnih značilnosti ADHD je za težave pri učenju (sam proces učenja, sledenje pouku in izkazovanje znanja) najbolj odločujoča **manj učinkovita pozornost**. Učenje zahteva zmožnost usmerjanja pozornosti (zmožnost, da med več različnimi dražljaji prepoznamo pomembnega, se nanj osredotočimo, pri tem pa odmislimo druge nepomembne dejavnike) ter učinkovitega preusmerjanja pozornosti, deljenja pozornosti (zmožnost, da smo pozorni na več elementov hkrati) in vzdrževanja pozornosti (zmožnost vzdrževanja ustreznega nivoja pozornosti v danem časovnem intervalu). Hkrati je za učinkovito učenje pomembno, da ustrezno aktivno nadziramo in usmerjamo svojo pozornost. Učenci z ADHD imajo lahko težave z vsemi ali le nekaterimi vidiki pozornosti. Zmotno je prepričanje, da je osnovna težava pri učencih z ADHD pomanjkanje (deficit) pozornosti. Pogosto lahko pri njih opazimo celo intenzivno osredotočenost, t.i. hiperfokusiranost na naloge, dražljaje, ki so zanje zanimivi in od katerih se težko odvrnejo, čeprav v danem trenutku niso pomembni za situacijo, dejavnost ali nalogo, ki bi jo morali opraviti.

Pogosto težave učencev z ADHD na učnem področju povezujemo s ponotranjeno naravnostjo k neorganiziranosti (DuPaul in Stoner, 2003) oz. skladno z novjšimi dognanji z manj učinkovitimi procesi izvršilnih funkcij (Barkley, 2005; Brown, 2013; Raggi in Chronis, 2006).

Izvršilne funkcije predstavljajo kognitivni uravnavni sistem, ki omogoča ciljno usmerjeno delovanje in vedenje. Pomembne so tako za uspešno hkratno, dinamično predelovanje informacij v danem trenutku kot za samousmerjanje dejanj, ki jih izvajamo v daljšem časovnem obdobju (npr. pri načrtovanju in pripravi daljnoročne naloge). Skladno z Brownovim modelom šibkosti izvršilnih funkcij pri ADHD (Brown, 2013) ima učenec lahko težave z/s:

- **aktivacijo:** organiziranjem, postavljanjem prioritet, pripravo za delo;
- **fokusom:** osredotočanjem, vztrajanjem in preusmerjanjem pozornosti;
- **vzdrževanjem napora:** uravnavanjem čuječnosti, pripravljenosti, vzdrževanjem napora in hitrostjo predelovanja informacij;
- **uravnavanjem emocij:** obvladovanje stresa, vzbujenosti;
- **spominom:** uporabo delovnega spomina, priklicom informacij;
- **aktivnostjo:** spremljanjem, nadziranjem in samousmerjanjem lastne aktivnosti.

Navedeni procesi se pri izvrševanju vsakodnevnih opravil, tudi pri učenju, sledenju pouku in

izkazovanju znanja, med seboj nenehno prepletajo. Učinkovitost delovanja izvršilnih funkcij je pri učencih z ADHD variabilna in pogosto odvisna od konteksta (npr. narave naloge, dela dneva, počutja posameznika, zanimivosti naloge), pri mnogih pa so izvršilne funkcije pomembno manj učinkovite kot pri učencih brez ADHD (prav tam).

Med izvršilnimi funkcijami sta za samo učenje posebej pomembna delovni spomin in hitrost predelovanja informacij.

Delovni spomin predstavlja mentalni delovni prostor, v katerem se kratkoročno shranijo pridobljene informacije, da bi jih lahko ustrezno obdelali in uporabili glede na zahtevano nalogo. Dober delovni spomin je zelo pomemben za uspešno izvajanje kompleksnih kognitivnih aktivnosti, npr. načrtovanje in reševanje problemov, upravljanje s časom, sledenje navodilom, razumevanje prebranega ali npr. miselno računanje. Če mora učenec miselno sešteti tri števila, si mora uspešno zapomniti vsa števila, računsko operacijo in vse vmesne seštevke oz. rezultate. Pomembna lastnost delovnega spomina je, da ima omejen obseg. Če mora učenec v svojem spominu zadržati velike količine informacij med izvajanjem naloge (npr. kompleksen niz navodil), morda ne bo uspel izvesti vseh korakov in hkrati spremljati pravilnost izvedene naloge. Šibek delovni spomin je izpostavljen kot ena ključnih šibkosti tako pri ADHD kot tudi pri specifičnih učnih težavah in specifičnih jezikovnih motnjah (Holmes idr., 2014; Montgomery, Magimairaj in Finney, 2010; Schuchard, Maehler in Hasselhorn, 2010).

Hitrost predelovanja informacij opredeljuje hitrost in učinkovitost, s katero posameznik lahko obdeluje (procesira - zbira, primerja, shranjuje, prikliče, klasificira ipd.) vstopne in izstopne informacije. V nasprotju s prepričanjem, da so učenci z ADHD v “nenehnem pogonu”, učinkovitost na neuropsiholoških preizkusih in v vsakodnevnih nalogah kaže, da je za učence z ADHD, predvsem za učence s prevladujočim nepozornostnim tipom ADHD, značilno (Chhabildas, Pennington in Willcutt, 2001; Kleinmann, Lewandowski, Sheffield in Gordon, 2005):

- da so pogosto počasni pri izvrševanju nalog, posebno tistih, ki so miselno zahtevne in
- da je hitrost odzivanja zelo variabilna.

Učenec, ki ima težave s hitrostjo procesiranja, bo težko sledil pouku, ker morda ne bo uspel prepisati vseh informacij s table, ne bo zmožel rešiti vseh primerov na delovnem listu, bo prebral manj gradiva kot ostali ali pa npr. ne bo uspel dovolj hitro priklicati vseh dejstev pri ustnem ali pisnem izkazovanju znanja. Težave v hitrosti procesiranja informacij pogosto pojmujejo kot vmesnik (mediator) med ADHD in težavami v osvajanju tekočnosti osnovnih učnih spretnosti, t.j. branja, pisanja, računanja (Blanchard, 2014).

Lahko povzamemo, da so učne težave učencev z ADHD lahko posledica osnovnih znakov ADHD, predvsem pa se **nižji učni dosežki povezujejo s pomanjkljivo pozornostjo, težavami v izvršilnih funkcijah, delovnem spominu in hitrosti procesiranja**. Naštete težave so značilne predvsem za nepozornostni tip ADHD, ki je prevladujoč pri deklisah.

Tveganje za učno manjuspešnost pri učencih z ADHD je še dodatno močno povečano ob sopojavljanju specifičnih učnih težav in drugih težav. **Sopojavljanje specifičnih učnih težav in ADHD** je relativno visoko, od 10 do 25% (DuPaul in Stoner, 2003), nekatere študije nakazujejo celo mnogo višji delež, npr. do 65% sopojavljanje motenj pisnega izražanja (Mayes, Calhoun in Crowel, 2000).

Pogosto doživljanje neuspeha na učnem (in socialnem) področju, kakor tudi pogosti negativni odzivi oz. povratne informacije s strani učiteljev, staršev in vrstnikov pri otroku ali mladostniku z ADHD povečujejo občutja neustreznosti, nizke lastne vrednosti in doživljanje kroničnega stresa, kar povečuje verjetnost pojava različnih oblik obrambnega vedenja (ali umik vase, malodušje, izguba motivacije in volje ali aktivno upiranje stresu z uporniškimi in destruktivnim vedenjem). Posledično se zmanjšuje sodelovanje učenca v učnem procesu, s tem pa se dodatno zmanjšujejo tudi priložnosti za učenje in »začarani krog neuspeha« je sklenjen.

3. Šola in učitelj kot varovalni dejavnik

Šola s svojimi zahtevami pred učenca z ADHD pogosto postavlja zahteve, ki jih ta zaradi svojih značilnosti ne more zadovoljevati in zaradi česar pogosto doživlja neuspehe na različnih področjih funkcioniranja. Da bi v obdobju šolanja v čim večji meri zmanjšali verjetnost pojavljanja prej omenjenega »začaranega kroga neuspeha«, je v tem obdobju eden najpomembnejših ciljev obravnave učencev z ADHD, če ne najpomembnejši, **vzpostavljanje ustreznega spodbudnega učnega okolja oz. ustrezna individualizacija in diferenciacija izvedbe vzgojno-izobraževalnega programa. Ključna oseba za oblikovanje spodbudnega učnega okolja v okviru razreda, individualizirano načrtovanje in izvedbo pouka ter spremljanja napredka učenca in njegovega vključevanja v skupino pa je učitelj.**

Uspešnost učenca z ADHD se po ugotovitvah različnih avtorjev (npr. Barkley, 2005; DuPaul in Stoner, 2003) običajno občutno in najhitreje izboljša predvsem z ustreznim, posameznikovim sposobnostim primernim prilagajanjem pričakovanj, zahtev, organiziranosti in ravnanj okolja (Pulec Lah, 2013). Specifični programi pomoči in treningi za izboljšanje učenčevega funkcioniranja, ki predpostavljajo le delo z učencem, bodo manj verjetno uspešni, če ob tem prizadevanj ne usmerimo tudi v modifikacijo zahtev in drugih dejavnikov v okolju (prav tam). Zagotavljanje spodbudnega, varnega učnega okolja na ravni šole in razreda ter splošna dobra poučevalna praksa in zgodnja pomoč in podpora lahko preventivno prispevajo k preprečevanju oz. zmanjševanju vedenjskih in učnih težav učencev z ADHD (Purdie, Hattie in Carroll, 2002, v Pulec Lah, 2013).

Za učitelja ni enostavno uravnoteženo skrbeti za uresničevanje ciljev učnega načrta, individualizirati pouk za otroka z učnimi, vedenjskimi in/ali čustvenimi težavami ter hkrati skrbeti za zadovoljevanje potreb vseh učencev v razredu. Glede na pogostost motnje ADHD je upravičeno pričakovati, da bo v vsakem razredu vsaj en učenec z bolj ali manj izrazitimi znaki pomanjkljive pozornosti, hiperaktivnosti in impulzivnosti. Kadar so znaki ADHD pri učencu izraziti in kompleksni, je zagotavljanje ustreznega podpornega učnega okolja za učitelja lahko precejšen izziv. O svoji nemoči pri poučevanju teh učencev poročajo tudi slovenski učitelji (Pulec Lah, 2002; Magajna idr., 2008), tako je lahko obdobje šolanja tisto, ki je izvor največjega stresa tako za učence z ADHD, njihove starše in tudi učitelje.

V Sloveniji še nimamo obsežnejšega dokumenta, ki bi učiteljem nudil smernice pri načrtovanju in izvajanju učinkovite poučevalne prakse za učence z ADHD, kot je to praksa v številnih državah, kjer so v pomoč učiteljem izdali različne delovne dokumente, smernice ali vodiče za poučevanje in obravnavo učencev z ADHD. So pa učiteljem na voljo nekatera priporočila v okviru programskih dokumentov za delo z učenci z učnimi težavami oz. primanjkljaji na posameznih področjih učenja, npr. Priporočila za izobraževalne programe s

prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo, Koncept dela učenci z učnimi težavami, Učenci z učnimi težavami - pomoč in obravnava ipd. (Pulec Lah, 2013).

Poleg pomembne vloge učitelja pri načrtovanju, izvajanju in spremljanju uspešnosti podpore v šolskem oz. razrednem okolju, ima učitelj pomembno vlogo tudi pri prepoznavanju vedenj, ki so povezana z ADHD ter tudi v procesu svetovanja staršem učencev z ADHD, zato je pomembno, da ima ustrezna, na empiričnih dejstvih temelječa znanja in prepričanja o ADHD, naravi težav, učencih in njihovih starših, o učinkovitih poučevalnih pristopih, oblikah podpore in pomoči, o svoji vlogi, kompetentnosti za poučevanje učencev z ADHD ipd. Predvsem pa je izjemno pomembno, da pri zagotavljanju ustreznega učnega okolja in učinkovite poučevalne prakse za učenca z ADHD v okviru celotne razredne skupnosti ni sam in da ima pri svojih prizadevanjih ustrezno strokovno in organizacijsko podporo drugih strokovnih sodelavcev, tudi vodstva šole.

4. Usposobljenost učiteljev za poučevanje učencev z ADHD

V nadaljevanju predstavljamo nekatere izsledke obsežnejše raziskave o dejavnikih učiteljeve usposobljenosti za poučevanje učencev z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti (Pulec Lah, 2013), v kateri smo želeli spoznati učiteljevo znanje/vedenje, prepričanja, spretnosti in zaznavo samoučinkovitosti ter sistemske podpore pri poučevanju učencev z ADHD.

Vzorec: V raziskavo je bilo vključenih 157 učiteljev razredne in predmetne stopnje iz 26 osnovnih šol različnih slovenskih regij. Več kot polovica (57,7%) sodelujočih učiteljev je navedla, da v času dodiplomskega izobraževanja niso obravnavali vsebin o ADHD, 40 %, da so jih obravnavali, a manj obsežno in le osnovna dejstva. Le trije učitelji so poročali, da so vsebine obravnavali obsežno in intenzivno. Tudi po začetku delovanja v šolstvu se polovica sodelujočih učiteljev ni udeležila nobenega dodatnega usposabljanja na temo ADHD, 40 % učiteljev je poslušalo manj obsežen sklop vsebin o ADHD v okviru usposabljanj na drugo temo in le 12 učiteljev se je udeležilo dodatnega usposabljanja na temo ADHD. So pa nekateri učitelji pridobivali informacije o ADHD na druge, manj organizirane načine.

Največji delež, skoraj polovica učiteljev se je posvetovala z ustreznimi strokovnjaki in prebirala strokovne članke o tej temi. Skoraj tretjina učiteljev je informacije dobila tudi pri starših otrok z ADHD. Slaba petina (17,8%) sodelujočih pa je poročala, da v času do sodelovanja v raziskavi še niso potrebovali dodatnih informacij o ADHD.

Zanimiv je podatek, da je 14% sodelujočih učiteljev poročalo, da nimajo skoraj nič oz. nič izkušenj s poučevanjem učencev z ADHD, kar je presenetljivo glede na pojavnost motnje v šolski populaciji. Pomenljiv pa je tudi podatek, da je kar 30% sodelujočih učiteljev poročalo, da ne vedo ali niso seznanjeni s podatki, ali so v zadnjih dveh letih poučevali učence, ki so bili prepoznani kot učenci z ADHD. To nakazuje na nujnost bolj sistematičnega seznanjanja učiteljev o prisotnih posebnostih pri učencih, tako učnih težavah kot močnih področjih, saj to lahko pomembno vpliva na kakovost poučevanja teh učencev.

Merski pripomočki: Podatke smo pridobili z obsežno baterijo merskih pripomočkov, ki so temeljili na samoporočanju učiteljev in reševanju hipotetičnih primerov. Baterija je vsebovala sedem sklopov, med drugimi znanja o fenomenu ADHD; spretnosti reševanja

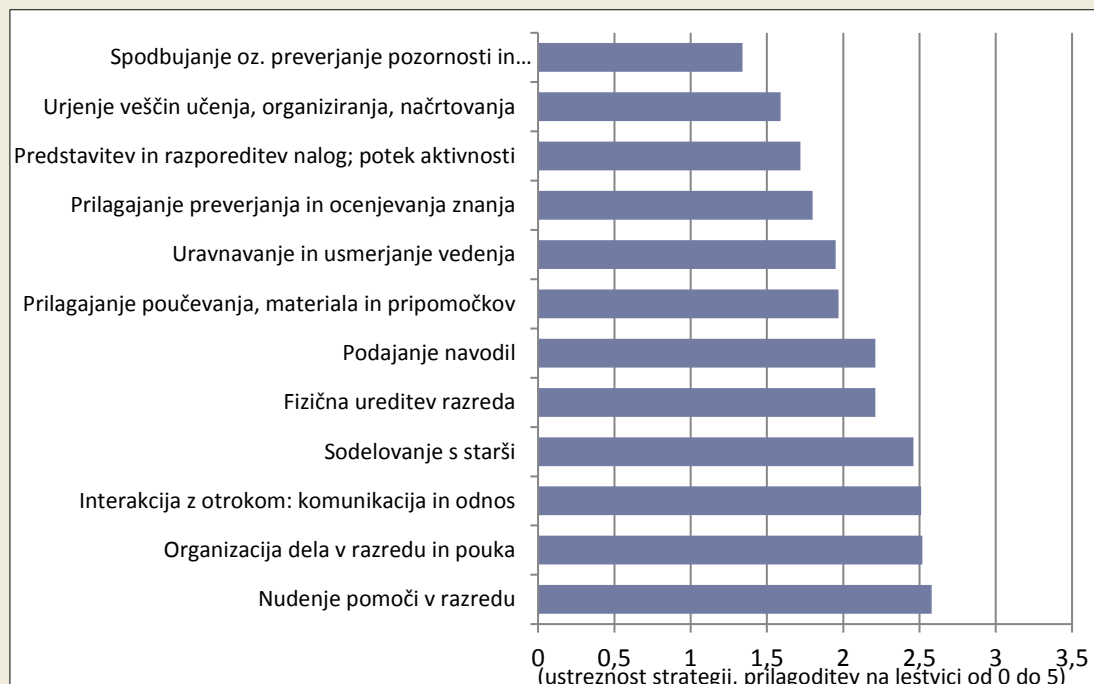
primerov učencev z ADHD in poznavanje učinkovite poučevalne prakse učencev z ADHD⁵.

Predstavitev izbranih ugotovitev raziskave: Ugotovili smo, da je bilo pri učiteljih, ki so sodelovali v raziskavi, **splošno znanje o fenomenu ADHD** bolj ustrezno kot **znanje o učinkovitih elementih poučevanja učencev z ADHD** ter **reševanje primerov učencev z ADHD**, torej uporabno znanje na nivoju identifikacije ključnih težav pri učencih, načrtovanja želenih ciljev dela z učencem in prilagoditev ter strategij za uresničevanje teh ciljev (Pulec Lah, 2013). Na vseh omenjenih področjih bi bilo mogoče znanje učiteljev pomembno nadgraditi.

- Na področju **splošnega znanja o fenomenu ADHD** so sodelujoči učitelji izkazali dobro seznanjenost predvsem z nekaterimi najbolj osnovnimi in splošnimi dejstvi o fenomenu ADHD (o ključnih znakih težav, splošnih principih diagnostičnega ocenjevanja in obravnave), manj ustrezno seznanjenost oz. razumevanje pa o naravi težav (pogostost, formalno pravni status fenomena ADHD v slovenskem prostoru, globlja narava težav, razvojni potek, interaktivna pogojenost težav in variabilnost glede na različne notranje in zunanje dejavnike) ter učinkovitih načinov obravnave.
- Tudi pri poznavanju **učinkovitih elementov poučevanja** smo ugotovili, da imajo učitelji bolj avtomatizirana predvsem splošna načela ter pristope dobre poučevalne prakse, tako so več učinkovitih elementov poučevanja in prilagoditev navajali na področjih splošnega nudenja pomoči v razredu, organizacije dela in pouka, interakcije z učencem in sodelovanja s starši, vendar pa tudi pri teh elementih niso seznanjeni z nekaterimi bolj specifičnimi in priporočenimi prilagoditvami in strategijami za delo z učenci z ADHD.

⁵ **Merski pripomočki** - Podatke smo pridobili z obsežno baterijo merskih pripomočkov, ki je vsebovala sedem sklopov: splošni podatki o sodelujočih učiteljih; znanja o fenomenu ADHD; spretnosti reševanja primerov učencev z ADHD; prepričanja o učencih z ADHD in poučevanju učencev z ADHD; poznavanje učinkovite poučevalne prakse učencev z ADHD; zaznavanje samoučinkovitosti pri poučevanju (učencev z ADHD) in ocena pogojev, podpore in ovir za učinkovito poučevanje učencev z ADHD. Za vse sklope je bila potrjena ustrezna veljavnost in zanesljivost. Merski pripomočki so temeljili na samoporočanju učiteljev in reševanju hipotetičnih primerov.

Več o sami raziskavi, vzorcu, metodologiji in rezultatih raziskave je na voljo na povezavi <http://pefprints.pef.uni-lj.si/1467/>.



Slika 1: Povzetek rezultatov učiteljevih predlogov »dobre prakse« poučevanja učencev z ADHD glede na priporočene empirično učinkovite strategije in prilagoditve

Pomembno pomanjkljivo so učitelji navajali učinkovite elemente poučevanja na področjih, ki so ključnega pomena za uspešnost učenca z ADHD v šolskem okolju: učinkovito prilagajanje poučevanja (nalog, aktivnosti in materialov), uravnavanje in usmerjanje vedenja, preverjanje in ocenjevanje znanja. Najbolj pomanjkljivo seznanjenost pa so učitelji izkazali pri načinih urjenja učnih strategij in organizacijskih veščin ter spodbujanja pozornosti in sodelovanja pri pouku. Slednja področja niso pomembna zgolj za zagotavljanje spodbudnega učnega okolja za učence z ADHD, ampak njihovo pomembnost za vse učence poudarjajo tudi sodobna dognanja nevroedukacije (Sousa, 2010; Willis, 2007 v Pulec Lah, 2013).

- Glede na šibkosti na področju deklarativnega znanja o fenomenu ADHD in poučevanju učencev z ADHD ni presenetljivo, da so sodelujoči učitelji izkazali manjšo učinkovitost tudi pri **reševanju primerov učencev z ADHD**⁶. Skladno z ugotovitvami drugih avtorjev se je tudi v naši raziskavi pokazalo, da učitelji najmanj ustrezno prepoznajo in nudijo manj ustrezno pomoč učencem pri katerih prevladujejo težave, ki so navzven manj izstopajoče, torej pomanjkljiva pozornost brez prisotne hiperaktivnosti. Neustrezno prepoznavanje in razumevanje teh težav povečuje tveganje te skupine učencev za učno manjuspešnost. Bolj ustrezno so učitelji v predstavljenih opisih primerov prepoznali ključne težave učencev z impulzivnostjo in nemirnostjo. Hkrati pa so tudi pri teh težavah izkazovali enako slabšo opremljenost in spretnost pri načrtovanju ustreznih prilagoditev in strategij pomoči. Na področju načrtovanja dela z učenci z ADHD so učitelji redko navajali sistematične in celostne pristope, ki bi jih lahko imenovali strategije, zato je poučevanje učencev lahko še manj učinkovito, saj uporaba zgolj posameznih elementov običajno ni dovolj učinkovit

⁶ merskem pripomočku, ki naj bi odražal učiteljeva uporabna znanja za delo z učenci z ADHD oz. njihovo ravnanje (ustreznost strategij, prilagoditev na lestvici od 0 do 5)

pristop za zadovoljevanje raznolikih in kompleksnih potreb učencev z ADHD (Piffner in Barkley, 1998 v Pulec Lah, 2013).

5. Zaključek

V prispevku smo želeli opozoriti na veliko ranljivost učencev z ADHD v učnem procesu. Zaradi velikega vpliva značilnosti povezanih z ADHD na vsakodnevno življenje učenci z ADHD lahko doživljajo številne težave na socialnem in učnem področju. Medtem ko učence, pri katerih je izražena hiperaktivnost in impulzivnost, hitreje prepoznamo in posledično zanje tudi hitreje začnemo iskati različne načine pomoči in podpore, so učenci, pri katerih prevladujejo težave s pozornostjo brez prisotne hiperaktivnosti mnogo redkeje prepoznani. Ob hkratnem zavedanju, da so težave s pozornostjo eden od pomembnih dejavnikov tveganja za učno neuspešnost, bi morali v bodoče več pozornosti namenjati prav prepoznavanju in nudenju pravočasne ter ustrezne, celostne pomoči tej skupini učencev. Celostna pedagoška obravnava naj bi temeljila na funkcionalni oceni otrokovih težav, njegovih posebnih potreb in močnih področij ter potrjeno učinkovitih oblikah podpore in pomoči učencem z ADHD. Pri vzpostavljanju spodbudnega učnega okolja in izvajanju individualiziranega vzgojno-izobraževalnega procesa ima ključno vlogo ustrezno strokovno opremljen učitelj. Spodbudno učno okolje ni pomembno le za učence, ampak tudi za učitelje. Pri načrtovanju ustrezno individualiziranega poučevanja in podpornega učnega okolja za raznolike potrebe učencev v razredu, med katerimi posebne potrebe učencev z ADHD zagotovo predstavljajo poseben izziv, potrebuje učitelj ustrezno podporo in pomoč strokovnjakov, ki imajo specifična znanja za nudenje pomoči in podpore učencem z ADHD. Ugotovitve o učiteljevem poznavanju fenomena ADHD in učinkovitih elementov poučevanja učencev z ADHD ter učiteljevem znanju in spretnostih za reševanje primerov učencev z ADHD so pokazale potrebo po vzpostavitvi različnih virov podpore in možnosti nadaljnjega opolnomočenja učiteljev za delo z učenci z ADHD, kakor tudi nujnost vključevanja vsebin o ADHD v dodiplomske študijske programe bodočih učiteljev. Prizadevanja za opolnomočenje učiteljev za učinkovito poučevanje učencev z ADHD naj bi podpirala večjo učno in socialno uspešnost učencev z ADHD (kakor seveda tudi vseh ostalih učencev) ter s tem tudi njihovo opolnomočenje za soočanje z izzivi življenja z ADHD.

Viri

- Barkley, R. A. (2005). *ADHD and the nature of self-control*. New York, London: The Guilford Press.
- Biederman, J., Petty, C.R., Woodworth, Y., Lomedico, A., Hyder, L.L. in Faraone, S.V. (2012). Adult outcome of attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled 16-year follow-up study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(7), 941-50.
- Blanchard, A.B. (2014). *Working Memory, Processing Speed, and Academic Achievement in Adults with ADHD* (doktorska disertacija, LSU Doctoral Dissertations). Pridobljeno s http://digitalcommons.lsu.edu/gradschool_dissertations/744.
- Brown, T.E. (2013). *A new understanding of ADHD in children and adults: executive function impairments*. New York, London: Routledge.
- Chhabildas, N., Pennington, B.F. in Willcutt, E.G. (2001). A comparison of the neuropsychological profiles of the DSM-IV subtypes of ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(6), 529-540.
- DuPaul, G. J. in Stoner, G. (2003). *ADHD in the Schools. Assessment and Intervention Strategies*. New

- York, London: The Guilford Press.
- Hinshaw, S. P. (1994). *Attention Deficits and Hyperactivity in Children. (Developmental Clinical Psychology and Psychiatry, vol.30)*. London: Sage Publications. Pridobljeno s <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1985-10856-001>.
- Holmes, J., Hilton, K., Place, M., Alloway, T.P., Elliott, J. in Gathercole, S. (2014). Children with low working memory and children with ADHD: same or different? *Frontiers in Human Neuroscience*, 8: 976. doi.org/10.2289/fnhum.2014.00976 Pridobljeno s <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fnhum.2014.00976/full>.
- Kleinmann, A., Lewandowski, L., Sheffield, R. in Gordon, M. (2005). Processing Speed and ADHD. The ADHD Report, 13(1), 6-8.
- Magajna, L., Kavkler, M., Čačinovič Vogrinčič, G., Pečjak, S. in Bregar Golobič, K. (2008). *Učne težave v osnovni šoli. Koncept dela - program osnovnošolskega izobraževanja*. Ljubljana: ZRSŠ.
- Mayes, S.D., Calhoun, S.L. in Crowel, E.W. (2000). Learning Disabilities and ADHD: Overlapping Spectrum Disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 33(5), 417-424.
- Montgomery, J.W., Magimairaj, B.M., Finney, M.C. (2010). Working Memory and Specific Language Impairment: An Update on the Relation and Perspectives on Assessment and Treatment. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 19(1), 78-94.
- Pulec Lah, S. (2002). Otrok s pomanjkljivo pozornostjo in hiperaktivnostjo v razredu : pedagoška praksa in izzivi. V M. Kavkler (ur.) *Razvijanje potencialov otrok in mladostnikov s specifičnimi učnimi težavami: [zbornik prispevkov za konferenco] / prva slovenska konferenca o specifičnih učnih težavah z mednarodno udeležbo, Kranjska gora, 26., 27. in 28. september 2002* (str. 97-106). Trzin: Different; Ljubljana: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše, Društvo Bravo.
- Pulec Lah, S. (2013). *Dejavniki učiteljeve usposobljenosti za poučevanje učencev z motnjo pozornosti in hiperaktivnostjo* (doktorska disertacija, Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani). Pridobljeno s <http://pefprints.pef.uni-lj.si/1467/>.
- Raggi, V. L. in Chronis, A. M. (2006). Interventions to Address the Academic Impairment of Children and Adolescents with ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9(2), 85-111.
- Rethinking ADHD in the Classroom (2006-2013). AboutKidsHealth & TeachADHD. Pridobljeno s <http://www.teachadhd.ca/abcs-of-adhd/Pages/Rethinking-ADHD-in-the-Classroom.aspx>.
- Schuchard, K., Maehler, C. in Hasselhorn, M. (2010). Working Memory Deficits in Children With Specific Learning Disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 41(6), 514-523. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1177/0022219408317856>.
- Shaw, M., Hodgkins, P., Caci, H., Young, S., Kahle, J., Woods, A.G. in Arnold, L.E. (2012). A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. *BMC Medicine*, 10:99. Pridobljeno s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3520745/pdf/1741-7015-10-99.pdf>.
- Zentall, S.S. (1993). Research on the Educational Implications of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Exceptional Children*, 60(2), 143-153.

Pomoč otrokom in mladostnikom z ADHD v VIZ Smlednik

Marjeta DEČMAN

univ. dipl. psih., svetovalna delavka / VIZ Frana Milčinskega Smlednik

Nataša KMET

dipl. soc. del., svetovalna delavka / VIZ Frana Milčinskega Smlednik

Povzetek

V Vzgojno izobraževalnem zavodu Frana Milčinskega Smlednik se ukvarjamo z otroci in mladostniki s čustveno-vedenjskimi motnjami. Opažamo, da je vsako leto več otrok z odkrito motnjo pozornosti in hiperaktivnosti (ADHD). V letošnjem letu je takšnih kar 63 odstotkov vseh nameščenih otrok. Zato smo razvili poseben sistem pomoči, ki temelji na celostnem pristopu in zmanjšuje intenzivnost simptomov, omili pojav vedenjskih težav in omogoča kvalitetnejše socialno vključevanje. Sistem pomoči je uspešen zaradi timskega povezovanja strokovnih delavcev zavoda, staršev, centrov za socialno delo ter pedopsihiatričnih ustanov.

Ključne besede: motnja pozornosti in hiperaktivnost, pomoč, mladostnik, čustvene in vedenjske motnje, celostni pristop, timsko delo

1. Uvod

VIZ F. Milčinskega Smlednik sprejme do 40 otrok, ki se šolajo po rednem šolskem programu, ki pa ima določene prilagoditve. Razredi, v katerih poučujejo strokovno usposobljeni učitelji s specialno pedagoško dopolnilno izobrazbo, so manjši - od 5 do 8 otrok. Na vzgojnem področju se z otroci v štirih prostorsko ločenih vzgojnih skupinah ukvarjajo vzgojitelji. Program v vzgojnih skupinah temelji na pridobivanju učnih in delovnih navad, pridobivanju socialnih veščin, konstruktivnem organiziranju prostega časa ter učenju primernejših načinov razreševanja konfliktnih situacij. Naše temeljno načelo je, da v zavod pridejo otroci po pomoč, in cilj celotnega bivanja v zavodu je, da se večina in znanja po odhodu iz zavoda prenesejo tudi v domače okolje, kjer lahko otrok ponovno uspešno deluje tako v matični družini kot širšem okolju.

V okviru našega zavoda deluje tudi stanovanjska skupina Ježek, ki je dislocirana enota v večji stanovanjski hiši v Guncljah v Ljubljani. V njej prebiva do 8 srednješolcev, ki obiskujejo srednje šole v okoliških srednješolskih centrih.

Otroci, ki jih v naš zavod nameščajo centri za socialno delo iz vse države, imajo vrsto težav, zaradi katerih v običajnih osnovnih šolah niso bili uspešni. Poleg učne neuspešnosti imajo v veliki večini težave pri ohranjanju pozornosti, so premalo vztrajni, težko sledijo navodilom, pogosto so raztreseni in imajo težave z organizacijo. Pri njih je pogosto zaznati motorični nemir, so pretirano klepetavi in neučakani. Povrhu vsega tudi slabo obvladujejo frustracije, so neprilagodljivi in imajo nihajoča razpoloženja ter pogoste izbruhe.

Slabo obvladovanje organizacije in nezmožnost načrtovanja sta tudi vzrok, da zelo impulzivno reagirajo na zahteve, frustracije in probleme, na katere naletijo v vsakdanjem

življenju. Te otroke problemi vedno presenetijo tudi zato, ker jih niso sposobni predvideti vnaprej.

Otroci, ki so nameščeni v našem zavodu so v rednih osnovnih šolah težko sledili učni snovi zaradi pomanjkanja koncentracije in pozornosti. Učitelji so jih pogosto označili za moteče, neprilagojene, nevodljive in uporniške.

Mag. Marica Horvat (2000) v strokovnem članku Psihoorganski sindromi navaja, da se pri 65% otrok s hiperkinetičnim sindromom pojavljajo tudi vedenjske motnje. Ti otroci zaradi svoje primarne motnje (ADHD) razvijejo sekundarne motnje, ki se kažejo v obliki ključavnosti, upornosti, prepirljivosti, izzivalnosti, nepredvidljivosti in impulzivnosti. Pogosta so nihanja razpoloženja, ti otroci nimajo formiranih notranjih zavor in zato zelo hitro izbruhnejo. So razdražljivi, destruktivni, imajo neprimeren odnos do odraslih, niso samokritični, krivdo pogosto valijo na druge, zaznati je verbalno in fizično agresijo. Na čustvenem področju je pogosto zaznati tudi sovražnost in maščevalnost.

Greene (1999) v svoji knjigi Eksplozivni otrok navaja, da otroci s šibkim delovnim spominom niso namenoma neubogljivi, imajo le težave z učinkovitim in prilagojenim izborom prave rešitve za težavo, ki jih muči. Ti otroci ne zmorejo ločevati svojih misli od čustev, ki jih povzroča frustracija. V strokovnem izrazoslovju bi temu rekli »separacija afekta«. Ta sposobnost nam omogoči, da lahko svoja čustva damo na stran, medtem ko racionalno, objektivno in logično razmišljamo o problemu. Otroci z ADHD pa imajo to sposobnost okrnjeno ali neučinkovito in že pri najmanjši frustraciji jih lahko čustva tako močno preplavijo, da se zelo impulzivno odzovejo. Ko se umirijo, pa lahko dobijo dokaj jasen pogled na to, kaj se je zgodilo.

Naslednja značilnost otrok z ADHD je tudi ta, da razmišljajo na zelo konkreten, črno - bel način. Ti otroci v okoliščinah, ki od njih zahtevajo večjo učinkovitost mišljenja, preprosto ne zmorejo poiskati rešitve ali se prilagoditi nastali situaciji.

Za otroke z ADHD motnjo je pogosto ugotovljeno, da imajo manj vpogleda vase, težje se zavedajo samega sebe in tudi slabo prepoznavajo, kaj s svojim vedenjem povzročajo drugim. Preprosto rečemo, da so ne-empatični in socialno nespretni. Vsi otroci, o katerih piševa v tem članku, imajo težave s socialno vključenostjo, imajo slabo samopodobo in so predvsem nekritični do svojega vedenja.

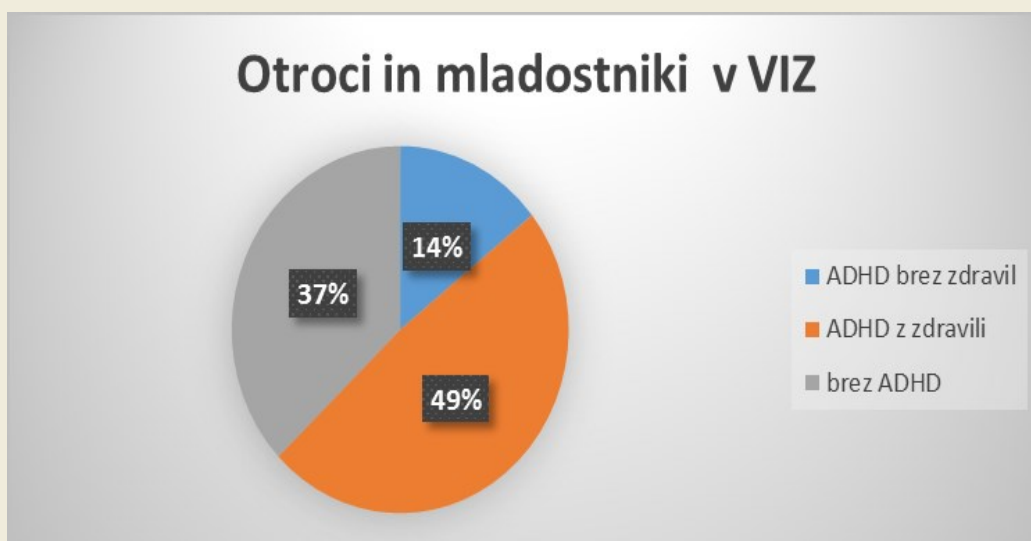
Leonida Rotvejn Pajič (2004) opisuje vedenjsko kognitivne principe v terapiji otrok z ADHD motnjo. Navaja, da najnovejša mednarodna klasifikacija bolezni ICD - 10 uvršča hiperkinetične motnje v skupino vedenjskih in čustvenih motenj, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci. Te motnje se navadno razvijejo v prvih petih letih življenja. Sprva se kažejo kot pomanjkanje vztrajnosti pri dejavnostih, ki zahtevajo kognitivno zavzetost, značilni so hitri preskoki iz ene aktivnosti v drugo, preusmerjanje pozornosti in pretirana aktivnost.

Omenjena avtorica hiperkinetične otroke opredeljuje kot pogosto brezobzirne in impulzivne, pogosto podvržene poškodbam. Zaradi nepremišljenosti večkrat kršijo pravila in so zato pogosto obravnavani tudi v disciplinskih postopkih. Njihovi odnosi z odraslimi so pogosto brez socialnih zavor, manjka jim običajne opreznosti in zadržanosti. V socialnih sredinah so

neprijateljani in zato večkrat izolirani. Prizadeto je področje kognitivne zaznave, zelo pogosti so tudi zaostanki tako v motoričnem kot govornem razvoju. Na sekundarni ravni pa se pojavlja disocialno vedenje, slaba samopodoba in nizko samospoštovanje.

2. Statistični pregled otrok in mladostnikov z ADHD v VIZ Smlednik

V zavodu imamo trenutno nameščenih 35 otrok, pri katerih je v 63% (22 otrok) ugotovljena motnja ADHD. Vsi ti otroci so v redni pedopsihiatrični ambulantni obravnavi. 49% (17 otrok) prejema medikamentozno terapijo. Terapija se redno prilagaja otroku glede na njegovo sodelovanje, napredovanje in druge pomembne okoliščine, ki vplivajo nanj (družinski odnosi, medvrstniški odnosi, šolska situacija, ipd.).



Slika 1: Statistični pregled otrok in mladostnikov z ADHD v VIZ Smlednik

31% (9) otrok z ADHD v našem zavodu je bilo pred namestitvijo hospitaliziranih na pedopsihiatričnem oddelku Pediatrične klinike v Ljubljani, nekateri celo večkrat. 14% (5 otrok) je bilo v rednih šolah izločenih od pouka ter vključenih v poseben individualiziran program ločeno od ostalih otrok. 11% otrok od teh (4 otroci) je imelo tudi spremljevalca.

3. Pomoč otrokom/mladostnikom z ADHD v VIZ Smlednik

Delo z otroci in mladostniki z ADHD v našem zavodu je zastavljeno celostno in vključuje pomoč in spodbudo otrokom in mladostnikom, usklajeno delovanje vseh strokovnih delavcev ter svetovanje staršem. Delo je zastavljeno kontinuirano za daljše časovno obdobje (vsaj eno leto). V nadaljevanju predstavlja delo z otroci in mladostniki z ADHD po posameznih področjih.

UČNO PODROČJE

Učitelji v našem zavodu prilagodijo delo z učencem z ADHD tako, da je pouk razgiban, učne naloge so prilagojene učenčevim sposobnostim, učitelj snov po potrebi razdeli na manjše sklope, da učenci lahko sledijo pouku in doživljajo uspeh. Pri pouku se uporabljajo različni

avdiovizualni pripomočki, ki omogočajo bolj zanimiv in nazoren pouk. Pouk se občasno izvaja tudi v naravi. Otroci, ki imajo večje primanjkljaje v znanju, so deležni individualne učne pomoči s strani specialnih pedagogov, da nadoknadijo zamujeno. Prav tako se individualna pomoč nudi otrokom, ki občasno potrebujejo razlago za posamezne dele snovi. Razredi so manjši, 5 do 8 otrok. Otrokom pomagamo, da prepoznajo, katere veščine in spretnosti jim pomagajo k boljšemu učnemu uspehu in razumevanju učne snovi (zapiski, plakati, zvočno gradivo, sheme, preglednice, ...). Spodbujamo jih h krepitvi učnih navad. Pomembno se nam zdi, da otroci vidijo, da zmorejo pridobivati pozitivne ocene, kar jih dodatno motivira za delo in krepi njihovo pozitivno samopodobo.

VZGOJNO PODROČJE

Zavedamo se, da ima večina naših otrok učne težave, zato se trudimo pri vsakem otroku najti močna področja oziroma načine, kako se bo otrok lahko pozitivno uveljavljal. V ta namen imamo v zavodu organizirano vrsto interesnih dejavnosti, kjer otroci lahko krepijo občutek uspešnosti in pozitivne samopodobe: planinski krožek, nogometni krožek, košarka, novinarski krožek, fotografski krožek, šah, glasbena skupina, plesni krožek, taborniki. Poleg obiskovanja interesnih dejavnosti v zavodu nekateri otroci obiskujejo dejavnosti tudi izven zavoda (MMA in boks, judo, Košarkaški klub Medvode). Naši varovanci delajo tudi kot prostovoljci v Domu starejših občanov v Medvodah in sodelujejo v projektu Simbioza. Poleg organiziranih dejavnosti otroke spodbujamo tudi k delu, saj imamo svoje njive, kjer pridelujemo zelenjavo za lastne potrebe. V zavodu organiziramo različne prireditve in proslave, kjer vsi otroci aktivno sodelujejo in se na ta način tudi pozitivno potrjujejo. Zelo pomembno se nam zdi, da vsak otrok najde nekaj, s čimer se lahko pozitivno izrazi in uveljavi. Med letnimi in poletnimi počitnicami organiziramo različne doživljajske projekte (Zimovanje, Komna, Soča, Krk, Planinski tabor), kjer se učno vzgojni napredek otroka še dodatno nadgradi.

SOCIALNO OKOLJE

Socialno okolje na otroke in mladostnike z ADHD lahko vpliva spodbudno ali pa nespodbudno. V zavodu bivajo otroci in mladostniki s čustvenimi in vedenjskimi motnjami. To po eni strani pozitivno vpliva na otroke in mladostnike z ADHD, saj s svojim vedenjem pretirano ne izstopajo in so enaki kot vsi drugi otroci v zavodu. Po drugi strani pa zaradi čustvenih in vedenjskih težav prihaja do zahtevnih interakcij med otroci, ki lahko vznemirjujoče vplivajo na otroke z ADHD. V zavodu si prizadevamo, da sproti razrešujemo konflikte med vrstniki, predvsem pa jih učimo mirnega in nenasilnega reševanja sporov. Ob vsakem čustvenem raptusu otroka uporabljamo različne individualno prilagojene preventivne in kurativne tehnike (kognitivno vedenjske tehnike in druge), ki raptuse preprečujejo ali pripeljejo do hitrejšje pomiritve otroka. To pa od strokovnih delavcev zahteva veliko mero občutljivosti, hitrega prepoznavanja odnosov med vrstniki, učinkovitega reagiranja, predvsem pa kvalitetnega sodelovanja med vsemi strokovnimi delavci. Strokovni delavci se dnevno in sproti obveščamo o dinamiki med otroci, saj le na takšen način lahko učinkovito ukrepamo ob konfliktih ali stiskah posameznih otrok.

Sodelovanje učiteljev, vzgojiteljev, strokovne službe zavoda in ravnatelja

Pri obravnavi otrok in mladostnikov z ADHD je pomembno, da vsi strokovni delavci dobro razumemo fenomen pomanjkljive pozornosti in hiperaktivnosti ter vseh drugih posebnosti in

težav, ki spremljajo posameznega otroka v določenem obdobju. Zato ogromno pozornosti posvetimo medosebni komunikaciji, sprotnemu obveščanju delavcev o opažanjih glede otroka. V primerih, ko ugotovimo, da je slika težav nejasna in se vrtimo v začaranem krogu, organiziramo posvetovalni timski sestanek, kjer strnemo opažanja vseh v primer udeleženih strokovnih delavcev, izpostavimo ključne težave in naredimo okvirni načrt ukrepov in pomoči. Pri tem v zadnjem delu tima k sodelovanju povabimo tudi otroka, ki je aktivni in najpomembnejši član tima. Tako lahko s svojimi predlogi in prispevki sooblikuje načrt. Vsak strokovni delavec nato na svojem področju (učitelj, vzgojitelj, psihologinja, socialna delavka, medicinska sestra, individualni pedagog, ravnatelj) otroka osvešča o potrebnih spremembah in ga usmerja k zaželenemu skupnemu cilju. V primerih, ko se težave navezujejo tudi na družino, pa na tak posvet povabimo tudi starše. Poseben poudarek dajemo iskanju otrokovih močnih področij, ki jih vedno izpostavimo. Zelo pomembno je, da smo pozorni na vsak korak, ki je storjen v pozitivni smeri in ga tudi podkrepimo.

Pedopsihiatrična podpora

Otroci in mladostniki z ADHD so redno ambulantno spremljani pri lečečih pedopsihiatrih. S pedopsihiatri v zavodu sodelujeva medicinska sestra in psihologinja. Ob obravnavah posredujeva zdravnikom informacije v zvezi z jemanjem zdravil in njihovih učinkov, s sodelovanjem otroka v šoli in tudi v vzgojni skupini. Nato pedopsihiater po pogovoru z otrokom in skladno z našimi opažanji prilagaja medikamentozno terapijo. Na obravnavah sodelujejo, redno ali občasno, tudi otrokovi starši.

Delo s starši

V zavodu si prizadevamo, da k sodelovanju čim bolj pritegnemo tudi starše, saj so za otroka najpomembnejše osebe. Zavedamo se, da so pred namestitvijo otroka v zavod pogosto doživeli, da so njihovega otroka kritizirali, zavračali in od njih pričakovali, da ustrezno ukrepajo. Starši pa so kljub mnogim poskusom, da bi otroku pomagali, ob tem doživljali nemoč in neuspeh. Zato se nam zdi zelo pomembno, da starši ponovno slišijo, da so tudi njihovi otroci lahko uspešni, da sodelujejo, da zmorejo in napredujejo. Prizadevamo pa si, da bi se tudi v domačem okolju vzpostavili spoštljivi, topli medosebni odnosi, kjer bi otroci upoštevali in spoštovali dogovore in pravila. V ta namen nudimo staršem individualno svetovanje pri svetovalni službi, že vrsto let pa izvajamo tudi delavnice za starše, ki so staršem v pomoč in v podporo pri vzgoji njihovih otrok. Prizadevamo si, da postanejo starši bolj ozaveščeni o težavi otroka, da ga sprejmejo takšnega, kot je, in da razvijejo veščine, ki vodijo v dobre medosebne odnose in v konstruktivno reševanje konfliktov. Zanimanje za delavnice se je v zadnjih letih zelo povečalo, saj na njih aktivno sodeluje več kot polovica staršev. Za starše pa smo razvili še en pripomoček in sicer Dnevnik za starše. Slednji omogoča staršem spremljanje otroka ob bivanju doma ob koncih tedna, spodbuja starše k razmišljanju o njihovem vzgojnem stilu in njegovi korekciji ter daje možnost za dolgoročno spremljanje napredka otroka.

4. Zaključek

Kljub temu, da obstaja vedno več raziskav in znanja o motnji pomanjkljive pozornosti in hiperaktivnosti (ADHD) ter tudi vedno bolj učinkovite medikamentozne pomoči, so ti otroci in

mladostniki še vedno deležni zavračanja in negativnih sporočil. Težave s sprejemanjem otrok in mladostnikov z ADHD imajo tako strokovni delavci, vrstniki, kot tudi starši. Teh otrok in mladostnikov ne bomo spremenili, saj ne bodo nikoli drugačni. Spremenimo pa lahko naš pristop in odnos do njih, ter jim pomagamo, da tudi sami razvijejo veščine, ki jim bodo omogočale boljšo uspešnost in vključenost v socialno sredino. Intenzivno ukvarjanje s temi otroci, ki nas v dobrem in slabem presenečajo na vsakem koraku, nas uči in bogati, hkrati pa nam vliva novo energijo in zagon za še bolj kvalitetno delo z njimi.

Viri

- Horvat, M. (ur.) (2000). *Delo z vedenjsko in osebnostno motenim otrokom in mladostnikom*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
- Greene, R.W., (1999). *Eksplozivni otrok*. Ljubljana: Orbis.
- Pajič Rotvejn, L., (2004). Vedenjsko - kognitivni principi v terapiji otrok s hiperkinetično motnjo. V N. Anić, N. Hribar in P. Janjuševič (ur.), *Prispevki z vedenjsko kognitivne terapije* (str. 129-140). Ljubljana: Tiskarna Pleško d.o.o..

3. PRIMERI DOBRE PRAKSE: NEFARMAKOLOŠKA OBRAVNAVA

Spodbujanje aktivne pozornosti

Sanja DRAKSLER

prof. spec. in reh. ped. / Osnovna šola Vransko-Tabor

Darja KORPNIK

prof. ped. in soc. / Osnovna šola Vransko-Tabor

Povzetek

Šolsko okolje predstavlja prostor, kjer se srečujemo najrazličnejši posamezniki. Vsak izmed nas, tako učenci kot tudi učitelji, starši, nosi svojo zgodbo, ima svojstven način funkcioniranja v družbi, svoje potrebe. Vsak individuum je pomemben del celote, saj s svojo originalnostjo prispeva k pestrosti učenja življenjskih veščin. Prav zaradi naše raznolikosti pa se različno odzivamo na množico vsakodnevnih dražljajev. Nekateri nimajo večjih težav pri ohranjanju aktivne pozornosti, spet druge zmoti vsak moteči dejavnik. Vsem pa je skupno to, da moramo sposobnost aktivne pozornosti spodbujati, krepiti. Različnih veščin se najlažje naučimo preko igre, na nezavedni ravni, ko se dobro počutimo in zabavamo. Razvoj didaktičnega pripomočka Pozorko je izhajal ravno iz teh predpostavk.

Ključne besede: pozornost, aktivna pozornost, didaktični pripomoček Pozorko, raziskava

1. Uvod

Pestrost današnjega družbeno-tehnološkega sveta se odraža tudi v šolah. Med poukom so učenci izpostavljeni najrazličnejšim zunanjim in notranjim dražljajem, ki preusmerjajo njihove misli in zmotijo učni proces. Marsikoga zmoti zvok mobilnega telefona, hrup iz okolice, klepetanje sošolcev, pa tudi misli o Facebooku, Twitterju ali zgolj o tem, kaj bo za malico. Strokovni delavci večkrat opažamo, da so otroci z najrazličnejšimi posebnimi potrebami še bolj občutljivi in ranljivi pri ohranjanju aktivne pozornosti, tj. sposobnosti osredotočanja in vztrajanja pri dražljaju, ki je v danem trenutku najpomembnejši.

Vprašanje, kako pomagati učencem, da bodo lažje ohranjali aktivno pozornost, nama je predstavljalo izziv in možnost raziskovanja ter iskanja rešitev. V procesu raziskovanja sva se opirali na naslednji dejstvi:

1. Naša pozornost se večinoma usmerja v tista področja, za katera smo notranje motivirani in pri katerih doživljamo pozitivna čustva.
2. Vsako sposobnost je treba redno in sistematično spodbujati, krepiti, uriti.

Enoletno redno delo z eksperimentalno skupino in sočasno izvedena raziskava potrjujeta, da se z rednim in sistematičnim spodbujanjem aktivne pozornosti izboljša sposobnost vztrajanja v dejavnosti, povečata tempo predelovanja informacij in kapaciteta ohranjanja informacij,

hkrati pa se viša samopodoba posameznika.

V sklopu dela z učenci je postopoma in premišljeno nastajal didaktični pripomoček Pozorko, ki na zanimiv, sproščen in kreativen način pritegne pozornost uporabnika. Vsebuje 100 nalog, 50 za spodbujanje slušne in 50 za spodbujanje vidne pozornosti, s petih temeljnih področij učenja: govor in jezik, branje, pisanje, predstave in motorika.

Didaktični pripomoček Pozorko je vsestransko uporaben, namenjen je tako strokovnim delavcem v šolah, zavodih, različnih institucijah za pomoč pri delu z učenci, uporabniki kot tudi staršem pri kreativnem preživljanju časa s svojimi otroki.

Pripomoček dopolnjuje spletna stran www.pozoren.si, ki predstavlja podporo, ideje in usmeritve na področju spodbujanja aktivne pozornosti.

2. Od problema k izzivu

Pojem pozornost je nadpomenka aktivne pozornosti. Pozornost pomeni sposobnost osredotočanja na nek zunanji ali notranji dražljaj, aktivna pozornost pa sposobnost vztrajanja pri nekem dražljaju oz. pozornost, ki jo posameznik zavestno usmerja in vzdržuje. Pri tem se mora zavestno ubraniti dražljajev, ki bi lahko bili moteči. (Mravlje, 1999)

Z aktivno pozornostjo zbiramo misli na zaželeni točki in jih tam pustimo. Torej, bistvo aktivne pozornosti je, da zmoremo svoje misli za dalj časa naravnati na določeno točko. (Beyer, 1992)

Popolne koncentracije smo sposobni omejen čas. Pri skoncentrirani umski dejavnosti je po od 20 do 30 minutah že opaziti prvo zmanjšanje pozornosti. Prav zato je pomembno, da med dejavnostmi, ki zahtevajo aktivno pozornost, delamo krajše odmore. V tem času zberemo nove moči, koncentracija se okrepi. (Keller, 2000)

Če prenesemo teorijo v šolski prostor, hitro vidimo, da so vsi učenci v vsakem trenutku na nekaj pozorni, bodisi na dražljaj, ki je v njih, v njihovi okolici, bodisi dražljaj ustvarjajo sami. Opažava, da ima veliko učencev in tudi že mlajših otrok v vrtcih težave z aktivno pozornostjo, ki so pogojene z različnimi vzroki. Poleg tega sva skozi pogovore z vzgojiteljicami in učiteljicami začutili, da se pojavlja vedno večja potreba po rednem in sistematičnem spodbujanju aktivne pozornosti na otrokovi nezavedni ravni, saj je ravno pozornost tista večšina, za katero učiteljice večkrat zaznajo, da so učenci v njej šibki, oz. je nepozornost ena izmed velikih ovir pri usvajanju znanja.

V razredu so poleg »povprečnih« učencev tudi tisti s posebnimi potrebami in potencialno nadarjeni. Z vsemi hkrati mora učitelj v 45 minutah dosegati učne cilje, zadostiti različnim učnim stilom in potrebam učencev. Prav tako je pomembno, da se vsi učenci naučijo zavestno preusmeriti in usmeriti pozornost na učni proces in v njem tudi vztrajati.

V veliko primerih imajo učenci s posebnimi potrebami izdano odločbo in z njo pravico do strokovne pomoči in prilagoditev. Delo pri urah dodatne strokovne pomoči poteka prilagojeno njihovim potrebam, po navadi izven razreda. Velikokrat se strokovni delavci strinjamo, da je teh ur premalo, ne glede na vse ti učenci še vedno glavnino časa preživijo v razredu. Učitelj

je tisti, ki mora uspešno krmariti med raznolikimi učenci, podano učno snovjo ter metodiko dela, ki je učencem blizu.

Problem sva sprejeli kot izziv in si zastavili vprašanje: »Kako otrokom z različnimi sposobnostmi in potrebami pomagati, da se bodo znali ubraniti motečih dejavnikov in bodo lažje vztrajali v aktivni pozornosti?«

3. Namesto iskanja vzrokov iskanje rešitev

Prenehali sva z iskanjem vzrokov in opravičil za slabo aktivno pozornost ter začeli razmišljati o možnih rešitvah. Meniva, da zgolj opazovanje situacije, pritoževanje in razmišljanje, da se nič ne da storiti, ne prinesejo pozitivnih učinkov in zelenih sprememb. Odločili sva se, da poskusiva in narediva korak, s katerim bi področje aktivne pozornosti čim bolj enostavno približali tako strokovnim delavcem kot tudi učencem.

Najrazličnejše knjige in didaktični pripomočki so kvalitetni, vendar vsak razvija le določen vidik/določeno področje pozornosti ali od uporabnika zahteva več časa za priprave na konkretno delo z otroki. Pogrešali sva strukturo, sistematičnost, koncept, ki bi bolj celostno zaobjel področje. Na podlagi teh opažanj in izkušenj pri delu z didaktičnim materialom sva želeli razviti didaktični pripomoček, ki bo temeljil na sistematičnosti, preglednosti, enostavnosti za uporabo, hkrati pa bo spodbujal pozitivno motivacijo vseh sodelujočih. Ker v šolskem prostoru učenci največ informacij prejmejo preko slušnega in vidnega čutnega kanala, sva naloge razdelili v skupini za vidno in slušno pozornost. Znotraj teh dveh skupin sva opredelili pet področij: motorika, govor in jezik, pisanje, branje ter predstave. V naloge sva vključili naravne oblike gibanja in elemente možganske telovadbe.

Z izkušnjami iz prakse in študijem literature sva torej oblikovali nabor nalog za spodbujanje aktivne pozornosti. Vedno bolj pa sva razmišljali in si želeli povratnih informacij o uporabnosti in učinkovitosti najinih idej. Zato sva v šolskem letu 2015/2016 med drugošolci Osnovne šole Vransko-Tabor naredili raziskavo na temo aktivne pozornosti. Pripravili sva dva kratka testa: enega za področje vidne pozornosti, drugega za področje slušne pozornosti, ter za vsako kriterije, po katerih sva ju vrednotili. Prvo testiranje sva izvedli v septembru, s čimer sva dobili vpogled v začetno stanje aktivne pozornosti, nadaljnja testiranja pa so si sledila na tri mesece.

V eksperimentalnem razredu je učiteljica z učenci vsak dan 10-15 minut izvajala naloge za spodbujanje aktivne pozornosti. Naloge je prepletala z učnim procesom, izvajala jih je v različnih delih ure, pri različnih predmetih, za vmesno sprostitev, sodelovalno učenje in pridobivanje pozornosti, za dvig notranje motivacije, vključevala jih je tudi v dneve dejavnosti in jih prilagajala glede na obravnavano učno snov ter sposobnosti posameznika. Učni procesi v kontrolnih razredih so potekali nespremenjeno.

Glede na rezultate lahko skleneva, da se z rednim in sistematičnim izvajanjem kratkih nalog, ki so namenjene spodbujanju aktivne pozornosti, postopno izboljšata slušna in vidna pozornost. Prav tako učenci dlje časa vztrajajo pri dejavnosti in delajo manjše število napak. Opazna je tudi izboljšava v hitrosti predelovanja informacij, kar posledično vpliva na tempo dela. Učenci si zapomnijo večjo količino podatkov, kar pozitivno vpliva na spomin. Najbolj

pomembno pa je, da iščejo nove poti do cilja, nove rešitve, njihov način razmišljanja pa se postopoma razvija od konvergentnega k divergentnemu. Velik napredek je viden tudi na področju samopodobe. Zaradi vseh prej omenjenih spretnosti in načina, po katerem so naloge zasnovane, so učenci samozavestnejši, bolj zaupajo vase, v svoje sposobnosti ter so bolj odprti za nove izzive. Več o raziskavi je zapisano na spletni strani www.pozoren.si.

Zavedava se, da rezultati niso opazni takoj in je potrebno redno, sistematično delo. S takšnim delom otrokom privzgojamo delovne navade, vztrajnost, spretnosti in veščine, ki so izredno pomembne ter neprecenljive za njihovo življenje. Aktivna pozornost je pomembna v učnem procesu, hkrati pa je vse to popotnica za življenje, saj moramo biti pri tempu, ki ga prinaša sodoben način življenja, in med vsemi dražljaji, ki nas obdajajo, vsak trenutek sposobni vso svojo pozornost aktivno usmeriti na dražljaj, ki je v danem trenutku za nas najbolj pomemben.

4. Didaktični pripomoček Pozorko

Kot rezultat večletnega dela na področju aktivne pozornosti je nastal didaktični pripomoček Pozorko. Z njim sistematično spodbujamo aktivno pozornost, hkrati pa je tudi osnova za razvijanje naše kreativnosti pri sodelovanju z otroki. Vsebuje 100 nalog na kartončkih (50 nalog za spodbujanje slušne pozornosti in 50 nalog za spodbujanje vidne pozornosti), priporočila za uporabo, primer variacije naloge ter kodo za dostop do delovnih listov na spletni strani www.pozoren.si.

Kartončki so namensko oblikovani tako, da so enostavni za uporabo in ni potrebna predhodna priprava. Temu primerno so tudi slikovno in barvno premišljeno opremljeni za lažje prepoznavanje ciljev in področij naloge ter oblikovani glede na priporočila za otroke s posebnimi potrebami.



Slika 1: Didaktični pripomoček Pozorko (Draksler, Korpnik, 2016)

Naloge so kratke, raznolike, zanimive, vsaka je zapisana z določenim ciljem. Ker se zavedava, da je pomanjkanje časa tako v šolskem prostoru kot tudi doma velik problem, sva naloge zasnovali tako, da so praktične in od uporabnika ne zahtevajo dodatnih priprav,

ampak samo pripravljenost izvesti nalogo. Kjer je treba, sva v pomoč pripravili delovne liste, dostopne na spletni strani. Liste lahko uporabnik natisne ali projicira pred večjim številom ljudi. Zastavili sva si cilj, da so naloge fleksibilne. To pomeni, da jih lahko učitelj uporablja v različnih delih ure, za uvod, zaključek, za dvig motivacije ali prehajanje med dejavnostmi. Naloge so uporabne glede na različne oblike dela v razredu, tako individualno kot tudi v paru ali skupini itd. Prilagodljive so različnim metodam dela in predvsem uporabne pri različnih predmetih. Prav tako so prilagodljive zmožnostim posameznika, zaradi česar se lahko uporabljajo pri urah dodatne strokovne pomoči, pri učencih od prvega do devetega razreda ter tudi pri odraslih. Nikakor ni primarni cilj pravilno rešiti nalogo, temveč je cilj že vztrajanje pri reševanju in sam postopek reševanja. Poskušali sva pripraviti naloge, ki so za otroke aktualne in spodbujajo njihovo zanimanje, saj vemo, da se učenci največ naučijo preko igre, gibanja, takrat ko so sproščeni in nimajo občutka, da se učijo.



Slika 2: Primer kartončka (Draksler, Korpnik, 2016)

Želeli sva pripraviti osnovo, ki jo lahko strokovni delavci v šoli in starši doma nadgrajujemo, pri tem pa uporabljamo svojo domišljijo in kreativnost. Vsaka izmed 100 nalog na kartončkih predstavlja zgolj zamisel oz. idejo za nadaljnje ustvarjanje. Vaje lahko otrokom prilagajamo glede na razvojno stopnjo, starostno obdobje, intelektualne zmožnosti, vsebinsko področje, priljubljeno temo, ... Pri tem je pomembno, da gradimo na zaupanju, občutku varnosti in pripadnosti ter na otrokovem izkustvenem učenju.

5. Zaključek

Vsakdo usmerja svojo pozornost na nekaj. Toda kaj je to »nekaj« in kako dolgo je vztrajanje, je zelo različno. Velikokrat smo pozorni na dogajanje okoli sebe, ne vemo pa točno, kaj se je zgodilo. Naša pozornost je bila razpršena, ni bila usmerjena na točno določen dogodek, zato si je spomin zabeležil le bežen vtis. Kadar je naša pozornost aktivna in dlje časa fokusirana na en sam dražljaj, spomin beleži tudi podrobnosti. In prav ta veččina je ena temeljnih v procesu učenja.

Vsak človek se je rodil z določeno stopnjo aktivne pozornosti, vendar se možgani ob rojstvu niso prenehali razvijati. Možgani potrebujejo izkušnje in prav te nas učijo in izboljšujejo.

Tako kot mora športnik ohranjati in vzdrževati svojo kondicijo za vrhunske rezultate, je treba tudi pozornost krečiti in spodbujati. Pomembno je redno in sistematično delo.

Če želimo otrokovo pozornost, moramo najprej pridobiti njegovo zanimanje, spodbuditi pozitivno motivacijo. Z didaktičnim pripomočkom Pozorko želimo pridobiti pozornost na zabaven in zanimiv način, da bodo otroci na nezavedni ravni urili aktivno pozornost, ki je pomembna sedaj in tudi na splošno v življenju.

Didaktični pripomoček Pozorko je odgovor na vprašanje: »Kako naj učencem pomagam, da bodo lažje vztrajali v aktivni pozornosti?« Redno in sistematično izvajanje vaj na daljši rok prinaša spodbudne pozitivne rezultate, ki kažejo na to, da je pripomoček uporaben in učinkovit.

Viri

Beyer, G. 1992. *Urjenje spomina in koncentracije*. Ljubljana: DZS.

Draksler, S. in D. Korpnik. 2016. *Pozorko - Zakladnica idej za spodbujanje aktivne pozornosti*. Tabor: samozaložba.

Draksler, S. in D. Korpnik. 2016. *Pozoren sem, pozoren si, pozorni smo mi vsi*. (spletna stran) Dostopno na www.pozoren.si, 10. 4. 2017.

Keller, G. 2000. *Boljša motivacija - uspešnejše učenje*. Ljubljana: Center za psihodiagnostična sredstva.

Mravlje, F. 1999. *Pozorno poslušanje z razumevanjem*. Nova Gorica: Educa.

Prvo srečanje z družino, ki ima otroka s težavami

Marko JUHANT
spec. ped. MVO / Čmrlj

Povzetek

Prvo srečanje predstavlja vdor v intimo družine, kljub povabilu družine same. V kratkem času strokovnjak izdelava uporaben posnetek družine, odnosov in vrednot, po katerih živijo. Informacije sproti preverja. Otroku olajša komuniciranje in hkrati opazuje ravnanje drugih družinskih članov. Če želi sodelovanje staršev, je modro, da ne glede na plačnika storitve starši poznajo ceno, saj jo pogosto enačijo z vrednostjo in pomembnostjo pomoči.

Ključne besede: posnetek družine, vrednost informacij, fizični pripomočki, cena intervencije

1. Uvod

Prihod tujca z neznanimi posebnimi spretnostmi in znanji je za družino stresen dogodek. Čeprav so ga povabili sami - a niti ne vsi. Starši, največkrat pretežno eden od njiju. Kaj lahko stori strokovnjak, da bo pri delu bolj uspešen? Kaj naj prinese s sabo, kako se loti pogovora in oblikuje odnos?

2. Posnetek družine

Za uspeh ni dovolj, da v obravnavo vključimo le otroka; pomembno je, kako družina deluje, kakšni so v resnici odnosi med člani. V kateri fazi sprejemanja otrokove težave so starši in zakaj so čakali z iskanjem pomoči do sedaj? Kaj se je v družini spremenilo?

3. Informacije in vrednost informacij

Informacije, pridobljene v prvem srečanju, je modro preveriti tako, da jih podpira preverjanje preko neverbalne govorice družinskih članov ali tudi z dejanji. Šele tako lahko strokovnjak oceni vrednost in pomembnost informacij.

4. Srečanje z otrokom in reakcije

Otrok je že srečal nekaj strokovnih oseb in ne bo naivno stopil v stik s prišlekom. Eno je srečanje, drugo je pogovor z otrokom. Pogovor je samo ena od oblik stika z njim. Posebej škodljivi so poskusi staršev, da bi zadnji hip otroci pokazali višji nivo obnašanja, kot ga zmorejo. Zato vmes dajejo navodila, kot so: »Glej gospo / gospoda v oči!« in podobno. Temu se strokovnjak izogne tako, da s sabo prinese nekaj, s čimer zaposli otrokove roke in oči, pa je problem rešen. Tako se tudi kažejo težnje po ustvarjanju, morda vzorcih ali na primer ponavljajočih se gibih. Ob prazni mizi tega ni vedno moč opaziti. Prednost imajo igrače ali didaktični pripomočki, ki vsebujejo več kroglic. Ko se katera od njih skotali z mize, je brez dodatnih vprašanj jasno, koliko je otrok samostojen in odgovoren. Morda čaka, da jo pobere mama? Če čaka, je tako navajen.

5. Obseg dela, vloga staršev in cena dela

Starši potrebujejo podatek, kaj bo otrok zmoget in v kakšnem realnem času. Njihova vloga v obravnavi jim mora biti jasna in nujna. Cilj je prenos moči vodenja nazaj na starše. Predračun storitve ima veliko prednosti. Od države financirani izvajalci bi morali prav tako izstaviti predračun, iz katerega je jasno, koliko država plača za dogovorjeni postopek (kot za zdravlila). Starši morajo vedeti, da delo z njihovim otrokom nekdo plača po tržni ceni. Mnogi se zavedo vrednosti pomoči le preko cene. Šele, ko je drago, je dragocen tudi nasvet.

6. Zaključek

Dobro pripravljeno prvo srečanje daje informacije, ki pomembno vplivajo na pristop in metode dela. Daje okvire časovnici dogajanja in v otroku in staršu ustvari pričakovanje prihodnjega srečanja.

Viri

Osebne izkušnje v 17 letih prakse.

Okoljska stimulacija pri osebah z ADHD: glasba in telesna dejavnost

Aida Djogić in Meta Pleško, študentki ZF UL

Povzetek

Otroke in mladostnike z ADHD kljub njihovi inteligentnosti pogosto spremljajo učne težave. Ti otroci imajo notranjo potrebo po dodatnih dražljajih. Okrepitev okoljske stimulacije lahko pomaga osebam z ADHD doseči potrebno stimulacijo za povečanje produktivnosti in hkrati zmanjša težave s prekomerno aktivnostjo. Priporočljivo je izbrati le en način stimulacije hkrati, ki naj bo blag. Na simptome ADHD ima glasba zmerne oz. minimalne koristi pri uspešnosti reševanj matematičnih problemov, natančnosti in prizadevnosti. Pogosto so izpostavljene koristi belega šuma, ki lahko izboljša pozornost nemedikamentozno zdravljenih otrok z ADHD. Telesna dejavnost ima veliko pozitivnih učinkov na simptome ADHD. Z gibalno-športno aktivnostjo spodbujamo celosten razvoj otrok, ki ga lahko v zadostni meri dosežemo že z vključevanjem otrok v redne šole, ter jim s tem omogočimo reden pouk športa. Strukturirana telesna dejavnost ima potencial da bi bila ena od učinkovitih načinov zdravljenja ADHD pri otrocih. Vadba krepi razvoj možganov in vedenjsko delovanje. Po daljšem roku zmerno-aktivnih vadbenih intervencijah, pri otroci z ADHD, motnje povezane z vedenjem so lahko manj hude in je mogoče opaziti učinkovito izboljšanje na nevropsiholoških funkcijah.

Ključne besede: okoljska stimulacija, beli šum, gibalno-športna aktivnost, vadba

1. Uvod

Motnje ADHD ne moremo preprečiti, z različnimi pristopi pa lahko njene simptome obvladujemo in motnjo preusmerimo v konstruktivno dejavnost. Hiperaktivnost, impulzivnost in nepozornost, ki so značilnosti mladostnikov z ADHD, lahko vplivajo na vse vidike njihovega življenja. Zaradi narave težav ob vstopu v šolo izkusijo mnogo neprijetnosti. Neredko so označeni kot problematični otroci, saj motijo pouk, pogosto slabo sodelujejo v šoli in so velikokrat iz nje izključeni. Zaradi svojega vedenja so socialno izolirani. Z ustreznim obvladovanjem simptomov ADHD se lahko izognemo omenjeni problematiki. Otroci in mladostniki z ADHD so inteligentni in imajo enake predpostavke za akademski uspeh kot ostali, vendar zaradi narave motnje pri nalogah ne vztrajajo dovolj dolgo, da bi pokazali svoje prave sposobnosti (DuPaul, 2007). Pogosto imajo pridružena obolenja, najpogosteje je to depresija ali katera od anksioznih motenj, spremljajo jih učne težave. Zgodnje prepoznavanje, ocena in diagnostika ADHD so pomembni pri zmanjševanju vpliva ADHD na posameznikov socialni razvoj, samozavest in interakcije z okoljem.

Teorija optimalne stimulacije (OST - Optimal stimulation theory) predpostavlja, da organizem teži k vzdrževanju optimalne ravni stimulacije. Otroci z ADHD imajo notranjo potrebo po dodatnih dražljajih, ki so predmet raziskav (Zentall, 1977). Hiperaktivnost, impulzivnost in nepozornost razloži ta teorija kot obliko stimulacije, ki jo telo otroka z ADHD rabi kot rabi hrano. OST predlaga, da stimulacije posameznikov z ADHD ne zmanjšujemo

temveč jo povečamo. To lahko dosežemo z zdravili, gibanjem ali s senzoričnimi dražljaji (Zentall in Zentall, 1983). V nadaljevanju prispevka bodo predstavljeni vplivi glasbe in telesne dejavnosti na simptome in znake ADHD.

Okrepitev okoljske stimulacije lahko pomaga študentom z ADHD doseči potrebno stimulacijo za povečanje produktivnosti in hkratno zmanjšanje težav s prekomerno aktivnostjo. Če je dodatna stimulacija pod ustreznim nadzorom, le-ta koristi otrokom in mladostnikom z ADHD na področju izobraževanja. Pomembna pa je intenzivnost dodatne okoljske stimulacije - biti mora blaga, saj ob preveliki dodatni stimulaciji posameznik z ADHD preusmeri pozornost na dodatno stimulacijo in ne na nalogo, ki jo primarno opravlja. V izogib prevelike preusmeritve pozornosti na dodatno stimulacijo se priporoča, da izberemo le eno dodatno stimulacijo in ne več. Raziskovalci pa tudi ugotavljajo, da lahko učinek obravnave motnje ADHD le z enim pristopom sčasoma oslabi (Vostal, Lee in Miller, 2013).

2. Vpliv glasbe na simptome ADHD

V preteklih petdesetih letih je zaznati vse pogostejše klinične dokaze o koristi glasbe, in sicer tako poslušanja kot tudi izvajanja. Söderlund, Sikström in Smart (2007) navajajo, da prijetna glasba poveča sproščanje dopamina, ki je pri osebah z ADHD pomanjkljivo, ter umiri njihovo prekomerno možgansko aktivnost.

Allenova (2016) je v okviru doktorske raziskave ugotovila, da beli šum lahko izboljša pozornost nemedikamentozno zdravljenih otrok z ADHD. Osemindvajset otrok z motnjo ADHD je vključila v računalniško zasnovan program z nalogami pozornosti. Izpostavljeni so bili dvema zvočnima dražljajema; sprva le hrupu iz šolske učilnice, nato so dodali zvok dežja (beli šum). Opazovali so štiri vrste pozornosti (selektivno pozornost, trajno pozornost/budnost in vidike izvršilne pozornosti - zaviranje odziva in reševanje sporov). Na nobeno od izvršilnih pozornosti beli šum ni vplival. Ugotovila pa je, da beli šum lahko izboljša kognitivne funkcije otrok z ADHD, tako na vedenjski kot nevrofiziološki ravni. Raziskovalci ugotavljajo pozitivne učinke belega šuma (pri jakosti zvoka do 77dB) na spomin (Soderlund, Sikstrom, Smart, 2007) in na kognitivne funkcije otrok z ADHD (Baijot idr., 2016), vendar slednji opozarja, da zaznane prednosti belega šuma ne moremo posplošiti na vse funkcije pozornosti in funkcije izvedbe. Prepoznali so korist belega šuma na pokazatelje pozornosti, zlasti pri spremembi reakcijskega časa in pazljivosti.

Starši otrok in mladostnikov z ADHD pogosto poročajo, da njihovim otrokom pri pisanju domačih nalog pomaga poslušanje radia ali zvok televizije. Temu ne nasprotuje metaanaliza, ki trdi, da ima na simptome ADHD glasba zmerne oz. minimalne pozitivne učinke pri reševanju matematičnih problemov, natančnosti in prizadevnosti (Maloy in Petterson, 2014). Dodajanje zvočne stimulacije med pisnimi nalogami in majhne motorične aktivnosti med slušnimi nalogami lahko poveča produktivnost oseb z ADHD. Učinek dodatne stimulacije na reševanje nalog je večji, če ga dodamo z zamikom glede na začetek reševanja naloge, saj vsaka nova naloga s svojo novo vsebino na začetku nudi dovolj stimulacije za reševanje. To pri otroku oz. mladostniku z ADHD povzroči daljše vztrajanje pri reševanju naloge. Če stimulacija ni del naloge, ki jo oseba rešuje, jo mladostnik z ADHD dojema preko drugih čutil, kar povzroči večjo učinkovitost. To lahko rešimo z vnaprej pripravljeno glasbo, ki jo otrok posluša preko slušalk (Vostal idr., 2013). Odzivi na stimulacijo z glasbo se v raziskavi, ki

je predvajala radio (rock ali rap) z jakostjo 64-74 dB razlikujejo. Večina simptomov ADHD je bila nespremenjena, vendar so se pri nekaterih pokazali pozitivni učinki. Pri študiji se distrakcija z glasbo nikoli ni izkazala kot moteča. V nasprotju s tem se je distrakcija v obliki filma ali risanke med 45minutnim reševanjem nalog izkazala kot stopnjevanje simptomov ADHD in raziskovalci so zaključili, da predvajanje video vsebin otrokom in mladostnikom z ADHD ne pomaga pri vzdrževanju optimalne ravni stimulacije za reševanje nalog (Pelham idr., 2011). Z raziskavo so ugotovili, da ima slušna stimulacija dolgotrajnejše učinke od vizualne (Vostal idr., 2013).

3. Vpliv telesne dejavnosti na izražanje simptomov ADHD

Simptome ADHD lahko obvladujemo tudi s telesno aktivnostjo. Različne raziskave (Pontifex, Saliba, Raine, Picchiettil in Hillman, 2012) poročajo, da ima telesna dejavnost veliko pozitivnih učinkov na otroke in mladostnike z ADHD. Gibalna aktivnost je za otroke s hiperaktivnostjo zelo pomembna in je eden od pglavitnih kanalov, preko katerih lahko ti otroci sprostijo svoj notranji nemir, svojo energijo, potrebo po spremembi vedenja in po gibanju.

Ena izmed raziskav (Gawrilow, Stadler, Langguth, Naumann in Boeck, 2016) je pokazala, da poleg izboljšane kognitivnega delovanja in čustvenega odziva, telesna aktivnost pomaga pri izboljšanju samopodobe, splošnega dobrega počutja in kakovosti medosebnih odnosov. Telesna dejavnost je koristna za blaženje pogosto motečega vedenja otrok in mladostnikov z ADHD. Tako pri otrocih z ADHD kot tudi pri tistih brez telesna aktivnost lahko izboljša izvršilne funkcije.

Z razvijanjem grobe motorike in z učenjem različnih gibalnih spretnosti lahko otroci spoznajo svoje sposobnosti in omejitve ter s tem postajajo vedno bolj suvereni pri izvajanju določenih gibov, izboljšajo telesno podobo ter povečajo svoje kondicijske sposobnosti. Vse to jim omogoča, da bolj samozavestno vstopajo v gibalne igre z vrstniki in so tako bolj odločni pri gibalno zahtevnejših aktivnostih na igrišču ali v telovadnici (Zupančič, 2014).

Z gibalno-športno aktivnostjo spodbujamo celosten razvoj otrok, ki ga lahko v zadostni meri dosežemo že rednim poukom športa v šoli. Da pa bi zastavljene cilje lahko dosegli, se moramo držati določenih vzgojno-izobraževalnih načel ter metodičnih napotkov. Vključevanje otrok s hiperaktivnostjo v redne osnovne šole in s tem tudi k pouku športa pomeni, da imajo vsi učenci enake možnosti za sodelovanje. Razlikujejo pa se glede na funkcionalne sposobnosti. Tako izvedena inkluzija sama po sebi še ne pomeni, da bodo sovrstniki in širša okolica otroke s to vedenjsko motnjo dobro sprejeli. Zato so potrebne pedagoške, terapevtske in tehnične prilagoditve. Zelo pomembno vlogo ima tu učitelj ter njegov pristop do učenca, ki se v svojem vedenju in sposobnostih razlikuje od ostalih. Pomembni elementi uspešne vadbe so prijetno ozračje in pogovor o razlikah med posamezniki ter o njihovih omejitvah. Dejstvo je, da so razvojne značilnosti otrok z ADHD drugačne, zato zahtevajo tudi drugačen pristop, obravnavo, razumevanje, strokovno usposobljenega pedagoga ter posebne pogoje za delo (Filipčič, 2015).

Gibalna terapija je zelo pomembna za otrokov gibalni in psihični razvoj. Pri otrocih z ADHD

se nenehno kaže neverjetna potreba po kakovostnem gibanju oziroma po telesnem, gibalnem in čustveno-socialnem udejstvovanju. Možgani teh otrok in njihov celotni nevrolški sistem potrebuje hrano, imenovano gibanje. V začetni fazi gre predvsem za divjanje, raziskovanje ter ugotavljanje, kaj vse je moč početi s svojim telesom in svojo gibljivostjo (Petelin, 2013).

Strukturirana telesna dejavnost ima potencial, da bi bila ena od uspešnih načinov obravnave otrok in mladostnikov z ADHD. Rezultati raziskav na živalih kažejo, da vadba krepi razvoj možganov in vedenjsko delovanje. Druge raziskave pa dokazujejo, da telesna aktivnost lahko hitro privede do izboljšanja v nevropsiholoških delovanju posameznika, tudi hitrost obdelave informaciji in izboljšanje nekaterih izvršilnih funkcij možganov. Pri zmerno-aktivnih vadbenih intervencijah skozi daljše obdobje so pri otroci in mladostnikih z ADHD težave z neustreznim vedenjem lahko manj hude, mogoče je opaziti izboljšanje nevropsiholoških funkcij. Telesna dejavnost je lahko koristna tudi ob uporabi psihostimulansov (Halperin, Berwid in O'Neill, 2014).

4. Zaključek

Otrokovo energijo je potrebno usmeriti in s spodbujanjem razvijati njegove talente. Osredotočati se moramo na pozitivne lastnosti in s trudom usmerjati prekomerno energijo v nekaj koristnega in ustvarjalnega. Vsi otroci in mladostniki z ADHD nimajo enako izraženih vseh simptomov motnje, čistih ADHD-jevcev je le peščica, zato ne more biti primerno enolično standardno zdravljenje oziroma obravnava za velik razpon izrazitosti simptomov in individualnih posebnosti posameznika. Pregledane raziskave so pogosto izpušile podatek o načinu dosedanjega obvladovanja neželenih znakov in simptomov. Raziskovalci pogosto izpostavijo potrebo po nadaljnjih raziskavah o drugačnih pristopih do otrok in mladostnikov z ADHD, ki bi bile lahko bolj zanesljive tehnike in metode obvladovanja simptomov motnje. Prav to rabijo ne samo učitelji, starši, ljudje okrog “nemogočega” otroka, ampak predvsem on sam, da ga podpiramo na poti do srečnega življenja.

Viri

- Allen, R.A. (2016). The impact of a concurrent auditory stimulus on attentional processes in children with ADHD (Doktorska disertacija). Canberra: Clinical psychology of The Australian National University. Pridobljeno s <https://openresearch-repository.anu.edu.au/handle/1885/102379> <12. 4. 2017>
- Baijot, S., Slama, H., Soderlund, G., Dan, B., Deltenre, P., Colin, C. in Deconinck, N. (2016). Neuropsychological and neurophysiological benefits from white noise in children with and without ADHD. *Behav Brain Funct* 12(11): 1–13. Pridobljeno s <https://behavioralandbrainfunctions.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12993-016-0095-y>
- DuPaul, G.J. (2007). School-based interventions for students with attention deficit hyperactivity disorder: current status and future directions. *School Psych Rev* 36(2): 183–94. Pridobljeno s https://www.researchgate.net/publication/279568355_School-Based_Interventions_for_Students_With_Attention_Deficit_Hyperactivity_Disorder_Current_Stat_us_and_Future_Directions
- Filipčič, T. (2015). Otroci s posebnimi potrebami pri pouku športne vzgoje. Pridobljeno s <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:w61cCFx4qUkJ:www.oshpuhar.si/mobilna/Dokumenti%2520v%2520skupni%2520rabi/gradivo-ucenci-sposebnimi-potrebami-09.doc+&cd=1&hl=sl&ct=clnk&gl=si>
- Gawrilow, C., Stadler, G., Langguth, N., Naumann, A. in Boeck, A. (2016). Physical Activity, Affect,

- and Cognition in Children With Symptoms of ADHD. *J Atten Disord* 20 (2): 151–62.
- Halperin, J.M., Berwid, O.G., O’Neill, S. (2014). Healthy body, healthy mind? The effectiveness of physical activity to treat ADHD in children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 23(4): 899–936. Pridobljeno z [http://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993\(14\)00037-6/fulltext](http://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993(14)00037-6/fulltext)
- Kompara, N. (2015). Gibalna/športna aktivnost za otroke s hiperaktivnostjo (Diplomsko delo). Koper: Univerza na Primorskem fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije. Pridobljeno s https://www.famnit.upr.si/files/zakljucna_dela_repo/363
- Maloy, M., Peterson, R. (2014). A meta-analysis of the effectiveness of music interventions for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychomusicology* 24(4): 328–39. Pridobljeno s <http://psycnet.apa.org/journals/pmu/24/4/328/>
- Pelham, W.E., Waschbusch, D.A., Hoza, B., Gnagy, E.M., Greiner A.R. in Sams, S.E. ...Carter, R.L. (2011). Music and video as distractors for boys with ADHD in the classroom: comparison with controls, individual differences, and medication effects. *J Abnorm Child Psychol* 39: 1085–98. DOI: 10.1007/s10802-011-9529-z.
- Petelin, M. (2013). V: Ogrinec D (2013). Premalo pravega gibanja. *Jana* 51: 20-21.
- Pontifex, M.B., Saliba, B.J., Raine, L.B., Picchiettil, D.L., Hillman, C.H. (2012). Exercise improves behavioral, neurocognitive, and scholastic performance in children with ADHD. *J Pediatr* 162(3): 543–51. Pridobljeno s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3556380/>
- Söderlund, G., Sikström, S., Smart, A. (2007). Listen to the noise: noise is beneficial for cognitive performance in ADHD. *J Child Psychol Psychiatry* 48: 840–7. Pridobljeno s <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7610.2007.01749.x/abstract;jsessionid=594E8CF8D1E4FC6FA8E9FBC7542B735B.f04t04>
- Vostal, B.R., Lee, D.L., Miller, F. (2013). Effects of environmental stimulation on students demonstrating behaviors related to attention deficit/hyperactivity disorder: a review of the literature. *Int J Spec Educ* 28(3): 32–43. Pridobljeno s <https://eric.ed.gov/?id=EJ1024473>
- Zentall, S.S. (1977). Environmental stimulation model. *Except Child* 43: 502–10.
- Zentall, S.S., Zentall, T.R. (1983). Optimal stimulation: a model of disordered activity and productivity in normal and deviant children. *Psychol Bull* 94: 446–71.
- Zupančič, K. (2014). Gibanje mi je v pomoč. V: Otroci in mladostniki s specifičnimi učnimi težavami - podpora pri uresničevanju njihovih sanj. 4. Mednarodna konferenca o specifičnih učnih težavah. Zbornik prispevkov. Ljubljana: Društvo Bravo.

Biofeedback terapija in ADHD

Žiga KOVAČIČ, študent psihologije na FF UL

Barbara SKUTNIK (dipl. m. s.), študentka ZF UL

dr. Nika PUŠENJAK (univ.dipl.psih., bio/neurofeedback terpevtka)

in Tina Burger (bio/neurofeedback terapevtka),

Bio/neurofeedback center Larus Inventa

Povzetek

Biofeedback je metoda, s pomočjo katere se posameznik nauči osnovne psihoregulacije, tako da je sposoben regulirati svoja čustva in svoje telo. Neurofeedback ali t.i. encefalografski biofeedback je podobna metoda, pri kateri se osredotočamo na delovanje in trening možganov, specifično na njihovo električno aktivnost, in sicer na frekvence, amplitude in trajanje določenih možganskih valov (teta, alfa, beta,..) na različnih lokacijah na glavi (Schwarz & Andrasik, 2017). Raziskave potrjujejo, da sta metodi biofeedback in neurofeedback skupaj s podpornimi metodami zelo uspešni pri regulaciji čustvenih odzivov,

impulzivnosti, treningu koncentracije in obvladovanju stresa ter anksioznosti pri otrocih in odraslih z motnjo hiperaktivnosti (hiperkinetičnosti) in pozornosti (ADD, ADHD) ter težavami z anksioznostjo in stresom.

Ključne besede: biofeedback, neurofeedback, ADHD, ADD, hiperkinetična motnja, motnja pozornosti, motnja hiperaktivnosti, nadzor vedenja, izvršilne funkcije, pozornost, možganski valovi, anksioznost.

1. Uvod

V sestavku bomo predstavili metodi biofeedback in neurofeedback, način njune izvedbe ter rezultate različnih raziskav pri nas in v tujini. Osredotočili smo se na raziskave učinkovitosti obeh metod pri motnji hiperaktivnosti (hiperkinetičnosti) in koncentracije, anksioznosti ter stresa. Motnjo hiperaktivnosti in koncentracije označujemo tudi s kratico ADHD. Motnjo koncentracije oz. pozornosti pa s kratico ADD. Otroci s to motnjo imajo predvsem težave pri regulaciji svojih čustvenih impulzov, motivacijo, sproščanjem, prav tako pa tudi z regulacijo možganskih valov, ki se manifestirajo predvsem v zmanjšani/povečani vzburljenosti določenih možganskih predelov. Sibkejša vzburljenost je rezultat zmanjšane vpliva senzornih dražljajev, ki vplivajo na mehanizme za integracijo centralnega živčnega sistema in zato ti otroci iščejo dejavnosti, ki jim omogočajo več dražljajev (Schwarz & Andrasik, 2017).

2. Biofeedback

V preteklosti je veljalo, da telesnih funkcij ljudje nismo zmožni upravljati s svojo voljo. Spremembe srčnega utripa, prevodnosti kože, krvnega pritiska ali mišičnega tonusa se zgodijo kot odziv na naše okolje, posredno preko naših duševnih vsebin.

Ideja, na kateri temelji biofeedback terapija je, da lahko z naučenim nadzorom nad temi telesnimi funkcijami, na katere naj ne bi imeli neposrednega vpliva, pozitivno vplivamo na naše telesno in duševno zdravje. Biofeedback terapija se izvaja s pomočjo senzorjev, ki merijo srčni utrip, prevodnost in temperaturo kože ali mišično aktivnost in nam v obliki ustreznega slikovnega ali zvočnega signala pošiljajo povratno informacijo o dogajanju v našem telesu. Kot že rečeno so omenjene telesne funkcije pod posrednim vplivom duševnih vsebin, z biofeedback terapijo pa se naučimo, katere duševne vsebine v našem telesu izzovejo neželene ali želene spremembe v teh funkcijah. Naučeno ima pozitiven učinek na naše fizično zdravje kot tudi na duševno zdravje, saj se naučimo nadzirati misli, ki v nam vzbudijo neugodna občutja in producirati tiste, ki imajo pozitiven vpliv.

Z različnimi tipi biofeedbacka se naučimo nadzirati različne telesne funkcije. Biofeedback srčnega utripa (HR - heart rate activity) se lahko uporablja pri zdravljenju aritmije in astme. Z elektromiogramom (EMG) merimo mišično aktivnost in ga lahko uporabljamo pri zdravljenju bolečin in napetosti v hrbtu, ramenih in vratnih mišicah, zdravljenju glavobolov in rehabilitaciji poškodovanih mišic. Galvansko prevodnost kože (GSR) in merjenje temperature kože lahko uporabljamo za zdravljenje različnih bolečin in zmanjševanje pretirane aktivacije avtonomnega živčnega sistema v fazi stresa in vznemirjenja. Omeniti je potrebno še respiratorni biofeedback, kjer merimo način dihanja v torakalnem in abdominalnem predelu. Le-ta je osnova biofeedback terapije, saj s pomočjo pravilnega dihanja lahko reguliramo tudi ostale fiziološke parametre. Poleg naštetega pa s posameznimi tipi biofeedbacka ali

kombinacijo le-teh lahko uspešno interveniramo tudi pri motnjah anksioznosti ter pri ADHD ali ADD.

Monastra s sodelavci (2005) navaja, da je otroke z ADHD težje vključiti v program zdravljenja, kjer bi se lahko naučili veščin za obvladovanje lastnega vedenja; za obvladovanje ADHD naj bi bila pomembna komponenta samokontrole ravno kognitivna.

Že pred dvajsetimi leti sta Kaduson in Finnerty (1995) poročala o raziskavah z biofeedback treningom pri otrocih z ADHD, ki so pokazale značilno razliko in napredek pri samokontroli otrok pred in po raziskavi. Zmanjšali so se simptomi hiperaktivnosti, impulzivnosti in pomanjkanja pozornosti in na ta način se je izboljšalo skladno fiziološko delovanje ter kognitivne sposobnosti udeležencev. Starši so opažali izboljšano vedenje otrok z ADHD ter nižjo raven depresije, tesnobe in stresa.

Amon in Campbell (2008) navajata, da biofeedback tehnika kot vrsta sprostitvene tehnike pri otrocih z ADHD zmanjša tesnobo in stres ter okrepi samozavest. Preko biofeedbacka pomagamo posamezniku razumeti, kaj mu telo preko psihofiziološkega sistema sporoča (Stein, 2001). Kotozaki idr. (2014) opisujejo da se s pomočjo te tehnike posameznik začne zavedati občutkov, posameznih simptomov in vedenja, ki so povezana s čustvenimi reakcijami ter zaznava spremembe pri lastnih fizioloških doživljanjih.

Preko biofeedback tehnike se otroci usposabljaajo za nadzorovanje fizioloških signalov telesa tako, da jih prepoznajo in spremenijo svoje notranje počutje ter tako prevzamejo nadzor nad sabo in so uspešnejši pri krepitvi lastnega boljšega počutja (Amon in Campbell, 2008). Ob tem se meri srčni utrip, prevodnost kože, telesno temperaturo itd., pri čemer senzorje namestimo na različne dele telesa, rezultati pa se kot povratna informacija pojavijo v obliki grafov, zvoka in video prezentacije. Na tak način otroci nadzorujejo svoja možganska območja, ki regulirajo ravnotežje in sproščanje ter pomagajo najti izhode iz situacije, v kateri so se znašli.

Uriarte idr. (2005) navaja, da otrokom veščine, pridobljene s treningom biofeedbacka, pomagajo prepoznati in nadzorovati fiziološko stanje svojega telesa. Mentorji jih vodijo skozi celoten trening ter jih učijo tehnik dihanja s počasnim vdihom ob štetju in prav tako izdihom. Prav tam podrobneje opisujejo, da ko otroci dosežejo cilj enakomernega dihanja, se jim v video igri odpre nova pot za nadaljevanje dejavnosti; če se dihanje poruši, posameznika v igri začnejo pestiti ovire in tako spoznajo, da jim napredovanje omogoča le skladno in umirjeno delovanje. Tako so sposobni zavestno spremeniti svoje fiziološko stanje v smeri umirjenega in sproščenega.

Tudi Kaduson in Finnerty (1995) opisujeta video igro, kjer so se otroci koncentrirali in obvladovali svoje vedenje, da so lahko zmagali v avtomobilski dirki. K temu pripomore osebni trud, ki povečuje občutke samokontrole ter s tem sprememba fiziološkega odziva, ki jo je izzvala igra. Amon in Campbell (2008) navajata pomembne povezave med čustvi, učenjem in uspešnostjo, kajti stres negativno vpliva na učenje in uspešnost in takrat je povezava med možgani in delovanjem celotnega živčnega sistema ovirana, kar ustvarja omejitve pri kognitivnih procesih, ki so pomembni za jasno razmišljanje, reševanje problemov, sklepanje, spomin in pozornost. Če pa oseba deluje fiziološko skladno, so rezultat pozitivna čustvena stanja, zaradi katerih so signali med možgani in živčnim sistemom brez motenj in delujejo usklajeno.

Tudi v Sloveniji je že bila izvedena prva obsežnejša raziskava o učinkovitosti metode biološke povratne zanke (biofeedbacka) pri treningu samonadzora psihofizioloških odzivov človeka. V okviru glavne raziskave sta bili izvedni še dve podraziskavi. Raziskavi je odobrila Komisija za medicinsko etiko, poskusne osebe so bili vrhunski športniki, vendar rezultate le-te lahko uporabimo pri delu z različnimi populacijami. Deležniki v raziskavi so bili Medicinska fakulteta in Fakulteta za šport Univerze v Ljubljani ter Univerza Sigmunda Freuda na Dunaju.

Naslov prve podraziskave je bil »Korelacija med vprašalnikoma dimenzij prednastopne anksioznosti in psihofizioloških odzivov športnikov«. Korelacija med biofeedback stres testoma in dimenzijami vprašalnikov ni bila signifikantna. Rezultat nakazuje drugačno psihološko dožemanje psihofizioloških odzivov od dejanskih fizioloških izmerjenih parametrov in predlaga, da bi se v bodoče strokovnjaki poleg klasičnega preverjanja stanja anksioznosti z vprašalniki posluževali tudi merjenja psihofizioloških odzivov posameznika z biofeedback stres testi. S tem bi pridobili celovito sliko sposobnosti psihoregulacije klienta, pa tudi sposobnost sproščanja po stresnih dogodkih (stresorjih).

Naslov druge podraziskave pa se je glasil »Ali lahko biofeedback trening psihofizioloških odzivov izboljša športnikov nastop? Perspektiva terapevta.«. Namen študije je bil ugotoviti, kako učinkovit je trening biofeedbacka pri učenju psihofiziološke kontrole avtonomnega živčnega sistema. Trening je trajal osem tednov po dve šolski uri vsak teden z domačimi nalogami, ki so vključevale določene vaje samoregulacije. Učinkovitost le-te je bila izmerjena preko specifičnih fizioloških parametrov: manjše število vdihov na minuto, izboljšanje pretoka krvi, znižanje galvanske prevodnosti kože in višja koherenca. Športniki so potrdili, da tudi eno leto po biofeedback treningu še uporabljajo pridobljena znanja samoregulacije in da so jim ta izboljšala športne nastope. Raziskava je bila objavljena v reviji *The Physician and Sportmedicine* (Pušenjak et al., 2015). S to raziskavo je bilo potrjeno, da je minimalno 16 urni biofeedback trening dovolj za osnovno znanje psihoregulacije posameznika z dolgoročnim učinkom.

3. Neurofeedback

Neurofeedback deluje precej podobno kot biofeedback, le da pri tem namesto regulacije funkcij, ki so pod vplivom avtonomnega živčevja gre za regulacijo vzorcev možganskega delovanja. Tudi možganska valovanja odražajo duševna ali fizična stanja, ki vplivajo na samo aktivnost možganov. Pri neurofeedbacku oseba dobi povratno informacijo o fizioloških procesih v možganih v obliki vizualnih ali slušnih signalov, ki sporočajo ali se na posameznih mestih v možganih dogajajo zaželeni ali neželeni procesi. Neurofeedback osebi omogoča, da se nauči uravnavati procese v njegovih možganih in s tem učinkovitejšega in ustrežnejšega delovanja v specifičnih situacijah. Pozitivni učinki neurofeedbacka so dokazani na številnih področjih, med drugim tudi pri ADHD.

Poznamo 4 vrste možganskih valovanj, ki se razlikujejo po frekvenci. Najnižjo frekvenco imajo delta valovi, ki se pojavijo v globokem spancu. Pomenijo manjše zavedanje fizičnega sveta in se zmanjšujejo tudi, ko se poskušamo zbrati ali ob zelo aktivnih miselnih procesih. Zanimivo je, da posamezniki s težavami z zbranostjo nehoti povečujejo delta valove, kadar se želijo zbrati, namesto da bi jih zmanjšali. Nekoliko višjo frekvenco imajo theta valovi, ki predstavljajo stanje med budnostjo in spancem. V theta stanju se težko zberemo in smo zelo občutljivi na zunanje dražljaje. V tem stanju pogosto sanjarimo, vendar smo lahko bolj

kreativni, naše vedenje pa je bolj spontano. Alfa valovi povzročijo v nas občutek sproščene umirjenosti in predstavljajo optimalno stanje za učenje. Beta valovanje je dominantno ob visoki zbranosti ali razburjenosti.

Običajno delujoči možgani imajo možnost prehajanja v različne cone vzdraženosti. Osebe, katerih možgani večino časa delujejo v nižjih conah vzdraženosti, so bolj usmerjene k iskanju dražljajev, saj s tem poskušajo kompenzirati nižji nivo vzburjenosti možganov. Obratno velja za osebe, katerih možgani večino časa delujejo na višjih conah vzburjenosti. Bolj ekstravertirane osebe imajo tako nižji nivo možganske vzburjenosti in zato iščejo zunanje spodbude, medtem ko bolj introvertirani posamezniki ne potrebujejo še dodatnih dražljajev, saj so njihovi možgani že tako dovolj vzdraženi.

Neurofeedback trening si pri osebah z ADHD prizadeva odpraviti neustrezne vzorce valovanj in tako izboljšati posameznikovo sposobnost koncentracije in nadzora vedenja. Neurofeedback trening to doseže tako, da posameznike nauči nadzirati valovanja v svojih možganih. Za osebe z ADHD je značilno, da imajo nekatera področja v možganih premalo vzburjena, medtem ko so druga pretirano vzburjena. V premalo vzburjenih področjih prevladujejo theta valovanja, medtem ko v pretirano vzburjenih področjih prevladujejo beta ali alfa valovanja. Mohagheghi in sod. (2016) so raziskovali, kako na simptome ADHD vplivata dva različna neurofeedback protokola - theta zavirajoči/beta spodbujajoči in theta zavirajoči/alfa spodbujajoči. Rezultati so pokazali, da imata obe vrsti neurofeedback treninga pozitiven učinek na hiperaktivnost, motnje pozornosti in težave z izvršilnimi funkcijami, nimata pa značilnega učinka na impulzivnost. Theta zavirajoči/alfa spodbujajoči protokol naj bi imel tudi značilno večji učinek na težave z izvršilnimi funkcijami kot theta zavirajoči/beta spodbujajoči protokol.

Gonzales Castro idr. (2015) so primerjali učinke neurofeedback treninga z učinki farmakološkega tretmaja (metilfenidatov klorid - Ritalin) in kombinacijo obojega pri osebah z ADHD. Udeleženci so bili razdeljeni v tri skupine glede na obliko tretmaja, ki so ga prejemale. Pred začetkom prejemanja kateregakoli od tretmajev je vsaka skupina opravila test izvršilnih funkcij in meritve kortikalne aktivnosti preko razmerja theta/beta valovanj. Teste izvršilnih funkcij in meritve kortikalne aktivnosti so spet ponovili po obdobju prejemanja tretmaja. Rezultati so pokazali, da so se izvršilni procesi in kortikalna aktivnost skupine oseb, ki so kot tretma prejemale kombinacijo neurofeedback treninga in farmakološkega tretmaja, izboljšali značilno bolj kot pri drugih dveh skupinah. Med skupino, ki je prejemale zgolj neurofeedback trening in skupino, ki je prejemale zgolj farmakološki tretma je značilno boljše rezultate na testih izvršilnih funkcij in meritvah kortikalne aktivnosti dosegla skupina z neurofeedback treningom. Moreno-García idr. (2015) pa so preverjali kako na ustreznost razmerja theta/beta valovanj v možganih, na nadzor vedenja in na pozornost vplivajo različne terapije. Njihovi rezultati so pokazali, da na ustreznost razmerja theta/beta valovanj v možganih neurofeedback, kognitivno vedenjska terapija in farmakološki tretma (metilfenidatov klorid) vsi pozitivno vplivajo in med različnimi terapijami ni pomembnih razlik. Enako se je pokazalo na področju vedenjskega nadzora. Na področju pozornosti pa naj bi vsaka vrsta terapije imela pomemben pozitiven vpliv, farmakološki tretma pa naj bi na slušno in vidno pozornost vplival pomembno bolj pozitivno kot neurofeedback trening in kognitivno vedenjska terapija. Neurofeedback je torej smiselno uporabljati v kombinaciji z ostalimi vrstami terapij.

Pahlevainan idr. (2017) so primerjali učinke neurofeedback treninga z učinki le-tega v kombinaciji z kognitivno rehabilitacijskim treningom (CRT). Kognitivno rehabilitacijski trening

je usmerjen predvsem na funkcije delovnega spomina in je v študiji potekal s pomočjo računalniškega programa (Neurocognitive Joyful Attentive Training Intervention (NEJATI), Nejati (2013), ki deluje po principu stopnjevanja težavnosti nalog glede na posameznikov uspeh pri le-teh. Naloge od posameznika zahtevajo npr. klasifikacijo predmetov po enem od atributov, pri čemer mora posameznik ignorirati ostale, za nalogo nerelevantne attribute. Rezultati so pokazali, da ima neurofeedback na posameznikovo pozornost in impulzivnost znatno večje učinke v kombinaciji s kognitivno rehabilitacijskim treningom kot sam.

Kot že omenjeno, je neurofeedback trening učinkovit pri soočanju z različnimi vzroki težav z nadzorom vedenja. Študija primera (Fischer, 2007) 55-letnega moškega z zgodovino alkoholizma, izbruhov verbalnega in fizičnega nasilja, pogostih afektov strahu in besa in številnih neuspešnih iskanj strokovne pomoči priča o tem. Gre za osebo, ki je odraščala v težkem okolju, saj je tudi njegova mama alkoholičarka, njegov mlajši brat je oseba z posebnimi potrebami, oče pa je bil večino časa odsoten. Oseba je pred začetkom 8 - mesečnega Neurofeedback treninga dejala, da bo v primeru, da se tudi le-ta izneveri, končala svoje življenje. Klinična ocena, ki med drugim vključuje posameznikovo zgodovino zdravstvenih in psihičnih težav in tudi fiziološke simptome je nakazovala, da gre pri tej osebi za pretirano vzburljenost nekaterih možganskih področij. V desni hemisferi nastajajo čustva, prav tako pa je ta hemisfera odgovorna tudi za njihov nadzor. Strah in bes sta čustvi, ki ju producira amigdala (v desni polobli). Vzrok temu, da je oseba bila popolnoma nedovzetna za dotedanje psihoterapije, ki temeljijo na pogovoru, je lahko to, da »govoreča« hemisfera, ki je pri večini ljudi leva, ni mogla doseči amigdale zaradi njene hiper vzburljenosti. Kakorkoli, Neurofeedback trening je pri tej osebi zelo izboljšal situacijo. V osmih mesecih Neurofeedback treninga so se izbruhi strahu, ki so bili največji problem, znatno zmanjšali. Prenehali so se tudi nasilni izpadi in epizode besa. Oseba je spet poiskala psihoterapevtsko pomoč in tokrat čuti njene učinke. Vse to nakazuje, da je Neurofeedback trening učinkovit pristop pri motnjah, ki izhajajo iz čustva strahu. Po mnenju nekaterih avtorjev (Ledoux, 1996) naj bi bil strah glavno čustvo psihopatoloških pojavov. Neurofeedback torej lahko omogoči drugim vrstam terapij, da pri posameznikih začnejo učinkovati.

Neurofeedback pa se uporablja tudi kot pomoč pri meditaciji ali v kombinaciji s čuječnostjo ter v pozitivni psihologiji. Hwang idr. (2016) so raziskovali, kakšne učinke imata neurofeedback meditacija in pozitivna psihoterapija na psihosocialno blagostanje in na pogostost pozitivnega ali negativnega čustvovanja. Rezultati so pokazali, da imata neurofeedback meditacija in pozitivna psihoterapija pomembno pozitivne učinke na vse tri odvisne spremenljivke. Neurofeedback meditacija se je izkazala kot bolj učinkovito pri spodbujanju pozitivnega čustvovanja, medtem ko je pozitivna psihoterapija pokazala večji pozitiven učinek na psihosocialno blagostanje.

4. Zaključek

V prispevku smo predstavili najreprezentativnejše raziskave, ki so osvetlile uporabnost biofeedback in neurofeedback metode. Ugotavljamo, da sta metodi dobra podlaga za učinkovitost ostalih psiholoških terapij, saj gre za optimizacijo možganov in avtonomnega živčnega sistema. Tako lahko posameznik po (ali med) treningu/terapiji uspešno absolvira tudi vse ostale naloge, ki jim zaradi specifičnega ustroja svojega nevrološkega sistema (ADD, ADHD) ali/in anksioznosti, neobvladovanja stresnih odzivov, ni kos.

Upamo, da bosta metodi biofeedback in neurofeedback v bodoče postali konvencionalni terapiji našega zdravstvenega sistema ter del intervencije šolskih strokovnih služb. S tem bi lahko uspešno pomagali otrokom in odraslim z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti ter z ostalimi psihofiziološkimi težavami.

Viri

- Fisher, S.F. (2007). Neurofeedback, affect regulation and attachment: A case study and analysis of anti-social personality. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy* 3(1): 109-117
- Gonzalez-Castro, P., Cueli, M., Rodríguez, C., García, T., Alvarez, L. (2016). Efficacy of neurofeedback versus pharmacological support in subjects with ADHD. *Applied psychophysiology and biofeedback* 41: 17-25.
- Hwang, K., Kwon, A. in Hong, C. (2016). A preliminary study of new positive psychology interventions: Neurofeedback-aided meditation therapy and modified positive psychotherapy. *Current Psychology* DOI 10.1007/s12144-016-9538-8
- Kaduson, H.G., Finnerty, K. (1995). Self-control game interventions for attention-deficit hyperactivity disorder. *International journal of play therapy* 4(2): 15-29.
- Kotozaki, Y., Takeuchi, H., Sekiguchi, A. et al. (2014). Biofeedback-based training for stress management in daily hassles: an intervention study. *Brain Behaviour* 4(4): 566-79.
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain*. New York, Touchstone Books
- Mohagheghi, A., Amiri, S., Moghaddasi Bonab, N., Chalabianloo, G., Noorazar, S.G., Tabatabaei, S.M. in Farhang, S. (2017). A randomized trial of comparing the efficacy of two neurofeedback protocols for treatment of clinical and cognitive symptoms of ADHD: Theta suppression/beta enhancement and theta suppression/alpha enhancement. *BioMed Research International*, 3513281, doi.org/10.1155/2017/3513281
- Monastra, V.J., Lynn, S., Linden, M., Lubar, J.F., Gruzelier, J. and LAVaque, T.J. (2005). Electroencephalographic biofeedback in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Appl Psychophysiol biofeedback* 30(2): 95-114.
- Moreno-García, I., Delgado-Pardo, G., Camacho-Vara de Rey, C., Meneres-Sancho, S., Servera-Barceló, M. (2015). Neurofeedback, pharmacological treatment and behavioral therapy in hyperactivity: Multilevel analysis of treatment effects on electroencephalography. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 15: 217-225
- Nejati, V., Bahrami, H., Abravan, M., Sh, R. in Motiei, H. (2013). Executive function and working memory in attention deficit/hyperactivity disorder and healthy children. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences* 15(3): 69-76.
- Pahlevanian, A., Alirezaloo, N., Naghel, S., Alidadi, F., Nejati, V., Kianbakht, M. (2017). Neurofeedback associated with neurocognitive-rehabilitation training on children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *International Journal of Mental Health and Addiction* 15: 100-109
- Pusenjak, N., Grad, A., Tusak, M., Leskovsek, M., & Schwarzlin, R. (2015). Can biofeedback training of psychophysiological responses enhance athletes' sport performance? A practitioner's perspective. *The Physician and Sportsmedicine*, 43(3), 287-299.
- Stein, F. (2001). Occupational stress, relaxation therapies, exercise and biofeedback. *Work* 17(3): 235-45.
- Schwartz, M.S., & Andrasik, F. (2017). *Biofeedback: a practitioners guide*. New York, London: The Guilford press.
- Uriarte, ILOV, Zapirain, B.G., Chimeno, Y.G. (2015). Game design to measure reflexes and attention based on biofeedback multi-sensor interaction. *Sensors (Basel, Switzerland)* 15(3): 6520-48.

Tabor Mavrični Bojevniki

Nina Steklasa

dipl. soc. ped. / Zavod Mavrični Bojevniki

Povzetek

V uvodu se prispevek začne s himno Mavričnih Bojevnikov. Nadaljuje se s starodavno legendo, ki razloži, od kod Zavodu Mavrični Bojevniki ime. Nadaljuje se kratko opisana ciljna populacija in filozofija dela. Nato je orisan začetek delovanja v letu 2013 in glavni ter še vedno največji projekt - poletni tabori. Omenjene so tipične aktivnosti tabora, glavni poudarki (otroke sprejmemo takšne, kot so; damo jim priložnost, da se izkažejo v novih veščinah; iščemo njihove močne točke in jih krepimo ...), zaključni pa se z motom »učimo in se učimo«.

Ključne besede: Mavrični Bojevniki, tabor, ADHD, učimo in se učimo

1. Uvod

Od nekdaj smo močni, ZDAJ! To ni le začetek in to ni kraj!

Od nekdaj smo močni, ZDAJ! To ni le začetek in to ni kraj!

V barvah poleti Mavrični zmaj, v barvah poleti Mavrični zmaj.

Ljubezen je večna, Ljubezen je ZDAJ!

2. Kdo smo Mavrični Bojevniki?

2.1 Starodavna legenda plemena Cree

Nekoč, ko bo Zemlja zbolela, ko bodo izčrpani vsi naravni viri in reke popolnoma onesnažene, ko na nebu ne bo več ptic in v zemlji užitne hrane, da bi nas hranila ... Takrat se bodo na vseh kontinentih našega planeta začeli rojevati otroci, ki bodo v sebi nosili Mavrico čiste Ljubezni! Ti otroci nas bodo ponovno naučili pravega odnosa do sočloveka in narave. In Zemlja bo ponovno ozdravela. Ti otroci bodo nosili ime Mavrični Bojevniki! In zdaj so med nami ...

2.2 Ciljna populacija

Večina otrok, ki se vključujejo v tabor, ima diagnozo ADHD, poleg njih pa tabor obiskujejo tudi otroci z avtizmom, Tourettovim sindromom ... dobrodošel je vsak nadobudnež, ki si želi odmika od sodobne tehnologije k neokrnjeni naravi.

3. Našo zgodbo smo začeli pisati leta 2013

Leto 2013 je bil načrtovan in izveden prvi tabor za otroke z ADHD, atraktiven tudi vsem ostalim, ki želijo umik od civilizacije h kreativnim dogodivščinam v naravi, ki krepijo zavedanje samega sebe in spodbujajo sodelovanje z drugimi. Tabor, namenjen vsem otrokom, ki glede na izzive današnjega časa potrebujejo možnost, da v sproščenem okolju lažje razvijajo svoje sposobnosti in potenciale, je naš glavni, največji projekt, ki ga bomo

letos izvedli že peto leto. Do letošnjega leta smo imeli dva termina letno. Začeli smo s simpatično, lahko obvladljivo številko petnajstih otrok na termin.

Prvo leto smo začeli z nepopisanim listom, ne da bi točno pričakovali, kako se bo projekt razvil naprej. Ves teden smo preživeli zunaj, v naravi. Spali smo v šotorih, se kopali v Kolpi, nabirali zelišča in kuhali v kotlu, pletli smo zapestnice, brusili lojevec ter iz njega izdelovali unikatne verižice, streljali smo z loki in zračnimi puškami, se učili varno uporabljati nož ter kuriti ogenj. Vsak dan smo se tudi zabavali ob igranju socialnih iger in večer umirjeno zaključili s pogovorom ob ognju. Za vse je bil prvi tabor nepozabna izkušnja in hoteli smo več ...

Mavrični Bojevniki smo ustanovili zavod z namenom ustvarjanja novih priložnosti za otroke in mlade z ADHD. Zavod med drugim promovira zdrav način življenja, ponuja pomoč pri iskanju skritih potencialov in dvigu kvalitete življenja.

4. Rastemo

V štirih letih se je veliko spremenilo. Število otrok in hkrati mentorjev se je precej povečalo (s 15 na 45 otrok na termin), dodali smo kuhinjsko in tehnično ekipo ter nekaj zunanjih gostov, ki jih povabimo vsako leto. Naš program se bogati, postaja pestrejši in se prilagaja udeležencem. Rastemo tako in drugače. Nabiramo si izkušnje, spoznavamo se med seboj, širimo svoj krog prijateljev in predvsem ostajamo blizu naravi - zemlji, zraku, vodi in ognju.

5. Naša pot je naš cilj

Glavni poudarki našega dela:

- otroke sprejmemo takšne, kot so,
- damo jim priložnost, da se izkažejo v novih veščinah,
- iščemo njihove močne točke in jih krepimo ...

6. Učimo in se učimo

Skupaj se mentorji in otroci učimo o komunikaciji, raziskujemo meje in jih skušamo spoštovati, smo prijatelji in se imamo radi. Mentorji se trudimo biti vzor - ni vedno lahko, ampak je vredno!

7. Zaključek

Ko se srečaš z Bojevniki, postanejo del tebe. Zgodbe, ki jih pišemo skupaj, nosimo s seboj. Težko je vse skupaj opisati s pravimi besedami na papirju, vendar ob srečanju z nami ni dvoma, da boste začutili energijo Mavričnih Bojevnikov.

Vir: spletna stran Zavoda Mavrični Bojevniki: <http://mavricnibojevniki.org/si/>

“Tako velik, pa še vedno nevzgojen.”
Mavričnost otrok z ADHD





JS SM

Ej, stari, js sm Zupko - u bistvu Maks,
repat sm se odloču, ker to mi je špas.

Ko repam, v men zaigra melodija,
sprož se neverjetna energija,
k mi daje občutek svobode,
točen tak, kot k prepravljajo te mrzle vode.
To zame je najboljši pobeg iz znanega sveta,
čeprav rep velikokrat govori o tem,
kok človeška rasa je zajebana.

Zdej na hitrco se ti bom opisu:
Sm lep, pameten, sam angleško ne znam.
Sej ni važn, ampak vseen, pač tko Bog se je odloču,
da tujino si bom bolj težko prvošu.

Mam ADHD, še sam ne vem, kva to je.
To je kokr ena bolezen, čeprav ne vem, a to je kej resn.
Jedu sm kr ena zdravila, pa so le-ta popustila,
pa ne jemljem jih več, k po mojem so mi bila čist odveč.

In veš kaj: po tej muski mi je čist vseen,
kva si ti misliš o men.
Al je dobr al slabo,
to zadrž zase in naj ti ne bo hudo.

Čez rep dajem energijo iz sebe.
Loh spremenu bi jo v silo, sam to je men u breme.
Moj namen je pokazat, da tud js obstajam,
pa čeprav dostkrat tud razgrajam.

Useen trudm se bit »good«,
Čeprav sem večkrat krut,

Ne ubijam ljudi, delam pa musko, za katero mi dol ne visi.
Sm pa tud športnik: na igrišču košarko nabijam,
z njo koše zabijam.

Učim se glih ne, zame to levo je.
Do zdej uspeval mi ni,
upam, da to v kratkem se spremeni.
K ta tempo v lajfu mi ni ušeč,
vedno se počutim kokr da sm vsem odveč.

Tud dostkrat sm se stepu, tud koga sm pretepu,
dostkrat sem batine dubu, da zase nism vedu.
Ne tepem se velikrat,
zato pa znam kleklat, kvačkat pa štrikat.
Velikrat tud iz hudobije sm koga zafliku,
stoprocentno dubu bi 5, če bi ti nazaj jeziku.

Tko, to je vse od mene,
lajf tko alt ko mi je v breme.
Karkoli kdo je kdaj naredu,
učitelj avtomatično je mene kregu,
pa tud če nism nč naredu.

David Maks Zupančič, 5. 12. 2015