

# Primjena pozitivne psihologije u radu s djecom s ADHD-om

---

**Radić, Anđela**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2024**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Zadar / Sveučilište u Zadru**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:162:913197>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-02-23**



**Sveučilište u Zadru**  
Universitas Studiorum  
Jadertina | 1396 | 2002 |

*Repository / Repozitorij:*

[University of Zadar Institutional Repository](#)



Sveučilište u Zadru

Odjel za izobrazbu učitelja i odgojitelja - Odsjek za predškolski odgoj  
Diplomski sveučilišni studij Rani i predškolski odgoj i obrazovanje

**Andela Radić**

**Primjena pozitivne psihologije u radu s djecom s  
ADHD-om**

**Diplomski rad**

Zadar, rujan 2024.

Sveučilište u Zadru

Odjel za izobrazbu učitelja i odgojitelja - Odsjek za predškolski odgoj  
Diplomski sveučilišni studij Rani i predškolski odgoj i obrazovanje

# **Primjena pozitivne psihologije u radu s djecom s ADHD- om**

Diplomski rad

Studentica:

Andela Radić

Mentorica:

prof. dr. sc. Slavica Šimić Šašić

Zadar, rujan 2024.



## Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Andela Radić**, ovime izjavljujem da je moj **diplomski** rad pod naslovom **Primjena pozitivne psihologije u radu s djecom s ADHD-om** rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 1. kolovoza 2024.

## ZAHVALA

*Želim se zahvaliti svima koji su pridonijeli mojem uspjehu i bez čije pomoći i podrške ne bih bila tu gdje jesam. Veliko hvala profesorici i mentorici prof. dr. sc. Slavici Šimić Šašić što je bespogovorno prihvatila moju želju da pod njezinim vodstvom pišem o temi koja mi je kao odgojitelju te roditelju djeteta s ADHD-om od velikog značaja. Hvala Vam na ukazanom povjerenju, pomoći i savjetima koje ste mi pružili!*

*Hvala mojoj obitelji, prvenstveno suprugu i djeci što su me od samog početka bodrili i vjerovali u mene. Vaša vjera i ljubav bili su mi vjetar u leđa i potvrda da činim pravu stvar, kako za sebe tako i za svih nas. Također se zahvaljujem bakama i djedovima što su „uskakali“ i preuzimali brigu o djeci kada god je to bilo potrebno. Hvala Vam što ste uvijek tu za nas!*

*Posebna zahvala ide kolegicama Ani, Mirjani, Dei i Rosi. Ne samo da smo zajedno rasle, usavršavale se i podržavale, već smo izgradile kvalitetan prijateljski odnos. Rado ću se sjećati naših avantura, smijeha i zajedničkih uspjeha. Najveću zahvalu ipak želim uputiti prijateljici, kumi i kolegici Ani. Ana, ti si najbolji primjer prijatelja u nevolji! Kada je bilo najteže, pronašla si vrijeme i riječi podrške za mene. Hvala ti na nesebičnosti i požrtvovnosti!*

*Ovaj rad posvećujem svojem sinu Luki. Dragi moj Luka, želim ti reći da sam neizmjereno ponosna na tebe! Sretna sam i zahvalna što si svojim ADHD-om promijenio naše poglede na život te u nama razvio poseban osjećaj za sve osjetljive skupine. Nastavi dalje hrabro i odvažno kroz život, pretvarajući svoje teškoće u prednosti! Sjeti se....sve je moguće ako vjeruješ u sebe!*

## SAŽETAK

Predmet je diplomskog rada primjena pozitivne psihologije u radu s djecom s ADHD-om. Riječ je o poremećaju čija etiologija nije do kraja razjašnjena, a koji karakteriziraju simptomi hiperaktivnosti i/ili deficit pažnje. Poremećaj se može liječiti psihološkim tretmanima uz ili bez medikamentozne terapije, a moguće je primjenjivati i razne alternativne tretmane. Djeci s ADHD-om mogu pomoći i sami odgojitelji primjenom pozitivne psihologije. Tako se mogu spriječiti ili barem umanjiti simptomi depresije, poboljšati dobrobit djece s ADHD-om i pospješiti njihovo učenje. Pozitivna psihologija jest psihološka grana koja istražuje optimalno pojedinčevo funkcioniranje te je usmjerena na pozitivne aspekte tog funkcioniranja. Konstrukti pozitivne psihologije jesu pozitivna stanja, pozitivni pojedinac, pozitivni odnosi te pozitivna zajednica. Odgojitelji mogu jednostavnim tehnikama poticati razvoj pozitivnog načina razmišljanja kod djece s ADHD-om te težiti tome da uvijek stave pozitivno ispred negativnog i da nagrađuju sve ono pozitivno ponašanje koje primjećuju kod djece s ADHD-om. S ciljem adekvatnog rada s djecom s ADHD-om te primjene pozitivne psihologije u radu s tom djecom nužna je osposobiti odgojitelje te ih potaknuti na stjecanje dodatnih kompetencija. Isto tako, nužna je suradnja s djetetovim roditeljima i stručnom podrškom u ustanovi ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja.

**Ključne riječi:** ADHD, djeca rane i predškolske dobi, odgojitelji, pozitivna psihologija

## **SUMMARY**

### **The application of positive psychology in working with children with ADHD**

The subject of this paper is the application of positive psychology in working with children with ADHD. It is a disorder whose etiology has not been fully clarified, and which is characterized by symptoms of hyperactivity and/or attention deficit. The disorder can be treated with psychological treatments with or without drug therapy, and it is also possible to apply various alternative treatments. Children with ADHD can be helped by educators themselves by applying positive psychology. In this way, symptoms of depression can be prevented or at least reduced, the well-being of children with ADHD can be improved and their learning can be enhanced. Positive psychology is a branch of psychology that investigates optimal individual functioning and focuses on the positive aspects of that functioning. Constructs of positive psychology are positive states, positive individual, positive relationships and positive community. Educators can use simple techniques to encourage the development of positive way of thinking in children with ADHD and strive to always put the positive before the negative and to reward all the positive behavior they observe in children with ADHD. With the aim of adequate work with children with ADHD and the application of positive psychology in working with these children, it is necessary to train educators and encourage them to acquire additional competencies. Likewise, cooperation with the child's parents and professional support in the institution of early and preschool education is necessary.

**Keywords:** ADHD, children of early and preschool age, educators, positive psychology

# SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. POREMEĆAJ PAŽNJE I HIPERAKTIVNOSTI (ADHD)	2
2.1. DEFINIRANJE POREMEĆAJA	2
2.2. UZROCI POREMEĆAJA	3
2.2.1. Genetske teorije	3
2.2.2. Organske teorije	3
2.2.3. Psihosocijalne teorije	6
2.3. PODTIPOVI ADHD-a	6
2.3.1. Pretežno hiperaktivno-impulzivni tip	6
2.3.2. Pretežno nepažljivi tip	7
2.3.3. Kombinirani tip	7
2.4. SIMPTOMATOLOGIJA	8
2.4.1. Nepažnja	8
2.4.2. Impulzivnost	9
2.4.3. Hiperaktivnost	10
2.4.4. Popratni simptomi	11
2.5. DIJAGNOSTIKA	11
2.5.1. Dijagnostički kriteriji	11
2.5.1.1. Dijagnostički kriteriji prema DSM-V	12
2.5.1.2. Dijagnostički kriteriji prema ICD-11	13
2.5.2. Postupak dijagnosticiranja	15
2.5.3. Standardizirane ljestvice procjene	17
2.6. UČESTALOST POREMEĆAJA	18
2.7. LIJEČENJE ADHD-a	19
2.7.1. Terapijske tehnike	19
2.7.2. Medikamentozna terapija	21
2.7.3. Alternativni tretmani	22
3. ADHD KOD DJECE PREDŠKOLSKE DOBI	26
3.1. PODRUČJE MOTORIKE	26
3.2. PAŽNJA	27



3.3. PERCEPCIJA	27
3.4. PROBLEMI U SOCIJALNO-EMOCIONALNOM PODRUČJU	28
3.5. GOVOR I GOVORNI POREMEĆAJI	28
3.6. ODNOSI S OKOLINOM	30
3.6.1. Odnos s članovima obitelji	31
3.6.2. Odnos s vršnjacima	31
4. POZITIVNA PSIHOLOGIJA	32
4.1. ODREĐENJE POZITIVNE PSIHOLOGIJE	33
4.2. POZITIVNA STANJA	34
4.2.1. Pozitivne emocije	34
4.2.2. Dobrobit	35
4.2.3. Ostala pozitivna stanja	36
4.3. POZITIVNI POJEDINAC	37
4.3.1. Optimizam kao pozitivni način razmišljanja	37
4.3.1.1. Može li se optimizam naslijediti ili naučiti?	39
4.3.1.2. Prednosti optimističnog pogleda na svijet	40
4.3.2. Samoefikasnost	42
4.3.3. Nada	42
4.3.4. Otpornost kao pozitivna osobina	43
4.3. POZITIVNI ODNOSI	44
4.3.1. Altruizam	44
4.3.2. Zahvalnost	45
4.3.3. Opraštanje	45
4.4. POZITIVNA ZAJEDNICA	46
4.5. PRIMJENA POZITIVNE PSIHOLOGIJE U SUSTAVU ODGOJA I OBRAZOVANJA	46
5. PRIMJENA POZITIVNE PSIHOLOGIJE U RADU S DJECOM S ADHD-OM	49
5.1. INKLUZIJA DJECE S ADHD-OM	49
5.2. POZITIVNA ZAJEDNICA – ZNAČAJ POZITIVNE EDUKACIJE ZA DJECU S ADHD-OM	50
5.3. PROGRAMI POZITIVNE PSIHOLOGIJE ZA DJECU S ADHD-OM	54
5.4. ULOGA ODGOJITELJA U POZITIVNOJ EDUKACIJI DJECE S ADHD-OM	56
5.4.1. Kompetencije odgojitelja	56
5.4.2. Aktivnosti za djecu s ADHD-om	58

5.4.3. Suradnja s roditeljima i stručnim suradnicima	62
6. ZAKLJUČAK	64
LITERATURA	67

# 1. UVOD

Predmet je diplomskog rada primjena pozitivne psihologije u radu s djecom s ADHD-om. Riječ je o poremećaju o kojem se posljednjih godina sve više raspravlja, i to ne samo među vodećim stručnjacima, već i u široj javnosti. Razlog tome jest sve veći broj djece kojoj je dijagnosticiran taj poremećaj. Međutim, poremećaj se često dijagnosticira tek kada dijete pođe u školu, iako se može javiti i nekoliko godina ranije. Stoga je važno da se (budući) odgojitelji upoznaju s tim poremećajem, njegovim karakteristikama i načinom uključivanja djece s ADHD-om u predškolske ustanove i radom s tom djecom. Uz razne tretmane koji mogu pomoći djeci s tim poremećajem, moguće je u radu s tom djecom implementirati i programe pozitivne psihologije. Dok ostale tretmane provode stručnjaci iz različitih područja, uglavnom medicinske struke, pozitivnu psihologiju u radu s djecom s ADHD-om mogu implementirati i sami odgojitelji. Cilj je diplomskog rada analizirati primjenu pozitivne psihologije u radu s djecom s ADHD-om.

Diplomski rad sadrži šest poglavlja. Prvo je poglavlje uvod u kojem se određuju predmet i cilj rada te se definira struktura rada. Drugo se poglavlje odnosi na poremećaj pažnje s hiperaktivnosti. U tom se poglavlju definira poremećaj te se analiziraju njegova povijest, mogući uzroci, podtipovi poremećaja, simptomi, postupak dijagnosticiranja, učestalost poremećaja te njegovo liječenje. Treće se poglavlje rada odnosi na ADHD kod djece predškolske dobi. U tom se poglavlju analiziraju problemi djece predškolske dobi s ADHD-om vezani za područje motorike, pažnju, percepciju, probleme u socijalno-emocionalnom području, govor i govorne poremećaje te probleme u odnosu s okolinom. U četvrtom se poglavlju pažnja posvećuje pozitivnoj psihologiji. Osim što se određuje pojam, analiziraju se pozitivne emocije, pozitivan pojedinac, pozitivni odnosi i pozitivna zajednica te primjena pozitivne psihologije u sustavu odgoja i obrazovanja. U petom se poglavlju, pak, analizira primjena pozitivne psihologije u radu s djecom s ADHD-om. U tom je poglavlju naglasak na inkluziji djece s poremećajem, značaju pozitivne edukacije za tu djecu te ulogi odgojitelja u pozitivnoj edukaciji djece s ADHD-om. Šesto poglavlje sadrži zaključak u kojem se sažimaju spoznaje o primjeni pozitivne psihologije u radu s djecom s ADHD-om do kojih se došlo tijekom pisanja rada. Diplomskom radu pridodan je popis korištene literature.

## 2. POREMEĆAJ PAŽNJE I HIPERAKTIVNOSTI (ADHD)

Prije nego bude riječi o poremećaju pažnje i hiperaktivnosti (engl. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* – ADHD) treba napomenuti da je riječ o poremećaju koji se razlikuje od poremećaja pažnje (engl. *Attention Deficit Disorder* – ADD) jer ne pokazuju sva djeca s poteškoćama pažnje ili koncentracije hiperaktivnost ili impulzivno ponašanje (Muter i Likierman, 2010).

### 2.1. DEFINIRANJE POREMEĆAJA

Postoji nedostatak konsenzusa kada je riječ o definiranju ADHD-a, što rezultira višestrukim definicijama ovog poremećaja. Najjednostavnije se može reći da je o poremećaju koji obilježavaju trajni obrasci nepažnje i/ili hiperaktivnosti/impulzivnosti koji ometaju funkcioniranje ili razvoj (National Institute of Mental Health, n. d.).

Brojni su istraživači definirali ADHD kao poremećaj koji karakterizira nesposobnost prestanka unosa, a ne nesposobnost selektivnog primanja odgovarajućih informacija. U skladu s istraživačima koji dijele to mišljenje, osobe s ADHD-om nalaze se zarobljene usred svih vanjskih podražaja, jer su „bombardirane“ istodobnim priljevom informacija (Kovačević, 2006.).

ADHD se može opisati kao razvojni poremećaj koji utječe na samokontrolu a karakteriziraju ga poteškoće u održavanju pažnje, reguliranju impulsa i uključivanju u odgovarajuće ponašanje. Hiperaktivnost, koja se često povezuje s ADHD-om, stanje je ponašanja koje karakterizira uporni nemir i disruptivno ponašanje. No, važno je napomenuti da nema svako hiperaktivno dijete ADHD (Luketin i Sunko, 2006).

Hiperaktivno ponašanje može proizaći iz različitih čimbenika. Ti čimbenici uključuju prisutnost visoke razine stresa i anksioznosti, emocionalnu traumu, shvaćanje određenih aktivnosti kao dosadnih ili nezanimljivih, stavljanje u pretjerano zahtjevne situacije, suočavanje s komunikacijskim prazninama između djeteta i njegovih roditelja ili odgojitelja te forsiranje određenog stila učenja (visoko kinestetička djeca imaju snažnu želju ne samo promatrati ili slušati, već i fizički komunicirati, osjećati i surađivati s okolinom) (Luketin i Sunko, 2006).

## **2.2. UZROCI POREMEĆAJA**

Kako još uvijek nije u cijelosti razjašnjeno što uzrokuje ADHD razvile su se različite teorije kojima se objašnjavaju uzroci tog poremećaja. Tako se razlikuju genetske, organske i psihosocijalne teorije za koje stručna literatura ističe da imaju uporište u određenim dokazima te da te teorije usmjeravaju znanstvenike u dobrom smjeru (Coperland i Love, 1992; prema Delić, 2001).

### **2.2.1. Genetske teorije**

Mnoga istraživanja pokazuju da geni, odnosno nasljedni čimbenik ima značajnu ulogu u razvoju ADHD-a. „Napredak u genetici i istraživanja koja su proučavala obitelj, blizance i posvojenu djecu potvrdila su da neki geni određenih neurotransmitera - dopamina, serotonina i noradrenalina - imaju ulogu u razvoju ADHD-a“ (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008: 197). Matković (2003: 49) ističe da se danas smatra kako je „u 80 % slučajeva genetski faktor odgovoran za nastanak ADHD-a“. Phelan (2005) navodi da je razlog tome dvostruko veća zastupljenost ADHD-a među braćom i sestrama osoba s ADHD-om u usporedbi s općom populacijom. Samim time, pokazalo se i da je velika vjerojatnost da će u slučaju da ADHD ima jedan jednojajčani blizanac taj poremećaj imati i drugi blizanac. Kod dvojajčanih blizanaca ta je vjerojatnost nešto manja (Phelan, 2005). Ako jedan od roditelja ima ADHD, vjerojatnost da će taj poremećaj imati i dijete iznosi i do 50 % (Kocijan-Hercigonja i sur., 1999).

### **2.2.2. Organske teorije**

Osim genetskih, znanstvenici traže i druge čimbenike koji mogu uzrokovati pojavu ADHD-a. Još se od dvadesetih godina prošlog stoljeća smatralo da je moždana disfunkcija uzrok nastanka ADHD-a, bez obzira na to je li moždano oštećenje nastupilo tijekom trudnoće, poroda ili u kasnijem razdoblju (Kocijan-Hercigonja i sur., 1999). Novija istraživanja sugeriraju da su za razvoj ADHD-a odgovorni organski uzroci, odnosno biološka raznolikost funkcioniranja središnjeg živčanog sustava. Riječ je o kemijskoj neravnoteži u mozgu (neuravnoteženom djelovanju neurotransmitera koji djeluju na održavanje koncentracije, pažnje, kontrolu motoričkih aktivnosti i impulzivnost) te slabijoj moždanoj aktivnosti koja

rezultira određenim moždanim disfunkcijama (Zrilić, 2011). Tako su neke studije pokazale da postoji dosljedan skup dokaza koji ukazuju na neurološku disfunkciju u mozgu. Tu disfunkciju karakteriziraju kemijske neravnoteže, smanjena aktivnost mozga i varijacije u strukturi mozga (Sekušak Galešev, 2006). Točnije, pokazalo se da je kod pojedinaca s ADHD-om smanjena moždana aktivnost u frontalnoj regiji u odnosu na osobe koje nemaju ADHD. Navedeno rezultira smanjenjem električne aktivnosti te slabijim krvnim protokom. Isto tako, rezultati provedenih studija pokazali su da je u moždanim regijama koje su povezane s pažnjom i kontrolom nagona, prvenstveno u frontalnom (čeonom) korteksu, dubokom limbičkom sustavu, bazalnim ganglijima i malom mozgu smanjena moždana aktivnost kod pojedinaca s ADHD-om. Riječ je o područjima koja imaju ključnu ulogu u regulaciji motoričkih funkcija. Prefrontalni korteks mozga odgovoran je za regulaciju različitih kognitivnih funkcija kao što su razumijevanje, planiranje, zaključivanje, jezične vještine i pamćenje. Ima ključnu ulogu u usmjeravanju pozornosti, filtriranju nevažnih podražaja te fokusiranju na ono što je važno tijekom dužeg razdoblja. Prefrontalni korteks komunicira s drugim regijama mozga poput bazalnih ganglija i malog mozga putem živčanih impulsa. Osim toga, prima ulazne podatke iz temporalnih i parijetalnih asocijativnih puteva preko *caudatus nucleusa* i šalje projekcije natrag u te regije kroz dentat i talamus. Iako je utjecaj bazalnih ganglija i malog mozga na kretanje odavno prepoznat, njihova se uključenost u kognitivne funkcije još uvijek istražuje. Neurotransmiteri dopamin i noradrenalin prisutni su u tim područjima, pri čemu je dopamin dominantni neurotransmitter u bazalnim ganglijima, a noradrenalin upravlja malim mozgom. Za njihov rad odgovorni su receptori navedenih sustava. Biogeni amini, poput dopamina, igraju ključnu ulogu u motivaciji i sustavu nagrađivanja. Osim toga, dopamin utječe na više kognitivne funkcije frontalnog režnja u cerebralnom korteksu. S druge strane, noradrenalin poboljšava radnu memoriju i ima regulatornu ulogu u pažnji, budnosti i raspoloženju. Vjeruje se da pretjerana ekspresija prijenosnika odgovornog za unos dopamina i noradrenalina na presinaptičkim završecima ima značajnu ulogu u razvoju ADHD-a, što rezultira nedovoljnom interakcijom. Prebrzo recikliranje neurotransmitera i preaktivni postsinaptički receptori doprinose nemogućnosti održavanja pažnje i poteškoćama s kontrolom impulsa (Jurin i Sekušak-Galašev, 2008). Kod djece s ADHD-om uočena je pretjerana simetrija između lijevog i desnog frontalnog režnja. Naime, kod te su djece oba frontalna režnja podjednake veličine, dok je kod djece urednog razvoja desni čeonni režanj nešto veći od lijevog. Pritom je desni režanj više povezan s ponašanjima izbjegavanja, a lijevi s ponašanjima približavanja (Sekušak Galešev, 2006).

Takvu neurološku disfunkciju kod djece s ADHD-om mogu uzrokovati genetski čimbenici i okolina (Sekušak Galašev, 2006). O genetskim je čimbenicima već bilo riječi. Što se tiče okolinskih čimbenika, neka istraživanja povezuju konzumiranje cigareta, alkohola i droge za vrijeme trudnoće s pojavom ADHD-a u djece. Druga istraživanja, pak, pokazuju da su djeca predškolske dobi u SAD-u koja su bila izložena visokim razinama olova imala veći rizik za razvoj ADHD-a u odnosu na ostalu djecu (Kudek Mirošević i Opić, 2010). Međutim, prema Phelanu (2005: 57), „ukoliko i postoji povezanost između povišene razine olova u tijelu i ADHD-a ona je ipak vjerojatno mala“. Nadalje, neka su istraživanja nastojala dovesti u vezu prisutnost komplikacija u trudnoći (poput toksemije, eklampsije, slabog zdravlja majke itd.) s povećanim rizikom od razvoja ADHD-a (Kudek Mirošević i Opić, 2010). Prema tome, dio istraživača nastoji dokazati da prenatalni čimbenici povećavaju rizik od razvoja ADHD-a kod djece, a za to postoje dva razloga. Jedan je pojava raznih, spomenutih teorija o tome da teratogeni poput olova, prehrambenih aditiva, konzervansa, umjetnih bojila, pa čak i šećera imaju toksični učinak. Kao rezultat toga, razvijene su različite specijalizirane dijete, čiji su rezultati nekonzistentni i koji nisu ponudili uvjerljive znanstvene dokaze da bi se spomenute pretpostavke mogle poduprijeti, unatoč njihovoj popularnosti. Međutim, osim tih teorija razvijene su i one koje sugeriraju da prenatalna izloženost alkoholu i nikotinu, kao i niska porođajna težina te prerani porod i traume i oštećenja mozga mogu povećati rizik od razvoja ADHD-a (Phelan, 2005). Zrilić (2011) spominje i utjecaj lijekova, trovanja, radijacije te infekcija tijekom trudnoće, a u kasnijem razvoju da je ADHD rezultat febrilnih konvulzija, ozljeda glave, encephalitisa itd.

Danas je sve veći broj istraživača koji smatraju da je ADHD uzrokovan prisutnošću određenih neurobioloških stanja. Naime, ti istraživači smatraju da neadekvatno funkcioniranje pojedinih dijelova mozga koji su odgovorni za samokontrolu i ponašanja, a posebno smirenost, pažnju i vrijeme reakcije utječu na kontrolu pojedinca nad impulsima, upravljanje razinom aktivnosti i samoregulacijom. Kod pojedinaca kojima je dijagnosticiran ADHD uočene su promjene u različitim moždanim regijama, uključujući limbička, frontalna i stražnja područja, kao i talamus, cerebelum i frontalne režnjeve, što rezultira smanjenim volumenom i metaboličkom aktivnošću, kao i asimetrija između dvije strane mozga (Kocijan-Hercigonja i sur., 1999).

### **2.2.3. Psihosocijalne teorije**

Treba istaknuti i psihosocijalne utjecaje. Za te se utjecaje može napomenuti da igraju ulogu u održavanju i pojačavanju simptoma ADHD-a, a ne u samom uzroku poremećaja. Psihosocijalne teorije vezane za razvoj ADHD-a odnose se na način na roditeljski stil odgoja djece, prisutnost stresnih situacija u obitelji, nedostatak emocionalne inteligencije te utjecaj okoline (Kocijan-Hercigonja i sur., 1999).

Posebno se u okviru psihosocijalnih teorija ističe uloga obiteljskog stresa koja je povezana s nepovoljnom ekonomskom situacijom te problematičnim odnosom majke i djeteta (Kocijan Hercigonja i dr., 1999). Osim toga, mogu se izdvojiti i „stres majke u trudnoći, disfunkcionalnost obitelji, niži stupanj obrazovanja majke i samohrano roditeljstvo“ (Kudek Mirošević i Opić, 2010: 170). Pokazalo se da veći udio djece s dijagnosticiranim ADHD-om dolazi iz obiteljskog okruženja u kojem se zanemarivao djetetov fizički razvoj. To zanemarivanje uključuje neadekvatnu prehranu, lošu zdravstvenu skrb, slučajevne roditeljskog alkoholizma i ovisnosti o drogama, zlostavljanje djece itd. Stručnjaci objašnjavaju da djeca iz takvih obitelji mogu svoje psihičke probleme manifestirati kroz poremećaj pažnje i hiperaktivnosti uz prisutnost tjeskobe i depresivnosti (Kocijan- Hercigonja i sur., 1999). Prema tome, ključan je izostanak emocionalne podrške, ljubavi i sigurnosti koju djeca dobivaju u obiteljima s funkcionalnom obiteljskom dinamikom.

## **2.3. PODTIPOVI ADHD-a**

Razlikuju se tri tipa ADHD-a, a to su pretežno hiperaktivno-impulzivni tip, pretežno nepažljivi tip te kombinirani tip (Taylor, 2008). Naime, nije nužno da dijete s ADHD-om ima simptome i hiperaktivnosti, odnosno impulzivnosti te nepažnje. Moguće je da je kod djeteta dominantna samo jedna skupina simptoma, pa se u skladu s time razlikuju tri oblika ADHD-a (Nastavni zavod za javno zdravstvo dr. Andrija Štampar, 2022).

### **2.3.1. Pretežno hiperaktivno-impulzivni tip**

Pretežito hiperaktivan-impulzivan tip jest tip ADHD-a koji karakterizira izrazita nestrpljivost, nemogućnost mirnog sjedenja, izrazita pokretljivost, brbljavost i sl. Riječ je o



djeci koja vrte rukama predmete, lupkaju rukama i nogama, tresu noge itd. Njihova stalna prekidanja, bilo kroz neprestano pričanje ili pokrete, često ometaju drugu djecu dok pokušavaju dovršiti zadatke ili aktivnosti (Taylor, 2008).

### **2.3.2. Pretežno nepažljivi tip**

Djeca koja imaju pretežno nepažljiv tip ADHD-a neće se isticati među drugom djecom. Za razliku od djece s pretežno hiperaktivno-impulzivnim tipom, ta djeca mogu mirno sjediti. Međutim, kod te je djece prisutan problem nepažnje, odnosno nemogućnosti koncentriranja na ono što rade. Ipak, s obzirom na to da su primarni simptomi vezani za nepažnju, roditelji, odgojitelji ili učitelji često mogu ne primijetiti da dijete s tim simptomima ima ADHD (Taylor, 2008). Zbog simptoma koji nisu toliko izraženi djeca s pretežno nepažljivim tipom ADHD-a nazivaju se „tihim sanjarima“ (Kovačević, 2006: 95-96). Češće je riječ o starijoj djeci i djeci ženskog spola (Weiss i sur., 2004). Ta su djeca često tiha i mirna te se ne upuštaju u konflikte s drugom djecom, a često nisu uključena u socijalnu interakciju s drugom djecom (Velki i Dudaš, 2016). No, osim problema u socijalizaciji ta djeca mogu imati teškoće u učenju zbog nemogućnosti održavanja koncentracije i pažnje, kao i jezične i govorne probleme (Weiss i sur., 2003). Kod djece s tim tipom ADHD-a manja je vjerojatnost da će biti liječena medikamentoznom terapijom koja se ponekad preporučuje za liječenje djece s ADHD-om (Weiss i sur., 2003).

### **2.3.3. Kombinirani tip**

Kombinirani tip jest, kako mu samo ime kaže, kombinacija prethodna dva tipa ADHD-a. Prema tome, kod djece s kombiniranim tipom poremećaja prisutni su i simptomi hiperaktivnosti, odnosno impulzivnosti i nepažnje. To znači da djeca s kombiniranim tipom ADHD-a općenito pokazuju više simptoma od djece s prva dva tipa poremećaja jer pokazuju i simptome hiperaktivnosti i impulzivnosti te simptome povezane s pažnjom. Riječ je o najčešćem tipu ADHD-a (Taylor, 2008). Kao i prvi tip poremećaja, i kombinirani tip je lakše dijagnosticirati jer su djeca s kombiniranim tipom ADHD-a izrazito glasna i neprestano u pokretu (Kovačević, 2006).

## 2.4. SIMPTOMATOLOGIJA

Simptomi hiperaktivnosti, odnosno impulzivnosti i/ili poremećaja pažnje trebaju biti prisutni kod djeteta prije navršene 12. godine djetetova života (Američka psihijatrijska udruga, 2013) te trebaju u značajnoj mjeri narušavati funkcioniranje djeteta u raznim životnim aspektima (Prvčić i Rister, 2009). Međutim, javljaju se i druge smetnje koje posebno dolaze do izražaja u predškolskoj i školskoj dobi kada okolina od djeteta zahtijeva ispunjavanje većih zahtjeva (Kocijan-Hercigonja i sur., 1999).

### 2.4.1. Nepažnja

Prema Phelanu (2005), djeca s ADHD-om imaju izrazito kratak raspon pažnje. Lako ih je omesti, čak i najmanji zvuk ili podražaj u njihovoj okolini odmah privuče njihovo zanimanje. Djeca s ADHD-om često počinju i prekidaju aktivnosti bez da ih dovrše te brzo prelaze na sljedeću koju ponovno ne završavaju itd. Kadum-Bošnjak (2006) podupire to zapažanje, napominjući da djeca s ADHD-om imaju neselektivnu pažnju. To znači da djeca s tim poremećajem jednaku pozornost posvećuju svim podražajima u svojoj okolini, bez obzira na važnost. Djetetovo neprekidno prebacivanje interesa dovodi do brzog iscrpljivanja. Sposobnost djetetove koncentracije obično je najbolja ujutro. Razine djetetove pažnje također fluktuiraju na dnevnoj bazi, pa postoje „dobri“ i „loši“ dani. Prema Kocijan-Hercigonji i suradnicima (1999), sposobnost djeteta da se fokusira može varirati od pet minuta u „lošim“ danima do najviše 20 minuta u „dobrim“ danima. Koliko djeca s ADHD-om zaostaju za djecom svoje dobi najbolje je vidljivo u situacijama kada se trebaju igrati prema tuđim pravilima, kada trebaju sudjelovati u zadacima koji im nisu novi i zanimljivi i kada izvršavanje zadataka zahtijeva nešto dužu pažnju i sposobnost samostalnog donošenja odluka (Lauth i sur., 2008).

U djece s ADHD-om pad koncentracije dovodi do pojačane motoričke agitacije. Djeca s tim poremećajem neprestano žude za aktivnošću i kretanjem, ali njihova želja nikada nije u cijelosti ispunjena (Prvčić i Rister, 2009). Ferek (2006) navodi da djetetova nesposobnost koncentriranja i održavanja pažnje rezultira poteškoćama u izvršavanju dodijeljenih zadataka, bez obzira na to o kojim je zadacima riječ. Dijete često ne može slijediti upute ili završiti zadani zadatak. Delić (2001) navodi da se dijete s ADHD-om susreće s poteškoćama u brznoj i preciznoj obradi informacija, što mu otežava razumijevanje i praćenje uputa. Hinshaw (1994; prema Hughes i Cooper, 2009) napominju da dijete s ADHD-om pokazuje tendenciju izbjegavanja,

odbojnosti prema ili suprotstavljanja zadacima koji zahtijevaju produljeni mentalni napor zbog izazova koji predstavlja zagonetno pitanje koje izmiče njegovu razumijevanju. Njegova preferencija leži isključivo u zadacima ili aktivnostima koje uključuju nove komponente ili nude trenutačno zadovoljstvo u zamjenu za utrošenu energiju.

Prema tome, djeca s ADHD-om će se usredotočiti na nešto i iznenada usmjeriti svoju pažnju na nešto drugo. Tako bilo koji vanjski podražaj, koliko god nebitan bio, ima moć odvratiti njihovu pozornost. Osim toga, djeca s dijagnozom ADHD-a često imaju lutajuće misli, što može biti prilično iscrpljujuće za roditelje. Može se činiti kao da dijete ne sluša, kao da se svi dogovori o nečemu zaborave u samo pet minuta. Ta se zaboravljivost proteže na gubljenje predmeta i zaboravljanje mjesta gdje su zadnji put stavljeni.

#### **2.4.2. Impulzivnost**

Roditelji kod djece s ADHD-om češće prepoznaju impulzivnost, a tek naknadno uoče eventualne znakove nedostatka pažnje. Impulzivnost se manifestira kao djelovanje prema neposrednim impulsima bez razmatranja posljedica ili provedbe svake misli koja se pojavi. Prema Prvčić i Rister (2009) djeca koja pokazuju impulzivno ponašanje imaju nedostatak kontrole nagona. Njihova neprestana borba s tim problemom sprječava ih da učinkovito reagiraju na signale, podražaje ili događaje. Dijete reagira prema obrascu impulzivnog djelovanja, gdje se ideje spontano pojavljuju i na njih se odmah djeluje, bez razmatranja mogućih posljedica. Djeca koja ne uspiju zastati, procijeniti okolinu, aktivno slušati i reagirati na odgovarajući način izložena su većem riziku od ozljeda i zaboravljivosti, odnosno gubitka predmeta (Phelan, 2005). Djeca koja imaju poteškoća s impulzivnošću suočavaju se s izazovima u postizanju samokontrole. Izazov je u upravljanju odgovorima na određeni podražaj, s uključenim kognitivnim procesima. Barkley (1997; prema Hughes i Cooper, 2009) sugerira da se djeca urednog razvoja imaju sposobnost oduprijeti impulzivnim reakcijama ili imaju sporiji proces aktivacije koji sprječava učinkovitost. Međutim, u društvenim situacijama djeca s problemima impulzivnosti češće pokazuju takvo ponašanje. Kod te je djece odgađanje zadovoljstva, vježbanje strpljenja, suradnja i dijeljenje mogu biti nevjerojatno izazovni. Kada dijete s ADHD-om postane frustrirano, može pribjeći vikanju na druge ili postati fizički agresivno. U takvim ga situacijama njegovi vršnjaci mogu isključiti iz društva, a dijete nije svjesno u čemu je pogriješilo, već za takvo ponašanje krivi druge, odnosno svoje vršnjake (Phelan, 2005).

### **2.4.3. Hiperaktivnost**

Hiperaktivnost podrazumijeva opći motorički nemir. To je česta i intenzivna uključenost u motoričke aktivnosti koje su u pravilu jačeg intenziteta i učestalosti (Hughes i Cooper, 2009). Osim što teško miruju i neprestano trče, skaču te pomiču udovima djeca s ADHD-om stalno pričaju (Phelan, 2005). Nemogućnost reguliranja razine aktivnosti u skladu sa zahtjevima situacije rezultat je bezgranične energije i neumornosti. Djeca s poremećajem hiperaktivnosti zaokupljena su raznim poslovima i aktivnostima. Dok ostala djeca čine stanku prije prelaska na nešto novo, djeca s ADHD-om „grabe“ sljedeću aktivnost, ali je njihovo zanimanje i za tu sljedeću aktivnost samo privremeno (Kudek Mirošević i Opić, 2010). S obzirom na neprestani motorički nemir djeca s ADHD-om teško mirno sjede, neprestano mijenjaju položaj, vrpolje se, vrte predmete, lupkaju rukama ili nogama ili pomiču udove itd. (Kadum-Bošnjak, 2006).

Roditelji često hiperaktivnu djecu označavaju kao izazovnu. Hiperaktivnu djecu odgojitelji percipiraju kao nediscipliniranu i nestašnu zbog nepridržavanja roditeljskih uputa i ograničenja (Prvčić i Rister, 2009). U početku ih druga djeca smatraju zabavnima i privlačnima, no njihova se percepcija mijenja kada hiperaktivna djeca pokažu impulzivno ponašanje, često pribjegavajući verbalnoj ili fizičkoj agresiji prema svojim vršnjacima ili ometajući njihove aktivnosti. Kao rezultat toga, djecu s ADHD-om njihovi vršnjaci možda neće prihvaćati. Osim toga, u predškolskoj dobi hiperaktivna djeca pokazuju izrazito nestrpljenje. Neka djeca s ADHD-om ne uspijevaju biti na odgovarajućem mjestu, zanemaruju upute, sudjeluju u razgovoru dok njihovi vršnjaci govore te se bave i igrom i radom bez ikakve buke, što uzrokuje ometanje aktivnosti i prekide rada.

Čini se da djeca s hiperaktivnošću posjeduju beskrajnu rezervu energije te ih ništa ne može umoriti. Iznimka su samo susreti s novim odraslim osobama koji mogu biti pomalo zastrašujući ili uključuju razgovor nasamo s odraslom osobom, pa mogu potaknuti djecu da ostanu smirena. Međutim, takve iznimne situacije ne traju dugo vremena (Phelan, 2005).

### **2.4.4. Popratni simptomi**

Kako je već spomenuto, kod dijela djece kojima je dijagnosticiran ADHD imaju poremećaje govora koje karakteriziraju ograničeni vokabular, nepravilna gramatika i teškoće s pronalaženjem riječi (Prvčić i Rister, 2009).

Osim toga, kod djece s ADHD-om se mogu s vremenom pojaviti i drugi popratni simptomi koji nisu temeljno obilježje tog poremećaja. Ti simptomi mogu biti društvena izoliranost, depresija, nisko samopouzdanje, frustriranost, agresivno ponašanje, strah od usvajanje novoga itd. (Ferek, 2006).

## **2.5. DIJAGNOSTIKA**

Dijagnosticiranje ADHD-a može biti kompleksan i dugotrajan proces. Od tima stručnjaka koji sudjeluju u postavljanju dijagnoze očekuje se da intervjuiraju djetetove roditelje, da razgovaraju sa samim djetetom i njegovim odgojiteljima. Osim toga, važno je uzeti obiteljsku i osobnu anamnezu kako bi se utvrdila prisutnost eventualnih genetskih i okolišnih čimbenika koji povećavaju rizik od razvoja ADHD-a (Kocijan-Hercigonja i sur., 1999). Dijagnoza ADHD-a se, kao i bilo koja druga dijagnoza, ne smije postavljati olako. Pretjerana aktivnost koja je uobičajena za većinu djece u određenim razdobljima njihova djetinjstva nije hiperaktivnost (Kadum-Bošnjak, 2006). Postoje djeca koja su živahnija i energičnija od drugih, koja se ponašaju i uče drugačije te svojim ponašanjem uzrokuju teškoće roditeljima, odgojiteljima i učiteljima jer su netipična, ali to ne znači nužno da ta djeca imaju ADHD (Lauth i sur., 2008).

### **2.5.1. Dijagnostički kriteriji**

Dijagnoza ADHD-a postavlja se na temelju prisutnih simptoma, a u skladu s kriterijima istaknutima u DSM-V i 11. izdanju Međunarodne klasifikacije bolesti (ICD-11). I u DSM- u i ICD-u ADHD je uvršten u neurorazvojne poremećaje. Dijagnozu ADHD-a ne postavlja samo jedan stručnjak, već se ona donosi na temelju konzultiranja stručnog tima koji čine neuropedijatar, pedijatar, dječji psihijatar, edukacijski rehabilitator, psiholog i logoped (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008).

#### *2.5.1.1. Dijagnostički kriteriji prema DSM-V*

U skladu s kriterijima navedenima u DSM-V kod djeteta s ADHD-om trebaju se manifestirati određeni simptomi u trajanju od najmanje šest mjeseci, trebaju se javiti prije 12. godine života te trebaju biti toliko snažni da se smatraju odstupanjem od urednog razvoja. Simptomi se trebaju javljati u najmanje dva okruženja u kojima dijete boravi (primjerice, u obitelji i u predškolskoj ustanovi). Osim toga, nužno je isključiti da se djetetovi simptomi ne manifestiraju zbog nekog mentalnog poremećaja (Američka psihijatrijska udruga, 2013).

U DSM-V kao simptomi nepažnje koji se manifestiraju kod djece s ADHD-om najmanje šest mjeseci i koji negativno utječu na njihov razvoj, pa tako i na društvene i školske aktivnosti navode se sljedeći simptomi (Američka psihijatrijska udruga, 2013):

- dijete često griješi ili se ponaša nemarno, bilo da se radi o školskim poslovima ili drugim aktivnostima, kao što je previđanje detalja ili neprecizno izvršavanje zadataka
- dijete se bori da zadrži fokus na zadatke ili igre
- često izgleda nepažljivo kada mu se izravno obraća, jer se čini da njihov um luta čak iako nije prisutno nikakvo ometanje
- dijete često zanemaruje radne upute i zanemaruje dovršavanje zadataka u školi ili kod kuće (primjerice, započinje zadatak, ali njegova pažnja ima tendenciju kolebanja i sklono je tome da lako skrene s puta)
- često se bori s organizacijom zadataka i aktivnosti (primjerice, djetetu je teško rješavati složene zadatke, izvršava zadatke neorganizirano i neuredno, slabo upravlja s vremenom i redovito propušta rokove itd.)
- izbjegava izvršavati zadatke ili mu nedostaje entuzijazma za rješavanje zadataka koji zahtijevaju mentalni napor
- često ne može pronaći predmete potrebne za izvršavanje zadataka ili aktivnosti, poput olovke, gumice, knjiga, papira itd.
- dijete lako ometu vanjski podražaji
- dijete je zaboravljivo kada je riječ o izvršavanju svakodnevnih aktivnosti.

Kako bi bilo moguće dijagnosticirati ADHD nužno je da se kod djeteta manifestira najmanje šest simptoma povezanih s nepažnjom. Isto vrijedi i za simptome hiperaktivnosti, odnosno impulzivnosti. Pritom se navode sljedeći simptomi hiperaktivnosti (Američka psihijatrijska udruga, 2013):

- dijete često ubrzano pomiče ruke ili noge te se vrpolti dok sjedi
- dijete je nemirno i šeta u situacijama kada se od njega očekuje da mirno sjedi

- dijete pretjerano trči ili se penje u situacijama kada takvo ponašanje nije očekivano i prikladno
- ne može se uključiti u mirnu igru ili sudjelovati u slobodnim aktivnostima
- često pokazuje stalno kretanje, kao da je „na motornom pogodnu“ ili mu je teško ostati mirno duže vrijeme, osobito u okruženjima poput restorana
- dijete često pretjerano priča.

Kada je riječ o impulzivnosti u DSM-V ističu se sljedeći simptomi (Američka psihijatrijska udruga, 2013):

- dijete često manifestira ponašanja kao što su preuranjeno davanje odgovora prije završetka pitanja, dovršavanje rečenica za druge, pokazivanje nestrpljivosti tijekom razgovora i sl.
- dijete ne može čekati u redu
- često prekida ili uznemirava druge (primjerice, upadanjem u razgovor, prekidanjem igre, korištenjem tuđih stvari bez traženja dopuštenja).

#### *2.5.1.2. Dijagnostički kriteriji prema ICD-11*

Posljednje izdanje ICD-a (ICD-11) objavljeno je 2018. godine. Između dijagnostičkih kriterija navedenih za ADHD u toj klasifikaciji koju izdaje Svjetska zdravstvena organizacija postoje tri ključne razlike u usporedbi s klasifikacijom Američke psihijatrijske udruge. Prva se razlika odnosi na broj dijagnostičkih kriterija za simptome nepažnje te hiperaktivnosti i impulzivnosti. Dok ih DSM-V ima po devet, u ICD-11 navodi se po 11 dijagnostičkih kriterija. Druga je razlika vezana za jasnoću i standardizaciju dijagnostičkih pragova (dijagnostički pragovi za broj simptoma u domenama nepažnje i hiperaktivnosti, odnosno impulzivnosti izričito su navedeni u DSM-V, dok u ICD-11 nisu). Posljednja se razlika odnosi na podjelu simptoma hiperaktivnosti i impulzivnosti u poddimenzije (razlika u podjeli domena simptoma hiperaktivnosti i impulzivnosti povezana je s razlikama između sadašnjeg i prethodnih izdanja DSM-a i ICD-a, a to ima važne istraživačke implikacije)(Gomez i sur., 2023).

U ICD-11 navedeno je kao i u DSM-V da se simptomi trebaju javljati najmanje šest mjeseci. Navodi se nekoliko simptoma nepažnje koji su postojani dovoljno snažni da izravno i negativno utječu na akademsko i društveno funkcioniranje, kao što su (ICD-11, n. d.):

- poteškoće u održavanju pažnje na zadacima koji ne pružaju visoku razinu stimulacije ili nagrade ili zahtijevaju neprestani mentalni napor
- nedostatak pozornosti za detalje
- činjenje grešaka iz nepažnje u zadacima
- nedovršavanje zadataka
- dijete lako ometaju vanjski podražaji ili misli koje nisu povezane sa zadatkom koji obavlja
- često se čini da ne sluša
- nerijetko postoji dojam da dijete sanjari ili su mu misli negdje drugdje
- dijete gubi stvari
- zaboravno je u svakodnevnim aktivnostima
- dijete zaboravlja da treba dovršiti ili obaviti nadolazeće dnevne zadatke ili aktivnosti
- prisutne su poteškoće u planiranju, upravljanju i organiziranju školskih obaveza, zadataka i drugih aktivnosti.

Kada je riječ o hiperaktivnosti, odnosno impulzivnosti ističu se sljedeći simptomi koji postaju najviše vidljivi u situacijama koje zahtijevaju samokontrolu ponašanja (ICD-11, n. d.):

- pretjerana motorička aktivnost
- dijete se ustaje kada se od njega očekuje da mirno sjedi
- dijete neprestano trči okolo
- dijete teško sjedi mirno
- prisutan je osjećaj tjelesnog nemira
- prisutan je osjećaj nelagode zbog tišine ili mirnog sjedenja
- postoje teškoće s tihim uključivanjem u aktivnosti
- dijete previše priča
- poteškoće u čekanju u različitim situacijama
- dijete prekida ili zadire u druge razgovore ili igre
- sklonost djelovanju kao odgovor na neposredne podražaje bez promišljanja o posljedicama (primjerice, ponašanje s mogućnošću tjelesne ozljede; impulzivne odluke i sl.).

I u ICD-11 navodi se da se simptomi trebaju početi manifestirati prije dvanaeste godine. Isto tako, ističe se da simptomi trebaju biti očiti u više situacija ili okruženja, ali se napominje da će vjerojatno varirati ovisno o strukturi i zahtjevima okruženja. Kao i u DSM-V istaknuto je



da je nužno da se simptomi ADHD-a ne mogu bolje objasniti drugim mentalnim poremećajem (primjerice, poremećajem povezanim s tjeskobom ili strahom, neurokognitivnim poremećajem kao što je delirij itd.) ili da je isključeno da su simptomi posljedica učinaka određenih tvari ili lijekova na središnji živčani sustav i da nisu posljedica bolesti živčanog sustava (ICD-11, n. d.).

Međutim, treba napomenuti da trenutačno ne postoje ljestvice za ocjenjivanje ADHD-a temeljene na ICD-11 i taj nedostatak predstavlja prepreku za odgovarajuće istraživanje i kliničku praksu (Gomez i sur., 2023).

## **2.5.2. Postupak dijagnosticiranja**

Poremećaj se obično dijagnosticira kod djece u dobi između šest i 12 godina, točnije kod školske djece jer se simptomi u većini slučajeva ne počinju manifestirati vrlo rano, a i ne uočavaju se odmah po početku njihova manifestiranja. Kako bi se postavila dijagnoza ADHD-a kod djece kod koje se sumnja da je prisutan taj poremećaj nužno je izvršiti pregled djeteta, učiniti neurološku procjenu, provjeriti krvnu sliku, razgovarati s djetetovim roditeljima te uzeti obiteljsku i osobnu anamnezu. Nakon obavljenih pretraga i razgovora neuropedijatar upućuje dijete na procjenu kod dječjeg psihijatra koji utvrđuje djetetove intelektualne sposobnosti, verbalne i motoričke sposobnosti, sposobnost obrađivanje informacije te eventualnu prisutnost određenih simptoma ADHD-a (Zrilić, 2011).

Prvi je korak razgovor s roditeljima koji se odnosi na obrazlaganje problema koji su prisutni kod djeteta, utvrđivanje djetetova razvoja te planiranje ostalih dijagnostičkih postupaka (Phelan, 2005). Dakle, na temelju kriterija koji se ističu u DSM-V tijekom intervjua s roditeljima procjenjuje se djetetovo ponašanje (roditelji možda nisu do samog razgovora osvijestili prisutnost svih simptoma koje dijete manifestira, pa je nužno navesti sve moguće simptome) te se dobivaju okvirni podatci o njegovu razvoju (Kocijan-Hercigonja i sur., 1999). Kako bi se dobili podatci o djetetovu razvoju prolazi se kroz više strukturiranih upitnika. Slijedi uzimanje obiteljske i osobne anamneze te planiranje ostatka evaluacije. U slučaju sumnje da je kod djeteta prisutan ADHD roditelji se potiču da se educiraju o samom poremećaju (Phelan, 2005).

Slijedi razgovor s djetetom. Utvrđuje se u kojoj je mjeri dijete voljno razgovarati. Važno je prikupiti što više podataka o djetetovu doživljaju njegova obiteljskog, vrtićkog i društvenog života kako bi se s njime izgradio dobar odnos. S druge strane, ne smije se zauzeti ni pretjerano prijateljski stav jer djeca kod kojih je prisutan ADHD reagiraju sumnjičavo ako je odrasla osoba

pretjerano prisna. Prema tome, nužna je iskrenost u pristupu koja će potaknuti dijete da se otvori. Starija djeca mogu razgovarati samostalno, dok se djeci mlađe i predškolske dobi može ponuditi da se razgovor vodi tijekom igre ili dok dijete crta. Na kraju razgovora i samom se djetetu ističe kako će teći ostatak evaluacije (Phelan, 2005).

Osim individualnog razgovora s roditeljima i djetetom provodi se razgovor i sa svim članovima obitelji zajedno kako bi se stekao uvid u obiteljske odnose, načini reagiranja na probleme, primjenjivanje kazni i nagrada itd. U tim razgovorima sudjeluju i braća i sestre djece s ADHD-om. Dakle, na temelju tog intervjua stječe se dojam o socio-psihološkom stanju djetetove obitelji (Kocijan-Hercigonja i sur., 1999).

Sljedeći je korak neurološki pregled djeteta koji provodi neuropedijatar. Neurološki nalaz može biti uredan, ali moguće je ustanoviti minimalna odstupanja poput otežanih pokreta, nespretnosti, asimetrije refleksa i slično na temelju pažljivog pregleda. Kod djece s ADHD-om loša je koordinacija koja često rezultira raznim tjelesnim ozljedama ili nemogućnošću djeteta da se uključi u aktivnosti u kojima je nužna razvijena koordinacija. Treba ispitati i čitanje i računanje kod školske djece jer su takve teškoće često prisutne kod djece s tim poremećajem (Kocijan-Hercigonja i sur., 1999).

Osim neurološkog pregleda nužno je provesti laboratorijsko-dijagnostičke postupke, odnosno analizirati krvne pretrage (niska razina željeza i anemičnost mogu biti odgovorni za poremećaj koncentracije), endokrinološke pretrage, analizirati razinu serotonina i njegovih metabolita te ispitati funkcioniranje mozga (Kocijan-Hercigonja i sur., 1999).

Prikupljaju se i informacije iz vrtićkog ili školskog okruženja, odnosno od djetetovih odgojitelja ili učitelja te stručnih suradnika zaposlenih u predškolskoj ustanovi ili školi.

Ako se potvrdi sumnja da dijete ima ADHD, odnosno ako se dijagnosticira taj poremećaj, potrebno je s roditeljima i djetetom provesti postdijagnostički razgovor. Riječ je o razgovoru u kojem se roditelji i dijete obavještavaju o postavljanju dijagnoze te se pripremaju i motiviraju za liječenje poremećaja. Roditelji i dijete trebaju shvatiti da je riječ o poremećaju koji se ne može izliječiti, odnosno da je problem kroničan, ali da razni oblici terapije mogu pomoći da se djetetovo ponašanje stavi pod kontrolu. Osim toga, tijekom tog razgovora se nastoje ukloniti sve nejasnoće vezane za ADHD koje su prisutne kod roditelja i djeteta (Phelan, 2005).

### **2.5.3. Standardizirane ljestvice procjene**

U okviru dijagnostičkog procesa za ADHD koriste se standardizirane ljestvice procjene kao što su Russell-Barkleyjeva i Connersova ljestvica za roditelje te Vanderbiltova i

Connersonova ljestvica za učitelje (Kocijan Hercigonja i sur., 1999). Iako te ljestvice igraju ključnu ulogu u dijagnostičkom procesu, same po sebi nisu dovoljne za dijagnosticiranje ADHD-a (Phelan, 2005). Naime, te dijagnostičke ljestvice omogućuju sveobuhvatnu procjenu širokog spektra pitanja unutar relativno kratkog vremenskog okvira, a rezultati djeteta se zatim uspoređuju s normama specifičnima za djetetovu dob. Rezultati su često prikazani u vizualno informativnim grafikonima, koji pomažu u objašnjavanju dijagnostičkih nalaza roditeljima.

Dvije su vrste ljestvica koje se koriste u procjeni dječjeg funkcioniranja, odnosno ljestvice širokog i uskog opsega. Ljestvice širokog opsega daju opći pregled djetetova funkcioniranja i pokrivaju široki raspon potencijalnih problema. Ljestvice uskog opsega, pak, koriste se za dublje ispitivanje određenih problematičnih područja, poput ADHD-a ili drugih mogućih komorbiditeta. Achenbachova lista za provjeru ponašanja djeteta (engl. *Achenbach Child Behavior Checklist – CBCL*) te Sustav procjene ponašanja za djecu (engl. *Behavior Assessment System for Children – BASC*) dvije su ljestvice širokog opsega koje se često koriste. Achenbachova ljestvica poznata je po snažnoj standardizaciji i lakoći bodovanja. Iako je učinkovita u identificiranju komorbiditeta, u određenoj mjeri može uputiti na netočne zaključke, što može utjecati na točnost dijagnoze. Postoje različite verzije te ljestvice za roditelje, učitelje i djecu. Osim toga, ta ljestvica uključuje različite subskale kao što su agresivno ponašanje, delikventno ponašanje, anksioznost/depresija, somatske tegobe i socijalni problemi. BASC ljestvica također nudi različite verzije za roditelje, učitelje i djecu, zajedno sa subskalama koje su paralelne onima iz CBCL-a (Phelan, 2005).

Nasuprot tome, Berkleyjevi upitnici o kućnim i školskim situacijama (engl. *Home i School Situations Questionnaire*) imaju drugačiji pristup rješavanju problema. Upitnik o kućnim situacijama ispunjavaju roditelji. Riječ je o upitniku koji sadrži šesnaest raznih situacija na koje roditelji odgovaraju potvrdnim ili negativnim odgovorom. Ako roditelj na više od 50 pitanja odgovori potvrdno, može se potvrditi dijagnoza ADHD-a. U procesu dijagnosticiranja tog poremećaja koristi se i revidirana Connersonova ljestvica za procjenu težine simptoma. Taj alat za procjenu posebno je osmišljen za utvrđivanje prisutnosti ADHD-a te problematičnog ponašanja kod djece i adolescenata (Kocijan Hercigonja i sur., 1999). I izvorna i revidirana verzija ljestvice obično se koriste u istraživanjima za dijagnosticiranje ADHD-a. Rezultati su kategorizirani u tri ljestvice: protivljenje, kognitivni problemi/nepažnja i hiperaktivnost. Subskale kognitivnih problema/nepažnje i hiperaktivnosti doprinose ADHD indeksu, gdje se ukupni rezultati za svaku subskalu zbrajaju i zatim pretvaraju u T-vrijednosti na temelju dobi i spola. Viši rezultati ukazuju na veću ozbiljnost problema. Podskala kognitivnih problema/nepažnje fokusirana je na izazove povezane s pažnjom i poteškoće u kognitivnom

angažmanu, kao što je nevoljkost sudjelovanja u mentalno zahtjevnim aktivnostima. Subskala hiperaktivnosti ispituje pojačanu motoričku aktivnost djece, obuhvaćajući ponašanja koja uključuju poteškoće u zaustavljanju, neprikladne radnje ili nemir kada se očekuje mirovanje (Kocijan Hercigonja i sur., 1999).

## **2.6. UČESTALOST POREMEĆAJA**

Utvrđeno je da je prevalencija ADHD-a veća kod dječaka u usporedbi s djevojčicama, s omjerom 2:1. Međutim, Kocijan Hercigonja i suradnici (1999) sugeriraju da je taj omjer još izraženiji, s omjerom 4:1 u korist dječaka. Sekušak-Galešev (2005) također podržava to stajalište. Ipak, neki autori smatraju da bi se ta spolna razlika u učestalosti ADHD-a mogla pripisati većoj vjerojatnosti prepoznavanja poremećaja kod dječaka zbog njihove sklonosti ispoljavanju vidljivijih simptoma, poput agresivnosti (Hrvatska udruga za disleksiju, 2007). Jurin i Sekušak-Galešev (2008) nadalje tvrde da postoje varijacije u kliničkoj manifestaciji ADHD-a između djevojčica i dječaka. Dječaci su skloni pokazivati više hiperaktivnosti i impulzivnosti, dok se djevojčice često bore s održavanjem pažnje, što rezultira kasnijim prepoznavanjem simptoma.

Iako se dugo vjerovalo da se ADHD javlja samo u djetinjstvu, poremećaj se prenosi i u odraslu dob u oko 30 do 70 % slučajeva. Obično se simptomi poremećaja počinju manifestirati u dobi između tri i četiri godine, ali se kod neke djece mogu javiti i dosta ranije. S druge strane, zabilježeno je i da su se u određenim slučajevima simptomi ADHD-a počeli javljati tek u dobi od pet ili šest godina (Hughes i Cooper, 2009).

Nadalje, ADHD je rašireniji među djecom koja žive u urbanim područjima u usporedbi s onom u ruralnim područjima. Isto tako, čimbenici kao što su dob, socioekonomski status i dijagnostički kriteriji također mogu pridonijeti razlikama u pojavi ADHD-a (Kocijan Hercigonja i sur., 1999).

## **2.7. LIJEČENJE ADHD-a**

Iako je izlječenje od ADHD-a i dalje nedostižno, postoje brojni pristupi liječenju koji se provode. S obzirom na to da nemaju sva djeca iste simptome i izazove, a temeljni uzroci poremećaja mogu varirati, koristi se niz strategija za pomoć djeci u upravljanju simptomima i rješavanju specifičnih problema s kojima se suočavaju i dijete i njegova obitelj. Za postizanje

optimalnih rezultata ključno je odmah poduzeti mjere nakon otkrivanja problema. Tako se mogu spriječiti ili minimizirati dodatne teškoće, kao što su poremećaji ponašanja (primjerice, agresivnost) i psihološki problemi. U stručnoj se literaturi kao najučinkovitije i znanstveno potkrijepljene metode ističu psihosocijalni pristupi i farmakoterapija, uz preporuku njihova kombiniranja. Uobičajeno je liječenje ADHD-a započeti „pedagoško-edukativnim i bihevioralno-kognitivnim programom“ (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008: 199), nakon čega slijedi potencijalno uvođenje farmakološke terapije. Međutim, u određenim slučajevima odmah se započinje s medikamentoznom terapijom (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008).

Koja će se terapija primjenjivati ovisi o pojedinom slučaju, odnosno o simptomima, dobi djeteta, obiteljskoj dinamici te funkcioniranju tog djeteta u društvu (Lebedina Manzoni, 2007).

### **2.7.1. Terapijske tehnike**

Postoje različiti terapijski pristupi koji mogu ciljati ne samo na dijete, već i na obitelj i njihovu okolinu. Te su tehnike kategorizirane u grupne i individualne intervencije (Kocijan-Hercigonja i sur., 1999).

U radu s roditeljima važno je uspostaviti odgovarajuće zahtjeve i očekivanja na temelju dobi djeteta. Također je ključno objasniti temeljne uzroke djetetova ponašanja i zatražiti od roditelja da u skladu s tim modificiraju vlastito ponašanje (Lauth i sur., 2008). Obiteljska terapija, pak, usmjerena je na rješavanje problema ponašanja. Konačni je cilj promijeniti problematične obrasce ponašanja i promicati pozitivan razvoj. Sudjelovanjem u obiteljskoj terapiji roditelji mogu pronaći podršku u prevladavanju zajedničkih izazova i ublažiti osjećaje krivnje i odgovornosti. Sesije grupne terapije posebno osmišljene za roditelje djece sa sličnim problemima također mogu biti korisne jer stvaraju osjećaj zajedništva i smanjuju osjećaj izolacije. Osim toga, terapija često navodi roditelje da se učlane u razne udruge koje pružaju pravnu i druge oblike pomoći njihovoj djeci. U slučajevima kada roditelji dožive niz psihičkih reakcija, promjena raspoloženja ili čak bolesti kao posljedicu problema, postaje neophodna individualna roditeljska terapija (Kocijan Hercigonja i sur., 1999).

Kada se radi o terapeutskim metodama za djecu s ADHD-om, jedan od početnih koraka uključuje uspostavljanje dosljednih kućnih rutina. Pridržavajući se obiteljskog rasporeda obaveza, dijete razvija učinkovite radne navike. Ključno je održavati osjećaj redovitosti u izvršavanju ovih obaveza, jer je to općeprihvaćeno kao temeljno načelo u radu s djecom (Kocijan-Hercigonja i sur., 1999). Svaki dan treba pažljivo isplanirati, naglašavajući važnost

strukturiranog okruženja za dijete i osiguravajući da se slijede dosljedni postupci. Iako je bitno da se dijete društveno angažira izvan obiteljskog doma, jednako je važno da roditelji pripreme dijete na primjereno ponašanje prije izlazaka. Pozitivno ponašanje treba priznati i nagraditi, a negativno snositi odgovarajuće posljedice. Tehnika ignoriranja neprikladnih radnji, poznata kao tehnika gašenja, također se pokazala učinkovitom kada je riječ o djeci s ADHD-om. Primarni je djetetov cilj zaokupiti pažnju roditelja, čak i ako to znači pribjegavanje neadekvatnim radnjama. Stoga bi roditelj trebao ne obraćati pažnju na takvo djetetovo ponašanje. Ako se te strategije pokažu neučinkovitim, može se primijeniti društvena izolacija. Dok neki stručnjaci tvrde da je taj pristup učinkovit, drugi tvrde da može dovesti do neželjenih posljedica. Važno je naglasiti da je ova izolacija kratkog trajanja, u pravilu ne dulje od pet minuta za dijete predškolske dobi (Kocijan-Hercigonja i sur., 1999).

U radu s djecom s ADHD-om koriste se različite terapije za rješavanje negativnih emocija koje proizlaze iz društvene izolacije i odbacivanja vršnjaka. Specifične terapijske tehnike koje se koriste ovise o dobi djeteta, ali obično uključuju terapije opuštanja za djecu predškolske dobi (Lauth i sur., 2008). Preporučuje se kombinirati vježbe opuštanja s drugim oblikom terapije, poput bihevioralne ili kognitivno-bihevioralne terapije. Cilj je bihevioralne terapije modificirati djetetovo ponašanje. Ta terapija može uključivati i podučavanje roditelja tehnikama za rješavanje negativnih obrazaca ponašanja (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008). Kognitivno-bihevioralna terapija, pak, pomaže djetetu da razumije kako su povezane njegovi misli i osjećaji te ponašanje, odnosno koje su štetne posljedice njegova ponašanja (Salkičević i Tadinac, 2017). Jednom kada dijete postane svjesno toga, dobiva upute o tome kako modificirati te misli, emocije i postupke kako bi proizvelo povoljan rezultat. Ipak, Jurin i Sekušak-Galešev (2008) ističu da istraživanja učinkovitosti kognitivno-bihevioralne terapije u djece s ADHD-om nisu dala značajnije rezultate.

Lauth i suradnici (2008) ističu različite terapijske pristupe primjerene djeci s ADHD-om, s posebnim naglaskom na učinkovitost bihevioralne terapije. Ta vrsta terapije omogućuje djeci s ADHD-om da razviju samokontrolu i uoče očekivanja koja se pred njih postavljaju, što dovodi do pozitivnih ishoda. Obično se bihevioralna terapija nadopunjuje terapijom lijekovima. Međutim, kako vrijeme prolazi, dozu lijekova treba postupno smanjivati uz povećanje učestalosti psihološke terapije. U konačnici, to otvara put mogućnosti privremenog ili trajnog prekida uzimanja lijekova (Lauth i sur., 2008).

Lauth i suradnici (2008) raspravljaju i o konceptu „neurofeedbacka“ kao potencijalnoj metodi za djecu da aktivno reguliraju svoje moždane funkcije. Ta tehnika omogućuje djeci da steknu kontrolu nad svojom moždanom aktivnošću, što rezultira smanjenjem hiperaktivnosti i

impulzivnosti, kao i poboljšanjem pažnje (Strehl i sur., 2004; Leins, 2005; Leins i sur., 2006, prema Lauth i sur., 2008).

### **2.7.2. Medikamentozna terapija**

U liječenju ADHD-a kod djece ponekad se koriste lijekovi. Dok se terapija lijekovima naširoko smatra najučinkovitijim pristupom pomoći djeci s ADHD-om, mnogi roditelji oklijevaju nastaviti s ovim oblikom liječenja. Točnije, roditelji izražavaju zabrinutost u vezi s mogućim nuspojavama i rizikom od ovisnosti povezanih s tim lijekovima. Međutim, važno je prepoznati da liječenje ADHD-a lijekovima nije trajno i ovisi o individualnom odgovoru djeteta, kao i o njegovom angažmanu u psihoterapijskim tehnikama. Osim toga, nužno je uključiti druge intervencijske strategije uz lijekove, bez obzira na njihovu učinkovitost, u djece s ADHD-om (Webb i sur., 2010). Treba naglasiti da se trajno ublažavanje simptoma ADHD-a može osigurati samo dosljednom primjenom određenog lijeka. Kada dijete prekine uzimanje lijeka, njegovo ponašanje se vraća u prijašnje stanje. Stoga je ključno provoditi terapijske tehnike uz medikamentoznu terapiju kako bi se pomoglo djetetu da stekne odgovarajuće ponašanje i razvije samokontrolu (Lauth i sur., 2008).

Postoje različite vrste lijekova koji se mogu koristiti za liječenje ADHD-a, uključujući stimulanse, antidepresive i antihipertenzive. Međutim, važno je razumjeti da izbor lijekova ovisi o svakom djetetu s obzirom na to da svi lijekovi ne djeluju jednako na svako dijete s ADHD-om. Svako dijete ima jedinstvene karakteristike, kao što su podrijetlo, okolina i specifični simptomi (Kovač, 2013).

Stimulansi poput metilfenidata i amfetamina najčešće su propisivani lijekovi za djecu s dijagnosticiranim ADHD-om. Dokazano je da ti lijekovi povećavaju raspon pažnje, smanjuju impulzivnost, hiperaktivnost i agresivno ponašanje, te u konačnici poboljšavaju akademski uspjeh dok potiču bolju usklađenost s određenim očekivanjima. Međutim, važno je napomenuti da postoji mogućnost pojave nuspojava pri korištenju stimulansa, uključujući ali ne ograničavajući se na glavobolje, nelagodu u želucu, poteškoće sa spavanjem, pospanost, osjećaj tuge i razdražljivosti, smanjeni apetit i razvoj tikova (Phelan, 2005).

Antidepresivi, i to triciklički antidepresivi i SIPPS-I drugi su izbor za liječenje ADHD-a. Obično se propisuju kada su stimulansi pokazali ograničenu učinkovitost ili su izazvali neželjene nuspojave kao što su povećana anksioznost i depresija (Phelan, 2005; Kocijan-Hercigonja i sur., 1999).

Ponekad se djeci s ADHD-om propisuju antihipertenzivi. Određeni stručnjaci predlažu da se ti lijekovi trebaju uzeti u obzir za vrlo energičnu i iznimno aktivnu djecu koja pokazuju jaku sposobnost nošenja s frustracijama. Djelovanjem na izražene promjene raspoloženja, eksplozivne ispade i poremećaje ponašanja, ti lijekovi mogu pomoći djeci s ADHD-om (Phelan, 2005).

### **2.7.3. Alternativni tretmani**

Među alternativnim tretmanima koji se mogu primjenjivati u liječenju djece s ADHD-om ističu se terapija glazbom, likovna terapija, terapija igrom, terapijsko jahanje, terapija dijetom, program ravnoteže mozga te terapijske tehnike koje uključuju korištenje posebnih računalnih programa.

Korištenje glazbe u terapijske svrhe, poznato kao glazbena terapija, ima za cilj postizanje specifičnih terapijskih ciljeva (Sučić, 2014). taj terapijski pristup proizašao je iz različitih stručnih područja, uključujući opću psihologiju, antropologiju, medicinu, radnu terapiju i fizioterapiju (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2011.). Sučić (2014) identificira nekoliko temeljnih tehnika koje se koriste u glazbenoj terapiji, kao što su improvizacija uz pomoć ritmičkih instrumenata, pjevanje bez obzira na vlastite sposobnosti, sviranje instrumenata, vođena mašta za evociranje emocija i vizija glazbom, plesna terapija koja uključuje pokret i pasivno slušanje glazbe. Glazbenom terapijom djeca mogu doživjeti smanjenje boli i tjeskobe, kao i osjećaj opuštenosti i ugone. Terapija uključuje korištenje organiziranih zvukova i glazbe kako bi se uspostavila veza između učenika i terapeuta, promičući fizičko, mentalno, socijalno i emocionalno blagostanje (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

U radu s djecom s ADHD-om koristi se i likovna terapija. Likovno izražavanje omogućuje istraživanje i rješavanje emocionalnih sukoba, kao i ubrzavanje razvojnih procesa. To uključuje psihoterapijski proces koji igra ključnu ulogu u osobnom rastu, razvoju i sazrijevanju, kao i samootkrivanju i prepoznavanju pozitivnih izvora. Za djecu s ADHD-om, koja se često bore s komunikacijom i izražavanjem svojih emocija, umjetničko izražavanje može biti posebno korisno. Crtanje se obično koristi kao alat za ovu djecu, jer im omogućuje projiciranje vlastitih iskustava, želja i sukoba. Analizom crteža djece s ADHD-om mogu se dobiti vrijedni podaci o njihovom emocionalnom i psihomotornom razvoju. To uključuje njihove fine i grube motoričke vještine, grafomotoričke vještine, lateralnost, percepciju, orijentaciju na papiru, kognitivne sposobnosti, svijest o tijelu, svijest o prostoru, iskustva s



okolinom, obiteljske odnose, samopoimanje i samopoštovanje. Crtež toj djeci služi kao sredstvo izražavanja pri verbaliziranju, asociiranju i uspostavljanju veze sa stvarnošću koja predstavlja poteškoće (Božac, 2011).

Terapija igrom koristi se u liječenju djece s ADHD-om i za jačanje veze između roditelja i djece. Taj terapijski pristup iskorištava snagu igre za rješavanje socio-emocionalnih izazova kod djece. S obzirom na to da djeca mlađa od jedanaest godina još nisu u potpunosti razvila sposobnost verbalizacije i apstraktnog mišljenja, terapeut može postaviti brojna pitanja na koja djeca možda nemaju odgovore. Kao rezultat toga, igra postaje idealan put za uspostavljanje terapijske veze (Kottman, 2001). Kroz terapiju igrom dijete se usmjerava prema postizanju optimalnog rasta i razvoja. Dok terapeut uvodi različite tehnike, oni također slijede djetetove znakove i dopuštaju mu da preuzme vodstvo, osobito u radu s malom djecom. Početni korak uključuje izgradnju snažnog odnosa i povjerenja između terapeuta i djeteta, budući da uspjeh terapije igrom ovisi o učinkovitoj komunikaciji i sigurnom terapijskom odnosu. U području terapije igrom terapeut preuzima ulogu djeteta, aktivno se uključuje u različite aktivnosti i oponaša glasove i zvukove, čak glumi strah ili tugu (Schaefer, 2011). Tim pristupom terapeut stječe dublje razumijevanje djetetovih misli i emocija, njegujući odnos izgrađen na povjerenju. Dodatno, terapija igrom služi kao platforma za podučavanje djeteta bitnim socijalnim vještinama i poticanje samoistraživanja, obuhvaćajući svoje želje, ciljeve i svijet oko sebe (Tahirović, 2016). Rezultati provedenih istraživanja pokazuju da primjena terapije igrom kod djece s ADHD-om donosi značajne i dugotrajne dobrobiti. Simptomi su značajno smanjeni do 24 mjeseca nakon terapije, uz značajan napredak u komunikaciji, socijalizaciji i percepciji (Pittala i sur., 2018). Nadalje, studija je otkrila da su nakon 16 terapija igrom djeca s ADHD-om pokazala značajna poboljšanja u područjima kao što su tjeskoba, povlačenje i emocionalna stabilnost (Ray i sur., 2007). U opsežnoj metaanalizi koju su proveli Lin i Bratton (2015), a koja obuhvaća 52 istraživanja objavljena između 1995. i 2010. godine, utvrđeno je da je terapija igrom pokazala superiornu učinkovitost u usporedbi s placebom, alternativnim terapijama ili nikakvim liječenjem. Pokazalo se da su djeca uključena u terapiju igrom imala superiorne rezultate u usporedbi s djecom koja su bila podvrgnuta alternativnim tretmanima ili nisu primila nikakvu specifičnu intervenciju.

Liječenje djece s ADHD-om uključuje i terapijsko jahanje koje se može provoditi individualno ili grupno. Taj pristup koristi konje i aktivnosti usredotočene na te životinje kako bi se djeci pomoglo u postizanju njihovih jedinstvenih terapijskih ciljeva (Tomašek, 2023). Istraživanja su pokazala da terapijsko jahanje potiče bolji raspon pažnje, razvoj motorike,

govora, samouvjerenosti, samoregulacije i socijalne integracije (Krpmotić, 2003; prema Buljubašić-Kuzmanović, 2017).

Jedan od pristupa je i terapija djetetom koja se temelji na ideji da određene tvari prisutne u hrani koju djeca konzumiraju mogu imati negativan utjecaj na njihovo ponašanje. Stoga je iz njihove prehrane potrebno izbaciti te štetne sastojke, poput glutena (Nikolić i sur., 2004). Postoje četiri različite metode provođenja te terapije, a to su Feingoldova dijeta, Haferova dijeta, oligo-antigena dijeta te unos nezasićenih masnih kiselina (Lauth i sur., 2008). Feingoldova dijeta uključuje uklanjanje prirodnih i umjetnih dodataka iz prehrane djeteta. Međutim, stručnjaci ne preporučuju tu dijetu jer se pokazala neučinkovitom. Hafer dijeta se, pak, fokusira na eliminaciju fosfatnih aditiva iz hrane, jer se vjeruje da ti aditivi doprinose motoričkom nemiru. Međutim, i ta dijeta ima značajne nedostatke jer isključuje ugljikohidrate, vitamin C i dijetalna vlakna, koji su bitni sastojci zdrave prehrane za djecu. Oligo-antigena dijeta nudi treći pristup upravljanju prehranom. Primarni je cilj te dijetete eliminirati sve potencijalne alergene isključivanjem hrane koja bi mogla izazvati alergije. U tu su dijetu uključene samo namirnice za koje je poznato da ne sadrže alergene. Nakon nekoliko tjedana te dijetete postupno se uvode nove namirnice za koje se pretpostavlja da bi mogle izazvati alergijsku reakciju, poput kravljeg mlijeka, pšenice, citrusa, čokolade i konzervansa. Tijekom tog procesa velika se pažnja posvećuje pojavi simptoma ADHD-a. Ako se utvrdi da su određene namirnice štetne, one se odmah uklanjaju iz djetetove prehrane. Iako je za dijeta pokazala učinkovitost kod neke djece, ne daje rezultate kod sve djece s ADHD-om. Naime, suvremena shvaćanja ADHD-a ne pripisuju poremećaj štetnoj tvari. Umjesto toga, vjeruje se da se određena djeca bore s toleriranjem određene hrane, osobito u pretvaranju nezasićenih masnih kiselina u dugolančane, polinezasićene masne kiseline, koje su važne za moždano funkcioniranje. Istraživanja su pokazala da djeca s dijagnosticiranim ADHD-om često pokazuju nedostatak nezasićenih masnih kiselina, pa je nužno u njihovu prehranu uključiti namirnice koje su bogate tim kiselinama (Lauth i sur., 2008).

Kada je riječ o programu ravnoteže mozga, to je terapija koja se temelji na integraciji moždanih hemisfera. Osmišljena je za rješavanje simptoma ADHD-a identificiranjem i rješavanjem neravnoteže u funkciji mozga. Kroz niz testova procjenjuju se djetetovi simptomi, posebno ciljajući na hemisferu ili hemisfernu funkciju koja nije u ravnoteži. Program radi na pretpostavci da se postizanjem ravnoteže između dviju hemisfera mogu ublažiti simptomi ADHD-a. Osim kognitivnih vježbi, dijetete se bavi i senzomotoričkim aktivnostima te prolazi kroz promjene u prehrani i ponašanju. Taj sveobuhvatni pristup pokazao se učinkovitim u

poboljšanju djetetova ponašanja, društvenih vještina, emocionalne dobrobiti i akademskog uspjeha (Melillo, 2016).

Još jedan alternativni način liječenja ADHD-a odnosi se na korištenje programa potpomognutih osobnim računalom. Jedan takav program je Attentioner, koji se može koristiti pojedinačno ili u grupi do četvero djece. Usmjeren je na treniranje dječje pažnje, posebno selektivne i podijeljene pažnje. Selektivna pažnja podrazumijeva da dijete reagira samo na specifične podražaje, dok podijeljena pažnja zahtijeva fleksibilnu primjenu fokusa u određenim situacijama. Program se sastoji od 15 sati u trajanju, tijekom kojih dijete obavlja četiri zadatka namijenjena vježbanju pažnje. Drugi program, nazvan Staddy, ima oblik igre i ima za cilj poboljšati koncentraciju. Podijeljen je u tri dijela, od kojih se svaki dio sastoji od 15-minutne igre (Lauth i sur. 2008). U mogućnostima liječenja djece s ADHD-om uključeni su i računalni programi kao što je Play attention, koji uključuje zbirku igrica osmišljenih za poboljšanje pažnje i vještina pamćenja (Kocijan-Hercigonja i sur., 1999). Dostupni su specifični računalni testovi za procjenu i liječenje ADHD-a u djece, kao što su Gordon Diagnostic System, The Conners CPT i TOVA - Tests of Variables (Salkičević i Tadinac, 2017).

### **3. ADHD KOD DJECE PREDŠKOLSKE DOBI**

Kako je istaknuto u prethodnom poglavlju, nužno je razlikovati hiperaktivnost od pretjerane aktivnosti, koja je jednostavno normalan dio ponašanja djeteta u određenim fazama razvoja. Za djecu predškolske dobi potpuno je karakteristično hiperaktivno ponašanje, stalno kretanje, istraživanje i nemir. Ta pojačana motorička aktivnost ima tendenciju smanjenja nakon što dijete navrší tri godine. Kako bi se spriječila bilo kakva zabuna bitno je temeljito razumjeti što poremećaj hiperaktivnosti uistinu podrazumijeva. Energično dijete s hiperaktivnošću stalno se kreće, prebacujući se s jedne aktivnosti na drugu bez zadržavanja interesa dulje vrijeme. Čini se da se hiperaktivno dijete uključuje u radnje bez određenog cilja i da se muči da dovrši započete zadatke. Ostati sjediti na jednom mjestu pokazalo se izazovnim, čak i tijekom obroka, prilikom gledanja televizije ili slušanja priče. Djeca s ADHD-om su sklona i poremećenom i isprekidanom spavanju (Kocijan Hercigonja i sur., 1999.). U nastavku se analiziraju različiti izazovi s kojima se hiperaktivna djeca predškolske dobi u određenim područjima mogu suočiti.

#### **3.1. PODRUČJE MOTORIKE**

Nije neuobičajeno da se ADHD dijagnosticira kod djece mlađe od četiri ili pet godina. Djeca s ADHD-om pokazuju neobično visoku razinu aktivnosti od djetinjstva, često pretjerano plaču i razvijaju naviku traženja hrane tijekom noći. Bore se sa snom, često se bude i teško ih je umiriti i utješiti. Kako rastu, ta su djeca u stalnom stanju kretanja, ne mogu mirno sjediti i neprestano dodiruju sve oko sebe. Poznati su po neprestanom ispitivanju, a raspon pažnje nije primjeren njihovoj dobi. Oni se bore da se uključe u usamljenu igru. Motorički razvoj kod hiperaktivne djece često kasni, unatoč tome što su ta djeca sklona tome da rano prohodaju. Često pokazuju nespretnost, često padaju i teško planiraju i predviđaju posljedice svojih postupaka (Hrvatska udruga za disleksiju, 2007). Taj nedostatak koordinacije očit je u fizičkim aktivnostima, kao i u zadacima poput odijevanja, gdje mogu imati poteškoća sa zakopčavanjem gumba ili vezanjem cipela. Hiperaktivna djeca zbog nemira i nespretnosti imaju veći rizik od ozljeda u odnosu na svoje vršnjake.

### **3.2. PAŽNJA**

Djeca s ADHD-om predškolske dobi pokazuju značajan nedostatak strpljenja, stalno traže kretanje i ne mogu ostati mirna. Pokazuju nepoštivanje autoriteta, često ne slušaju svoje učitelje i upuštaju se u ometajuće brbljanje dok njihovi vršnjaci marljivo rade. Grupne aktivnosti često se prekidaju jer zadiru u prostor drugih i ometaju napredak zadataka. Njihov je raspon pažnje izrazito kratak i lako se preusmjerava. Prema Kocijan Hercigonji i suradnicima (1999), pažnja djece s ADHD-om je neselektivna te joj nedostaje hijerarhija važnosti za različita iskustva. Posljedično, djeca postaju umorna jer primaju sve podražaje bez ikakve selekcije. Taj umor samo pojačava njihov nemir, čime se ciklus iscrpljenosti nastavlja. Fluktuacija pažnje kod djece s ADHD-om predškolske dobi je očita, pri čemu neki dani dopuštaju duža razdoblja usredotočenosti, dok drugi rezultiraju kraćim razdobljima. Osim toga, ta djeca imaju problema s organizacijom i sklona su zametnuti svoje stvari (Kocijan-Hercigonja i sur., 1999).

### **3.3. PERCEPCIJA**

Djeca s ADHD-om u predškolskoj dobi pokazuju smetnje u vizualnoj i slušnoj percepciji. Primarni problem koji se javlja je izazov učinkovite koordinacije vizualnih pomagala, kognitivnih zadataka i fizičkih sposobnosti (Kocijan Hercigonja i sur., 1999). Djeca s hiperaktivnošću pokazuju poteškoće u crtanju i nesklonost korištenju olovke (Kovačević, 2006). Njihovi crteži su obično neuredni, loše kvalitete i ne odgovaraju njihovoj dobi. Osim toga, ta djeca mogu doživjeti poremećaje u različitim kognitivnim funkcijama, kao što su vizualno i neposredno pamćenje, vizualna reprezentacija, vizualna analiza i sinteza (osobito vidljivo u crtanju ili grafičkim zadacima), razlikovanje figura i pozadine, razlikovanje sličnih znakova ili slova, percepcija prostorni odnosi, mentalna nefleksibilnost i sklonost ustrajavanju (Kocijan Hercigonja i sur., 1999.). Unatoč višoj općoj inteligenciji, djeca s dijagnozom ADHD-a često postižu rezultate ispod svojih potencijala.

### **3.4. PROBLEMI U SOCIJALNO-EMOCIONALNOM PODRUČJU**

U različitim društvenim okruženjima pojava ADHD-a stvara značajne izazove. Ta djeca često doživljavaju neobjašnjive fluktuacije raspoloženja, što dovodi do stalnih pitanja koja drugima mogu smetati. Njihova borba da se priviknu na grupnu dinamiku često rezultira odbacivanjem od strane vršnjaka (Kovačević, 2006). S vremena na vrijeme predškolska djeca s ADHD-om dožive intenzivne nalete bijesa zbog manjih prepreka na emocionalnoj razini. Početni pokazatelj emocionalne nestabilnosti često je nekontrolirana destruktivnost. Često se opaža izmijenjena sposobnost reagiranja, što ukazuje na neadekvatne emocionalne reakcije, kao što je nedostatak reakcije na kaznu, kritiku ili fizičko zlostavljanje. Dolazi i do pomaka u njihovoj reakciji na unutarnje podražaje, jer glad postaje značajan okidač za modifikacije ponašanja (Kocijan Hercigonja i sur., 1999). Agresivnost, koja se može rano manifestirati, jedna je od prepoznatljivih osobina hiperaktivne djece.

Prema Phelanu (2005) predškolska djeca s dijagnosticiranim ADHD-om imaju poteškoća s umjerenim doživljavanjem emocija, što dovodi do ekstrema u njihovim emocionalnim stanjima. Posebno su hiperaktivna djeca sklona pretjeranoj emocionalnoj stimulaciji. To rezultira u dva različita emocionalna stanja: ekstremna sreća i uzbuđenje, koje karakterizira energično ponašanje, glasno pričanje i nepredvidljivo djelovanje ili intenzivan bijes. Phelan (2005) napominje da ti ispadi bijesa mogu nadmašiti razinu frustracije koju pojedinci obično izražavaju.

Djeca s ADHD-om često pokazuju nepredviđena i neprikladna ponašanja dok se nastoje afirmirati u društvu. Pokazuju protivljenje svojim roditeljima i ometaju svoje vršnjake, često odlučujući slijediti njihov put umjesto da se pridržavaju uputa ili društvenih očekivanja. Njihove želje imaju prednost i oni će ih slijediti bez obzira na okolnosti ili moguće ishode. Njihov primarni fokus jest na ispunjavanju njihovih trenutnih potreba, a svoju energiju usmjeravaju prema postizanju tog cilja.

### **3.5. GOVOR I GOVORNI POREMEĆAJI**

Govorni razvoj djece s ADHD-om je usporen. Postoji snažna povezanost između ADHD-a i odgođenog govora. Prema studijama, veća je vjerojatnost da će kod djece s tim poremećajem kasniti razvoj govora, a neka istraživanja pokazuju da će između 20 i 50 %

polovice djece s tim poremećajem javljaju teškoće u razvoju govora (Lewis i sur., 2012; Mueller i Tomblin, 2012). Nije toliko vjerojatno da će se kod velikog broja djece s ADHD-om razviti poremećaji govora i da ti poremećaji nisu povezani s ADHD-om. Osim toga, neka su istraživanja pokazala statistički značajnu povezanost između ADHD-a i kašnjenja u razvoju govora, odnosno govorno-jezičnih poremećaja (Beitchman i sur., 1986; Beitchman i sur., 1989; Beitchman i sur., 1996; Camarata i sur., 1988). Takve statistike naglašavaju važnost temeljitog razumijevanja načina na koji ADHD i razvoj govora međusobno djeluju (Mueller i Tomblin, 2012). Kocijan Hercigonja i suradnici (1999: 29) ističu kako su kod čak više od polovice djece s deficitom pažnje i nemirom zabilježeni govorni poremećaji. Uglavnom se radi o smanjenom rječniku, teškoćama kod pronalaženja riječi te lošoj gramatici.

ADHD je povezan s različitim govornim i jezičnim kašnjenjima i poremećajima koji mogu pogoršati komunikacijske poteškoće s kojima se mogu suočiti djeca s tim poremećajem. Uobičajeni govorno-jezični poremećaji koji se javljaju kod djece s ADHD-om jesu sljedeći (Scottish Rite Foundation, 2023):

- Artikulacijski poremećaji – riječ je o problemima vezanima za pravilno oblikovanje govornih glasova. Zbog svoje impulzivnosti i hiperaktivnosti djeca s ADHD-om mogu imati problema s artikulacijom, smanjujući njihovu sposobnost kontrole preciznih pokreta artikulacijskih organa (primjerice, jezika, usana i glasnica). Kao rezultat toga, njihov govor može biti nečitljiv ili teško razumljiv, ugrožavajući učinkovitu komunikaciju.
- Poremećaji tečnosti – tečnost u govoru podrazumijeva govorenje s lakoćom, odnosno govorenje bez oklijevanje i pogrešaka. Međutim, kod djece s ADHD-om češći su poremećaji tečnosti kao što su mucanje i brzopletost jer impulzivna priroda tog poremećaja može doprinijeti razvoju poremećaja tečnosti u govoru kod te djece.
- Pragmatični jezični poremećaji – pragmatični jezik odnosi se na način na koji se jezik koristi u društvenim kontekstima. Djeca s ADHD-om mogu imati pragmatične jezične poremećaje, koji se manifestiraju kao poteškoće u razumijevanju i primjeni pravila društvene komunikacije. Mogu imati problema s izmjenjivanjem u razgovorima, prepoznavanjem neverbalnih znakova ili prilagođavanjem svojeg govora društvenom kontekstu, što otežava učinkovito uključivanje u društvene interakcije.
- Poremećaji jezične obrade – riječ je o poremećajima koji oštećuju sposobnost pojedinaca da razumije i tumači govorni ili pisani jezik. Djeca s ADHD-om mogu imati kašnjenja ili poteškoće s obradom jezika, što, pak, rezultira poteškoćama s

razumijevanjem, praćenjem uputa i prisjećanjem informacija. To može utjecati na njihov akademski uspjeh, kao i na njihove ukupne komunikacijske vještine.

Nekoliko je razloga zbog čega razvoj govora kod djece s ADHD-om kasni. Prvi je razlog taj što ADHD može utjecati na vještine izvršne funkcije, a to su sposobnosti koje pojedincu omogućuju planiranje, organiziranje i upravljanje mislima i ponašanjem. Razvoj govora i jezika zahtijeva vještine izvršne funkcije. Djeca s ADHD-om mogu se boriti s vještinama izvršne funkcije kao što su planiranje govora, inhibiranje impulzivnih odgovora i praćenje proizvodnje govora. Osim toga, ADHD može dovesti do poteškoća s rasponom pažnje i fokusom. To može otežati djeci s tim poremećajem da se usredotoče na govorni i jezični unos koji im je potreban za razvoj govornih i jezičnih vještina. Nadalje, ADHD može rezultirati hiperaktivnošću i impulzivnim ponašanjem. Zbog toga je djeci s ADHD-om teško mirno sjediti i slušati upute, što je bitno za razvoj govora i jezika. Primjerice, mogu prekidati ili govoriti istovremeno dok drugi govore, što im otežava produktivne razgovore ili im može biti teško zadržati se na određenom zadatku i završiti aktivnosti govorne i jezične terapije. Ključno je razumjeti u kakvom su odnosu ADHD i kašnjenja u razvoju govora jer rana intervencija može značajno utjecati na dugoročne ishode za djecu s tim poremećajima. Osim toga, edukacijski rehabilitatori, logopedi i medicinski stručnjaci mogu ponuditi fokusiranu, personaliziranu podršku i tretmane koji rješavaju kašnjenja u razvoju govora i poteškoće povezane s ADHD-om. Isto tako, poboljšanje problema vezanih za govor kod djece s ADHD-om omogućuje poboljšavanje njihovih komunikacijskih vještina uz smanjenje frustracije i izolacije (Scottish Rite Foundation, 2023).

Važno je napomenuti da neće sva djeca predškolske dobi s ADHD-om imati kašnjenja ili poremećaje u govoru i jeziku te da u slučaju da su te teškoće ipak prisutne, njihova težina može uvelike varirati.

### **3.6. ODNOSI S OKOLINOM**

Socijalni odnosi djece s ADHD-om su ugroženi jer je njihova okolina njima nezadovoljna – nezadovoljni su roditelji te odgojitelji jer ne mogu sudjelovati u zajedničkim aktivnostima i jer nemaju rezultate kao i druga djeca, a nisu ni prihvaćeni među svojim vršnjacima zbog svojeg ponašanja (Kocijan Hercigonja i sur: 1999: 30).



### **3.6.1. Odnos s članovima obitelji**

Kako hiperaktivno dijete postaje starije, njegova neobuzdanost postaje sve veći problem. Tako neke obitelji jednostavno prestaju izlaziti zbog scena koje njihovo dijete može prouzročiti u javnosti. U predškolskim ustanovama ponekad odbiju daljnju skrb o hiperaktivnom djetetu zbog njegova neslaganja s drugom djecom i zbog agresivnog ponašanja. Time se roditeljima samo otežava ionako teška situacija, čiju težinu će još više osjetiti kada njihovo dijete krene u školu.

Prema Phelanu (2005), roditelji djece s ADHD-om često su zbunjeni ponašanjem svog djeteta, boreći se da shvate što se događa. Jedinstvene potrebe ponašanja njihova djeteta mogu izazvati stres kod roditelja. Osobito su samohrani roditelji u izazovnoj situaciji. S ograničenom kontrolom nad ponašanjem svoje djece i vanjskim pritiscima koji ih opterećuju, roditelji često pribjegavaju kontroli i negativnim reakcijama, nenamjerno pogoršavajući problem. Prisutnost brata ili sestre može dodatno pogoršati situaciju, jer su česte svađe među djecom, pri čemu te svađe najčešće inicira upravo dijete s ADHD-om. Naime, nije neuobičajeno da djeca s ADHD-om osjećaju zavist prema svojoj braći i sestrama, doživljavajući da im roditelji pokazuju naklonost, a nažalost, ta je zabrinutost ponekad opravdana. Izazovan zadatak discipliniranja djeteta s ADHD-om stvara poteškoće roditeljima, a rezultirajući poremećaj u obiteljskoj dinamici često dovodi do smanjenog samopoštovanja i roditelja i djeteta (Phelan, 2005).

Prema Fedeli (2015) izazovi u obiteljskoj dinamici za djecu s ADHD-om mogu se povezati s teškoćama koje uzrokuju i govorno-jezične teškoće. Dijete je nesposobno koncentrirati se i razumjeti upute, što postaje ponajviše očigledno u obiteljskom okruženju, gdje se djeca s ADHD-om teško pridržavaju utvrđenih pravila. Osim toga, kada se od djeteta s ADHD-om traži da nešto učini, ono se može naljutiti, iako nema razloga za ljutnju.

### **3.6.2. Odnos s vršnjacima**

Uključivanje u društvene aktivnosti s vršnjacima pruža djeci s ADHD-om priliku da zadovolje svoju potrebu za intimnošću, poboljšaju svoje socijalne vještine i njeguju pozitivnu samopercepciju (Klarin, 2006). Međutim, kako je više puta navedeno, vršnjaci su skloni odbaciti djecu s ADHD-om zbog njihova ponašanja koje je pretjerano zapovjedno, a ponekad i agresivno te zbog njihove nemogućnosti da sudjeluju u grupnim aktivnostima. Djeca s ADHD-

om stalno zapitkuju ista pitanja, čime dosađuju drugima. Teško se prilagođavaju skupini i zbog toga ih njihovi vršnjaci često odbacuju (Kovačević, 2006). Isto tako, djeca s ADHD-om imaju nisku toleranciju na frustraciju, što ih navodi da pokažu burne reakcije ili zahtijevaju izmjene u pravilima igre kako bi se prilagodile njihovim preferencijama (Phelan, 2005; Velki, 2012). Zbog ograničene društvene prihvaćenosti i nedostatka druženja sa svojim vršnjacima djeca s ADHD-om sklonija su nasilnom ponašanju (Žic Ralić i Šifner, 2014). Nadalje, iskustvo društvenog odbacivanja može rezultirati razvojem anksioznosti i depresije (Phelan, 2005).

Ako ih odbace njihovi vršnjaci djeca s tim poremećajem mogu se okrenuti igri i druženju s mlađom djecom. Osim toga, bolje funkcioniraju u manjim skupinama, odnosno u igri s jednim ili s dvoje djece, a ne s više njih. Jedan je od razloga druženja s mlađom djecom taj što su djeca s ADHD-om nezrelija od svoje kronološke dobi, pa im pogoduje družiti se s mlađima od sebe. Osim toga, djeci s ADHD-om je kao fizički jačima i većima u odnosu na djecu mlađu od sebe upravljati i zapovijedati toj djeci. Isto tako, lakše im se družiti u manjim skupinama jer je lakše upravljati manjim brojem djece. Iako druženje s djecom mlađe dobi nije loše, djeca s ADHD-om će socijalne vještine najbolje razviti u interakciji sa svojim vršnjacima (Phelan, 2005).

Prema svemu istaknutome vidljivo je da su kod djece s ADHD-om u predškolskoj dobi prisutne različite teškoće u više područja, što utječe na kvalitetu njihova života. Postoje razne terapijske intervencije za pomoć djeci s ADHD-om, ali nužno je istaknuti i mogućnost primjene pozitivne psihologije u radu s tom djecom. Upravo o tome bit će više govora u sljedećim poglavljima rada.

#### **4. POZITIVNA PSIHOLOGIJA**

Danas sve manje ljudi razmišlja optimistično, pa se području pozitivne psihologije pridaje sve veća pažnja, a sve su popularnije knjige koje pojedinca upućuju na to kako da pozitivno razmišlja i da ostvari svoje ciljeve. Djeca s ADHD-om suočavaju se s raznim problemima zbog simptoma tog poremećaja, odnosno kao posljedicom djelovanja tih

simptoma, pa im je nužno pomoći da poboljšaju kvalitetu svojeg života i da uspješno ostvare vlastite ciljeve.

#### **4.1. ODREĐENJE POZITIVNE PSIHOLOGIJE**

Pozitivna psihologija kao posebna psihološka grana počela se razvijati osamdesetih godina prošlog stoljeća kada se pokazalo da bi psihologija osim dijagnosticiranja i liječenja psihički bolesnih osoba, trebala biti okrenuta prema svim pojedincima, pa tako i prema onima zdravima kako bi učinila njihov život pozitivnim i boljim (Seligman i Csikszentmihaly, 2000). Prema tome, psihologija se osim negativnim, treba baviti i pozitivnim stranama života. Suprotno onome što naziv možda implicira, pozitivna psihologija ne implicira da je ostatak psihologije inherentno negativan. Većina psiholoških istraživanja ostaje nepristrana, bez posebnog fokusa na pozitivne ili negativne aspekte ljudskog postojanja. Međutim, unutar polja kliničke psihologije postoji značajan naglasak na negativnim aspektima pojedinaca. Pozitivna psihologija pojavila se kao pokušaj uspostavljanja ravnoteže i rješavanja te neravnoteže (Gable i Haidt, 2005).

U skladu s prvim definicijama pozitivne psihologije riječ je o grani psihologije koja proučava ono što je u pojedincima dobro (Seligman i Csikszentmihaly, 2000). Sheldon i suradnici (2000; prema Rijavec i sur., 2008) kasnije su pozitivnu psihologiju definirali kao znanstveno istraživanje pozitivnih aspekata ljudskog funkcioniranja kojem je cilj otkriti i potaknuti elemente, odnosno vrline i snage koje olakšavaju napredak i rast kod pojedinaca, zajednica i društava. Pozitivna psihologija istražuje ono dobro što pojedinci čine i način na koji to rade (Rijavec i sur., 2008). Prema definiciji koju su dali Linley i suradnici (2006; prema Rijavec i Miljković, 2006: 625), pozitivna psihologija je „znanstveno istraživanje optimalnoga ljudskog funkcioniranja. Cilj joj je stvoriti ravnotežu u psihologijskim istraživanjima i praksi, usmjeravajući se na pozitivne aspekte ljudskoga funkcioniranja i iskustava i njihovo integriranje s negativnim aspektima“.

#### **4.2. POZITIVNA STANJA**

U pozitivna stanja koja čine jedan od konstrukta pozitivne psihologije ubrajaju se pozitivne emocije, dobrobit i ostala pozitivna iskustva poput zanesenosti, stalne svjesnosti i ushićenosti (Rijavec i sur., 2008).

#### **4.2.1. Pozitivne emocije**

Emocije obuhvaćaju bitne motivatore iza odgovora pojedinca na unutarnje i vanjske podražaje, kao i njihovo cjelokupno raspoloženje i društvene interakcije. (Oatley i Jenkins, 2000). Pojam emocija dolazi od latinske riječi *movere*, što znači „pokrenuti se“. Emocije proizlaze iz složene međuigre između biološke strukture pojedinca, kulturnih utjecaja i društvenih uvjetovanosti. Ta emocionalna iskustva često su popraćena nizom fizičkih manifestacija, kao što su izrazi lica, smijeh, suze, bljedoća lica, glasovne reakcije, tjelesna napetost itd. (Slunjski, 2013).

Razlikuju se primarne i sekundarne emocije. Primarne emocije su pojedincima urođene i manifestiraju se u ranom djetinjstvu jer su to emocije koje su evoluirale tijekom vremena. Tu spadaju sreća, tuga, strah, ljutnja, gađenje i iznenađenje (Brajša-Žganec, 2003). S druge strane, sekundarne emocije proizlaze iz primarnih emocija i pod utjecajem su kulturnog podrijetla pojedinca, običaja, vjere i drugih čimbenika (Slunjski, 2013). Emocije služe raznim funkcijama suočavanja, kao što su zaštita, zajedništvo, istraživanje i sl. (Reeve, 2010).

Emocije mogu biti pozitivne i negativne. Pozitivna psihologija stavlja naglasak upravo na pozitivne emocije. Dimenzije pozitivnih emocija obuhvaćaju dobro raspoloženje, sigurnost u sebe te pažnju (Watson, 2002; prema Rijavec i sur., 2008). Na izražavanje i doživljavanje pozitivnih emocija utječu kultura i društvo. Zajednička karakteristika pozitivnih emocija je Duchenneov osmijeh, nazvan po francuskom neurologu Guillaumeu Duchenneu, koji uključuje aktivaciju mišića oko očiju i usta. Dok negativne emocije služe u svrhu prilagodbe, zaštite i preživljavanja, uloga pozitivnih emocija je manje jasna. Neki teoretičari tvrde da pozitivne emocije ukazuju na trenutno zdravlje i dobrobit, dok drugi autori sugeriraju da promiču ponašanja usklađena s dobrotom, za razliku od negativnih emocija koje stalno usmjeravaju pojedince prema opasnosti i prijetnji (Rijavec i sur., 2008). Osim toga, pozitivne emocije utječu na uspješnost rješavanje situacija, složenih problema te bavljenja zadacima koji zahtijevaju kreativno razmišljanje (Miljković i Rijavec, 2009). Empirijski potkrepljena teorija širenja i izgradnje Barbare L. Frederickson ističe pozitivne učinke ugodnih emocija. Dio te teorije koji se odnosi na širenje podrazumijeva da te emocije poboljšavaju kognitivne sposobnosti te

proširuju fokus i djelovanje pojedinca (Fredrickson i Branigan, 2005). Kada se pojedinci osjećaju ugodno u svom radnom ili akademskom okruženju, veća je vjerojatnost da će uložiti veći trud (Ouwenell i sur., 2011; Ouwenell i sur., 2012). Ukratko, prema toj teoriji, ugodne emocije potiču aktivan pristup poslu i olakšavaju osobni i profesionalni rast (Fredrickson, 1998; Fredrickson 2001; Fredrickson 2004). Dakle, emocionalna stanja pojedinaca igraju ključnu ulogu u oblikovanju njihova ponašanja i ukupne kvalitete života. To je posebno važno za djecu s ADHD-om, jer je za njih bitno razviti svijest o svom emocionalnom stanju i važnosti njegovanja pozitivnih emocija, a istovremeno i svladavanja negativnih. Ovladavanje pozitivnim i negativnim emocijama ključna je komponenta emocionalne kompetencije.

#### **4.2.2. Dobrobit**

Dobrobit podrazumijeva stanje u kojem pojedinac ili društvena skupina osjeća sigurnost, sreću i prosperitet. Psihološka istraživanja idu u dva različita smjera. Prvi smjer istražuje hedonizam koji zastupa gledište da se dobrobit sastoji od ugone ili sreće (naziva se subjektivnom ili hedonističkom dobrobiti), dok drugi smjer istražuje kako je dobrobit povezana s aktualizacijom ljudskih potencijala, s ispunjenjem ili ostvarenjem istinske prirode pojedinca (naziva se eudemonističkom dobrobiti). Često se pod subjektivnom dobrobiti podrazumijeva sreća (Diener, 2000). Riječ je o kognitivnom vrednovanju života koji je ispunjen pozitivnim emocijama (Oishi i sur., 1999). Subjektivna dobrobit obuhvaća kognitivnu i emocionalnu komponentu koje su međusobno povezane. Jedna od komponenti subjektivne dobrobiti jest kognitivno vrednovanje života koje se temelji na pojedinčevoj procjeni zadovoljstva životom. Nisu svakom pojedincu sva područja života jednako važna, pa određeni pojedinac može biti zadovoljniji svojim životom od nekog drugoga koji objektivno govoreći ima bolje životne okolnosti. Afektivna komponenta subjektivne dobrobiti, pak, podrazumijeva pozitivna te negativna raspoloženja i emocije povezane s pojedinčevim svakodnevnim životom. Pritom je važno koliko se učestalo javljaju pozitivne emocije, a ne njihov intenzitet jer se intenzivne pozitivne emocije rijetko kada javljaju, pa su manje bitne za dugoročnu emocionalnu dobrobit (Rijavec i sur., 2008). Diener i suradnici (2004), pak, smatraju da subjektivnu dobrobit čine ugodne i neugodne, globalne procjene života te zadovoljstvo određenim životnim područjima, kako je vidljivo iz njihova hijerarhijskog modela sreće.

Iako je zadovoljstvo životom više usmjereno na užitak, nužno je spomenuti i eudemonističku dobrobit koja se odnosi na osjećaj aktivnosti te osobnog rasta i razvoja.

„Eudemonija se odnosi na osjećaje koji se javljaju kada se netko kreće prema samorealizaciji u smislu razvijanja svojih jedinstvenih potencijala i napredovanja prema važnim ciljevima u životu“ (Waterman, 1993; prema Rijavec i sur., 2008: 53). Potrebe i sadržaji koji su pojedincu nužni za eudemoniju mogu se ispuniti samo uz trud i aktivnost. Pojedinaac koji postigne određeni uspjeh ostvarivši svoje potencijale, istovremeno će doživjeti i hedonistički užitek i eudemoniju. Pritom je važno da pojedinac ispunjava osobne potencijale jer će u suprotnome ostvariti samo hedonistički užitek (Rijavec i sur., 2008).

### 4.2.3. Ostala pozitivna stanja

Pod zanesenošću (engl. *flow*) podrazumijeva doživljaj koji se javlja kada se osoba bavi određenom aktivnošću koja je izazovna i zahtijeva vještine i usredotočenost, a za nju je osoba intrinzično motivirana (Csikszentmihalyi, 1990; prema Miljković i Rijavec, 2009). Psiholog Mihaly Csikszentmihalyi proučavao je što utječe na zadovoljstvo kod ljudi. Suprotno uobičajenom mišljenju, pokazalo se da je većina pojedinaca najzadovoljnija kada nešto radi, odnosno kada su njihovo tijelo i/ili um okupirani određenom aktivnošću te kada pojedinac uspije ostvariti nešto što smatra izazovnim i važnim. Kada je neka aktivnost za pojedinca teška, ona zahtijeva njegovu maksimalnu usredotočenost i aktiviranje svih njegovih vještina, a on gubi osjećaj za vrijeme. Potpuno je posvećen tome da ispuni cilj koji je odredio, a što je cilj jasniji, pojedinac će prije doći do povratne informacije te će osjećaj zanesenosti biti snažniji. Upravo zbog tog osjećaja zanesenosti pojedinac troši puno vremena i energije za određenu aktivnost za koju nije plaćen i za koju ni na kakav način nije nagrađen (Csikszentmihalyi, 2006).

Nadalje, stalna svjesnost (engl. *mindfulness*) određuje se kao stanje u kojem je pojedinac pozoran i svjestan onoga što se događa u određenom trenutku (Brown i Ryan, 2003). To stanje omogućuje pojedincima da budu potpuno svjesni svojih fizičkih i mentalnih iskustava. Brojne studije pokazale su dobrobiti prakticiranja stalne svjesnosti. Naime, stalna svjesnost povećava otpornost na stres i osjećaj smislenosti u životu, ublažava tjeskobu i depresiju, potiče empatiju, povećava povjerenja u druge i pozitivna emocionalna stanja itd. (Rijavec i sur., 2008).

Među pozitivnim stanjima je i ushićenost. Riječ je o osjećaju kada pojedinac osjeća toplinu oko srca, kada mu se srce „širi“, kada osjeća povezanost s drugim osobama i kada želi pomoći svojim bližnjima, ali i drugim, nepoznatim osobama. Ushićenje najviše izazivaju situacije kada pojedinac svjedoči moralno uzvišenom činu, primjerice, kada vidi da netko pomaže drugoj osobi koja je siromašna, bolesna ili se nalazi u teškoj životnoj situaciji. Nakon

takvih situacija pojedinac je više usmjeren na ljude oko sebe te ima veću želju biti u društvu i sam pomoći drugima (Rijavec i sur., 2008).

### **4.3. POZITIVNI POJEDINAC**

Pozitivna se psihologija osim toga kako se pojedinac osjeća bavi i načinom na koji razmišlja. Nije važno samo osjećati pozitivne emocije, već je bitno i pozitivno mišljenje. Pritom se razlikuju tri vrste pozitivnog mišljenja, a to su optimizam, samoeфикаsnost i nada.

#### **4.3.1. Optimizam kao pozitivni način razmišljanja**

Optimizam je jedan od češće istraživanih fenomena iz područja pozitivne psihologije (Ivanković i Rijavec, 2012). Taj je pojam nastao u 18. stoljeću, a prvi ga je upotrijebio njemački filozof, matematičar i fizičar Gottfried Wilhelm Leibniz. Poznata je njegova rečenica kako je ovaj svijet „najbolji od svih mogućih svjetova“ (Hrvatska enciklopedija, n. d.). Većina ljudi smatra da je optimizam gledište prema kojem pojedinci vide čašu napola punu ili ponavljanje ohrabrujućih fraza (Seligman, 2005; Pavlič, 2014). Može se dodati i da se smatra kako je optimizam gledanje na svijet kroz „ružičaste naočale“, odnosno mogućnost pronalaženja nečeg pozitivnog u svemu oko sebe (Pavlič, 2014). Prema Scheier i Carver (1985; prema Chang i sur., 1997) optimizam se može shvatiti kao očekivanje pozitivnog ishoda. To je određenje optimizma usmjereno na buduće događaje i rezultate nekih aktivnosti koje će se tek dogoditi. Međutim, Dember (1989; prema Chang i sur., 1997) širi tu definiciju te navodi da je optimizam pozitivan pogled na svijet, u skladu s čime taj pojam nije orijentiran samo na buduće događaje, već i na sadašnjost. Seligman (1990) navodi da je optimizam način na koji pojedinac objašnjava vlastiti (ne)uspjeh.

Optimizam bi se mogao odrediti i kao pozitivan stav prema životu koji pojedincu omogućuje da se na lakši i učinkovitiji način suoči sa svim životnim nedaćama. Neki pojedinci smatraju da optimistično razmišljanje nije pozitivno za pojedinca te da mu samo šteti jer nema realan pogled na životnu situaciju, ali takvo mišljenje nije utemeljeno jer biti optimističan ne znači biti nerealan, već hrabro krenuti u rješavanje životnih problema. Treba razlikovati nerealni optimizam od trezvenog vjerovanja u pozitivne ishode problematičnih situacija (Genc, 2009). Optimisti se uspjevaju uspješno suočiti s raznim problemima zato što vjeruju da imaju

kontrolu nad svojim životom te da oni sami mogu nešto učiniti. Sami poduzimaju sve potrebne mjere za rješavanje svojih problema, ma koliko to bilo teško. Upravo je to i važan cilj pozitivne psihologije – razviti bolju prevenciju psihičkih problema i bolesti poticanjem onih čimbenika koji povećavaju ljudsku otpornost (Rijavec i Miljković, 2006), a jedan od tih čimbenika svakako je optimizam. Utvrđeno je da optimizam smanjuje rizik od depresije kod djece te pozitivno djeluje na školski uspjeh i tjelesno zdravlje što utječe na psihičku otpornost koja im je neophodna u adolescentskoj i odrasloj dobi (Rijavec i Miljković, 2006).

Temelj optimizma je način razmišljanja o uzrocima. To je značajka koju Seligman (2005) naziva stilom objašnjavanja i za koji ističe da se razvija još u djetinjstvu te, ako nema izravne intervencije, taj stil ostaje doživotan. Prema tome, za Seligmana (2005) je optimizam stil, a ne crta ličnosti. Očito je jako važno odmah u djetinjstvu intervenirati tako da način razmišljanja o uzrocima, odnosno stil objašnjavanja bude usmjeren, i to pozitivno. Iako je moguće i kasnije intervenirati, ono što je naučeno u djetinjstvu teško je ispraviti, pa je riječ o dugotrajnom i mukotrpnom procesu ili u svakom slučaju težem procesu nego što je usvajanje optimističnog stila objašnjavanja u djetinjstvu.

Optimisti uzroke svojih problema ne pronalaze samo u sebi, nego i u životnim okolnostima te ne smatraju da će im problem utjecati na cijeli život jer su oni privremeni (Seligman, 2005). S druge strane, pesimisti vjeruju da će problemi trajati dugo, da su sami krivi za njihovu pojavu te da će se oni negativno odraziti na sva područja njihovog života.

Primarne razlike između optimista i pesimista jesu u njihovoj vjeri u sebe i dostiznosti svojih ciljeva nasuprot sumnji i percipiranoj nemogućnosti postizanja željenog ishoda. Ovisno o njihovim očekivanjima uspjeha, odnosno neuspjeha, pojedinci će ili ustrajati u svojim planovima unatoč preprekama ili će odustati prije nego što započnu ili tijekom procesa. Optimisti su skloniji ustrajati pred izazovima, čak i kada je napredak spor. Suprotno tome, pesimisti imaju tendenciju pristupati sličnim situacijama sa sumnjom, oklijevanjem i brže odustajanjem (Carver i sur., 2010). Meta-analiza koju su proveli Nes i Segerstrom (2006) pokazala je da je optimizam u pozitivnoj korelaciji sa strategijama suočavanja s rješavanjem problema kao što su planiranje, aktivno angažiranje, ulaganje dodatnog truda i traženje emocionalne podrške. Suprotno tome, optimizam je negativno povezan s izbjegavajućim mehanizmima suočavanja kao što su izbjegavanje problema, nedostatak truda, poricanje i socijalno povlačenje. Gaudreau i suradnici (2015) također su uočili da je optimizam povezan sa suočavanjem usmjerenima na zadatak, dok je pesimizam povezan sa strategijama suočavanja usmjerenima na odvajanje.



Ipak, za pojedinca je najbolje kada posjeduje dozu optimizma i pesimizma. To je zato što pesimisti u svojoj glavi zamisle najgori mogući scenarij, pa ako se on i dogodi spremni su na sve. Isto tako, pesimisti uzroke problema traže pretežno u sebi, dok optimisti to uzimaju znatno manje u obzir. Međutim, ponekad problem može zaista biti u samom pojedincu, a ne njegovoj okolini. Studije su pokazale da osobe koje imaju previše optimističan način razmišljanja imaju lošije opće zdravlje i podcjenjuju vjerojatnost razvoja bolesti. To je prije svega zbog njihovog uvjerenja da se ne trebaju truditi ni poduzimati mjere opreza (Chang i sur., 2009). Osim toga, među kockarima je više optimista s obzirom na to zadržavaju pozitivan stav i predviđaju dobitke čak i u slučaju značajnih gubitaka (Gibson i Sanbonmatsu, 2004).

#### *4.3.1.1. Može li se optimizam naslijediti ili naučiti?*

Svako dijete do devete godine života razvija poseban način kojim objašnjava uzroke onoga što se događa u njegovu životu. Pritom neka djeca razvijaju pesimističan, a druga optimističan pogled na svijet. Djeca koja imaju pesimističan pogled na svijet smatraju kako su uzroci loših događaja u njima samima, da su oni trajni i da utječu na sva područja njihova života, dok optimistična djeca imaju suprotan pogled na svijet – smatraju da su uzroci njihovih problema prolazni, da su uvjetovani izvanjskim okolnostima te da su ograničeni na određeni događaj (Mijočević i Rijavec, 2006).

Način na koji pojedinci objašnjavaju uzroke događaja poznati su kao optimistični i pesimistični eksplanatorni stilovi (Peterson i Seligman, 1984). Ti su stilovi relativno konzistentni, iako u adolescenciji dolazi do određenih promjena. Naime, dječaci su uglavnom pesimističniji od djevojčica, ali u kasnoj adolescenciji djevojčice postaju pesimističnije (Mijočević i Rijavec, 2006).

Smatra se da optimistični roditelji imaju optimističnu djecu, a pesimistični roditelji pesimističnu djecu. Scheier i Carver (1992) tvrde da djeca imaju tendenciju usvojiti isti stav kao i njihovi roditelji, bilo da je optimističan ili pesimističan, jer uče promatrajući mehanizme suočavanja svojih roditelja. Nudeći izravno vodstvo u rješavanju problema, roditelji mogu izravno oblikovati razinu optimizma svoje djece. Scheier i Carver (1992) također tvrde da roditelji koji podučavaju svoju djecu učinkovitim strategijama za rješavanje izazova postavljaju temelje za pozitivan i optimističan način razmišljanja. Isto tako, istraživanje koje su proveli Orejundo i suradnici (2012) podržava ideju da dobra komunikacija i pozitivna obiteljska dinamika igraju ključnu ulogu u poticanju optimizma kod djece.

Iako većina psihologa smatra da je optimizam barem djelomično nasljedan, Seligman (2005) se s time ne slaže jer se ne može utvrditi da je optimizam, odnosno pesimizam izravno genetska osobina. Dakle, nema sumnje u to da je optimizam nasljedan, ali još uvijek nisu pronađeni geni koji su odgovorni za optimizam.

Međutim, optimizam je nasljedan, ali tek u određenoj mjeri. Za ostalo je odgovorna okolina, odnosno djetetov odgoj, prvenstveno njegovi roditelji, ali i odgojitelji koji s djetetom provode dosta vremena. Međutim, točan mehanizam na koji te odrasle osobe utječu na razvoj optimizma ili pesimizma kod djece nije poznat (Seligman, 1990; prema Mijočević i Rijavec, 2006).

#### *4.3.1.2. Prednosti optimističnog pogleda na svijet*

Istraživanja koja su do sada provedena na djeci i odraslima pokazuju da su optimisti u prednosti pred pesimistima u mnogim životnim područjima. Tako su optimisti boljeg zdravlja od pesimista. To je pokazala i meta-analiza koju su proveli Rasmussen i suradnici (2009). Nadalje, istraživanja su pokazala da su se optimističniji muškarci brže oporavljali od operacije srca, da su optimistični ispitanici svakodnevno imali niži krvni pritisak, dok je imunitet optimističnih žena inficiranih HIV-om bio znatno više očuvan (Segerstrom, 2006; prema Genc i sur., 2013). Također se pokazalo da su optimistični bolesnici nakon što im je operacijom ugrađena srčana prenosnica doživjeli veće olakšanje da su bili zadovoljniji medicinskom njegom i podrškom prijatelja, a bili su i sretniji. Tijekom idućih pet godina izvještavali su o većem životnom zadovoljstvu i kvalitetu života nego pesimistični pacijenti (Scheier i sur., 1989; prema Rijavec i sur., 2008). Osim toga, optimistične pacijentice operirane od raka grudi u ranoj fazi pokazivale su manje simptoma stresa i prije i poslije operacije u razdoblju od godine dana (Carver i sur., 1993; prema Rijavec i sur., 2008). Optimistične žene su nakon poroda imale niži rizik od razvoja postporođajne depresije u odnosu na roditelje kod kojih je uočena niža razina optimizma (Carver i Gaines, 1987; prema Rijavec i sur., 2008). Iako ne postoji teorija koja eksplicitno ocrta korelaciju između optimizma i psihološkog blagostanja, istraživači nagađaju da se određenim čimbenicima, poput održavanja pozitivnog gledišta, davanja prednosti pozitivnim iskustvima nad negativnima te postavljanja ambicioznih ciljeva koji se ostvaruju, može objasniti njihova međupovezanost (Margolis i Lyubomirsky, 2018).

Nadalje, optimisti su motiviraniji, manje skloni depresiji te postižu bolji akademski, odnosno poslovni i sportski uspjeh (Seligman, 1990; prema Mijočević i Rijavec, 2006). Meta-

analiza koju su proveli Ortín-Montero i suradnici (2018) pokazala je da sportaši koji posjeduju višu razinu optimizma nadmašuju svoje manje optimistične kolege u natjecanjima i kada su suočeni s nepovoljnim ishodima.

Kako ističu Skinner i Willborn (1994; prema Ivanković i Rijavec, 2012), optimisti se bolje prilagođavaju jer ne interpretiraju stresore toliko opasnim kao pesimisti. Seligman (2005) smatra da se učenjem razmišljanja na optimističniji način stječe trajna vještina uz pomoć koje se pojedinac može braniti od depresije. Baldwin i suradnici (2003; prema Genc, 2009) također zaključuju da su optimistični pojedinci relativno efikasno savladaju prepreke koje im stoje na putu postizanja željenih ciljeva. S druge strane, pesimisti se odriču željenog cilja kako se ne bi morali mučiti sa savladavanjem prepreka (Genc, 2009). Prema tome, optimizam je povezan s primjenom učinkovitih strategija suočavanja s problemima (Anderson, 1996, Carver i Scheier, 1999; prema Brdar i Bakarčić, 2006), a pesimizam s primjenom neučinkovitih strategija (Carver i Scheier, 1999; prema Brdar i Bakarčić, 2006). Optimisti se aktivno suočavaju s postojećim problemima, dok su pesimisti skloni negiranju i odustajanju. „Optimisti upotrebljavaju humor, kognitivno restrukturiranje i nastoje pronaći relevantne informacije te pozitivne strane situacije, a pesimisti se fokusiraju na negativne osjećaje, potiskuju misli vezane uz stresor i skloni su distrakciji i izbjegavanju“ (Carver i Scheier, 1999; prema Brdar i Bakarčić, 2006: 132).

Također, optimizam pomaže i u održavanju dobrobiti i preveniraju recidiva psihičkih poremećaja (Ilardi i sur., 1997; prema Ivanković i Rijavec, 2012). Brojna istraživanja potvrdila su korelaciju između optimizma i više razine životnog zadovoljstva, pozitivnih emocija i smanjene prisutnosti simptoma depresije (Chang i Sanna, 2001; Marshall i sur., 1992). Longitudinalno istraživanje koje su u SAD-u proveli Nolen-Hoeksema i suradnici (1986) i u koje su bila uključena 352 učenika trećih razreda osnovne škole, njihovi roditelji i učitelji, pokazalo je da su pesimističan stil objašnjavanja i loši događaji u životu značajni čimbenik rizika za pojavu depresije. Slično ističe i Seligman (2005) koji je u američkim osnovnim školama s drugim stručnjacima provodio Pennov program prevencije kako bi se spriječilo pesimistično razmišljanje u djece, što je rezultiralo preveniranjem depresije u adolescenciji. Prema tome, ne samo da optimizam pomaže očuvati fizičko, već pomaže očuvati i psihičko zdravlje (Gillman i sur., 2009; prema Ivanković i Rijavec, 2012).

#### **4.3.2. Samoefikasnost**

Samoefikasnost podrazumijeva pojedinačno uvjerenje da posjeduje sposobnosti izvršavanja raznih zadataka i provođenja aktivnosti koje su mu nužne kako bi se ti zadatci, odnosno aktivnosti realizirali. Ono što definira kako se pojedinac osjeća i što ga motivira jest uvjerenje pojedinca u samoefikasnost. Ako pojedinac ne posjeduje takvo uvjerenje, on neće biti spreman sudjelovati u različitim zadacima i aktivnostima (Bandura, 1997). S druge strane, pojedinac koji ima visoko uvjerenje u vlastitu samoefikasnost sklon je samoinicijativi, a njegove šanse za uspjeh u realizaciji određenog zadatka, odnosno aktivnosti rastu (Rijavec i sur., 2008).

Nužno je napomenuti da je samoefikasnost ponašanje koje se usvaja u ranom djetinjstvu, pa je važno djecu ohrabrivati, pomoći im da svladaju prepreke i da osvijeste vlastite mogućnosti. Na samoefikasnost utječu uspjeh, uzbuđenje preplavljeno pozitivnim emocijama, poticaji druge osobe da se cilj može ostvariti, zamišljanje samoga sebe kako uspješno realiziramo određeni zadatak te promatranje drugih pojedinaca koji su bili uspješni i „kopiranje“ njihova ponašanja (Bandura, 1989).

### **4.3.3. Nada**

Nada je usko vezana za optimizam. Ključna je u održavanju motivacije i prevladavanju prepreka na putu prema željenom cilju. Uljeva upornost i tjera pojedinca prema naprijed. Prema Snyderu (2000) nada se sastoji od sposobnosti osmišljavanja strategija za postizanje cilja te poriva da se ide tim putem. Kada je pojedincu važan cilj, pronaći će sredstva i motivaciju da ga postigne te način na koji će ga postići, bez obzira koliko to bilo teško. Mnogi pojedinci započinju određene zadatke ili aktivnosti, ali nužno je ostati motiviran do njihova izvršenja te završiti ono što je započeto. Snyder (2000) tvrdi da nada nije urođena, već kognitivna vještina koja se može njegovati, naglašavajući važnost njezina njegovanja još u djetinjstvu s ciljem opremanja djece alatima nužnima za snalaženje u budućim životnim izazovima.

Pokazalo se da pojedinci koji imaju izraženu nadu doživljavaju više pozitivnih emocija te očekuju da će im u budućnosti biti dobro, sigurniji su u sebe, uspješnije se suočavaju sa stresom, dovoljno su fleksibilni da pronađu alternativne putove do svojeg ciljeva te imaju veću socijalnu podršku. Nada pojedinca štiti od ometajućih i samoponižavajućih misli te negativnih emocija, zbog čega je važna za psihološko zdravlje. Osim toga, ona pozitivno utječe i na tjelesno zdravlje jer su pojedinci s višom razinom nade usmjereniji na sprječavanje bolesti

(primjerice, redovito se baveći tjelesnom aktivnošću) (Synder i sur., 2002; prema Rijavec i sur., 2008).

#### **4.3.4. Otpornost kao pozitivna osobina**

U posljednja dva desetljeća koncept psihološke otpornosti ispitivan je unutar područja pozitivne psihologije. Prema Petersonu (2008; prema Miljković, 2018), psihologija se bavi stvaranjem optimalnih uvjeta za pojedince, čime se negativni utjecaji smanjuju na minimum. Istražuje načine na koje ljudi mogu doživjeti najveće ispunjenje u svojim životima, kao i kako se mogu oporaviti od loših iskustava.

Nemoguće je ograničiti otpornost na jednu definiciju (Windle, 2011). Temeljitim ispitivanjem postojeće literature, istraživači su identificirali pet sveobuhvatnih makrokategorija koje obuhvaćaju većinu definicija otpornosti. Početna kategorija tiče se koncepta ljudskog oporavka. Druga kategorija usmjerena je na specifične obrasce funkcioniranja koje pokazuju pojedinci. Treća kategorija obuhvaća definicije koje ističu otpornost kao sposobnost izdržavanja nepovoljnih okolnosti. Četvrta kategorija naglašava dinamički proces prilagodbe i rasta tijekom vremena u definicijama otpornosti. Na kraju, peta kategorija definira otpornost kao pozitivnu prilagodbu nečijim životnim uvjetima (Sisto i sur., 2019).

Studije koje su istraživale čimbenike otpornosti zaključile su da otpornost ublažava utjecaj stresa na depresivnu simptomatologiju (Anyan i sur., 2017; Ding i sur., 2017; Wingo i sur., 2010; prema Hai i Climie, 2022).

### **4.3. POZITIVNI ODNOSI**

Fenomeni pozitivne psihologije koji se analiziraju u ovom potpoglavlju jesu altruizam (uz koji se veže empatija), zahvalnost i opraštanje. Riječ je o fenomenima koji utječu na stvaranje pozitivnih međuljudskih odnosa.

#### **4.3.1. Altruizam**

U definiranju altruizma ne uzimaju se u obzir samo ishodi radnji, već i temeljne motivacije iza njih (Wilson, 2005). Prema Batsonu i suradnicima (2002), altruizam je

karakteriziran kao vrsta motivacije koju pokazuje pojedinac koja donosi prednosti drugom pojedincu. Drugim riječima, odnosi se na akcije koje su vođene dobrobiti drugih. Petz (2005) nudi preciznu definiciju altruizma navodeći da je riječ o iskazivanju naklonosti i težnju za dobrobiti drugih, dajući prednost njihovim interesima nad osobnom dobiti. Takvo nesebično ponašanje pokazuje se kroz akcije usmjerene na dobrobit drugih, bez ikakvog očekivanja uzvratanja ili vanjskih nagrada. Ponekad takva djela dobrote mogu zahtijevati žrtve i spremnost da se pojedinac odrekne osobnih potreba (Petz, 2005). Pritom se pomoć drugim osobama ne odnosi samo na obitelj i prijatelje, već i na bilo koju osobu koja je u potrebi.

Prema Raboteg-Šarić (1995), specifični kriteriji trebaju biti ispunjeni da bi se neko ponašanje klasificiralo kao altruistično. Altruistično ponašanje treba biti učinjeno dragovoljno i bez ikakvog oblika pritiska ili sile. Primarni cilj ponašanja trebao bi biti korist za dobrobit drugog pojedinca i ne bi trebalo biti očekivanja primanja nagrade ili izbjegavanja kazne (Raboteg-Šarić, 2005). Ipak, svaki altruistični čin u osnovi ima sebičnu komponentu jer pojedinac pomaže drugima s ciljem ublažavanja osobne napetosti, smanjenja krivnje ili stjecanja osobnih i društvenih koristi (Rijavec i sur., 2008).

U promicanju altruističnog ponašanja ključnu ulogu ima empatija. Najjednostavnije se empatija može definirati kao čin razumijevanja i povezivanja s emocionalnim stanjem druge osobe, kao i shvaćanje njihove perspektive kroz leću percipiranih ili zamišljenih okolnosti u kojima se nalaze (Petz, 2005). Naime, izlažući pojedince potrebitima i dopuštajući mu da razumije svoju perspektivu i motivaciju, može se njegovati empatija. Još jedna učinkovita strategija je isticanje zajedničkih crta između potencijalnih pomagača i onih kojima je potrebna pomoć, poticanje spoznaje da smo svi međusobno povezani u istom narativu (Snyder i Lopez, 2007).

### **4.3.2. Zahvalnost**

Temelj za uspješan i ispunjen život jest u zahvalnosti. Osoba koja je dosegla razinu zrelosti sposobna je gorčinu prema drugima zamijeniti osjećajem uvažavanja. Zahvalnost igra ključnu ulogu u procesu transformacije destruktivnih emocija u iscjeljenje i oporavak. Obuhvaća tri bitne komponente, a to su osjećaj da nas netko uvažava, iskrene dobre želje prema drugima ili događajima te motivacija za poduzimanje pozitivnih radnji zauzvrat ili za poticanje daljnjih djela dobrote (Fitzgerald, 1998). Kako navode Emmons i McCullough (2004), zahvalnost se javlja u specifičnim okolnostima: kada se nešto stekne i gleda pozitivno, kada se stjecanje ne pripisuje isključivo vlastitom trudu te kada postoji namjerno uzvratanje dobivenog.

Pojedinci koji dosljedno prakticiraju zahvalnost imaju tendenciju doživjeti veću sreću, povećanu razinu energije, osjećaj nade i češće pozitivne emocije. Manju važnost pridaju materijalnim dobrima i ne mjere nečiji uspjeh samo na temelju akumuliranog bogatstva. Zahvalni pojedinci vjeruju u međusobnu povezanost svih živih bića i prepoznaju svoju odgovornost u njegovanju te povezanosti. Skloniji su dijeljenju s drugima, spremno nude pomoć, pokazuju empatiju i manje su podložni depresiji, zavisti i neuroticizmu (Rijavec i sur., 2008).

### **4.3.3. Opraštanje**

Opraštanje obuhvaća pozitivnu promjenu koja se događa u pojedincu u odnosu na onoga tko se od njega ogriješio (Miljković i Rijavec, 2007). Ono podrazumijeva odricanje od prava na zadržavanje ljutnje, negativnih prosudbi te ignoriranja onoga tko je pojedincu učinio nepravdu bez opravdanja. Umjesto toga, oprost uključuje njegovanje emocija, velikodušnosti, pa čak i ljubavi koju osoba možda ne zaslužuje. Proces opraštanja odvija se kroz četiri različite faze, a to su razotkrivanje, odluka, rad i potraga za smislom. U fazi razotkrivanja pojedinac spoznaje da gajenje negativnih osjećaja prema drugoj osobi donosi više štete nego koristi. Faza odluke jest faza u kojoj pojedinac svjesno donosi odluku za oprostom. U fazi rada pojedinac nastoji sagledati događaje iz druge perspektive, prihvaćajući bol i pokušavajući shvatiti motive koji stoje iza postupaka druge osobe. Faza potrage za smislom posljednja je faza u kojoj pojedinac otkriva dublji osjećaj svrhe ili značaja kao rezultat iskustva (Enright i Coyle, 1998). Pojedinci koji prakticiraju oprost pokazuju niže razine depresije, ljutnje i neprijateljstva prema drugima, kao i manje narcističke sklonosti. U konačnici, opraštanje pridonosi povećanom osjećaju životnog zadovoljstva (Rijavec i sur., 2008).

## **4.4. POZITIVNA ZAJEDNICA**

Iako se pozitivne osobine odnose na pojedinca, može se reći da postoje i pozitivne osobine na institucionalnoj razini (Peterson i Park, 2006), a neke od njih imaju i jednake nazive kao i one koje se javljaju na individualnoj razini. Dobre osobine grupe kao cjeline su izuzetno važne, jer predstavljaju sastavni dio institucionalne i organizacijske klime. Bez obzira na temelje na kojima grupa počiva, moralni ciljevi institucije su ključni. Te osobine ne samo da

pomažu u ostvarivanju ciljeva grupe, već također potiču rast i razvoj pojedinaca unutar grupe. Važno je napomenuti da ove osobine ne samo da utječu na pojedince, već ih i nadmašuju. Drugim riječima, kada se te pozitivne osobine manifestiraju u akciji ili ponašanju, dolazi do razvoja (Rijavec i sur., 2008).

Pozitivna zajednica obuhvaća napredno društveno okruženje koje obuhvaća različite elemente kao što su skladna obitelj, susjedstvo koje pruža podršku, učinkovite odgojno-obrazovne institucije, društveno odgovorni mediji i diskurs pun poštovanja. Pozitivna zajednica se kao područje pozitivne psihologije bavi načinima na koje ustanove poput zakonodavnih tijela, predškolskih ustanova, škola, medija i javnih institucija mogu oblikovati njegovanje suosjećanja, prihvaćanja, pravednosti i jednakih izgleda za sve pojedince (Ivanković i Rijavec, 2012).

#### **4.5. PRIMJENA POZITIVNE PSIHLOGIJE U SUSTAVU ODGOJA I OBRAZOVANJA**

Primjena pozitivne psihologije u raznim domenama, uključujući obrazovanje, dokazano poboljšava ukupnu kvalitetu života. Naime, kada se pozitivna psihologija integrira u obrazovni sustav, ona daje brojne korisne rezultate. To uključuje smanjenje stope depresije među djecom, povećanje motivacije za učenje i kreativnost, povećanje zadovoljstva životom i promicanje društvene kohezije (Waters, 2021). Posljedično, pozitivne intervencije trebale bi se temeljiti na filozofiji konstruktivnog poboljšanja, dajući prioritet poboljšanju djetetovih osobnih resursa, a ne samo usredotočujući se na smanjenje negativnih aspekata. Krajnji bi cilj trebao biti njegovanje dobrobiti kroz poticanje pozitivnog utjecaja, iskorištavanje individualnih snaga i pružanje obrazovanja za smisao (Plaza Leutar, 2021).

Pozitivna psihologija podrazumijeva da djeca u odgojno-obrazovnim ustanovama stječu ne samo intelektualne sposobnosti, već i niz drugih vještina i kompetencija. Umjesto nametanja skupa univerzalnih vrlina pozitivna psihologija u obrazovanju usmjerena je na prepoznavanje i njegovanje jedinstvenog potencijala svakog sudionika u obrazovnom procesu. Bognar i Simel (2013) naglašavaju da pojedinci unutar obrazovnog sustava imaju slobodu usvojiti i njegovati vrline koje su u skladu s njihovim osobnim težnjama i ciljevima. Krajnji cilj pozitivne psihologije kod djece jest poticanje kvaliteta kao što su optimizam, otpornost, hrabrost, način razmišljanja o rastu, angažman i svjesnost. Te sposobnosti opremaju djecu alatima za lakše



suočavanje s izazovima i služe kao temelj za trajno psihološko blagostanje (Sever, 2023). Integriranjem pozitivnih psiholoških programa s postojećim resursima preventivne mjere pokazuju se učinkovitijima i isplativijima od reaktivnih intervencija mentalnog zdravlja nakon što su se poteškoće već pojavile. Cilj je pozitivnog obrazovanja transformirati obrazovne institucije u okruženja koja potiču promicanje optimizma, empatije, kreativnosti i otpornosti. Kombinirajući pozitivnu psihologiju i obrazovnu praksu, pozitivno obrazovanje ima za cilj omogućiti optimalan rast i razvoj pojedinaca i institucija unutar formalnog obrazovnog sustava (Ileković, 2021).

Unatoč dostupnosti učinkovitih programa usmjerenih na poboljšanje dobrobiti djece u obrazovnim ustanovama, postoje određene prepreke koje ometaju njihovu uspješnu provedbu. Uspješna integracija pozitivnog obrazovanja zahtijeva financijska ulaganja u modifikaciju kurikuluma, promjenu tradicionalnih obrazovnih paradigmi, usklađivanje programa s jedinstvenim karakteristikama svake obrazovne ustanove i sveobuhvatnu obuku za nastavnike koji igraju ključnu ulogu u provedbi ovih inicijativa. Posljedično, izazovi s kojima se suočava pozitivno obrazovanje nisu vezani za osmišljavanje intervencija i programa, već za stvaranje okruženja pogodnog za njihovu uspješnu provedbu. Imperativ je premostiti jaz između znanstvenika i praktičara te revidirati postojeće nastavne planove i programe kako bi se osiguralo široko usvajanje programa dobrobiti u predškolskim ustanovama i školama. Uključivanje psihologa u obrazovni sustav ključno je za unapređenje ciljeva i opsega pozitivnog obrazovanja, kao i za osiguranje njegove učinkovite provedbe. Njihove odgovornosti sežu od razvoja obrazovnih politika koje uspostavljaju potrebne uvjete za integraciju pozitivnog obrazovanja u formalno školovanje, do opremanja praktičara znanjem i vještinama potrebnima za uspješno provođenje programa poboljšanja dobrobiti. Psiholozi igraju vitalnu ulogu u nadgledanju i širenju znanstvenih spoznaja u tom području, kao i u pripremi odgojitelja i učitelja za vješto izvođenje pozitivnih obrazovnih inicijativa (Ileković, 2021.).

## **5. PRIMJENA POZITIVNE PSIHOLOGIJE U RADU S DJECOM S ADHD-OM**

Pozitivna psihologija se osim u radu s odraslima može primijeniti i u radu s djecom, pa tako i s djecom s ADHD-om.

### **5.1. INKLUZIJA DJECE S ADHD-OM**

Koncept uključivanja djece u predškolske ustanove obuhvaća praksu uključivanja sve djece, bez obzira na njihove sposobnosti, izazove, socioekonomski status ili podrijetlo, u predškolske ustanove koje mogu zadovoljiti njihove individualne potrebe (Karagiannis et al., 2000.; citirano u Cerić, 2004). Inkluziju odlikuje osjećaj pripadnosti i jedinstva unutar određene skupine, za razliku od integracije, koja se primarno fokusira na fizičku blizinu. Štoviše, inkluzija naglašava različite razvojne potencijale djece, a manje naglašava njihova ograničenja (Mikas i Roudi, 2012). Inkluzija potiče osjećaj pripadnosti, gdje djeca s različitim sposobnostima uče, igraju se i surađuju. Uspješan inkluzivni pristup osigurava aktivno sudjelovanje sve djece, osiguravajući im pristup prostorima za igru i rad, kao i slobodu donošenja osobnih izbora. Inkluzija zahtijeva zajednički napor cijele grupe (Cerić, 2004). Prema definiciji koju navodi Stubbs (1998; prema Cerić, 2004) inkluzivno obrazovanje nastoji svoj djeci pružiti jednake mogućnosti da dobiju prikladno, relevantno, dostupno i učinkovito obrazovanje unutar vlastite zajednice. Isto tako treba napomenuti da se inkluzija „ne odnosi samo na uključivanje učenika s teškoćama u razvoju, već na sve one i na svakoga tko je na bilo koji način drugačiji, različit i koji za zadovoljenje svojih, primarno obrazovnih potreba treba prilagodbe bilo koje vrste – prilagodbe pristupa, metoda, sadržaja, tehnika komunikacije i sl.“ (Kiš-Glavaš, 2001: 40).

Prema tome, inkluzija djece s određenim poteškoćama obuhvaća i djecu s ADHD-om. Kod djece s ADHD-om odnosi s vršnjacima ovise o dominantnom tipu poremećaja, ali uglavnom rezultiraju učestalim odbijanjem vršnjaka. Socijalni neuspjeh djece s ADHD-om povezuje se s nedostatkom empatije i nedostatkom primjerene reakcije na potrebe, osjećaje i stajališta druge djece. Ta djeca pokazuju deficite u socijalnom ponašanju u najmanje tri područja funkcioniranja, a to su ponašanje, komunikacija i procesiranje socijalnih informacija.

Odnosi s vršnjacima se kod djece s ADHD-om mogu poboljšati, no za to su „nužna usvajanja potrebnih socijalnih vještina (komunikacija, procesiranje socijalnih informacija), uspostavljanje kontrole unutarnjih impulsa i uklanjanje nepoželjnih oblika ponašanja“ (Žic i Buljas, 2013: 443).

## **5.2. POZITIVNA ZAJEDNICA – ZNAČAJ POZITIVNE EDUKACIJE ZA DJECU S ADHD-OM**

Pozitivna psihologija naglašava važnost stvaranja konstruktivnog životnog okruženja. Promicanje zdravih sustava okoliša, posebno zdravih školskih okruženja, ključno je za promicanje dobrobiti i mentalnog zdravlja djece (Huebner i Gilman, 2003). Aspekti socijalnog i emocionalnog razvoja nisu ništa manje važni za dobrobit i mentalno zdravlje djece. Dakle, čak i prije polaska u školu, vještine kao što su samopouzdanje, razvijanje pozitivnih odnosa i učinkovito izražavanje emocija ključne su za budući razvoj male djece (Benoit i Gabola, 2021). Studija koja uključuje 52 sustavna pregleda i meta-analize potvrđuje važnost promicanja dobrobiti i prevencije problema mentalnog zdravlja kroz ranu intervenciju kod djece u ranoj dobi, posebno u područjima koja razvijaju emocionalne i socijalne vještine (Weare i Nind, 2011).

Seligman i suradnici (2009) naglašavaju važnost pozitivnog obrazovanja u tri ključna aspekta obrazovnog područja: ublažavanje i minimiziranje simptoma depresije, poboljšanje općeg blagostanja te postizanje boljeg akademskog uspjeha. Ključno je priznati da se djeca s ADHD-om mogu suočiti s nerazumijevanjem unutar vlastitih domova, doživjeti osjećaj neprihvaćenosti u svojim obiteljima i naići na izazove u svojim društvenim interakcijama zbog svog ponašanja, što može dovesti do osjećaja društvene izolacije te posljedične anksioznosti i depresije. Stoga je cilj pozitivnog obrazovanja za tu djecu poduzimanje proaktivnih mjera kako bi se spriječili ili ublažili simptomi depresije i očuvala njihova mentalna dobrobit. Poticanjem otpornosti i promicanjem njegovanja pozitivnih snaga, postoji dovoljno mogućnosti za provođenje preventivnih intervencija kod djece s ADHD-om (Ileković, 2021).

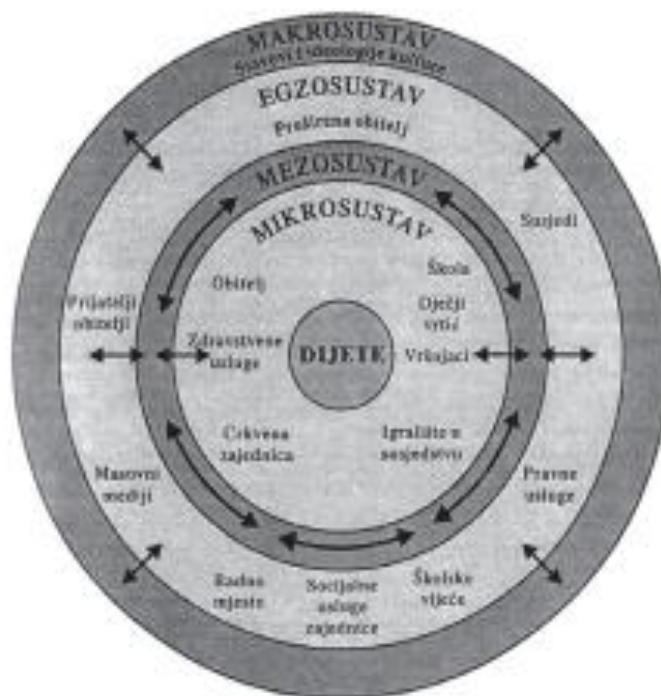
Osim toga, uspostava ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja kao zajednice koja pruža podršku ima potencijal poboljšati ukupnu dobrobit djece s ADHD-om. Postizanje intrinzičnih ciljeva, uključujući poticanje pozitivnih društvenih veza, davanje značajnih

doprinosu društvu i doživljavanje osobnog razvoja, može dovesti do povećanog osjećaja sreće i psihološke dobrobiti (Ryan i Deci, 2000).

Pozitivne emocije igraju ključnu ulogu u procesu učenja. Pokazalo se da kada pojedinci dožive pozitivne emocije, njihov raspon pažnje se proširuje, njihovo razmišljanje postaje prilagodljivije, a njihove kognitivne funkcije višeg reda se aktiviraju, što dovodi do učinkovitog rješavanja problema (Ileković, 2021). Upravo to može pomoći djeci s ADHD-om da ublaže probleme koji su posljedica simptoma tog poremećaja.

Koliko je predškolska ustanova kao pozitivna zajednica za dijete važna najbolje pokazuje teorija ekoloških sustava koju je sedamdesetih godina prošlog stoljeća razvio rusko-američki psiholog Urie Bronfenbrenner (Bilić, 2018). Ta teorija prepoznaje međupovezanost i recipročnu prirodu različitih konteksta u razvoju djeteta. Bronfenbrenner naglašava da se razvoj djeteta odvija u širem kontekstu koji obuhvaća obitelj, prijatelje, školu, okolinu i širu društvenu zajednicu (Vasta i sur., 2005). Teorija je strukturirana oko nekoliko međusobno povezanih podsustava koji predstavljaju utjecaje okoline na razvoj djeteta. Kako bi se vizualizirao taj koncept moguće je zamisliti model koncentričnih krugova, s djetetom u središtu i krugovima okolišnih čimbenika oko djeteta. Čimbenici koji imaju najveći utjecaj na dijete pozicionirani su njemu najbliže, dok udaljeniji čimbenici imaju neizravan utjecaj (Bilić i sur., 2018). Fokus je na interakcijama unutar i između različitih slojeva sustava. Konkretno, Bronfenbrenner identificira pet međusobno povezanih podsustava, od kojih svaki sadrži relevantne čimbenike koji utječu na razvoj unutar određene sfere utjecaja. Ti podsustavi su mikrosustav, mezosustav, egzosustav, makrosustav i kronosustav (Eret, 2012). Za djetetov rast i razvoj posebno je važan mikrosustav koji obuhvaća neposredno socijalno okruženje djeteta. Taj sustav obuhvaća odnose s članovima obitelji, vršnjacima i obrazovnim institucijama poput predškolskih ustanova. Unutar tog podsustava različiti čimbenici, uključujući stavove i uvjerenja odgajatelja, doprinose ukupnom razvoju djeteta. Djelujući kao most između različitih mikrosustava, mezosustav uspostavlja ključne veze između roditelja, odgajatelja, vršnjaka, susjedstva i šire obitelji. Kvaliteta interakcije između tih osoba je od iznimne važnosti, s posebnim naglaskom na suradnju roditelja i odgojitelja. Izvan neposrednog socijalnog okruženja, egzosustav obuhvaća društvene sredine koje posredno utječu na život djeteta, kao što su radno mjesto roditelja i obrazovna razina prosvjetnih djelatnika (Vasta i sur., 2005; Ljubetić, 2014). Makrosustav, pak, obuhvaća širi društveni kontekst, uključujući kulturu, pravni sustav te društvene ideologije i vrijednosti (Clarke i sur., 2010; prema Ljubetić, 2014). Kronosustav je posljednji sustav koji naglasak stavlja na ulogu vremena i kako se ono presijeca s različitim događajima i trajanjima u životu pojedinca. Time se ističe dinamičnu prirodu sustava kako se dijete razvija i naglašava

važnost pravovremenih i prikladnih odgovora za rješavanje njihovih potreba (Ljubetić, 2014). Bronfenbrennerov ekološki model okoline prikazan je na slici 1.



**Slika 1.** Bronfenbrennerov ekološki model okoline

Izvor: Eret, L. (2012). Odgoj i manipulacija: razmatranje kroz razvojnu teoriju ekoloških sustava. *Metodički ogledi*, 19(1), str. 145.

Dakle, očito je da se djetetov razvoj odvija unutar dinamičnog okruženja te koliki je utjecaj predškolske ustanove na dijete rane i predškolske dobi te koliko je važno da se dijete s ADHD-om unutar te ustanove osjeća prihvaćeno, odnosno da je odgojno-obrazovna inkluzija uspješna. Prema Sakomanu (2009), odgojno-obrazovne ustanove su, odmah iza obitelji, najutjecajnije organizirani sustav, sposoban riješiti neke od nedostataka koji mogu postojati unutar obitelji. Te ustanove ne služe samo kao mjesto stjecanja znanja i vještina, već uz obitelj imaju ključnu ulogu u socijalizaciji i razvoju djece. Kada se dijete učinkovito nosi sa svakodnevnim preprekama na koje nailazi u predškolskom okruženju, kako društvenim (koje se odnose na interakcije s vršnjacima), tako i akademskim (koje se odnose na sadržaje i aktivnosti), ono doživljava osjećaj prilagodbe. Osjećaj prihvaćenosti od iznimne je važnosti za djetetov rast, učenje i cjelokupno emocionalno stanje (Broström, 2000). Osim toga, u okolini koja potiče dijete, koja mu pokazuje da ima sposobnosti djelovati vlastitim snagama, to dijete počinje uviđati da je spremno suočiti se s različitim situacijama koje ga čekaju (Miljević-

Riđički i sur., 2015). Zadatak je predškolske ustanove stvoriti sigurno okruženje za dijete (Rijavec i sur., 2008).

Međutim, često se u istraživanjima te u odgojno-obrazovnoj praksi naglašavaju nedostaci, odnosno teškoće djece s ADHD-om. Kako bi ta djeca bila prihvaćena i kako bi odgojno-obrazovna inkluzija bila uspješna ključno je zauzeti pristup koji se više usmjerava na prednosti djece s ADHD-om jer će takav pristup istaknuti jedinstvene karakteristike i vještine prisutne kod djece s ADHD-om te omogućiti odgojiteljima da formiraju pozitivne poglede na tu djecu (Climie i Henley, 2016; Wilder i sur., 2006). Te se pozitivne vještine mogu koristiti kao kompenzacijski mehanizmi za vještine koje djeca s ADHD-om ne posjeduju ili ih još razvijaju. Osim toga, njihove jedinstvene pozitivne vještine mogu se uključiti u planove intervencije u ponašanju, omogućujući stručnim suradnicima i odgojiteljima da pruže više strateških preporuka za ublažavanje određenih izazova u ponašanju s kojima se djeca s ADHD-om nose (Climie i Henley, 2016).

Važno je da predškolska ustanova kao pozitivna zajednica potiče dijete s ADHD-om na razvijanje otpornosti, odnosno da se uspješno nosi sa svim negativnostima s kojima se suočava, s obzirom na to da se sve negativne situacije ne mogu izbjeći. Da bi shvatio pred kojim se rizicima nalazi i spriječio ih, važno je kod djeteta s ADHD-om razviti načine suočavanja s problemima. Dakle, okolina djetetu treba omogućiti razvoj otpornosti, a to se postiže strategijama za njezino poticanje. Društvene vještine kao što su komunikativnost, poticanje povjerenja ili osjećaj empatije smatraju se „čimbenicima otpornosti“ s obzirom na to da olakšavaju proces traženja pomoći u kriznim situacijama (Masten, 1994). Masten i Reed (2002) strategije kojima se promiče otpornost kod djece dijele u tri kategorije. Prva kategorija stavlja naglasak na rizik, pa teži smanjenju izloženosti djece opasnim iskustvima, odnosno prevenciji poteškoća. Kod djece s ADHD-om moguće je djelovati preventivno na smanjenje nepoželjnog ponašanja. Druga kategorija naglasak stavlja na sredstva kojima se pozitivno utječe na djetetov razvoj i njegove kompetencije. Kada je riječ o djetetu s ADHD-om, sredstva se mogu koristiti za educiranje roditelja kako provoditi pozitivan način razmišljanja kod kuće, prevenirati nepoželjno ponašanje, kako pomoći djetetu da se nosi s problemima itd. Treća kategorija naglašava proces koji može promijeniti djetetov život. Riječ je o izgradnji samoučinkovitosti kroz ocjenjivanje, podučavanju efikasnih strategija, njegovanju odnosa i sl. U okviru te strategije djecu s ADHD-om potiče se na prijateljstvo s njihovim vršnjacima u slučaju da imaju problema u ostvarivanju socijalne interakcije baš sa svojim vršnjacima, i to ne samo u predškolskoj ustanovi, već i izvan nje (Masten i Reed, 2002). Važno je da dijete s ADHD-om osjeti poštovanje i prihvaćanje upravo od svojih vršnjaka. Sve navedeno pozitivno utječe na

djetetovu motivaciju te se ono osjeća spremnijim i rado sudjeluje u različitim aktivnostima te pronalazi zajedničke interese s ostalom djecom (Miljević-Riđički i sur., 2015). Predškolska ustanova kao pozitivna zajednica i njezino djelovanje utječu na razvoj otpornosti. Kako bi se nadvladale rizične situacije nužno je neprestano pronalaziti nove načine za uspješno suočavanje s takvim situacijama (Doležal, 2006).

### **5.3. PROGRAMI POZITIVNE PSIHOLOGIJE ZA DJECU S ADHD-OM**

Mnogi su znanstvenici rezultate istraživanja iz područja pozitivne psihologije nastojali pretočiti u programe kojima se potiču različita pozitivna stanja kod djece. Riječ je o pozitivnim psihološkim intervencijama, odnosno metodama „liječnja“ ili namjerne aktivnosti kojima je cilj njegovati pozitivne osjećaje, ponašanje ili spoznaje (Hefferon i Boniwell, 2011). Tako se ti programi pozitivne psihologije mogu primijeniti i na djecu s ADHD-om. Programi pozitivnih intervencija obično se provode u školama, ali mogu se provoditi i u predškolskim ustanovama. Dok su neki programi usmjereni na općenito poticanje pozitivnih emocija, drugi programi naglašavaju posebna područja pozitivne psihologije (Miljković i Rijavec, 2009). Iako su različiti, svi ti programi imaju isti cilj, a to je poboljšati razvojnu putanju djece te spriječiti eventualne buduće poteškoće poučavanjem pozitivnog ponašanja (Chodkiewicz, 2007). U nastavku se spominju samo neki od tih programa.

Seligman (1999; prema Fineburg, 2004) je sa suradnicima razvio i počeo primjenjivati program temeljen na pozitivnoj psihologiji koji obuhvaća različite pozitivne koncepte kao što su zahvalnost, oprost, ushićenje, altruizam i optimizam. Program je primjenjivao na učenicima završnih razreda osnovne škole. U jednom hrvatskom istraživanju primjenjivao se sličan program, fokusiran na teme poput prepoznavanja i prisjećanja pozitivnih događaja, zahvalnosti, opraštanja i borbe protiv pesimizma. Program se sastojao od 15 do 25 termina tijekom jedne školske godine, a u njemu je sudjelovalo 115 učenika iz pet srednjih škola. Rezultati su pokazali da su učenici po završetku programa bili zadovoljniji te su osjećali pozitivnije emocije (Miljković i Rijavec, 2007).

Razvijeni su i programi kojima se potiče zahvalnost. Provedena istraživanja pokazala su pozitivan učinak zahvalnosti na djecu. Konkretno, utvrđeno je da zahvalnost poboljšava psihološko blagostanje, potiče prosocijalno ponašanje i motivira djecu da postavljaju i postignu smislene ciljeve (Bono i Froh, 2009; prema Miljković i Rijavec, 2009). U jednom programu poticanja zahvalnosti adolescenti su podijeljeni u dvije skupine, te se od jedne skupine tražilo

da svakodnevno u dnevnik zapišu pet stvari zbog kojih se osjećaju zahvalnima, dok se od druge skupine tražilo da zapišu pet stvari koje su ih ljutile. Rezultati su pokazali da je prva skupina imala više pozitivnih emocija tijekom vođenja dnevnika, ali i kasnije (Froh i sur., 2008).

Nadalje, Seligman (2005) je razvio program učenja optimizma kod djece koji educira roditelje te odgojitelje/učitelje o uzrocima pesimizma, pomaže im prepoznati znakove upozorenja kod djece i kako promicati samopoštovanje kod djece kroz različite aktivnosti kao što su igra, razmišljanje, komunikacija i izražavanje emocija.

Na temelju Snyderove (2000) teorije nade osmišljeni su posebni programi za poticanje nade kod djece. Programi podrazumijevaju postavljanje jasnih ciljeva i pronalaženje različitih metoda kojima bi se ti ciljevi mogli ostvariti. Slijedi faza učenja samomotivacije kako bi se spomenute metode primijenile.

Postoje i programi poticanja zanesenosti, iako su oni rijetki. U jednoj američkoj školi kreirana je prostorija zanesenosti koju učenici posjećuju više puta tjedno i sudjeluju u strukturiranim aktivnostima koje sami odabiru. Cilj je takvih aktivnosti omogućiti djeci razvoj i primjenu različitih kompetencija u situaciji intrinzične motiviranosti te razvitak vještina koje možda inače ne bi bile razvijene (Miljković i Rijavec, 2009).

Kada je riječ o programima kojima se potiče otpornost, najpoznatiji je Pennov program prevencije koji je kreiran pod Seligmanovim vodstvom (Miljković, 2018). Program je osmišljen za provođenje među školskom djecom s ciljem djelovanja na simptome depresije i razvoj optimizma (Seligman, 2005). Pokazalo se da program pozitivno djeluje na djecu, odnosno da rezultira smanjenim osjećajem bespomoćnosti, reduciranjem problema u ponašanju te poboljšanjem simptoma povezanih sa zdravljem (Miljković, 2018). Temeljne vještine kojom se nastoje podučiti djeca jesu „lovljenje“ misli koje se javljaju kada se osjećaju loše, procjenjivanje misli koje se automatski javljaju i teškim situacijama, navođenje različitih objašnjenja za ono loše što se dogodilo te odbacivanje negativnog načina razmišljanja (Seligman, 2005). U Republici Hrvatskoj provodio se i Kurikul otpornosti za djecu predškolske i osnovnoškolske dobi, i to od 2012. do 2015. godine. Cilj je tog projekta bio kod djece razviti kompetencije koje su im nužne za suočavanje sa svakodnevnim problemima te za društveno i emocionalno funkcioniranje, kao i one koje će im omogućiti (bolji) akademski uspjeh. Programom se prvenstveno željelo djelovati na djecu s teškoćama, i to na djecu u dobi između četiri i 11 godina. (Miljević Riđički i sur., 2015).

Prema tome, postoje različiti, kako opći, tako i specifični programi za primjenu pozitivne psihologije, odnosno pozitivnih stanja i emocija te načina razmišljanja na djeci. Iako se takvi programi uglavnom provode kod djece školske dobi, a često i kod adolescenata,



moгуće ih je primjenjivati i na djeci mlađe dobi, posebno djece s problemima u ponašanju kako bi se takvi problemi eliminirali i prevenirali. Odgojitelj mođe uz pomoć stručnih suradnika zaposlenih u predškolskoj ustanovi provoditi takav program ili njegove elemente primjenjivati u radu s djecom s ADHD-om.

## **5.4. ULOGA ODGOJITELJA U POZITIVNOJ EDUKACIJI DJECE S ADHD-OM**

Unutar područja ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja odgojitelji se suočavaju s različitim izazovima. Njihov je primarni cilj uspostaviti okruženje koje potiče jednakost, osiguravajući da svakom djetetu budu pružene jednake prilike za napredovanje. Odgojitelj preuzima odgovornost orkestriranja odgojno-obrazovnog procesa unutar ustanove, što zahtijeva precizno planiranje, detaljan dizajn i stručno upravljanje. Naime, odgojitelji igraju ključnu ulogu u oblikovanju razvoja i postignuća djece s ADHD-om (Loborec i Bouillet, 2012). Oni sluđe kao primarni agenti odgovorni za provedbu pozitivnih psiholoških intervencija unutar obrazovnog sustava (Ileković, 2021).

### **5.4.1. Kompetencije odgojitelja**

Odgojitelji imaju zadatak, utemeljen na načelima inkluzivnog obrazovanja, da stvore okruženje u kojem se svako dijete, bez obzira na podrijetlo ili težinu teškoća u razvoju tretira s jednakom vrijednošću, poštovanjem i prilikama za rast (Loborec i Bouillet, 2012). Stoga je temeljni cilj odgojno-obrazovnog procesa uspostaviti ravnoteđu između mogućnosti i zahtjeva, što uključuje odabir odgovarajućih strategija poučavanja i sadržaja koji zadovoljavaju individualne sposobnosti i potrebe svakog djeteta (Galić-Jušić, 2004; prema Loborec i Bouillet, 2012).

Kako bi se spriječili štetni ishodi i osiguralo da se djetetov poremećaj prepozna kao odvojen od bilo kakvih percipiranih roditeljskih problema, ključno je odgojiteljima pružiti informacije o specifičnom poremećaju o kojem se radi. Odgojitelji bi trebali proći obuku o tome kako učinkovito komunicirati s djecom koja imaju ADHD. Umjesto kritiziranja djece s ADHD-om odgojitelji bi trebali biti strpljivi i nastojati razumjeti njihove jedinstvene potrebe. Budući

da se ta djeca često suočavaju s kritikama, žude za pohvalama i vrednovanjem, bitno je da odgojitelji pronađu pozitivne aspekte u njihovom ponašanju. Nadalje, odgojitelji bi trebali pokazivati kvalitete kao što su strpljenje, pozitivnost i staloženost, dok komuniciraju jasno te primjenjujući odgovarajući tempo i glasnoću. Oni moraju djetetu poslužiti kao uzor, dati mu smjernice što učiniti, kako učiniti i zašto (Milanović i sur., 2014).

Prema Višnjić-Jevtić i Glavini (2009), odgojitelji koji rade s hiperaktivnom djecom trebaju posjedovati pedagoško, didaktičko i stručno obrazovanje, znanja iz područja psihologije i pedagogije, učinkovite verbalne i neverbalne komunikacijske vještine, sposobnost prilagodbe kurikulumu individualnim potrebama, promicanje inkluzivnosti u vrtiću, evaluaciju i prilagodbu odgojno-obrazovnih praksi, suradnju s obiteljima i stručnjacima, a posjeduju bitne ljudske kvalitete i sposobnosti.

Prema Bouillet (2010) odgojitelji koji rade s djecom s teškoćama u razvoju trebaju posjedovati niz važnih kompetencija. Te kompetencije uključuju duboko razumijevanje socijalnog i emocionalnog razvoja djece, poznavanje učinkovitih tehnika za upravljanje obrazovnim grupama, snažne komunikacijske vještine za interakciju s djecom, roditeljima, stručnjacima i kolegama, stručnost u učinkovitim metodama podučavanja kao što su individualizirana pouka i iskustveno učenje, poznavanje specifičnih razvojnih teškoća i izazova vezanih uz socijalnu integraciju, sposobnost prepoznavanja razvojnih poteškoća i drugih posebnih potreba, poznavanje didaktičko-metodičkih pristupa i planiranja prilagođenih nastavnih planova i programa, poznavanje dostupnih nastavnih metoda, alata i pomagala. Te su kompetencije ključne za olakšavanje uspješne integracije djece s teškoćama u razvoju u predškolske ustanove. One su grupirane u četiri osnovne skupine (Bouillet, 2011):

- uspostavljanje suradnje između odgojitelja te stručnih suradnika i djetetove obitelji
- prilagodba kurikulumu individualnim potrebama djece
- promicanje inkluzivne kulture u ustanovama ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja
- aktivno sudjelovanje odgojitelja u procjenama potreba djece.

Kako bi mogli učinkovito raditi s djecom s poteškoćama u razvoju odgojitelji trebaju osim klasičnih vještina i znanja iz tog područja biti opremljeni i potrebnim alatima za provođenje pozitivnih psiholoških intervencija. Time se ističe potreba za sveobuhvatnim programima osposobljavanja koji naglašavaju važnost psiholoških čimbenika u odgojno-obrazovnom procesu, potencijalni utjecaj takvih programa u odgojno-obrazovnim ustanovama te stjecanje specifičnih vještina za uspješnu provedbu ovih intervencija u vrtićkom okruženju (Ileković, 2021).

Kako bi učinkovito radili s djecom s ADHD-om odgojitelji moraju prepoznati vlastite izazove i aktivno tražiti samopoboljšanje kroz različite načine kao što su stjecanje dodatnih znanja, poboljšanje komunikacijskih vještina, učenje iz iskustava drugih, davanje prioriteta brizi o sebi i prepoznavanje osobnih potreba. Tako će odgojitelji moći prihvatiti dijete onakvo kakvo uistinu jest i problemu pristupiti holistički, nastojeći ga prevladati s pozitivnim i realnim očekivanjima. Štoviše, oni će stvoriti okruženje koje potiče individualne i značajne veze s djetetom, kao i olakšava kvalitetne interakcije s drugom djecom. Slično tome, odgojitelji će se usredotočiti na dijete u cjelini, uvažavajući njegove potencijale, sposobnosti i talente, umjesto da se fokusiraju samo na njihove poteškoće, što je perspektiva koju drugi često zanemaruju (Milanović i sur., 2014).

#### **5.4.2. Aktivnosti za djecu s ADHD-om**

Odgojitelji u svojem radu mogu primjenjivati rezultate pozitivne psihologije. Rezultati istraživanja koje su proveli Tatalović Vorkapić i Vujičić (2013) u hrvatskim predškolskim ustanovama pokazali su da su odgojitelji naklonjeni pozitivnoj psihologiji te da smatraju da je ona nužna za njihov odgojno-obrazovni rad na različitim razinama. Također se pokazalo da odgojitelji smatraju da se rezultati pozitivne psihologije mogu provoditi na razne načine u predškolskim ustanovama. Tako se oni mogu provoditi i u radu s djecom s teškoćama u razvoju, konkretno s djecom s ADHD-om.

S obzirom na to da je predškolska ustanova jedan od zaštitnih čimbenika za dijete, pa tako i ono s ADHD-om, odgojitelj je odgovoran za dijete dok ono boravi u predškolskoj ustanovi. Stoga će pozitivnim utjecajem odgojitelja na dijete s ADHD-om sigurno jačati i djetetova otpornost. Odgojitelj je u svakodnevnoj interakciji s djetetom s ADHD-om te mu on mora osigurati dovoljno aktivnosti u kojima će to dijete moći pokazati vještine i znanja koja je usvojio, način na koji odlučuje i rješava probleme ako se oni jave i sl. (Kiswarday, 2012). Međutim, važno je i da odgojitelj sam posjeduje otpornost kao vještinu jer je teško očekivati da će je uspjeti razviti kod djeteta ako je i on sam ne posjeduje (Miljević-Ridički i sur., 2015).

Važno je modificirati vrtičke aktivnosti kako bi se prilagodile djeci s ADHD-om. Odgojitelj treba biti fleksibilan i izbjegavati inzistiranje na aktivnostima koje možda neće biti uspješne za djecu s ADHD-om. Osim toga, ako je izvedivo, odgojitelj bi trebao smanjiti nepotrebne distrakcije koje bi mogle odvratiti pozornost djece s ADHD-om tijekom određenih aktivnosti. Vrijedno je napomenuti da se hiperaktivna djeca bore s vještinama ili znanjem, pa

im je umjesto pokazivanja učinkovitije dati jasne upute, restrukturirati zadatke kako bi ih učinili privlačnijim ili motivirajućim za dijete, preusmjeriti njihovo ponašanje prema ciljevima, a ne trenutnom zadovoljstvu te ponuditi trenutne nagrade za dovršavanje zadataka ili pridržavanje pravila. U situacijama u kojima je dijete s ADHD-om suočeno s neprivlačnim, izazovnim ili zamornim zadatkom, ono će prirodno osjetiti sklonost preusmjeriti svoju pozornost negdje drugdje. Uključivanje blagih negativnih posljedica ako dijete odluči napustiti zadatak može dodatno potaknuti njegovo sudjelovanje. Važno je napomenuti da se samo kažnjavanje, bez uključivanja nagrada i pozitivnih povratnih informacija, pokazalo relativno neučinkovitim pristupom modificiranju ponašanja. Slično tome, kada se želi promijeniti nepoželjno ponašanje kod djeteta, bitno mu je osigurati nagrade i povratnu informaciju kada pokaže poželjno ponašanje, uz promptno provođenje negativnih posljedica za nepoželjno ponašanje (Hrvatska udruga za disleksiju, 2007).

Pozitivna povratna informacija može biti u obliku pohvale sve dok jasno sadržava što je dijete učinilo pozitivno. No, iako sama pohvala može biti učinkovita u nekim slučajevima, postoje situacije u kojima mogu biti potrebni dodatni poticaji kako bi se dijete zadržalo u određenoj aktivnosti. Ti poticaji mogu biti u obliku nagrada, kao što su posebne privilegije ili bodovni sustav u kojem dijete može zaraditi nagrade. Vrijedno je napomenuti da korištenje materijalnih nagrada može biti u suprotnosti s uvjerenjem da djecu ne treba prečesto nagrađivati materijalnim stvarima jer to može umanjiti njihovu unutarnju motivaciju za aktivnosti poput čitanja, sklapanja prijateljstava ili ponosa roditelja. Međutim, za djecu s ADHD-om, koja mogu manje reagirati na unutarnje nagrade, često je potrebno primijeniti značajnije posljedice, uključujući materijalne nagrade, kako bi se poticalo i održalo pozitivno ponašanje. Važno je povremeno mijenjati nagrade kako dijete ne bi izgubilo interes. Bez obzira na vrstu dane povratne informacije, ona je najučinkovitija kada se izravno odnosi na određeno ponašanje (Hrvatska udruga za disleksiju, 2007).

Poznato je da se već u predškolskoj dobi kod djece počinju javljati emocije poput ljutnje i srdžbe, a kao posljedica često i elementi agresivnog ponašanja poput svađe, vikanja, guranja, štipanja, čupanja i sl. Takve emocije su prisutne i kod djece s ADHD-om. Međutim, nužno je dijete s ADHD-om naučiti što ranijem prihvaćanju međusobnih različitosti, razvijati u njemu duh suradnje i zajedništva s drugima, pokušavati eliminirati sebičnost te učiti dijete dijeljenju, ali i poštivanju svojega i tuđeg vlasništva da bi se prorijedila pojava negativnih emocija i njima uzrokovanih ponašanja. Normalno je ponekad osjećati i izraziti ljutnju. No, kada ljutnja izmakne kontroli, ona se pretvara u bijes i tako postaje destruktivna emocija koja može uzrokovati brojne probleme. Bijes je usko povezan s agresivnošću, a agresivno se ponašanje

počinje očitovati kroz prijetnje autoritetima, vršnjacima, odbijanje odgovornosti za svoje bijesne i ljutite reakcije, pasivno-agresivno ponašanje, sukobe s vršnjacima itd. (Luca-Mrđen, 2006). Jedna od mogućnosti oslobađanja djece s ADHD-om od negativnih emocija jest redovita tjelesna aktivnost. Odgojitelji u predškolskim ustanovama mogu u svoj rad s djecom s ADHD-om uključiti redovitu tjelesnu aktivnost, odnosno aktivnost koja se provodi nekoliko puta tjedno i koja uključuje intenzivnije vježbanje uz određene pauze kako bi dijete dobilo „ispušni ventil“ (Gavin i sur., 2007). Međutim, važno je pomoći djetetu s ADHD-om da savlada mehanizme kontrole negativnih emocija, pa tako i bijesa, jer potiskivanje takvih emocija, kao i njihovo naprasno izražavanje, nisu optimalan način suočavanja s njima. Sposobnost dobrog upravljanja raspoloženjima i kontrole nagona poznata je kao emocionalna inteligencija. Riječ je o „sposobnosti preciznog uočavanja, procjene i izražavanja emocija; sposobnosti pristupa i/ili priziva osjećanja kad oni olakšavaju razmišljanje; sposobnosti razumijevanja emocija i emocionalnih spoznaja te sposobnosti regulacije emocija i emocionalnih spoznaja u svrhu pomaganja emocionalnom i intelektualnom razvitku“ (Živković, 2004: 8).

Nadalje, važno je djecu s ADHD-om učiti o pozitivnim emocijama poput nade, sreće i humora jer im tako postaje lakše njegovati pozitivan način razmišljanja. Uključivanje u različite aktivnosti pomaže djeci s ADHD-om da osvijeste te pozitivne emocije, uče ih kako ih prepoznati i upravljati njima. Pozitivne emocije nade, sreće i humora proširuju svijest, potiču osobne i društvene resurse te ublažavaju psihološke probleme (Fredrickson, 2001; prema Miljević-Ridički i sur., 2015). Nada, konkretno, uključuje razmišljanje o putovima prema postizanju ciljeva i sposobnost postavljanja ciljeva i osmišljavanja strategija za njihovo postizanje. To također uključuje razmišljanja o vlastitim mogućnostima za postizanje tih ciljeva, vođena motivacijom i vjerom u njihovu mogućnost (Snyder, 1994; prema Miljević-Ridički i sur., 2015). Snagom nade djeca s ADHD-om mogu shvatiti da su teška vremena prolazna i da bolja vremena često slijede. Također mogu postaviti nove ciljeve koji im mogu pomoći da prođu kroz izazovna razdoblja. Uvođenjem sreće kao emocije djecu s ADHD-om se potiče da dublje proniknu u tu emociju, istražuju što ih veseli, kako mogu poboljšati vlastito raspoloženje i načine kako usrećiti druge. Sreća djeci s ADHD-om služi kao alat za prepričavanje prošlih slučajeva radosti, razmišljanje o trenucima sreće i prepoznavanje aktivnosti ili pojedinaca koji u njima izazivaju sreću. Uz to, humor djeci s ADHD-om daje sposobnost da pronađu komični aspekt problema i iskoriste humor na pozitivan način, što u konačnici pridonosi njihovoj općoj dobrobiti. Također je korisno da djeca s ADHD-om izraze koje radnje mogu poduzeti kako bi u sebi izazvala smijeh ili opišu što kod njih izaziva smijeh (Miljević-Ridički i sur., 2015).

Važno je i kod djeteta s ADHD-om razvijati pozitivan pogled na život. Od rane je dobi ključno uspostaviti potrebne uvjete za razvoj sreće, otpornosti i uspjeha kod djeteta s ADHD-om. Učeći ga umijeću optimističnog razmišljanja, odgojitelj djeteta s ADHD-om oprema alatima za snalaženje u životnim izazovima u budućnosti. Da bi odgojitelj njegovao optimistični način razmišljanja, moguće je primijeniti jednostavne strategije koje pomažu u razvoju pozitivnog stava. Optimizam „cvjeta“ kada djeca imaju moć kontrolirati ishod svojih postupaka i uz pozitivni pristup objašnjavanju situacija. Odgojitelji igraju ključnu ulogu u tom procesu. Svojim vodstvom mogu pomoći djetetu s ADHD-om u poticanju pozitivnog procesa razmišljanja, odnosno potičući ga da prepozna vlastite emocije i razmišljaju o svojim iskustvima. Odgojitelji služe kao uzori, oblikujući djetetov stil objašnjavanja svojim intervencijama i konstruktivnom kritikom (Pavlič, 2014). Stvaranje okruženja koje potiče djetetove istinske interese i aktivnosti od iznimne je važnosti za njegovanje optimizma. To se može postići promicanjem razvoja djetetovih vještina kreativnog i kritičkog mišljenja, kao i raznih kompetencija (Slunjski, 2012). Odgojitelji imaju ključnu ulogu u pružanju kvalitetne podrške odrastanju djece uspostavljanjem dobro planiranih organizacijskih uvjeta koji omogućuju samostalno i kompetentno djelovanje temeljeno na njihovim interesima (Slunjski, 2012; Seligman, 2005). Poticanje neovisnosti, autonomije i osnaživanja kroz česte dogovore s djecom i isticanje njihovih snaga i pozitivnih strana učinkoviti su pristupi njegovanju optimističnog razmišljanja. Fleksibilnost je ključna za odgojitelje jer se trebaju prilagoditi nepredviđenim situacijama uvažavajući razvojne mogućnosti djeteta (Slunjski, 2012). Postupno napredovanje i nuđenje izbora strategije su koje se mogu koristiti za ulijevanje optimizma. Osim toga, bitno je da odgojitelji pokažu poštovanje prema djetetovim sposobnostima u razmišljanju, učenju, donošenju odluka i rješavanju problema, potičući tako optimističan način razmišljanja (Pavlič, 2014).

U radu s djecom s ADHD-om ključno je dati prednost pozitivnom pristupu nad negativnim. Ta djeca često se suočavaju s mnoštvom negativnih reakcija i kazni od strane osoba koje ne razumiju njihov poremećaj. Samo kroz odgovarajuće poticaje i nagrade mogu naučiti što se od njih očekuje. Stoga, ako odgojitelj želi modificirati nepoželjno ponašanje kod djeteta s ADHD-om, prvo treba odrediti koje će ga pozitivno ponašanje zamijeniti. Nakon toga potrebno je pažljivo praćenje pojave ovog željenog ponašanja. Kada djeteta pokaže željeno ponašanje, treba ga pohvaliti i nagraditi. Nakon što je odgojitelj barem tjedan dana dosljedno učvršćivao djetetovo prihvatljivo ponašanje, tada može uvesti blage oblike kažnjavanja za suprotno ponašanje. Međutim, važno je napomenuti da se čak i tijekom te faze kazna treba koristiti štedljivo i selektivno, isključivo ciljajući na specifično ponašanje o kojem je riječ.

Ključno je naglasiti da djeca s ADHD-om imaju povećanu osjetljivost na posljedice i povratne informacije, ali možda neće tako učinkovito reagirati na razloge i objašnjenja određenih ponašanja u usporedbi s drugom djecom. Zbog toga je neophodno pravovremeno i dosljedno rješavati djetetovo ponašanje kako bi se potaknule pozitivne promjene. Uključivanje u razgovore i izražavanje pritužbi može izazvati otpor, a ne popustljivost.

### **5.4.3. Suradnja s roditeljima i stručnim suradnicima**

Uloga odgojitelja nadilazi okvire obitelji jer su oni prvi stručnjaci koji istinski razumiju osobnost djeteta. Njihov je značaj u neprocjenjivoj podršci koju pružaju roditeljima u odgojnom procesu. Radeći u predškolskoj ustanovi odgojitelj surađuje s roditeljima. Institucije ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja služe kao platforme na kojima roditelji mogu postavljati pitanja i tražiti smjernice, čime se osigurava njihov uspjeh u ispunjavanju njihovih roditeljskih odgovornosti (Skočić Mihić i sur., 2013).

U suvremenom vrtićkom okruženju roditelji imaju velika očekivanja od obrazovanja svojeg djeteta i traže suradnju s odgojiteljima. Partnerstvo odgojitelja i roditelja uključuje odgojitelje koji roditeljima prenose specifična znanja i vještine roditeljstva, njegujući snažan odnos. To partnerstvo postaje još važnije kada se radi o djeci s teškoćama u razvoju, točnije djeci s ADHD-om, jer obje strane trebaju imati sveobuhvatno razumijevanje jedinstvenih izazova djeteta (Ljubetić, 2006).

Prilikom pružanje podrške djetetovim roditeljima odgojitelji surađuju sa stručnim timom predškolske ustanove. Početni korak uključuje konzultacije s liječnicima i stručnjacima kako bi se odredio najprikladniji tretman za djetetove izazove (Vlah i Vorkapić, 2011).

Primjena pozitivne psihologije u radu s djecom s ADHD-om može pomoći toj djeci, ali i njihovim roditeljima koji i sami mogu sudjelovati u programima usmjerenima na primjenu pozitivne psihologije kako bi bili zadovoljniji vlastitim životom i kako bi imali bolju kvalitetu svojeg života. Posljedično će i to sigurno pozitivno utjecati na njihovo dijete (jer djeca osjećaju ono što osjećaju njihovi roditelji te imitiraju njihovo ponašanje) i na sam roditeljski pristup u odgoju djeteta s ADHD-om.

## 6. ZAKLJUČAK

ADHD jest poremećaj hiperaktivnosti uz deficit pažnje. Razlikuju se tri tipa ADHD-a, od koji je prvi tip pretežito hiperaktivno-impulzivan, drugi je pretežito nepažljiv tip, a treći kombinirani. Prvi i treći tip se najlakše dijagnosticiraju, dok je drugi tip nešto teže uočiti. Pretpostavlja se da je uzrok poremećaja genetska predispozicija. Međutim, znanstvenici istražuju i druge moguće uzroke koji mogu djelovati u kombinaciji s genima, pa se razvijaju i organske i psihosocijalne teorije uzroka ADHD-a.

Proces dijagnosticiranja poremećaja jest zahtjevan, s obzirom na to da se ne provodi na jedinstven način. Dijagnoza se postavlja na temelju kriterija navedenih u DSM-V. Postavljaju je stručnjaci različitih profila na temelju prikupljenih podataka o djetetu, njegovom ponašanju i okolini u kojoj živi. Važno je ispitati javlja li se djetetovo ponašanje kontinuirano i o koliko dugom razdoblju je riječ. Ključno je da se simptomi jave prije dvanaeste godine te da traju kontinuirano minimalno šest mjeseci. Osim toga, trebali bi se javljati u najmanje dva okruženja, primjerice kod kuće i u predškolskoj ustanovi. Provodi se intervju i sa svim članovima obitelji kako bi se utvrdila obiteljska dinamika. Osim toga, obavlja se pregled kod neuropedijatra, a u slučaju da neuropedijatar posumnja na dijagnozu ADHD-a, dijete se upućuje na daljnju obradu kod dječjeg psihijatra koji provodi testiranje kako bi utvrdio može li se kod određenog djeteta zaista dijagnosticirati ADHD. Također je bitno da se dijagnoza ne donese na brzinu jer kriva dijagnoza može pogubno djelovati na dijete.

Lijek za ADHD još uvijek nema, ali se provodi više oblika liječenja. Kao najučinkovitiji i znanstveno provjereni oblik liječenja ADHD-a pokazala se kombinacija psihosocijalnog pristupa i farmakoterapije. Osim psihološke terapije i lijekova u liječenju ADHD-a mogu se koristiti i alternativni tretmani poput raznih oblika kreativne terapije, terapija jahanjem, posebni računalni programi itd.

Važno je da odrasli iz djetetove okoline prepoznaju simptome ADHD-a. Kod te je djece često usporen motorički razvoj. Djeca s ADHD-om često su nespretnija od druge djece i lakše se ozlijede s obzirom na to da nisu u stanju predvidjeti posljedice svojih djela te se lakše upuštaju u rizik. Međutim, hiperaktivnost se najlakše može primijetiti ako je dijete stalno u pokretu i ako ono ne može zadržati pažnju na određenoj aktivnosti koliko i ostala djeca. Djeca s ADHD-om često prebrzo odustaju, nekada i prije nego što započnu određenu aktivnost, ometaju druge u izvršavanju te aktivnosti. Kada je riječ o percepciji hiperaktivne djece,



problemi se očituju u usklađivanju vidnih podražaja, spoznajnih aktivnosti i motorike. Dio djece s ADHD-om ima i govorno-jezičnih teškoća. Još jedan problem koji se javlja kod hiperaktivne djece jest njihovo ponašanje. Ta djeca često znaju mijenjati raspoloženja bez konkretnog razloga, a njihove emocije znaju biti prenaplašene. Kada su te emocije negativne, hiperaktivna djeca mogu biti izrazito agresivna i imati napadaje bijesa. Ako nešto žele, to moraju dobiti odmah i sada. Kako je njihovo ponašanje njihovim vršnjacima neprihvatljivo hiperaktivna djeca se igraju s mlađom djecom i bolje se slažu s djecom suprotnog spola. Također se bolje igraju ako su ograničeni na jednu ili dvije osobe, a ne na više njih.

Da bi boravak hiperaktivnog djeteta u predškolskoj ustanovi protekao što ugodnije za to dijete i ostalu djecu, ali i za samog odgojitelja, treba educirati odgojitelje o kakvom je poremećaju riječ i kako se treba postupati u radu s takvom djecom. To ne znači jednokratnu naobrazbu, već neprestano informiranje o novim spoznajama, posebno ako u odgojiteljevoj grupi u vrtiću boravi hiperaktivno dijete. Osim klasičnih tehnika, u vrtićko je okruženje moguće implementirati i programe pozitivne psihologije kako bi se pomoglo djeci s ADHD-om, točnije kako bi se spriječili ili barem umanjili simptomi depresije, kako bi se poboljšala njihova dobrobit i kako bi se pospješilo njihovo učenje. Pozitivna psihologija kao posebna grana psihologije naglasak stavlja na ono što je u pojedincu pozitivno, odnosno ističe snage i vrline koje se mogu koristiti s ciljem poboljšanja vlastitog života. Među konstruktima pozitivne psihologije ističu se pozitivna stanja (pozitivne emocije, dobrobit i ostala pozitivna stanja kao što su zanesenost, stalna svjesnost i ushićenost), pozitivni pojedinac (optimizam, samoefikasnost i nada kao pozitivni načini razmišljanja te otpornost kao pozitivna osobina), pozitivni odnosi (altruizam i empatija, zahvalnost te opraštanje) te pozitivna zajednica.

Djeca s ADHD-om se prvenstveno ne smiju kritizirati jer je kritika ono što je obilježila njihov kratak životni vijek. Njihovo ponašanje roditelji često opisuju kao neprihvatljivo. Iako je to teško, u ponašanju te djece treba tražiti nešto pozitivno što bi se moglo pohvaliti. Nužno je uspostaviti sustav pohvala, nagrada, ali i blagih kazni ovisno o djetetovom ponašanju. Pohvala djeluje pozitivno na dijete, kao i materijalne nagrade. Nagrada treba biti nešto što interesira dijete, a kako dijete ne bi izgubilo zanimanje za ovaj sustav nagrade se mogu mijenjati svakih nekoliko tjedana.

Kompetentni odgojitelj koji je adekvatno kvalificiran i upućen u probleme hiperaktivne djece može ne samo sebi olakšati posao, već može i pomoći djetetu s ADHD-om da se bolje osjeća i da se bolje ponaša, što će mu, pak, pomoći da izgradi pozitivnije odnose s okolinom i da se nauči nositi s poremećajem koji mu je dijagnosticiran. Neprofesionalnost osoba koje vode brigu o djetetu s ADHD-om može ostaviti ozbiljne posljedice koje bi svakako trebalo izbjeći.



## LITERATURA

1. Američka psihijatrijska udruga (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: fifth edition*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
2. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), str. 191-215.
3. Bandura, A. (1989). Human Agency in Social Cognitive Theory. *American Psychologist*, 44(9), str. 1175-1184.
4. Batson, C. D., Ahmad, N., Lishner, D. A. i Tsang, J.-A. (2002). Empathy and altruism. U: Snyder, C. R. i Lopez, S. J. (ur.), *Handbook of positive psychology* (str. 485–498). Oxford University Press.
5. Beitchman, J. H., Nair, R., Clegg, M., Ferguson, B. i Patel, P. G. (1986). Prevalence of psychiatric disorders in children with speech and language disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25(4), str. 528-535.
6. Beitchman, J. H., Hood, J., Rochon, J. i Peterson, M. (1989). Empirical classification of speech/language impairment in children II. Behavioral characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28, str. 118-123.
7. Beitchman, J. H., Brownlie, E. B., Inglis, A., Wild, J., Ferguson, B. i Schachter, D. (1996). Seven-year follow-up of speech/language impaired and control children: psychiatric outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(8), str. 961-970.
8. Benoit, V. i Gabola, P. (2021). Effects of Positive Psychology Interventions on the Well-Being of Young Children: A Systematic Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 12065.
9. Bilić, V. (2018). *Nove perspektive, izazovi i pristupi nasilju među vršnjacima*. Zagreb: Obrazovni izazovi i Učiteljski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
10. Bognar, B. i Simel, S. (2013). Filozofska polazišta pozitivne pedagogije. *Metodički ogleđi*, 20(1), str. 137-168.
11. Bouillet, D. (2010). *Izazovi integriranog odgoja i obrazovanja*. Zagreb: Školska knjiga.
12. Bouillet, D. (2011). *Kompetencije odgojitelja djece rane i predškolske dobi za inkluzivnu praksu*. Zagreb: Učiteljski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
13. Božac, A. (2011). Likovna terapija. Dostupno na: <https://anabozac.com/likovna-art-terapija/> (pristupljeno 6. travnja 2024.)

14. Brajša-Žganec, A. (2003). *Dijete i obitelj: emocionalni i socijalni razvoj*. Zagreb: Naklada Slap.
15. Brdar, I. i Bakarčić, S. (2006). Suočavanje s neuspjehom u školi: koliko su važni emocionalna kompetentnost, osobine ličnosti i ciljna orijentacija u učenju? *Psihologijske teme*, 15(1), str. 129-150.
16. Breitenfeld, D. i Majsec Vrbanić, V. (2011). *Muzikoterapija: pomozimo si glazbom*. Zagreb: Music play.
17. Broström, S. (2000). Communication & continuity in the transition from kindergarten to school in Denmark. Dostupno na: [https://education.unimelb.edu.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/3551145/brostrom.pdf](https://education.unimelb.edu.au/_data/assets/pdf_file/0006/3551145/brostrom.pdf) (pristupljeno 12. lipnja 2024.)
18. Brown, K. W. i Ryan, R. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), str. 822-848.
19. Buljubašić-Kuzmanović, V. (2017). Utjecaj terapijskog jahanja na socijalni razvoj djece s teškoćama u razvoju. *Školski vjesnik: časopis za pedagoškijsku teoriju i praksu*, 66(2), str. 255-269.
20. Camarata, S. M., Hughes, C. A. i Ruhl, K. L. (1988). Mild/moderate behaviorally disorder students: a population at risk for language disorders. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 19, str. 191-200.
21. Carver, C. S., Scheier, M. F. i Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30(7), str. 879-889.
22. Cerić, H. (2004). Definiranje inkluzivnog obrazovanja. *Naša škola*, 50(29), str. 87-95.
23. Chang, E. C., Chang, R. i Sanna, L. J. (2009). Optimism, pessimism, and motivation: Relations to adjustment. *Social and Personality Psychology Compass*, 3(4), str. 494-506.
24. Chang, E. C., Maydeu-Olivares, A. i D'Zurilla, T. J. (1997) Optimism and Pessimism as Partially Independent Constructs: Relationship to Positive and Negative Affectivity and Psychological Well Being. *Personality and Individual Differences*, 23(3), str. 433-440.
25. Chang, E. C. i Sanna, L. J. (2001). Optimism, pessimism, and positive and negative affectivity in middle-aged adults: A test of a cognitive-affective model of psychological adjustment. *Psychology and Aging*, 16(3), str. 524-531.

26. Chodkiewicz A. R. i Boyle C. (2017). Positive psychology school-based interventions: A reflection on current success and future directions. *Educational Review*, 5(1), str. 60-86.
27. Climie, E. i Henley, L. (2016). A renewed focus on strengths-based assessment in schools. *British Journal of Special Education*, 43(2), str. 108–121.
28. Csikszentmihalyi, M. (2006). *Flow – očaravajuća obuzetost*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
29. Delić, T. (2001). Poremećaj pažnje i hiperaktivnost (ADHD). *Kriminologija i socijalna integracija*, 9(1-2), str. 1-10.
30. Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and proposal for a national indeks. *American Psychologist*, 55(1), sr. 34-43.
31. Diener, E., Scollon, C. N. i Lucas, R. E. (2004). Theevolving concept of subjective wellbeing: The multifaceted nature of happiness. U: Costa, P. T. i Siegler, I. C. (ur.), *Advances in cell aging and gerontology* (str. 187-220). Amsterdam: Elsevier.
32. Doležal, D. (2006). Otpornost i prevencija poremećaja u ponašanju. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 42(1), str. 87-103.
33. Emmons, R. A. i McCullough, M. E. (2004). The assessment of gratitude. U: Lopez, S. J. i Snyder, C. R. (ur.), *Positive psychological assessment – a handbook of models and measures* (str. 327-341). Washington, DC:APA
34. Enright, R. D. i Coyle, C. T. (1998). *Researching the process model of forgiveness within psychological interventions*. U: Worthington, E. L. (ur). Dimensions of forgiveness: Psychological research and theological perspectives. Philadelphia: Templeton Foundation Press.
35. Eret, L. (2012). Odgoj i manipulacija: razmatranje kroz razvojnu teoriju ekoloških sustava. *Metodički ogledi*, 19(1), str. 143-161.
36. Fedeli, D. (2015). *Hiperaktivno dijete*. Zagreb: Trsat.
37. Ferek, M. (2006). *Hiperaktivni sanjari: drugačiji, lošiji, bolji*. Zagreb: Buđenje.
38. Fineburg, A. C. (2004.), Introducing positive psychology to the introductory psychology student. U: Lineley, P. A. i Stephen, J. (ur.), *Positive psychology in practice* (str. 197-209). New York: John Wiley & Sons, Inc.
39. Fitzgerald, P. (1998). Gratitude and justice. *Ethics*, 109(1), str. 119-153.
40. Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of general psychology*, 2(3), str. 300-319.

41. Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.
42. Fredrickson, B. L. (2004). *The broaden-and-build theory of positive emotions*. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 359(1449), 1367-1377.
43. Fredrickson, B. L. i Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition & Emotion*, 19(3), str. 313-332.
44. Froh, J., Sefick, W. J. i Emmons, R. A. (2008.). Counting blessings in early adolescents: An experimental study of gratitude and subjective well-being. *Journal of School Psychology*, 46, str. 213-233.
45. Gable, S. L. i Haidt, J. (2004). What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology*, 9(2), str. 103-110.
46. Gaudreau, P., Gunnell, K. E., Hoar, S. D., Thompson, A. i Lelièvre, J. (2015). Optimism, pessimism, and coping in a dual-domain model of sport and school satisfaction. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 4(2), str. 140-152.
47. Gavin, M. L., Dowshen, S. A. i Izenberg, N. (2007). *Dijete u formi: praktični vodič za odgoj zdrave i aktivne djece – od novorođenčeta do tinejdžera*. Zagreb: Mozaik knjiga.
48. Genc, A. (2009). Resursi za suočavanje sa stresom. *Godišnjak Filozofskog Fakulteta*, 34(1/2), str. 41-51.
49. Genc, A., Pekić, J. i Matanović, J. (2013). Mehanizmi suočavanja sa stresom, optimizam i generalna samoefikasnost kao prediktori psihofizičkog zdravlja. *Primijenjena psihologija*, 6(2), str. 155-174.
50. Gibson, B. i Sanbonmatsu, D. M. (2004). Optimism, pessimism, and gambling: The downside of optimism. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, str. 149-160.
51. Gomez, R., Chen, W. i Houghton, S. (2023). Differences between DSM-5-TR and ICD-11 revisions of attention deficit/hyperactivity disorder: A commentary on implications and opportunities. *World J Psychiatry*, 13(5), str. 138-143.
52. Hai, T. i Climie, E. A. (2022). Positive Child Personality Factors in Children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 26(3), str. 476-486.
53. Hefferon, K. i Boniwell, I. (2011). *Positive Psychology: Theory, Research and Applications*. Maidenhead: McGraw Hill Education, Open University Press.
54. Hrvatska enciklopedija (n. d.). Leibniz, Gottfried Wilhelm. Dostupno na: <https://enciklopedija.hr/clanak/leibniz-gottfried-wilhelm> (pristupljeno 10. travnja 2024.)

55. Hrvatska udruga za disleksiju (2007). *Disleksija: disgrafija, diskalkulija i slične teškoće u čitanju, pisanju i učenju*. Zagreb: Hrvatska udruga za disleksiju.
56. Huebner E. S. i Gilman R. (2003). Toward a focus on positive psychology in school psychology. *School Psychology*, 18(2), str. 99-102.
57. Hughes, L. i Cooper, P. (2009). *Razumijevanje djece s ADHD sindromom i pružanje potpore*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
58. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (n. d.). ADHD. Dostupno na: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#821852937> (pristupljeno 2. travnja 2024.)
59. Ileković, M. (2021). Pozitivna edukacija i njena primjena u školi. *Bjelovarski učitelj: časopis za odgoj i obrazovanje*, 26(1-3), str. 23-33.
60. Ivanković, M. i Rijavec, M. (2012). Utjecaj provođenja programa pozitivne psihologije na optimizam i razredno ozračje kod učenika četvrtog razreda osnovne škole. *Napredak: časopis za interdisciplinarna istraživanja u odgoju i obrazovanju*, 153(2), str. 219-233.
61. Jurin, M. i Sekušak-Galešev, S. (2008) Poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću (ADHD) – multimodalni pristup. *Paediatrica Croatica*, 52(3), str. 195-201.
62. Kadum-Bošnjak, S. (2006). Dijete s ADHD poremećajem i škola. *Metodički obzori*, 1(2), str. 113-121.
63. Kiswarday, V. (2012). Empowering resilience within the school context. *Metodički obzori*, 7(1), str. 93-103.
64. Kiš-Glavaš, L. (2001). Inkluzija/integracija učenika s posebnim potrebama i stavovi sudionika u procesu. *Naš prijatelj*, 28(1/2), str. 40-44.
65. Klarin, M. (2006). *Razvoj djece u socijalnom kontekstu*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
66. Kocijan Hercigonja, D., Buljan Flander, G. i Vučković, D. (1999). *Hiperaktivno dijete: uznemireni roditelji i odgojitelji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
67. Kottman, T. (2001). Adlerian play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 10(2), str. 1-12.
68. Kovač, D. (2013). Što uzrokuje ADHD? Dostupno na: <https://www.istrazime.com/klinicka-psihologija/sto-uzrokuje-adhd/> (pristupljeno 4. travnja 2024.)
69. Kovačević, M. (2006). Dijete s deficitom pažnje. *Školski vjesnik*, 55(1-2), str. 93-107.
70. Kudek Mirošević, J. i Opić, S. (2010). Ponašanja karakteristična za ADHD. *Odgojne znanosti*, 12(19), str. 167-183.
71. Lauth, G. W., Schlottke, P. F. i Naumann, K. (2008). *Neumorna djeca, bespomoćni roditelji*. Zagreb: Mozaik knjiga d.o.o.

72. Lebedina Manzoni, M. (2007). *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
73. Lin, Y-W. i Bratton, S. (2015). A Meta-Analytic Review of Child-Centered Play Therapy Approaches. *Journal of counseling and development*, 93(1), str. 45-58.
74. Loborec, M. i Bouillet, D. (2012). Istraživanje procjena odgojitelja o mogućnosti inkluzije djece s ADHD-om u redovni program dječjih vrtića. *Napredak: časopis za interdisciplinarna istraživanja u odgoju i obrazovanju*, 153(1), str. 21-38.
75. Luca Mrđen, J. (2006). Neke karakteristike pasivnih i provokativnih žrtava nasilja među djecom u školi. *Društvena istraživanja*, 15(3), str. 575-590.
76. Luketin, D. i Sunko, E. (2006). *Kako?: Kreativnim aktivnostima kreiramo odgoj: namijenjeno prosvjetnim djelatnicima, roditeljima i drugima u radu s ADHD djecom*. Split: Liga za borbu protiv narkomanije.
77. Ljubetić, M. (2006). Uloga vrtića u jačanju pedagoških kompetencija roditelja. *Zrno*, 70-71, str. 3-5.
78. Ljubetić, M. (2014). *Od suradnje do partnerstva obitelji, odgojno-obrazovne ustanove i zajednice*. Zagreb: Element.
79. Margolis, S. i Lyubomirsky, S. (2018). Cognitive outlooks and well-being. U: Diener, E., Oishi, S. i Tay, L. (ur.), *Handbook of well-being* (str. 129-144). Nobascholar.
80. Marshall, G. N., Wortman, C. B., Kusulas, J. W., Hervig, L. K. i Vickers, R. R. (1992). Distinguishing optimism from pessimism: Relations to fundamental dimensions of mood and personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(6), str. 1067-1074.
81. Masten A. S. (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. U: Wang, M. C. i Gordon, E. W. (ur.), *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects* (str. 3-25). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
82. Masten, A. S. i Reed, M. G. (2002). Resilience in development. U: Snyder, C. R. i Lopez, S. J. (ur.), *Handbook of positive psychology* (str. 74-88). Oxford: Oxford University Press.
83. Matković, Z. (2003). Nedostatak pažnje – hiperaktivni poremećaj. *Act medicorum*, 29(1-2), str. 47-56.
84. Melillo, R. (2016). *Isključena djeca – revolucionarni program koji pomaže mozak djece s autizmom, disleksijom, ADHD-om i drugim neurološkim smetnjama dovesti u ravnotežu*. Split: Harfa.



85. Mijočević, I. i Rijavec, M. (2006). Optimistični i pesimistični eksplanatorni stil i školski uspjeh u višim razredima osnovne škole. *Odgojne znanosti*, 8(2), str. 347-360.
86. Mikas, D. i Roudi, B. (2012). Socijalizacija djece s teškoćama u razvoju u ustanovama predškolskog odgoja. *Paediatrica Croatica*, 56(Suppl 1), str. 207-214.
87. Milanović, M. i sur. (2014). *Pomozimo im rasti: priručnik za partnerstvo odgojitelja i roditelja*. Zagreb: Golden marketing.
88. Miljević-Ridički, R., Bouillet, D., Pavin Ivanec, T. i Milanović, M. (2015). *Rescur: Na valovima, kurikulum otpornosti za predškolsku i osnovnoškolsku dob. Priručnik za odgojitelj(ic)e*. Zagreb: ITG d.o.o.
89. Miljković, D. (2018). Odgoj, obrazovanje i psihološka (ne)otpornost djece i mladih. U: Kaštela, S. (ur.), *Radovi zavoda za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru* (str. 33-46). Zagreb: Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti.
90. Miljković, D. i Rijavec, M. (2007). *Kako biti bolji – priručnik iz pozitivne psihologije*. Zagreb: IEP-D2.
91. Miljković, D. i Rijavec, M. (2009). Važnost pozitivnih emocija u odgoju i obrazovanju. *Napredak*, 150(3-4), str. 488-506.
92. Mueller, K. L. i Tomblin, J. B. (2012). Examining the comorbidity of language disorders and ADHD. *Topics in Language Disorders*, 32(3), str. 228-246.
93. Muter, V. i Likierman, H. (2010). *Vodič kroz disleksiju, dispraksiju i druge teškoće u učenju*. Zagreb: Kigen.
94. Nastavni zavod za javno zdravstvo dr. Andrija Štampar. (2022). *Stvaramo zdraviju budućnost*. Zagreb: Nastavni zavod za javno zdravstvo Andrija Štampar.
95. National Institute of Mental Health (n. d.). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Dostupno na: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd> (pristupljeno 8. lipnja 2024.)
96. Nes, L. S. i Segerstrom, S. C. (2006). Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), str. 235-251.
97. Nikolić, S., Marangunić, M. i sur. (2004). *Dječja i adolescentna psihijatrija*. Zagreb: Školska knjiga.
98. Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S. i Seligman, M. E. P. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A five year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), str. 405-422.
99. Oatley, K. i Jenkins, J. M. (2000). *Understanding emotions*. Oxford: Blackwell Published Inc.

100. Oishi, S., Diener, E., Suh, E. i Lucas, R. E. (1999). Values as a moderator in subjective well-being. *Journal of personality*, 67(1), str. 157-184.
101. Orejudo S., Puyuelo M., Fernández-Turrado T. i Ramos T. (2012). Optimism in adolescence: A cross-sectional study of the influence of family and peer group variables on junior high school students. *Personality and Individual Differences*, 52(7), str. 812-817.
102. Ortín-Montero, F.J., Martínez-Rodríguez, A., Reche-García, C., Garcés de los Fayó Ruiz, E. J. i González-Hernández, J. (2018). Relationship between optimism and athletic performance. Systematic review. *Anales de psicología*, 34(1), 153-161.
103. Ouweneel, E., Le Blanc, P. M. i Schaufeli, W. B. (2011). Flourishing students: A longitudinal study on positive emotions, personal resources, and study engagement. *The journal of positive psychology*, 6(2), str. 142-153.
104. Ouweneel, E., Le Blanc, P. M., Schaufeli, W. B. i van Wijhe, C. I. (2012). Good morning, good day: A diary study on positive emotions, hope, and work engagement. *Human relations*, 65(9), str. 1129-1154.
105. Pavlič, K. (2014). Kako poticati optimizam. *Dijete, vrtić, obitelj*, 20(75), str. 14-15.
106. Peterson, C. i Park, N. (2006). Character strengths in organizations. *Journal of Organizational Behavior*, 27(8), str. 1149-1154.
107. Peterson, C. i Seligman, M. E. P. (1984). Causal explanation as a risk factor in depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91(3), str. 347-374.
108. Petz, B. (2005). *Psihologijski rječnik*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
109. Phelan, T. W. (2005). *Sve o poremećaju pomanjkanja pažnje. simptomi, dijagnoza i terapija u djece i odraslih*. Lekenik: Ostvarenje.
110. Pittala, E. T., Saint-Georges-Chaumet, Y., Favrot, C., Tanet, A., Cohen, D. i Saint-Georges, C. (2018). Clinical outcomes of interactive, intensive and individual (3i) play therapy for children with ASD: a two-year follow-up study. *BMC pediatrics*, 18(1), 165.
111. Plaza Leutar, M. (2021). Pozitivna psihologija – od ishodišta do prakse u školi u dijalogu s pedagogijom i logoterapijom. *Acta Iadertina*, 18(2), str. 285-308.
112. Prvčić, I. i Rister, M. (2009). *Deficit pažnje, hiperaktivni poremećaj, ADHD*. Zagreb: Kikagraf.
113. Raboteg-Šarić, Z. (1995). *Psihologija altruizma: čuvstveni i spoznajni aspekti prosocijalnog ponašanja*. Zagreb: Alinea.

114. Rasmussen, H. N., Scheier, M. F. i Greenhouse, J. B. (2009). Optimism and physical health: a meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(3), str. 239-256.
115. Ray, S., Schottelkorb, A. i Tsai, M. (2007). Play therapy with children exhibiting symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Play Therapy*, 16(2), str. 95-111.
116. Reeve, J. (2010). *Razumijevanje motivacije i emocija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
117. Rijavec, M., Miljković, D. i Brdar, I. (2008). *Pozitivna psihologija: znanstveno istraživanje ljudskih snaga i sreće*. Zagreb: IEP-D2.
118. Ryan, R. M. i Deci, E. L. (2001.). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166.
119. Rijavec, M. i Miljković, D. (2006). Pozitivna psihologija: psihologija čije je vrijeme (ponovno) došlo. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja*, 15, 4-5 (84-85), str. 621-641.
120. Sakoman, S. (2009). *Školski programi prevencije ovisnosti*. Zagreb: Agencija za odgoj i obrazovanje.
121. Salkičević, S. i Tadinac, M. (2017). *Neuropsihički aspekti istraživanja ADHD-a kod djece*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
122. Schaefer, C. E. (2011). *Foundations of play therapy*. Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons.
123. Scheier, M. F. i Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical wellbeing: theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy & Research*, 16(2), 201-228.
124. Scheier, M. F. i Carver, C. S. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current directions in psychological science*, 2(1), str. 26-30.
125. Scottish Rite Foundation (2023). ADHD and Speech Development & Delay. Dostupno na: <https://www.casrf.org/post/adhd-and-speech-development-delay> (pristupljeno 8. travnja 2024.)
126. Seligman, M. E. P. (1990). *Learned optimism*. New York: A. A. Knopf.
127. Seligman, M. E. P. (2005). *Optimistično dijete: provjereni program za prevenciju i trajnu zaštitu djece od depresije*. Zagreb: IEP.

128. Seligman, M. E. P. i Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55(1), str. 5-14.
129. Seligman, M. E. P., Ernst, R. M., Gillham, J., Reivich, K. i Linkins, M. (2009). Positive education: positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*, 35(3), str. 293-311.
130. Sekušak Galešev, S. (2006). Djeca s poremećajem pažnje/hiperaktivnim ponašanjem: edukacijsko-rehabilitacijski pristup. U: Krnić, S., Nazor, M. i Sočo, M. (ur.), *Dijagnostika i tretman ADHD sindroma*. Split: Sto koluri.
131. Sever, A. (2023). Pozitivna psihologija u školi. *Varaždinski učitelj: digitalni stručni časopis za odgoj i obrazovanje*, 6(12), str. 491-495.
132. Sisto, A., Vicinanza, F., Campanozzi, L. L., Tartaglini, D. i Tambone, V. (2019). Towards a Transversal Definition of Psychological Resilience: A Literature Review. *Medicina*, 55(11), str. 1-22.
133. Skočić Mihić, S., Blanuša Trošelj, D. i Katić V. (2013). *Odgojitelji predškolske djece i savjetodavni rad s roditeljima*. Rijeka: Učiteljski fakultet Sveučilišta u Rijeci.
134. Slunjski, E. (2012). *Tragovima dječjih stopa*. Zagreb: Profil International.
135. Slunjski, E. (2013). *Kako djetetu pomoći da... upozna svoje emocije (i nauči njima upravljati)*. Zagreb. Element d.o.o.
136. Snyder, C. R. (2000). The past and possible futures of hope. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), str. 11-28.
137. Snyder, C. R. i Lopez, S. J. (2007). *Positive psychology The scientific and practical explorations of human strengths*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
138. Sučić, G. (2014). *Glazboterapija i dijete s posebnim potrebama*. Split: Sveučilište u Splitu.
139. Tahirović, S. (2016). *Psihologija dječje igre*. Sarajevo: Dobra knjiga.
140. Tatalović Vorkapić, S. i Lončarić, D. (2014). Validacija hrvatske verzije ljestvice socio-emocionalne dobrobiti i otpornosti predškolske djece. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 50(2), str. 102-117.
141. Tomašek, M. (2023). Terapijsko jahanje. Dostupno na: <https://www.skole.hr/terapijsko-jahanje/> (pristupljeno 8. travnja 2024.)
142. Taylor, J. F. (2008). *Djeca s ADD i ADHD sindromom*. Zagreb: Veble commerce.
143. Vasta, R., Haith, M. M. i Miller, S. A. (2005). *Dječja psihologija: moderna znanost*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

144. Velki, T. (2012). *Priručnik za rad s hiperaktivnom djecom u školi*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
145. Velki, T. i Dudaš, M. (2016). Pokazuju li hiperaktivnija djeca više simptoma agresivnosti? *Ljetopis socijalnog rada*, 23(1), str. 87-121.
146. Višnjić-Jevtić, A. i Glavina, E. (2009). Percepcija kompetencija i suradnje stručnih djelatnika u ustanovama ranog i predškolskog odgoja. U: Bouillet, D. i Matijević, M. (ur.), *3rd International Conference on Advanced and Systematic Research: 3rd Scientific research symposium Curriculum of Early and Compulsory Education* (str. 237-246). Zagreb: Učiteljski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
147. Vlah, N. i Tatalović Vorkapić, S. (2011). Suradnja s roditeljima u predškolskoj ustanovi: analiza pojedinih aspekata. *Napredak: časopis za interdisciplinarna istraživanja u odgoju i obrazovanju*, 152(1), str. 61-73.
148. Waters, L. (2011). A review of school-based positive psychology interventions. *The Australian Educational and Developmental Psychologist*, 28, str. 75-90.
149. Webb, J. T., Amend, E. R., Webb, N. E., Goerss, J., Beljan, P. i Olenchak, F. R. (2010). *Pogrešne i dvojne dijagnoze darovite djece i odraslih*. Zagreb: Veble.
150. Weare K. i Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: What does the evidence say? *Health Promotion International*, 26(Suppl. 1), str. 29-69.
151. Weiss, M., Worling, D. i Wasdell, M. (2003). A chart review study of the inattentive and combined types of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 7(1), str. 1-9.
152. Wilder, L. K., Braaten, S., Wilhite, K., Algozzine, B. (2006). Concurrent validity of the strength-based behavioral objective sequence. *Journal of Applied School Psychology*, 22(1), str. 125-139.
153. Wilson, E. O. (2005). Kin selection as the key to altruism: Its rise and fall. *Social research*, 72(1), str. 159-166.
154. Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21(2), str. 152-169.
155. Zrilić, S. (2011). *Djeca s posebnim potrebama u vrtiću i nižim razredima osnovne škole*. Zadar: Sveučilište u Zadru.
156. Žic Ralić, A. i Buljas, M. (2013). Prihvaćenost i prijateljstvo djece i mladih s teškoćama u razvoju. *Društvena istraživanja*, 22(3), str. 435-353.

157. Žic Ralić, A. i Šifner, E. (2014). Obilježja vršnjačke interakcije i iskustvo vršnjačkog nasilja kod djece i mladih s ADHD-om. *Ljetopis socijalnog rada*, 21(3), str. 453-484.
158. Živković, Ž. (2004). *Emocije u razredu*. Đakovo: Tempo.