

KVALITATIVNI PRISTUP INTERPRETACIJI SIMPTOMA ADHD-a: IMPLIKACIJE ZA PEDAGOŠKU PRAKSU

Romstein, Ksenija

Source / Izvornik: **Život i škola : časopis za teoriju i praksu odgoja i obrazovanja, 2011, LVII, 101 - 112**

Journal article, Published version

Rad u časopisu, Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:141:197266>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-17**



Repository / Repozitorij:

[FOOZOS Repository - Repository of the Faculty of Education](#)



UDK 159.952.6-053.5
376.1-056.4
616.89-008.481-053.5:37
Prethodno priopćenje
Primljeno: 31. ožujka 2011.

KVALITATIVNI PRISTUP INTERPRETACIJI SIMPTOMA ADHD-a: IMPLIKACIJE ZA PEDAGOŠKU PRAKSU

Ksenija Romstein, asistentica
Učiteljski fakultet, Osijek

Sažetak: Utvrđivanje postojanja ADHD-a (engl. *attention deficit / hyperactivity disorder*) danas se rješava pomoću dijagnostičkih kriterija DSM-IV i ICD-10. Dok je DSM-IV tipičan za američko područje i stil života, ICD-10 karakterističan je za europsko tlo te se može govoriti o kulturološkoj i individualnoj interpretaciji simptoma. Ponašanje je socijalno određeno, što za ADHD znači da ne nastaje „u vakuumu“, nego u interakciji pojedinca s okruženjem, a u prilog tomu idu teorije razvoja Vygotskog i Bronfenbrennera. Unatoč tomu, i dalje je dominantna perspektiva odraslih koji normiraju djetetov razvoj i stvaraju kriterije procjene ponašanja. Stoga je važno propitati aktualne dijagnostičke kriterije ADHD-a u odnosu na socijalnu normativnu orijentaciju u praćenju djetetova rasta i razvoja, ali i slike o djetetu općenito. Istraživanja o djetinjstvu (posebice s gledišta sociologije i pedagogije) ukazuju kako je socijalna perspektiva o djetinjstvu i djetetu (njegovu razvoju) normativnoga karaktera, što može davati lažno pozitivnu sliku ADHD-a. Uvidom u relevantnu pedagošku literaturu i praćenjem prakse uočeno je kako se određena ponašanja, okarakterizirana kao simptomi hiperaktivnosti, mogu višestruko tumačiti – kao odraz situacijskog konteksta, životnog stila obitelji, razvojne faze... Budući da se ADHD uglavnom manifestira i dijagnosticira ubrzo nakon polaska u osnovnu školu te da su učitelji izravno uključeni u proces dijagnostike ADHD-a, provedena je anketa o tipičnim ponašanjima djece niže osnovnoškolske dobi (od 1. do 4. razreda) u kojoj su sudjelovala 42 studenta 5. godine učiteljskog studija. Rezultati ispitivanja ukazuju kako tipična ponašanja djece niže osnovnoškolske dobi prema mišljenju studenata – budućih učitelja – uključuju intenzivnu motoričku aktivnost, kratkotrajnu pozornost te nemogućnost iznošenja aktivnosti do kraja, što su ujedno i simptomi ADHD-a opisani u DSM-IV- i ICD-10-dijagnostičkim kriterijima. Takvi rezultati ukazuju na važnost interdisciplinarnog i kvalitativnog pristupa interpretaciji simptoma ADHD-a za njegovanje razvojno primjerene prakse u radu s djecom niže osnovnoškolske dobi.

Ključne riječi: ADHD, kvalitativni pristup, simptomi, pedagoška praksa, razvojna primjerenost.

*Kažu mi da prebrzo mislim. Vjerojatno i Usainu Boltu kažu da prebrzo trči.
Alvie, House MD, s06e01*

1. Uvodna razmatranja

ADHD (engl. *attention deficit / hyperactivity disorder*) jedna je od češćih „dijagnoza“ koje se mogu čuti na školskim hodnicima i u učionicama. Učestalost se ADHD-a kreće od 3 do 7% iako se u literaturi mogu naći i veći postotci, do čak 20% (Karlović i sur., 2002), čime je ADHD postao „dijagnoza desetljeća“ (Brown prema Webb, Goerss i Olenchak, 2010, 85). Promatrajući statističke podatke o učestalosti ADHD-a, Sciutto i Eisenberg (2007) upozoravaju na moguću pojavu prevelikog dijagnosticiranja (engl. *overdiagnosis*) koju pripisuju metodi procjene, djetetovoj dobi, spolu i geografskoj lokaciji. Prema njihovu tumačenju, dijagnostičari svoje procjene temelje na jednoj hipotezi i potvrdnim informacijama (engl. *confirmatory informations*). Da bi dijagnostika išla ususret djetetovim potrebama, važno je, uz kliničku procjenu, njegovanje kvalitativne interpretacije simptoma te moralno i praktično rezoniranje. Nažalost, u praksi se pokazuje kako potvrđivanje simptoma ne uključuje propitivanje utjecaja različitih čimbenika na djetetovo ponašanje i intelektualnu potragu za alternativnim pojašnjenjima o uzrocima dječjeg ponašanja. Ukazujući na važnost propitivanja utjecaja okružja na djetetova ponašanja, Webb, Goerss i Olenchak (2010) podsjećaju kako školsko okružje od djeteta zahtijeva održavanje pozornosti bez popratne informacije o uspješnosti izvedbe. U takvome okružju od djeteta se očekuje primjerena regulacija pozornosti i konstantna prilagodba na različite zadatke, što pretpostavlja djetetove značajnije intelektualne i emocionalne napore. Slično njima, Sciutto i Eisenberg (2007) ističu kako škole zahtijevaju djetetovu stalnu usredotočenost i pasivnost uz istovremeno nuđenje mnogih ometajućih čimbenika poput velikog broja djece u razredu te ukazuju na tzv. „kohortni“ učinak – povećanje broja djece s ADHD-om u mlađim generacijama, što pripisuju stalnim društvenim promjenama.

Utvrđivanje postojanja ADHD-a¹ danas se uglavnom rješava pomoću dijagnostičkih kriterija DSM-IV i ICD-10.² Dok je DSM-IV tipičan za američko područje i stil života, ICD-10 karakterističan je za europsko tlo te se može govoriti o kulturološkoj i individualnoj interpretaciji simptoma. DSM-IV sadrži 19 čestica unutar pet dijagnostičkih kriterija: dijagnostički kriterij A – konstantna nepažnja i/ili hiperaktivnost – impulzivnost u usporedbi s djecom iste kronološke i razvojne dobi; dijagnostički kriterij B – simptomi moraju biti prisutni prije 7. godine djetetovog života; dijagnostički kriterij C – simptomi moraju biti prisutni u najmanje dva okružja (npr. u obitelji i školi);

¹ Dok se u dijagnostičkim kriterijima DSM-IV izravno govori o ADHD-u, ICD-10 opisuje hiperkinetski poremećaj. U dijagnostici ADHD-a oba se rabe podjednako, iako postoje oprečna viđenja radi li se o istoj teškoći.

² U ovome radu rabiće se skraćenica DSM-IV za *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition* te ICD-10 za *International Classification of Diseases 10*. Oba priručnika sadrže opise ponašanja kao dijagnostičkih kriterija ADHD-a.

dijagnostički kriterij D – simptomi ometaju djetetovo socijalno, emocionalno i akademsko funkcioniranje; dijagnostički kriterij E koji je, zapravo, isključujući kriterij te govori o isključivosti ADHD-a i pervazivnog poremećaja, shizofrenije i drugih psihičkih poremećaja (APA, 1994). Glavni problem kriterija A jest procjena djetetova ponašanja u odnosu na vršnjake odnosno normativni pristup u praćenju djetetova razvoja te pitanje metodologije opservacije (uključujući i odgajateljeve/učiteljeve kompetencije). Kriterij B, koji govori o nužnosti ekspresije simptoma prije 7. godine, implicitno je opasan jer prepušta odraslima procjenu djetetova ponašanja u razdoblju intenzivnog razvoja. Naime između 1. i 2. godine djetetova života kod roditelja se javlja negativnost prema djetetovu ponašanju zbog umora i negativnih emocija izazvanih pojačanim motoričkim zahtjevima i istraživanjem okoline, što utječe na kasnije procjene odraslih o primjerenosti djetetova ponašanja (Fagot, Kavanagh prema Shaw i sur., 2006). Iako istraživanja o naravi i kakvoći interakcije odrasli-dijete ovise o normativnim namjerama, odgojnim stavovima i odgojnoj praksi odraslih, tj. o njihovoj implicitnoj pedagogiji (Babić, Irović, Krstović, 1997; Irović, Krstović, 2000), ovaj se dijagnostički kriterij temelji isključivo na procjeni i iskazu odraslih o djetetovu ponašanju. Dijagnostički kriterij C pretpostavlja postojanje simptoma ADHD-a u najmanje dva okružja, u obitelji i školi. Kao i kod kriterija B, važno je promišljati o povezanosti karakteristika okružja i ponašanja jer ADHD ne nastaje „u vakuumu“, nego u interakciji pojedinca s okruženjem, a u prilog tomu idu teorije razvoja Vygotskog i Bronfenbrennera. Kada se govori o ekspresiji ADHD-a u školi, važno je propitati karakteristike škole, točnije razreda i učitelja (njegove implicitne pedagogije i responzivnosti na dječje potrebe). S druge strane, u obitelji je važna dinamika i stil obiteljskog života, struktura i kakvoća obiteljskih odnosa te vrijednosni sustav roditelja (uključujući roditeljska očekivanja). Stoga se, uz praćenje karakteristika okružja, javlja pitanje mogućnosti objektivnog praćenja djetetova ponašanja u različitim okruženjima te konstantnosti i kompetentnosti osobe koja prati i procjenjuje djetetovo ponašanje. Promišljajući o utjecaju okoline na ekspresiju ADHD-a, Jensen i sur. (1997) opisuju kontinuum okružja: ona okružja koja su bogata resursima, koja omogućavaju djeci dovoljno vremena za reagiranje/izvođenje aktivnosti, koja su fokusirana na dijete te strukturirana u smislu sigurnosti i slijeda dnevnih aktivnosti, potiču kod djeteta vještine i sposobnosti rješavanja problema. Na drugom kraju kontinuuma nalaze se okružja koja potiču djetetovu reakciju (engl. *response ready*) bez mogućnosti dovršenja započete aktivnosti. Takva su okružja nesigurna, promjenjiva, ona ne osiguravaju djetetu dovoljno vremena za izvedbu aktivnosti i imaju ograničen/malen broj resursa raspoloživih djetetu. Motorička aktivnost, impulzivnost i promjena fokusa pozornosti (kao osnovni simptomi ADHD-a) nalaze se u tom kontinuumu te se mijenjaju u odnosu na prisutnost i intenzitet navedenih čimbenika. Dijagnostički kriterij D govori o utjecaju simptoma na djetetovo socijalno,

emocionalno i akademsko funkcioniranje, što je, zapravo, temeljni razlog dijagnostike ADHD-a. Kao što je već ranije navedeno, procjena ponašanja i razine „ometanja“ ovisi o odraslome, no veći problem na koji se ovdje može naići jest procjena usmjerena prema posljedicama po okolinu, a ne po dijete. Naime uspješno socijalno funkcioniranje i akademsko postignuće predstavljaju jedno od temeljnih socijalnih očekivanja. Stoga neuspjeh na jednom od tih područja za odrasle (roditelje i odgojitelje/učitelje) predstavlja izvor stresa, što se nastoji reducirati dijagnostikom i tretmanskim pristupom.

Uz DSM-IV, u dijagnostici ADHD-a rabi se ICD-10 (WHO, 2007), koji ga opisuje kao skupinu ranih razvojnih poremećaja nastalih u prvih pet godina života, karakteriziranih sniženom sposobnošću održavanja aktivnosti koje zahtijevaju kognitivni napor, čestim promjenama aktivnosti bez njihovog dovršavanja te slabom organizacijom i regulacijom aktivnosti. Intenzivnu motoričku aktivnost, brzo mijenjanje fokusa pozornosti i impulzivnost Jensen i sur. (1997) tumače kao evolucijske karakteristike organizma. Naime intenzivnija motorička aktivnost i veća pokretljivost znače veću površinu istraženog prostora, tj. bolje poznavanje prilika/mogućnosti i potencijalnih opasnosti okružja te uspješnije ovladavanje njime. Kao poseban problem ističe se definiranje impulzivnosti. Ona se može definirati kao „pojedinačeva reakcija na događaje u neposrednom okružju bez razmatranja alternativnih mogućnosti“ (Jensen i sur., 1997, 1676). Kao i ostali simptomi ADHD-a, ekspresija impulzivnosti uvelike ovisi o okolini: ako se pojedinac osjeća ugroženim, veća je vjerojatnost impulzivnog reagiranja kako bi se zaštitio. Uspoređujući dijagnostičke kriterije opisane u DSM-IV i ICD-10, Karlović i sur. (2002) zaključuju kako DSM-IV opisuje veći broj ponašanja i stoga može obuhvatiti veći broj djece. Slično njima, Scitutto i Eisenberg (2007) ukazuju na postojanje povezanosti između dijagnostičkih kriterija i učestalosti ADHD-a te iznose podatak kako je uporaba kriterija DSM-IV rezultirala povećanjem broja dijagnoza ADHD-a u odnosu na prethodne (DSM-III R) dijagnostičke kriterije. Uvidom u navedene dijagnostičke kriterije ne može se u potpunosti potvrditi radi li se o istim simptomima i razvojnim odstupanjima. Štoviše, može se reći kako je interpretacija simptoma subjektivna, a to znači da na nju podjednako utječu karakteristike, znanja i vjerovanja ispitivača kao i karakteristike djetetovog ponašanja.

Praksa pokazuje kako se dijagnostika temelji na procjeni odraslih o djetetovu ponašanju, no ekspresija ADHD-a ovisi o velikom broju čimbenika poput karakteristika okružja, društvenih odnosa, naravi i kakvoće interakcije odrasli-dijete itd. Glavni problemi utvrđivanja ADHD-a mogu se tražiti u prebrzom donošenju dijagnoze temeljom jednokratnog intervjua (najčešće roditelja), zaključivanju bez uvida u djetetovo funkcioniranje u različitim okružjima te izostanku kritičke perspektive jer su određena ponašanja, okarakterizirana kao ADHD, zapravo uobičajene karakteristike djetinjstva i adolescencije (npr. intenzivna motorička aktivnost, „impulzivnost“, otpor

prema okolini, najčešće odraslima itd.). Deficit pozornosti, motorički nemir i impulzivnost predstavljaju trijadu simptoma koji se iznose kao najčešći problemi pedagoške prakse. Deficit pozornosti Bašić (2004) tumači kao uobičajenu razvojnu karakteristiku, a probleme proizašle iz djetetove nemogućnosti održavanja i usmjeravanja pozornosti vidi u apstraktnosti i analitičkom pristupu koji se njeguje u pedagoškom radu. Iako se karakteristike mišljenja i opažanja odraslih i djece razlikuju, prisutna je normativna orijentacija odraslih prema „poučavanju“ načina mišljenja i opažanja.

Dijagnostički kriteriji opisani u DSM-IV i ICD-10 namijenjeni su kliničarima s područja medicinskih (u prvom redu psihopatologije) i paramedicinskih znanosti (poput rehabilitacije), no fokus je pozornosti društva usmjeren prema ekspresiji simptoma ADHD-a i njihovu reduciranju u kontekstu odgojno-obrazovnih institucija, tj. na području pedagogije. U tom okružju važnu ulogu ima učitelj. To u odnosu na ADHD znači njegovanje razvojne primjerenosti u tumačenju djetetova ponašanja i građenje teorija o uzrocima toga ponašanja, a ne samo nabranje ponašanja kao simptoma razvojnih odstupanja.

2. Metodologija ispitivanja

Prateći odgojno-obrazovnu praksu, često su učitelji oni koji roditeljima ukazuju na postojanje ADHD-a kod djeteta (Kocijan-Hercigonja, Buljan Flander i Vučković, 2004). S obzirom da su učitelji izravno uključeni u proces dijagnostike ADHD-a, vrijedno je saznati njihovo viđenje tipičnih (uobičajenih) ponašanja djece niže osnovnoškolske dobi (od 1. do 4. razreda osnovne škole). U tu svrhu načinjen je anketni upitnik sastavljen od tri dijela: prvi dio odnosio se na karakteristična ponašanja i potrebe djece, drugi na probleme tijekom nastave proizašle iz dječjeg ponašanja, a treći dio sadržavao je preporuke studenata za susretanje s dječjim potrebama. Anketirana su 42 studenta 5. godine učiteljskog studija.

3. Rezultati i interpretacija

U nastavku se podastiru dobiveni rezultati slijedom navedenih skupina pitanja u anketnom upitniku.

3.1. Karakteristična ponašanja i potrebe djece niže osnovnoškolske dobi

Na pitanje koje su najvažnije potrebe djece niže osnovnoškolske dobi 71,42% studenata navodi kretanje i motoričku aktivnost, 21,42% druženje s vršnjacima, a 7,14% učenje nastavnih sadržaja. Specifičnosti motorike opisane

u dijagnostičkim kriterijima DSM-IV (posebice kriteriji A2a: meškoljenje na mjestu; A2b: nemogućnost sjedenja koliko se od njih očekuje; A2c: trčanje i penjanje u neprikladnim situacijama) predstavljaju socijalna očekivanja proizašla iz potrebe odraslih, a ne potreba djece. Stoga se kretanje i motorička aktivnost lako mogu procijeniti kao hiperaktivnost. Posebno je zanimljiv kriterij A2e koji opisuje dijete u stalnom pokretu „kao da ga pokreće motor“ (APA, 1994, 79). Stalno kretanje u odrasloj dobi socijalno je poželjna karakteristika. Odrasle koji su „u stalnom pokretu“ okolina može smatrati učinkovitijima i sposobnijima, što nije slučaj s djecom. Ovdje je važno naglasiti kako se određeni poremećaji u funkciji endokrinih žlijezda (posebice hipertireoza ili hipotireoza)³ mogu manifestirati i na području motorike. U dijagnostičkim kriterijima ICD-10 pojačana motorička aktivnost opisana je kao prelaženje s jedne na drugu aktivnost bez dovršavanja, zajedno s neorganiziranom, slabo reguliranom i pretjeranom aktivnošću, što je zapravo više ponašanja (simptoma) obuhvaćenih jednim kriterijem. Neorganizirana, slabo regulirana i pretjerana aktivnost može se tumačiti kao uobičajena pojava u ranom djetinjstvu. Naime djetinjstvo je razdoblje u kojemu je izvanjska kontrola (u smislu nadziranja odraslih) posebno izražena. Stoga nije moguće govoriti o neorganiziranosti i/ili slaboj regulaciji od strane djeteta kada ona, zapravo, ni ne postoji.

U sljedećem pitanju studenti su procjenjivali dječje mogućnosti učinkovitog zadržavanja pozornosti na određenom zadatku ili aktivnosti. Studenti smatraju kako djeca niže osnovnoškolske dobi mogu učinkovito zadržati pozornost manje od 25 minuta (57,14%) te između 25 i 35 minuta (42,85%). Iako DSM-IV i ICD-10 opisuju ADHD kao nemogućnost duljeg zadržavanja na jednoj aktivnosti, ne navode koliko bi razdoblje bilo prihvatljivo, tj. koliko je vremena djeci dovoljno da izvrše zadatak. Vrijeme iznošenja aktivnosti ili zadatka ovisi o mnogim čimbenicima (npr. vrsti aktivnosti/zadatka, uvjetima u kojima se oni izvode, djetetovim sposobnostima, učiteljevim uputama i razini podrške koju pruža djeci itd.). Prema mišljenju studenata, djeca niže osnovnoškolske dobi mogu na kratko vrijeme učinkovito zadržavati pozornost. Kako bi se to potvrdilo, potrebno je utvrđivanje varijabli izvedbe i njihovo praćenje u različitim društvenim kontekstima. U suprotnom, vremenski kriterij opisan na ovaj način neprimjeren je i nepouzdan.

U sljedećem pitanju studenti su na skali od 1 do 5 procjenjivali tvrdnje⁴ o djeci niže osnovnoškolske dobi:

³ Pojačana ili smanjena funkcija štitne žlijezde očituje se, među ostalim, i u promjenama raspoloženja, održavanju pozornosti, sposobnosti pamćenja i motorici.

⁴ Studenti su razinu svog slaganja s ponuđenim tvrdnjama brojčano izražavali pomoću skale na kojoj je razina 1 imala značenje „uopće se ne slažem“; 2 – „djelomično se slažem“; 3 – „i slažem se i ne slažem (ne znam)“; 4 – „uglavnom se slažem“ i 5 – „u potpunosti se slažem“.

tvrdnja	1	2	3	4	5
Djeca niže osnovnoškolske dobi puno maštaju.	-	-	-	14,28%	85,71%
Djeca niže osnovnoškolske dobi su razigrana.	-	-	-	28,57%	71,42%
Djeca niže osnovnoškolske dobi prilikom čitanja brzaju, tj. čitaju „napamet“.	-	-	-	71,42%	28,57%
Djeca niže osnovnoškolske dobi imaju kratkotrajnu pažnju.	7,14%	-	7,14%	71,42%	14,28%
Djeca niže osnovnoškolske dobi puno pričaju.	-	7,14%	7,14%	57,14%	28,57%
Djeca niže osnovnoškolske dobi nisu u mogućnosti samostalno i u potpunosti izvršiti zadanu aktivnost.	21,42%	50,00%	7,14%	21,42%	-
Djeca niže osnovnoškolske dobi često se odupiru autoritetu odraslih.	28,57%	28,57%	35,71%	7,14%	-
Djeca niže osnovnoškolske dobi impulzivna su i nepromišljena.	28,57%	28,57%	7,14%	35,71%	-
Djeca niže osnovnoškolske dobi zbog svoje su nepromišljenosti i motoričke impulzivnosti sklona padovima i ozljedama.	14,28%	35,71%	14,28%	21,42%	14,28%
Djeca niže osnovnoškolske dobi nemaju organiziran slijed misli.	-	64,28	21,42	14,28	-

Studenti se u najvećoj mjeri (85,71%) u potpunosti slažu s tvrdnjom *Djeca niže osnovnoškolske dobi puno maštaju*. Suprotno tomu, 28,57% studenata uopće se ne slaže s tvrdnjom *Djeca niže osnovnoškolske dobi impulzivna su i nepromišljena*. Dijagnostički kriterij A1c opisan u DSM-IV govori o problemu „lutanja misli“ (APA, 1994, 78.), što se može, među ostalim, tumačiti i kao maštanje upravo zbog djetetovog udaljavanja od onoga što je „sada i ovdje“. Zanimljivo je kako se studenti uglavnom slažu s tvrdnjama *Djeca niže osnovnoškolske dobi prilikom čitanja brzaju, tj. čitaju „napamet“* (71,42%), zatim *Djeca niže osnovnoškolske dobi imaju kratkotrajnu pažnju* (71,42%) te *Djeca niže osnovnoškolske dobi puno pričaju* (57,14%), što je identično kriterijima A2g: govorenje „unaprijed“ (engl. *blurting*) i davanje odgovora prije dovršenja pitanja, A1b: nemogućnost održavanja pozornosti u izvršavanju aktivnosti ili igri te A2f: prekomjerno pričanje. Govorenje „unaprijed“ i čitanje „napamet“ jedna su od najčešćih pojava tijekom djetinjstva, što se može interpretirati kao želja za dokazivanjem (pokazivanjem) vlastitih kompetencija jer je škola natjecateljsko okruženje usmjereno prema točnosti reprodukcije izloženog „znanja“. Slično tomu,

prekomjerno pričanje također je karakteristično za djecu predškolske i niže osnovnoškolske dobi zbog nerazmjera emocionalnog doživljaja i vokabulara, pa djeca često svoje doživljaje pričaju više puta, a prepričavanje događaja praćeno je onomatopejom. Priopćavanje je dominantno u razdoblju djetinjstva (Babić, 1983), no odraslima dječje priče mogu biti nerazumljive (a, nažalost, često i nezanimljive) jer se viđenje svijeta između odraslih i djece razlikuje. S druge strane, studenti se najmanje slažu s tvrdnjama o dječjoj impulzivnosti (npr. 28,57% uopće se ne slaže s tvrdnjom da su djeca niže osnovnoškolske dobi impulzivna i nepromišljena, a 35,71% djelomično se slaže s tvrdnjom da su djeca niže osnovnoškolske dobi zbog svoje nepromišljenosti i motoričke impulzivnosti sklona padovima i ozljedama). Kao što je već ranije navedeno, postoje oprečna mišljenja o impulzivnosti kao simptomu ADHD-a (Jensen i sur., 1997), a ovakva studentska zapažanja ostavljaju prostor za dijalog i istraživanje impulzivnosti kao važnog simptoma ADHD-a.

Karakteristike djece niže osnovnoškolske dobi studenti procjenjuju na sljedeći način:

mirna	3 2 1 0 1 2 3	nemirna
poslušna	3 2 1 0 1 2 3	neposlušna
promišljena	3 2 1 0 1 2 3	impulzivna
raspoložena za suradnju	3 2 1 0 1 2 3	neraspoložena za suradnju
pažljiva (prema sebi i drugima)	3 2 1 0 1 2 3	nepažljiva (prema sebi i drugima)
maštovita, kreativna	3 2 1 0 1 2 3	nemaštovita
samostalna	3 2 1 0 1 2 3	nesamostalna

Semantički diferencijal pokazuje kako studenti ponašanja djece niže osnovnoškolske dobi doživljavaju kao pozitivna. Jedino ponašanje koje se ističe, a upravo je ono glavni kriterij u dijagnostici ADHD-a, jest nemirnost. Neutralnim procjenjuju promišljenost odnosno impulzivnost, za koju Jensen i sur. (1997) tvrde da je upitan kriterij ADHD-a jer ju mogu uzrokovati mnogi čimbenici poput ponašanja i stila komunikacije odraslih s djetetom.

3. 2. Problemi tijekom nastave proizašli iz ponašanja djece

Kao najveći problem tijekom nastave studenti navode motorički nemir – ustajanje, vrpoljenje, traženje izlaska iz učionice i sl. (50,00%), zatim pričanje, šaptanje i dopisivanje među djecom (42,85%) te „dobacivanje“ komentara učitelju/učiteljici (7,14%). Ta ponašanja ukazuju na djetetovu nemogućnost održavanja pozornosti na zadatku, što je opisano u dijagnostičkom kriteriju A1a (APA, 1994). No nemogućnost održavanja pozornosti zapravo je pitanje strukture aktivnosti i razine zahtjevnosti te procjene njezine relevantnosti iz djetetove perspektive.

Nemirnost tijekom nastave studenti zamjećuju kroz sljedeća djetetova ponašanja: motoričku aktivnost – vrpoljenje, traženje izlaska na toalet, ustajanje i hodanje po učionici, gurkanje, bockanje i lupkanje druge djece, okretanje prema drugoj djeci (52%) – te komunikaciju s učiteljem i drugom djecom – zapitkivanje, pričanje, smijuljenje, šaptanje, dopisivanje, zadirkivanje, dobacivanje komentara, glasno pričanje, „zapričavanje“ prijatelja (32%). Zanimljivo je kako studenti nemirnost tijekom nastave zapažaju i kroz šaranje po klupi i bilježnici, „neprisutnost“ na nastavi, dekoncentriranost, nepraćenje nastave i nezainteresiranost (16%), što su, zapravo, mirna ponašanja. Nemogućnost izvođenja aktivnosti u tišini (dijagnostički kriterij A2d po DSM-IV) i ometanje drugih u izvršavanju njihovih aktivnosti (A2i) ukazuju na postojanje društvene podređenosti dječjih potreba spram potreba odraslih. Osim toga, ova se ponašanja najčešće karakteriziraju kao socijalno neprihvatljiva ili neprimjerena te se ističu posljedice takvog ponašanja za okolinu, no ne i za samo dijete.

Nadalje studenti smatraju kako je nemirnost tijekom nastave odraz djetetovih karakteristika ličnosti (npr. kinestetički tip u učenju) – 57,14%, zatim neprimjerenosti nastavnih sadržaja uzrastu djeteta (preteško ili prelagano gradivo) – 35,71% te problema u obitelji – 7,14%. Upravo takva promišljanja studenata idu u smjeru građenja teorija o uzrocima djetetova ponašanja.

Otpor prema okolini jedan je od simptoma ADHD-a opisan u dijagnostičkim kriterijima DSM-IV i ICD-10. Kršenje/rušenje društvenih normi i pravila kod djece osnovnoškolske dobi studenti tumače kao odraz obiteljskog sustava vrijednosti (50,00%), djetetove potrebe za izrazom samostalnosti/autonomije (28,57%) i narušenih obiteljskih odnosa (21,42%). Jedini dijagnostički kriterij koji se odnosi na djetetov otpor prema okolini opisan u DSM-IV jest A1g koji govori o postojanju opozicijskog stava djeteta s ADHD-om prema okolini (APA, 1994). Znatno opširnije, ICD-10 sadrži opise ponašanja djeteta s ADHD-om poput kršenja pravila, otpora prema odraslima i „upadanja“ u probleme (WHO, 2007). Postojanje opozicijskog stava i otpora prema odraslima ukazuje na djetetovo balansiranje između zahtjeva okoline i vlastitih potreba (posebice potrebe za istraživanjem), a ta ponašanja predstavljaju sastavni dio djetinjstva i adolescencije. Problem pri tumačenju određenog ponašanja kao „otpora“ ili „sukoba“ može se naći i u subjektivnim procjenama osoba iz djetetove okoline. Je li neki događaj „vrijedan“ konflikta, ovisi o viđenju njegove važnosti odnosno perspektivi uključenih osoba. S druge strane, Webb, Goerss i Olenchak (2010) smatraju kako ta ponašanja ukazuju na postojanje darovitosti kod djeteta, a ne ADHD-a, kako se to tumači u aktualnim dijagnostičkim priručnicima. Studentsko povezivanje obiteljskog sustava vrijednosti i kršenja normi ide u smjeru osvještavanja prisutnosti (dis)kontinuiteta odgojne prakse roditelja i učitelja.

3. 3. *Kretanje ususret dječjim potrebama*

Na kraju anketnoga upitnika studenti su dali svoje mišljenje o kretanju ususret dječjim potrebama i mogućim rješenjima problema proizašlih iz ponašanja djece. Studenti smatraju kako je u radu s djecom niže osnovnoškolske dobi najvažnije pozitivno emocionalno ozračje u razredu: povjerenje, pripadanje, ljubav, iskrenost, razumijevanje, poticanje, pohvala (60,86%), zatim individualni pristup djetetu (26,08%) te poznavanje razvojnih karakteristika djece osnovnoškolske dobi (13,04%).

Probleme u nastavi proizašle iz ponašanja djece niže osnovnoškolske dobi studenti bi riješili razgovorom s djecom (36,66%), osmišljavanjem i provođenjem radionica za djecu i roditelje (20,00%), čestim mijenjanjem metoda rada i uvođenjem noviteta u nastavu (16,66%), igrom (10,00%), suradnjom s roditeljima (10,00%) te postavljanjem razrednih pravila (6,66%).

Unatoč usmjerenosti na opise ponašanja djece kao simptoma ADHD-a, ICD-10 ukazuje i na mogućnost javljanja sekundarnih problema poput isključivanja djeteta s ADHD-om od strane vršnjaka te nisko samopouzdanje. Ovdje ostaje nejasno je li to posljedica karakteristika ADHD-a ili ponašanja okoline, u prvom redu odraslih, prema djetetu? Naime ponašanja djece tumače odrasli, oni im daju smisao i na taj način izgrađuju svoja ponašanja prema djetetu. Stavovi odraslih prema pojedinom djetetu prenose se na ostalu djecu (Sekulić-Majurec, 1997), pa stoga nisko samopouzdanje i odbacivanje od strane vršnjaka može biti posljedica neprimjerenih postupaka okoline, a ne djetetove teškoće, tj. ADHD-a.

4. **Zaključak**

Uvidom u dijagnostičke kriterije može se zamijetiti kako se opisana ponašanja mogu višestruko tumačiti. Usto, pojedini simptomi nalaze se u opreci. Tako dijagnostički kriterij DSM-IV A1d govori o djetetovoj nemogućnosti izvršavanja zadatka na zahtjev ili instrukciju, a A1e o djetetovoj nemogućnosti samostalnog organiziranja aktivnosti. Iako za dijagnostiku ADHD-a nije potrebno da svi kriteriji budu u potpunosti zadovoljeni, ovdje je jasno kako izvanjska regulacija, normativne namjere i tutorski pristup odraslih onemogućavaju djetetovu autonomiju. S druge strane, u tako uređenim odnosima od djeteta se očekuje ekspresija samostalnosti. Oprečni simptomi mogu se naći i u dijagnostičkim kriterijima ICD-10 koji kao prateće simptome ADHD-a odnosno hiperkinetskog poremećaja navode zaostajanje u motoričkom i jezičnom razvoju, što otvara pitanje mogućnosti utvrđivanja istovremenog postojanja pojačane motorike/govora i zaostajanja u motoričkom/jezičnom razvoju.

Provedeno ispitivanje pokazalo je kako studenti – budući učitelji – u tipična (uobičajena) ponašanja djece niže osnovnoškolske dobi ubrajaju intenzivnu motoričku aktivnost, kratkotrajnu pozornost, nemogućnost izvođenja aktivnosti do kraja, čitanje „napamet“ i govorenje „unaprijed“ te odupiranje odraslima. Upravo ta ponašanja važni su simptomi opisani u dijagnostičkim kriterijima DSM-IV i ICD-10. Za učitelje, ADHD je problem onda kada dijete izbjegava i odbija aktivnosti (A1f) ili ne može čekati „svoj red“ (A2h). Dok je prvi problem zapravo logičan slijed, rezultat razvojne neprimjerenosti u postupcima okružja, drugi može biti uzrokovan slabom organizacijom okružja, u prvom redu dostupnošću materijala i slijedom aktivnosti. Oba su izravan rezultat postupaka okoline, a DSM-IV opisuje ih kao simptome ADHD-a. Stoga je važno da učitelji prate djetetova ponašanja u različitim socijalnim kontekstima.

ADHD je kao dominantna pedagoška dijagnoza zapravo vrlo malo „pedagoški“ jer je temeljen na normativnom pristupu dječjem razvoju, usmjeren prema socijalnim očekivanjima odraslih spram djeteta i korekciji ponašanja procijenjenih kao ADHD, bez uvažavanja djetetova viđenja vlastitog ponašanja u odnosu na situacijski kontekst. S obzirom da se ekspresija ADHD-a događa u učionicama i/ili obiteljima, a dijagnostika u ordinacijama, potrebno je promišljati o utjecajima različitih okružja na djetetova ponašanja. Jačanjem kritičke perspektive o uzrocima dječjeg ponašanja moguće je približiti pedagošku praksu stvarnim dječjim potrebama.

Literatura:

1. American Psychiatric Association (1994), *DSM – IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition*, (str. 78 – 85), Washington, American Psychiatric Association.
2. Babić, N. (1983), *Dječja pitanja*, Zagreb, Školska knjiga.
3. Babić, N., Irović, S., Krstović, J. (1997), Vrijednosni sustav odraslih, odgojna praksa i razvojni učinci, *Društvena istraživanja*, 6 (4-5): 551-575.
4. Bašić, S. (2004), ADHD-dijete: razvojni poremećaj ili suvremeni mit? *Zbornik Učiteljske akademije u Zagrebu*, 6 (2): 125-140.
5. Irović, S., Krstović, J. (2000), Vrijednosni sustav roditelja/ odgojitelja i autonomija djeteta, U: Babić, N., Irović, S. (ur.), *Interakcija odrasli-dijete i autonomija djeteta*, (str. 5-23), Osijek, Visoka učiteljska škola, Rijeka, Visoka učiteljska škola.
6. Jensen, P. i sur. (1997), Evolution and Revolution in ADHD as Disorder of Adaptation, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (12): 1672-1679.
7. Karlović, Z. i sur. (2002), Correspondence between DSM IV ADHD and ICD 10 Hyperkinetic disorder in croatian sample. *Acta Clin. Croatica*. 41 (2): 323-326.
8. Kocijan-Hercigonja, D., Buljan Flander, G., Vučković, D. (2004), *Hiperaktivno dijete – uznemireni roditelji i odgajatelji*, Jastrebarsko, Naklada Slap.

9. Scituro, M., Eisenberg, M. (2007), Evaluating the Evidence For and Against the Overdiagnosis of ADHD, *Journal of Attention Disorders*, 11 (2): 106-113.
10. Sekulić – Majurec, A. (1997.), Integracija kao pretpostavka uspješne socijalizacije djece i mladeži s teškoćama u razvoju: očekivanja, postignuća, perspektive, *Društvena istraživanja*, 6 (4-5): 537-551.
11. Shaw, D. S. i sur. (2006), Randomize Trial of Family-Centered Approach to the Prevention of Early Conduct Problems: 2-Year Effects of the Check-Up in Early Childhood, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (1): 1-9.
12. Webb, J. T., Goerss, J., Olenchak, R. (2010), *Pogrešne i dvojne dijagnoze darovite djece i odraslih*, Zagreb, Weble Commerce.
13. WHO (2007.), *ICD-10: International Classification of Diseases 10*
14. <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online> (od 7. 2. 2011.).

Qualitative Approach to ADHD Symptoms Interpretation: Implications for Pedagogical Practice

Abstract: ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) is currently diagnosed by DSM-IV and ICD-10 diagnostic criteria. While DSM-IV is used typically in the US, and ICD-10 is typical of Europe, the issue of cultural and individual interpretation of symptoms emerges. Behavior is socially determined, which in terms of ADHD development means that it doesn't develop "in vacuum" but in interaction with the immediate environment. This is supported by Vygotsky's and Bronfenbrenner's developmental theories. Nevertheless, the adult perspective, according to which children's development is standardized and evaluation criteria for their behaviour established, is still dominant. Therefore, it is important to analyze current diagnostic criteria of ADHD in relation to normative social orientation in children's development and the image of a child in general. Childhood research studies (especially from the point of view of sociology and pedagogy) strongly imply the normative social perspective about childhood and children (their development), which can result in ADHD misdiagnosis. Insight into relevant pedagogical literature and pedagogical practice has shown that certain behaviour, characterized as hyperactivity symptoms, can be interpreted in various ways – as a reflection of the situational context, family lifestyle, developmental phase, etc. Since signs of ADHD are usually manifested and diagnosis established during early school years, and since teachers are directly involved in the ADHD diagnosis, a survey on school children's typical behaviour has been conducted. The survey included forty-two 5th year students of Teacher Education. Results have shown that according to students - future teachers – typical behaviour involves intensive motor activity, short attention span and inability to complete activities, all of which are the symptoms of ADHD as described by DSM-IV and ICD-10 diagnostic criteria. These results point to the importance of interdisciplinary and qualitative approach to interpretation of ADHD symptoms as a prerequisite for developmentally appropriate practice in early school years.

Keywords: ADHD, qualitative approach, symptoms, pedagogical practice, developmental appropriation.

"...Tell me my mind works too fast. Probably tell Usain Bolt he runs too fast." (House MD, season 6, episode 1)

Der qualitative Ansatz zur Interpretation von ADHS-Symptomen: Implikationen für die pädagogische Praxis

Zusammenfassung: Mit Hilfe der diagnostischen Kriterien DSM-IV und ICD-10 wird heute die Existenz von ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit / Hyperaktivitätsstörung / eng. attention deficit / hyperactivity disorder) bestimmt. Während das DSM-IV für die amerikanische Gegend und Lebensweise typisch ist, ist das ICD-10 charakteristisch für Europa, und wir können über die kulturologischen und individuellen Interpretationen der Symptome sprechen. Das Verhalten ist gesellschaftlich bedingt, das bedeutet, dass die ADHS nicht „in einem Vakuum“ entsteht, sondern bei der Wechselwirkung der Einzelperson mit seiner Umwelt. Die Entwicklungstheorien von Vygotsky und Bronfenbrenner sprechen dafür. Dennoch bleibt weiterhin die Perspektive der Erwachsenen dominant, die die Entwicklung des Kindes normieren und die Bewertungskriterien für das Verhalten des Kindes erstellen. Es ist daher wichtig, die aktuellen diagnostischen Kriterien von ADHS in Bezug auf soziale, normative Orientierung bei der Überwachung des Wachstums und der Entwicklung des Kindes, sowie im Allgemeinen das Bild des Kindes zu hinterfragen. Die Forschung über die Kindheit (vor allem aus der Sicht der Soziologie und Pädagogik) zeigen, dass die soziale Perspektive auf die Kindheit und das Kind (seine Entwicklung) einen normativen Charakter hat, der ein positives Bild von ADHS geben kann, das nicht der Wahrheit entspricht. Nach Prüfung der relevanten pädagogischen Literatur und der Kontrolle der Praxis wurde beobachtet, dass ein bestimmtes Verhalten, das durch Symptome wie Hyperaktivität gekennzeichnet ist, auf verschiedene Weisen interpretiert werden kann – als eine Reflexion des situativen Kontexts, des Lebensstils der Familie, des Entwicklungsstadiums... Da ADHS in der Regel kurz nach Beginn der Grundschule manifestiert und diagnostiziert wird, und die Lehrer direkt bei der Diagnose von ADHS beteiligt sind, wurde eine Umfrage über das typische Verhalten von Kindern im niedrigeren Grundschulalter (1.-4. Klasse) durchgeführt, an der 42 Studenten des fünften Studienjahres der Fakultät für Lehramt teilgenommen haben. Die Testergebnisse zeigen, dass das typische Verhalten der Kinder im niedrigeren Grundschulalter nach Meinung der Studenten – zukünftigen Lehrern – eine intensive motorische Aktivität, kurzfristige Aufmerksamkeit und die Unfähigkeit zur Beendigung der begonnenen Aktivitäten einschließt, die auch Symptome von ADHS sind, und die im DSM-IV und ICD-10 diagnostischen Kriterien beschrieben wurden. Diese Ergebnisse zeigen die Bedeutung von interdisziplinären und qualitativen Ansätzen bei der Interpretation von ADHS-Symptomen und für die Förderung der Entwicklung von geeigneten Praktiken bei der Arbeit mit Kindern im niedrigeren Grundschulalter.

Schlüsselbegriffe: ADHS, qualitativer Ansatz, Symptome, pädagogische Praxis, Entwicklungsangemessenheit.

*Sie sagen, ich denke zu schnell. Wahrscheinlich sagen sie zu Usain Bolt, er laufe zu schnell.
Alvie, House MD, s06e01*