

Učimo zajedno: Priručnik za pomoćnike u nastavi za rad s djecom s teškoćama u razvoju

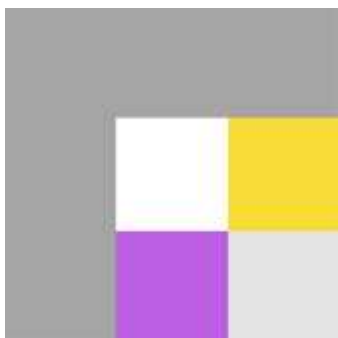
Edited book / Urednička knjiga

Publication status / Verzija rada: **Published version / Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)**

Publication year / Godina izdavanja: **2015**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:141:396183>

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-24**



Repository / Repozitorij:

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





ULAGANJE U BUDUĆNOST
PROJEKT JE SUFINANCIRALA
EUROPSKA UNIJA IZ EU-
ROPSKOG SOCIJALNOG
FONDA



Priručnik za pomoćnike u nastavi za rad s djecom s teškoćama u razvoju

Uredile Tena Velki i Ksenija Romstein

ISBN 978-953-6965-44-1



Uredile:

Tena Velki
Ksenija Romstein

Ivana Duvnjak
Jelena Soudil-Prokopec
Svijetlana Škrobo

UČIMO ZAJEDNO

Priručnik za pomoćnike u nastavi
za rad s djecom s teškoćama u razvoju



OSJEČKO-BARANJSKA ŽUPANIJA



FAKULTET ZA ODGOJNE
I OBRAZOVNE ZNANOSTI
SVEUČILIŠTA JOSIPA JURJA
STROSSMAYERA U OSIJEKU

Osijek, 2015.



Osječko-baranjska županija
Trg A. Starčevića 2, 31000 Osijek
Tel: +385 31 221 637
Fax: +385 31 221 601
www.obz.hr
drustveni@obz.hr

Udruga djece i mladih s poteškoćama „Zvono“ Belišće
www.udrugazvono.hr

Udruga osoba s invaliditetom Našice
www.uosin.hr

Udruga za pomoć osobama
s mentalnom retardacijom Đakovo
www.uzmrdj.hr

Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti
www.foozos.hr

Regionalna razvojna agencija Slavonije i Baranje d.o.o.
www.slavonija.hr

posredničko tijelo razine 1
Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta
esf@mzos.hr
www.mzos.hr

posredničko tijelo razine 2
Agencija za strukovno obrazovanje i obrazovanje odraslih
defco@asoo.hr
www.asoo.hr

Ministarstvo regionalnog razvoja i fondova EU
www.strukturnifondovi.hr

Sadržaj ove publikacije isključivo je odgovornost
Osječko-baranjske županije.

Urednice:

Doc.dr.sc. Tena Velki
Dr.sc. Ksenija Romstein

Recenzentice:

Izv. prof. dr. sc. Gordana Kuterovac Jagodić
Doc. dr. sc. Slavka Galić

Lektorica:

Doc. dr. sc. Lidija Bakota

Oblikovanje i grafička priprema:

Horvat media marketing

Nakladnici:

Osječko-baranjska županija
Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti
Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

Tisak:**Naklada:**

100 kom

UDK 159.9(03) Psihologija. Priručnici.
37(03) Obrazovanje. Priručnici.

CIP zapis dostupan je u računalnom katalogu
Gradske i sveučilišne knjižnice Osijek pod brojem 140201041

ISBN 978-953-6965-44-1

Sadržaj

1. Uvod (Tena Velki i Ksenija Romstein)	7
2. Prava djeca s teškoćama u razvoju (Svijetlana Škrobo)	10
2.1. Inkluzivni odgoj i obrazovanje	10
2.2. Programi odgoja i obrazovanja za djecu s teškoćama u razvoju	12
3. Poremećaji u ponašanju i doživljavanju (Ivana Duvnjak i Tena Velki)	16
3.1. Eksternalizirani problemi	19
3.1.1. Poremećaji ponašanja (Ivana Duvnjak)	19
3.1.2. Hiperaktivni poremećaj/poremećaj pažnje (Tena Velki).....	29
3.2. Internalizirani problemi	42
3.2.1. Depresivnost (Ivana Duvnjak)	43
3.2.2. Spektar anksioznih poremećaja (Ivana Duvnjak)	52
4. Inteliktualne teškoće i teškoće učenja (Jelena Soudil-Prokopec)	69
4.1. Inteliktualne teškoće	69
4.2. Specifične teškoće učenja	73
5. Poremećaji iz spektra autizma (Jelena Soudil-Prokopec).....	80
5.1. Aspergerov sindrom	81
6. Senzorička oštećenja (Svijetlana Škrobo)	85
6.1. Oštećenja vida	85
6.2. Oštećenja sluha	91
6.3. Gluhosljepoća	95
6.4. Poremećaj senzorne integracije	96
7. Motorička oštećenja i kronične bolesti (Jelena Soudil-Prokopec)	98
8. Nužnost suradnje s obiteljima i stručnjacima (Svijetlana Škrobo)	108
9. Umjesto zaključka (Tena Velki i Ksenija Romstein)	111
Literatura	115
Prilog:	
Popis udruga i institucija koje skrbe za djecu i mlade s teškoćama u razvoju na području Osječko-baranjske županije	120
Životopisi	124

1. Uvod

Priručnik za pomoćnike u nastavi za rad s djecom s teškoćama u razvoju nastao je u sklopu projekta Osječko-baranjske županije „Učimo zajedno“ a u suradnji s Fakultetom za odgojne i obrazovne znanosti u Osijeku tijekom akademske 2014./2015. godine. Glavni su ciljevi projekta unaprijediti socijalno uključivanje djece i mladih s teškoćama u razvoju, podržati podizanje kvalitete inkluzivnog obrazovanja te olakšati pristup budućem tržištu rada uz uspostavu mehanizama međusektorske suradnje ključnih sudionika na razini županije u provedbi socijalne inkluzije djece i mladih. Priručnik je nastao kao rezultat rada stručnih suradnika na navedenom projektu.

Prema Konvenciji o pravima djeteta UN-a 1989. koju je Republika Hrvatska potpisala 1991., svako dijete ima pravo na odgoj i obrazovanje, a potpisivanjem Konvencije o pravima osoba s invaliditetom UN-a 2007. Republika Hrvatska obvezala se na ravnopravan pristup obrazovanju osobama s invaliditetom i djeci s teškoćama u razvoju. Nacionalna strategija izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom od 2007. do 2015. u poglavlju koje se odnosi na obrazovanje osoba s invaliditetom ističe zaštitnu ulogu društva i navodi kako je „potrebno skrbiti o zaštiti ranjivih društvenih skupina kao što su osobe s invaliditetom te djeca s teškoćama u razvoju“ (Vlada Republike Hrvatske, 2007, 1). Jedan je od ciljeva Strateškog plana za razdoblje 2012. – 2014. Ministarstva znanosti obrazovanja i sporta Republike Hrvatske poticanje inkluzivnog obrazovanja, tj. osiguravanje primjerenih uvjeta školovanja za sve učenike. Na području Osječko-baranjske županije u školskoj 2013./2014. godini u 52 osnovnoškolske ustanove evidentirano je 420 učenika s teškoćama u razvoju, a njih 94 imalo je pomoćnika u nastavi. Nadalje, u Hrvatskom registru osoba s invaliditetom u siječnju 2013. zabilježeni su podatci o 34 037 djece s teškoćama u razvoju do navršene 18 godine, što čini 6,5 % od ukupnog broja osoba s invaliditetom. Iako izostaju longitudinalne epidemiološke studije o djeci s teškoćama u razvoju, prema dostupnim statističkim pokazateljima broj djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom u Republici Hrvatskoj u stalnom je porastu. Tako je u školskoj godini 2009./2010. na području Republike Hrvatske 14 098 djece s teškoćama u razvoju je bilo uključeno u redovite osnovne škole (DZS, 2011), dok je 2012./2013. godine 15 529 djece s teškoćama u razvoju pohađalo redovite osnovne škole (DZS, 2014). S obzirom na to da je u Republici Hrvatskoj samo 30 % djece s teškoćama u razvoju uključeno u redovne odgojno-obrazovne ustanove (UNESCO, 2008), pretpostavka je da se više od 40 000 djece s teškoćama u razvoju ne može uspješno uključiti u redovni sustav odgoja i obrazovanja bez aktivnog angažmana njihovih obitelji, podrške škola i lokalne zajednice.



Dosadašnja iskustva u radu s djecom s teškoćama u razvoju jasno su pokazala kako zamjetan dio djece školske populacije ima neku razvojnu teškoću, a posebice je zabrinjavajuća činjenica da se najčešće radi o kombinaciji, odnosno komorbiditetu, više poteškoća u razvoju (Lebedina Manzoni, 2006; Velki, 2012; Vulić-Prtorić, 2002). Pri tome se procjenjuje da u osnovnim školama Republike Hrvatske ima oko 5 – 7 % djece s hiperaktivnim poremećajem/poremećajem pažnje, 3 – 8 % djece s poremećajem op-hođenja, oko 10 % djece s nekim tipom anksioznog poremećaja, 4 – 5 % djece ima depresivni poremećaj, 1,5 – 2,5 % djece ima snižene intelektualne sposobnosti, oko 10 % djece ima teškoće u učenju, oko 0,25 % ima neki oblik poremećaja iz pervazivnog razvojnog spektra dok oštećenja motorike i kronične bolesti ima oko 15 % djece te isti broj djece ima i neko senzoričko oštećenje (DSM-IV, 1996; Kocijan-Hercigonja, 2000; Lebedina Manzoni, 2006; Mustać i Vicić, 1996; Velki, 2012; Vulić-Prtorić, 2002; Wenar, 2003). Stoga je razumljiva potreba roditelja, učitelja, ravnatelja i stručnih suradnika u osnovnim školama osigurati djeci s teškoćama primjerenu podršku u razredima. U nekim zemljama Europske unije (Mađarska, Njemačka, Velika Britanija, Švedska) i Sjedinjenim Američkim Državama pokazalo se kako osiguravanje primjerene podrške djeci s teškoćama u razvoju olakšava usvajanje nastavnih sadržaja i ostvarivanje interakcije s vršnjacima. Ta podrška obuhvaća integriranje rehabilitacijskih i terapijskih postupaka u školski kurikulum uz zapošljavanje pomoćnika u nastavi (Buysse, Skinner i Grant, 2001). An-gažiranje pomoćnika u nastavi u skladu je sa socijalnim modelom rehabilitacije gdje se razvojna primjerenost postiže prilagodbama u djetetovu neposrednom okruženju. Kako bi podrška pomoćnika bila u skladu sa suvremenim spoznajama o djeci s teškoćama u razvoju, potrebno je aktivno uključivanje različitih socijalnih čimbenika u navedenu pro-blematiku. Iz toga proizlazi i želja autorica i urednica da ovaj priručnik bude u uporabi kao potporanj ostvarivanju kvalitetnog inkluzivnog odgoja i obrazovanja.

Prema strukturi priručnik je podijeljen u tri dijela: u prvome se dijelu nalazi kratak pre-gled zakonske regulative koje se odnose na odgoj i obrazovanje djece s teškoćama u razvoju. Nadalje, daje se uvid u ishodišta inkluzivnog odgoja i obrazovanja kao i posto-jećih programskih orijentacija u formalnom obrazovanju djece s teškoćama u razvoju. Drugi se dio sastoji od skupine pojedinačnih poglavlja o pojedinim vrstama teškoća u razvoju. Svako poglavlje sadrži definiciju teškoće o kojoj je riječ, podjelu, kliničku sliku te savjete za pedagoško-didaktičku prilagodbu u izravnom radu s djetetom koje provodi pomoćnik. Kako bi prijedlozi i savjeti čitateljima bili razumljiviji, praćeni su primjerima i pojašnjenjima. Primjeri su iz prakse smješteni u sive okvire, savjeti i opće informacije u zelene, važna upozorenja i zabrane u crvene dok su konkretni savjeti podijeljeni u dvije kategorije: preporuke za pravilna postupanja označene znakom 😊 te stroge zabrane i postupanja koja nisu primjerena, također označene znakom 😞. Na kraju se svakog po-glavlja nalazi i popis literature i/ili izvora s interneta za one koji žele znati više. U trećem se dijelu priručnika govori o važnosti suradnje s roditeljima i stručnjacima. U prilogu se daje popis nekih institucija i udruga koje se bave pružanjem skrbi i podrške obiteljima, djeci i mladima s teškoćama u razvoju na području Osječko-baranjske županije. Ističemo da se u priručniku termini „učenik“, „učitelj“, „pomoćnik“ koriste za oba roda te da nisu upotrebljeni u namjeri davanja prednosti pojedinom rodu, nego im je namjera olakšati čitanje.

Priručnik za pomoćnike u nastavi za rad s djecom s teškoćama u razvoju ponajprije je namijenjen pomoćnicima u nastavi i učiteljima/nastavnicima, uz želju da će i ostali sudionici u procesu odgoja i obrazovanja djece s teškoćama u razvoju posegnuti za njim. Pritom izuzetno važnim čimbenicima smatramo ravnatelje, stručne suradnike i, neizostavno, roditelje kojima je dobrobit njihove djece na prvome mjestu. Ovim smo pu-tem, kroz konkretne primjere, upute i savjete za organiziranje primjerene podrške, željeli upoznati potencijalne suradnike, nastavnike i, naravno, pomoćnike u nastavi s karak-teristikama djece s teškoćama u razvoju osnovnoškolske dobi. Razumijevanjem oblika teškoće u razvoju, poznavanjem kliničke slike i osnovnih didaktičko-metodičkih načela otvaraju se prilike za primjereno odgovaranje na dječje potrebe te aktualizacija njihova potencijala, što je u skladu sa suvremenom idejom kvalitetnog, socijalno odgovornog i inkluzivnog odgoja i obrazovanja.

Tena Velki i Ksenija Romstein



Vlasta K., Udruga Zvono

2. Prava djece s teškoćama u razvoju

Sva se djeca rađaju s temeljnim pravima i slobodama koja pripadaju svim ljudskim bićima. Tako i djeca s teškoćama u razvoju imaju sva prava kao i ostala djeca, ali zahtijevaju posebnu pozornost društva s obzirom na to da im je potrebna veća pomoć i podrška okruženja. Međutim, u stvarnosti postoji potreba stalnog isticanja tih prava, osobito kada je potrebno zaštititi određene skupine kojima se krše njihova osnovna prava, poput djece s teškoćama u razvoju. Prvi je bitan dokument Konvencija o pravima djeteta Ujedinjenih naroda, usvojena 1989. godine. U Republici Hrvatskoj ona je na snazi od 6. listopada 1991. Riječ je o međunarodnom dokumentu koji sadrži preporuke za podizanje kvalitete života djece te ih države članice Konvencije (koje su potpisale i ratificirale Konvenciju) moraju jamčiti svakom djetetu. Konvencija djetetu pristupa kao subjektu s pravima, a ne kao osobi koja treba posebnu zaštitu. Temelji se na četirima osnovnim načelima: nediskriminaciji (čl. 2.), najboljem interesu djeteta (čl. 3.), pravu na život, opstanak i razvoj (čl. 6.) te pravu na vlastito mišljenje u skladu s dobi i zrelošću (čl. 12.). Sva prava iz Konvencije primjenjuju se na djecu i mlade do 18. godine. U već spomenutom članku 2. invaliditet se ističe kao posebno područje zaštite protiv diskriminacije, a u članku 23. izričito se govori o djeci s teškoćama u razvoju i u kojem se navodi da dijete s teškoćama u duševnom ili tjelesnom razvoju ima pravo na ispunjen i pristojan život, u uvjetima koji mu osiguravaju dostojanstvo, razvijaju samopouzdanje i olakšavaju aktivno sudjelovanje u zajednici. U stavku 3. tog članka navodi se kako se djetetu s teškoćama u razvoju treba osigurati djelotvoran pristup obrazovanju, stručnoj izobrazbi, zdravstvenim službama, rehabilitacijskim službama, pripremi za zapošljavanje i mogućnostima razvoja, što mu omogućuju potpuno uključivanje u zajednicu i osobni razvoj uključujući njegov kulturni i duhovni napredak. Članak 23. posebno ističe kako dijete s teškoćama u razvoju ima pravo školovati se tako da mu se omogući najveća moguća uključenost u društvo i da ga se potiče na optimalni osobni razvoj. S time su povezani i članci 28. i 29. kojima se potvrđuje kako djeci treba osigurati obrazovanje bez diskriminacije te članak 29. koji zahtijeva da se obrazovanje do najveće moguće mjere usmjeri prema razvoju djetetove osobnosti, talenata, duševnih i tjelesnih sposobnosti.

2.1. Inkluzivni odgoj i obrazovanje

U Nacionalnom okvirnom kurikulumu za predškolski odgoj i obrazovanje te opće obvezno i srednjoškolsko obrazovanje (MZOŠ, 2010) naglašena je orijentacija odgojno-obrazovne politike prema aktivnom učenju u kojemu je učenik izravno uključen u svaku školsku aktivnost u skladu sa svojim sposobnostima i mogućnostima. Unatoč zakonima, pravilnicima i preporukama i dalje postoje brojni izazovi u uključivanju djece s teškoćama u razvoju u redoviti sustav odgoja i obrazovanja. Prema auto-



Za djecu s teškoćama u razvoju inkluzivni odgoj i obrazovanje u sklopu redovnih institucija danas se smatra najboljom mogućom društvenom praksom.

ricama Ivančić i Stančić (2013) inkluzivnim obrazovanjem izjednačavaju se prava svih članova društvene zajednice na obrazovanje bez obzira na bilo koji identitet različitosti (nacionalni, vjerski, kulturni, dobni, spolni, jezični i socijalni) i bez obzira na različitost u sposobnostima za učenje, poučavanje i socijalizaciju. Dok su nedvojbene dobrobiti inkluzivnog obrazovanja za djecu s teškoćama u smislu stjecanja socijalnih, komunikacijskih i općih kompetencija (Buisse, Skinner i Grant, 2001), kao najvažnije dobrobiti za njihove vršnjake Stafford i Daniels (2003) navode razvoj empatije, prihvaćanje različitosti i razvoj metakompetentnosti. Otuda proizlazi zainteresiranost šire odgojno-obrazovne politike za inkluziju jer upravo zajedništvo i suradnja predstavljaju čimbenike zaštite od pojave rizičnih ponašanja.

Danas mnogi izjednačavaju sintagme „djeca s posebnim potrebama“ i „djeca s teškoćama u razvoju“. Međutim to nisu sinonimi. Prema Zakonu o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi (NN 152/14, čl. 62.) učenici s posebnim odgojno-obrazovnim potrebama daroviti su učenici i učenici s teškoćama. To znači da istoznačna uporaba navedenih sintagmi nije odgovarajuća budući da sve posebne potrebe djece nisu uzrokovane teškoćama u razvoju. Za Bouillet (2010) djeca s teškoćama u razvoju ona su djeca koja pokazuju određena razvojna odstupanja i koja zbog toga trebaju dodatnu potporu okruženja u području zdravstvene njege i zaštite, rehabilitacije, odgoja i obrazovanja, socijalne zaštite i dr. U prethodno navedenom Zakonu o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi (NN 152/14) u čl. 65. detaljnije se navodi kategorizacija učenika s teškoćama:

- ✓ učenici s teškoćama u razvoju
- ✓ učenici s teškoćama u učenju
- ✓ učenici s problemima u ponašanju i emocionalnim problemima te
- ✓ učenici s teškoćama uvjetovanim odgojnim, socijalnim, ekonomskim, kulturnim i jezičnim čimbenicima.

Novi Pravilnik o osnovnoškolskom i srednjoškolskom odgoju i obrazovanju učenika s teškoćama u razvoju (NN 24/15, čl. 2., st. 2.) također navodi definiciju učenika s teškoćama u razvoju u kojoj se kaže da je riječ o učeniku čije sposobnosti u međudjelovanju s čimbenicima iz okoline ograničavaju njegovo puno, učinkovito i ravnopravno sudjelovanje u odgojno-obrazovnom procesu s ostalim učenicima, a proizlaze iz: tjelesnih, mentalnih, intelektualnih, osjetilnih oštećenja i poremećaja funkcija te kombinacije više

vrsta prethodno navedenih stanja. U istom se dokumentu nalazi **Orijentacijska lista** vrsta teškoća gdje su navedene vrste i stupnjevi teškoća u svrhu definiranja programske i profesionalne potpore primjerene potrebama učenika. Tako su utvrđene sljedeće skupine vrsta teškoća:

1. oštećenje vida
2. štećenje sluh
3. oštećenja jezično-govorno-glasovne komunikacije i specifične teškoće u učenju
4. oštećenja organa i organskih sustava
5. intelektualne teškoće
6. poremećaji u ponašanju i oštećenja mentalnog zdravlja
7. postojanje više vrsta teškoća u psihofizičkom razvoju.

Vrstu i stupanj teškoća u razvoju pojedinog djeteta i potrebu odgovarajućih uvjeta za odgoj i obrazovanje te rehabilitaciju, ali i prijedloge primjerenog programa školovanja, određuje stručno povjerenstvo u skladu s propisanim Pravilnikom o postupku utvrđivanja psihofizičkog stanja djeteta, učenika te sastavu stručnih povjerenstava (NN 67/14).

2.2. Programi odgoja i obrazovanja za djecu s teškoćama u razvoju

Prema Pravilniku o osnovnoškolskom i srednjoškolskom odgoju i obrazovanju učenika s teškoćama u razvoju (NN 24/15, čl. 3., st. 3. i 4.) primjereni program odgoja i obrazovanja predstavlja nastavni plan i program i/ili kurikulum koji omogućuje odgojno-obrazovno napredovanje učenika poštujući specifičnosti njegove teškoće, njegova funkcioniranja i odgojno-obrazovne potrebe. Primjerene programe dijelimo na:

- ✓ redovite programe uz individualizirane postupke
- ✓ redovite programe uz prilagodbu sadržaja i individualizirane postupke
- ✓ posebne programe uz individualizirane postupke te
- ✓ posebne programe za stjecanje kompetencija u aktivnostima svakodnevnog života i rada uz individualizirane postupke.

Redoviti program uz individualizirane postupke (tzv. individualizirani pristup) namijenjen je učenicima koji mogu svladati redoviti nastavni plan i program/kurikulum bez sadržajnog ograničavanja, ali su im zbog specifičnosti u funkcioniranju potrebni individualizirani postupci u radu. Stančić i Ivančić (2002) oblike potpore definiraju u odnosu na sljedeće karakteristike učenika:



Filip B., 7. r. (crtanje ustima)

1. samostalnost učenika (stupnjevito pružanje pomoći i podrške pri rješavanju zadataka te u rukovanju geometrijskim priborom);
2. vrijeme rada (predviđanje produljenog vremena za rješavanje zadataka, pogotovo kod pisanih provjera);
3. metode rada (prilagođavanje djetetovim sposobnostima i mogućnostima);
4. provjeravanje vještina, znanja i sposobnosti učenika (pojedinačno zadavanje zadataka, odabir tipova zadataka prema načelu lakši – teži – lakši, češće vježbanje i ponavljanje);
5. praćenje i vrjednovanje postignuća učenika (usmena ili pisana provjera, ovisno o tome što je djetetu lakše, češće provjere znanja u kraćim vremenskim razmacima i s manjim brojem zadataka i pitanja);
6. aktivnost učenika (češće promjene aktivnosti, dinamičnost, uključivanje učenika na način da mu se fizički približe modeli, makete i sl.);

7. tehnološka, didaktička i/ili rehabilitacijska sredstva za rad i primjerene prostorne uvjete. Individualizirani postupci mogu se primjenjivati u jednom predmetu, više njih ili u svim predmetima.

Bitno ih je razraditi kao pisani dokument, a izrađuju ih učitelji u suradnji sa stručnom službom na početku školske godine, nakon što obave inicijalnu procjenu učenika (utvrđuje se što učenik može, a što ne može učiniti kao preduvjet za usvajanje nastavnih sadržaja) te su ga dužni dati na uvid roditelju djeteta tijekom prve polovice obrazovnog razdoblja. Autorice Kudek Mirošević i Granić (2014) navode glavne sastavnice inicijalne procjene: čitanje, pisanje, prepisivanje, usmeno i pisano izražavanje, razumijevanje pojmova, razumijevanje pročitano, rječnik, računanje i geometrijsko predočavanje, rukovanje priborom i sl., zaključivanje, prostorna i vremenska orijentacija, radne navike, razumijevanje uputa i obrazovnih zahtjeva te moguće ostale primijećene teškoće. Dakle, u tom se programu djetetu prilagođava samo pristup u radu (metodički), a sadržaj učenja ostaje isti kao i za ostale učenike.

Redoviti program uz prilagodbu sadržaja i individualizirane postupke (tzv. prilagođeni program) određuje se učenicima koji s obzirom na vrstu teškoće ne mogu svladati nastavni plan i program/kurikulum bez sadržajnog ograničavanja te im je potreban individualizirani pristup u radu uz prilagodbu sadržaja učenja. U tom se programu učeniku nastavni plan i program prilagođava i sadržajno i metodički, odnosno osim individualiziranog pristupa u radu smanjuje se i opseg nastavnih sadržaja u odnosu na djetetove sposobnosti i to do procijenjene (očekivane) najniže razine usvojenosti obrazovnih postignuća redovitog programa. Program se prilagođava djetetovim sposobnostima, onome što dijete zna i može. Primjerice, u nastavi Hrvatskog jezika prilagodba sadržaja može biti u drugačijem izboru lektire i opsega književnog djela koje učenik treba pročitati, razumjeti i interpretirati, a gramatika se može prilagoditi tako da učenik treba znati samo osnovna pravila. Nastava se Matematike može prilagoditi tako da se djetetu zadaju najjednostavniji zadatci te se može dopustiti uporaba džepnog računala za sve računske operacije (Kudek Mirošević i Granić, 2014). Za navedeni se program također izrađuje pisani dokument kao i za prethodni.

Posebni program uz individualizirane postupke čini posebno strukturirani sadržaj nastavnih planova i programa/kurikuluma izrađen prema učenikovim mogućnostima i sposobnostima. Određuje se učenicima koji s obzirom na vrstu teškoće ne mogu svladati prethodno navedena dva programa. Program može biti iz svih ili iz pojedinih predmeta. Ako je posebni program samo iz pojedinih predmeta, tada učenik ostale predmete svladava prema jednom od prethodno dvaju navedenih redovitih programa. Ako se posebni program provodi iz svih predmeta, tada se provodi u posebnim razrednim odjelima škole, a provodi ga stručnjak edukacijski rehabilitator i učitelj. Iznimno, taj se program može izvoditi i u redovitome razrednom odjeljenju škole (ako na području jedinice lokalne samouprave nije ustrojen posebni razredni odjel), a provodi ga učitelj uz savjetodavnu potporu stručnih suradnika škole i/ili stručnog tima koji se sastoji od stručnjaka edukacijsko-rehabilitacijskog profila.

Posebni program za stjecanje kompetencija u aktivnostima svakodnevnog života i rada uz individualizirane postupke program je koji se provodi u odgojno-obrazovnoj skupini kao obvezno osnovno obrazovanje i kojem je cilj s obzirom na učenikove funkcionalne sposobnosti osposobiti učenika za najjednostavnije aktivnosti svakodnevnog života i rada, a provodi se od 7. do 21. godine. Navedeni se program odnosi na učenike koji nakon završenog osnovnoškolskog obrazovanja po posebnom programu uz individualizirane postupke nisu u mogućnosti nastaviti srednjoškolsko obrazovanje po posebnom programu.

Neovisno o kojem je obliku programa riječ, zadaće su asistencija podržavanje djeteta u izvršavanju nastavnih aktivnosti. Prema Nacrtu prijedloga Pravilnika o pomoćnicima u nastavi i stručnim komunikacijskim posrednicima (MZOŠ, 2015) zadaće pomoćnika u nastavi su: pomoć u komunikaciji i socijalnoj uključenosti, pomoć pri kretanju, pomoć pri uzimanju hrane i pića, pomoć pri obavljanju higijenskih potreba, pomoć u obavljanju školskih aktivnosti i zadataka te suradnja s roditeljima, učiteljima/nastavnicima i vršnjacima. To znači da će pomoćnici morati blisko surađivati s učiteljima/nastavnicima i roditeljima kako bi mogli primjereno odgovoriti na djetetove potrebe.



ZA ONE KOJI ŽELE ZNATI VIŠE:

Romstein, K. (2010). Epistemološki pristup inkluziji. *Pedagogijska istraživanja*, 7, 85 – 94.
Mrežna stranica pravobraniteljice za djecu www.dijete.hr



Matej O., 7. r. (crtanje ustima)

3. Poremećaji u ponašanju i doživljavanju

Kada govorimo o onome što nazivamo poremećajem, vrlo je bitno da prije toga znamo odrediti što to smatramo **normalnim** kako bismo mogli raspravljati o nečemu što smatramo odstupajućim, abnormalnim, bolesnim ili poremećenim. Pri tome možemo koristiti različite kriterije, iako ni jedan kriterij nije dovoljan sam za sebe. U određenju odstupajućeg ponašanja treba uzeti u obzir sljedeće kriterije:

1. ponašanje koje se rijetko javlja u općoj populaciji (ponašanja koja odstupaju od prosječnih ponašanja populacije), ali i visoku inteligenciju (koja se rijetko javlja u općoj populaciji) i koja nije znak bolesti ili abnormalnosti;
2. ponašanje koje krši društvene norme i prijeti ili izaziva nelagodu osobama koje su prisutne u trenutku kada se ono odvija (u ovu bi skupinu također mogle pripadati na primjer i prostitutke, iako za njih ne možemo reći da su psihički bolesne ili abnormalne);
3. stanje koje ljudima izaziva jaku patnju i bol (iako glad može izazvati bol, gladnog čovjeka ne smatramo gladnog bolesnim);
4. ponašanje koje ometa osobu u funkcioniranju, onesposobljava je (iako homoseksualne osobe nemaju odgovarajuće heteroseksualne odnose, ne smatramo ih abnormalnim);
5. ponašanje koje se javlja kao neočekivani odgovor na okolinske uvjete (iako se tuga i očaj javljaju kao odgovor na smrt bliske osobe, ne smatramo ih abnormalnim) (Davison i Neale, 1996). Prema tome, nije dovoljno uzeti u obzir samo jedan od kriterija, već osobu kao i njezina ponašanja treba promatrati u cjelini, u odnosu na neke čimbenike kao što su konkretna situacija, kultura, društvene norme i sl. Potrebno je uvažiti veći broj kriterija, ali i njihovu kombinaciju. Tek kada dobro poznajemo uobičajena ponašanja djeteta koja su karakteristična za određenu dob i spol, kao i sposobnosti i mogućnosti tog djeteta, možemo raspravljati o poremećajima. Iz navedenog proizlazi da su poremećaji u ponašanju i doživljavanju sva ona ponašanja koja odstupaju od onog što je normalno za određenu dob, spol i mogućnosti djeteta te uobičajenu situaciju u kojoj se dijete nalazi, odnosno sva ona ponašanja koja odstupaju od nečeg što je normalno za određeno razvojno razdoblje te na bilo koji način ometaju uobičajeno funkcioniranje pojedinca (Davison i Neale, 1996). Karakteristika je tih poremećaja da se prvi puta javljaju tijekom djetinjstva i adolescencije. Ako uzmemo jednostavan primjer slučaja, lako možemo vidjeti odstupanja u ponašanju djece s dijagno-

zom navedenih poremećaja. Na primjer, za dijete koje se pri polasku u prvi razred škole ne može odvojiti od majke, ima panične napade kad majka iziđe iz učionice, plače i ne može pratiti što učiteljica govori, te ako se to dijete ni nakon pola godine ne može odvojiti od majke, ne uključuje se u aktivnosti s drugom djecom, ne može se koncentrirati na nastavu i sl. dok ostala djeca u razredu nemaju takve teškoće, vjerojatno ćemo zaključiti da ima neki oblik poremećaja (možda fobiju od škole ili neki drugi tip anksioznog poremećaja). Isto tako, kada dijete u trećem razredu osnovne škole učini pogreške zbog brzopletosti u školskim zadacima, ne prati školske upute i ne dovršava zadane zadatke (npr. ne stiže prepisati s ploče) ili često gubi stvari potrebne za izvršavanje zadataka ili aktivnosti (npr. školski pribor), često se vrpolti na stolcu ili se ustaje sa stolca u razredu, pretjerano trči ili se penje u situacijama u kojima je to neprimjereno, šeta i priča za vrijeme sata, teško čeka neki događaj zbog nedovoljne mogućnosti planiranja i sl., možemo uvidjeti da njegovo ponašanje značajno odstupa od ponašanja ostale djece u razredu koja uspijevaju pratiti nastavu, dovršavati školske zadatke, sjediti na mjestu za vrijeme sata i sl. te možemo posumnjati da to dijete ima hiperaktivni poremećaj/poremećaj pažnje.

Prijašnja istraživanja pokazuju da se, u odnosu na simptome koje djeca iskazuju, poremećaji u djetinjstvu i adolescenciji mogu podijeliti u dvije skupine (Davison i Neale, 1996):

1. prvoj skupini pripadaju djeca koja ispoljavaju vanjske simptome poremećaja, eksternalizirane, odnosno koja ne mogu dovoljno dobro kontrolirati vlastito ponašanje, a to su djeca s hiperaktivnim poremećajem/poremećajem pažnje i poremećajem ophođenja;
2. drugoj skupini pripadaju djeca čiji simptomi nisu izvana vidljivi, internalizirani su, odnosno djeca koja trpe određeno stanje, a ono nije vidljivo izvana; to su djeca s anksioznim i depresivnim poremećajima.

Istraživanja prevalencije poremećaja u djetinjstvu i adolescenciji pokazuju kako u osnovnoškolskoj dobi oko 5 – 7 % djece ima hiperaktivni poremećaj/poremećaj pažnje, 3 – 8 % djece ima poremećaj ophođenja, oko 10 % djece ima neki tip anksioznog poremećaja te 4 – 5 % djece ima depresivni poremećaj (Kocijan-Hercigonja, 2008; Lebedina Manzoni, 2006; Mustač i Vicić, 1996; Velki, 2012; Vulić-Prtorić, 2002; Wenar, 2003). Iz navedenih podataka zaključujemo kako su poremećaji u ponašanju i doživljavanju u odnosu na razvojne teškoće najčešća skupina poremećaja koja se javlja u djetinjstvu i adolescenciji. Primjenjujući navedene spoznaje na praktičan rad u razredu, možemo zaključiti kako u svakom prosječnom razredu od 25 do 30 učenika ima oko 5 do 8 učenika s nekom oblikom poremećaja u ponašanju i doživljavanju, prepoznatim ili neprepoznatim (1 – 2 učenika s ADHD-om, 1 – 2 učenika s poremećajem ophođenja, 2 – 3 učenika s

anksioznim poremećajem i 1 – 2 učenika s depresivnim poremećajem). Dodatna se poteškoća javlja u određenju broja djece kojoj je potrebna pomoć i podrška jer sva djeca nemaju formalno potvrđenu dijagnozu nekog od poremećaja u ponašanju i doživljavanju, iako pokazuju značajna odstupanja. Veliki broj djece ima samo granične simptome nekog poremećaja zbog čega nisu prošla kategorizaciju poremećaja te nisu stekla prava na dodatnu pomoć pri školovanju ili primjereniji oblik programa školovanja, iako ga te teškoće znatno ometaju u svakodnevnom funkcioniranju. Također, mnoga djeca imaju dijagnozu nekoliko poremećaja (ili iskazuju simptome različitih poremećaja pri čemu je samo jedan dijagnosticiran) pa je zapravo vrlo teško govoriti o stvarnom broju djece kojoj je potrebno pružiti dodatnu pomoć i podršku u okviru školskog sustava.

Kako ne bi olako proglasili da dijete ima određeni poremećaj, potrebno je odrediti što je to normalnost. Što se tiče ponašanja, treba istaknuti kako su problematična ponašanja i problemi u ponašanju uobičajeni dio uobičajenoga razvoja (Wenar, 2003). Ponašanje djeteta mora se promatrati s obzirom na razvojnu etapu, a ne dob. Iako postoje različite podjele poremećaja, djeca se rijetko jasno uklapaju u jednu dijagnostičku kategoriju. Često su kod djece prisutna ponašanja prema kojima možemo uočiti postojanje višestrukih poremećaja u ponašanju i doživljavanju. Određenu vrstu poremećaja u ponašanju ili doživljavanju djece i adolescenata odredit će stručnjak prema propisanim dijagnostičkim kriterijima za pojedini poremećaj, uz uvjet da dijete iskazuje sve navedene oblike ponašanja i doživljavanja u propisanom vremenskom trajanju. Postojanje dijagnostičkih kriterija sprječava neopravdano proglašavanje nekog ponašanja poremećajem ili obrnuto. Za pravilnu dijagnostiku i tretman nužno je u obzir uzeti različita objašnjenja i podjele s obzirom na kompleksnost poremećaja koji dijete pokazuje. Na postavljanje dijagnoze kod djeteta treba gledati kao na mogućnost uključivanja stručnjaka različitih profila u rad s djetetom, omogućavanje podrške, poticanje poželjnog i korekcije nepoželjnog ponašanja.

Ivana Duvnjak

3.1. Eksternalizirani problemi

3.1.1. Poremećaji ponašanja

Vrlo je teško jednom definicijom obuhvatiti kompleksnost poremećaja u ponašanju. Ono što treba istaknuti je to da sva djeca mogu pokazivati sve oblike ponašanja, ali u različitom stupnju. Tako, na primjer, dijete može iskazivati ponašanje koje nazivamo nediscipliniranim pri čemu ne poštuje pravila ponašanja u školi. Takva ponašanja uspješno može razriješiti nastavnik ili stručni suradnik. Međutim, dijete može učestalo ponavljati isti oblik ili različite oblike nepoželjnih i/ili neprihvatljivih ponašanja koji zahtijevaju pozornost stručnjaka izvan škole. Prema tome bi poremećaj u ponašanju bio krajnje intenzivna prisutnost smetnji.

Kriterij za prepoznavanje postojanja poremećaja u ponašanju prisutnost je onih ponašanja koja se znatnije razlikuju od uobičajenog ponašanja djece i adolescenata u određenoj sredini, prisutnost ponašanja koja su štetna i/ili opasna za djecu i adolescente koji iskazuju takva ponašanja i za njihovu okolinu te prisutnost ponašanja koja iziskuju dodatnu stručnu pomoć u svrhu uspješne socijalne integracije (Uzelac, 1995). Takva ponašanja ometaju dijete ili adolescenta u redovitom funkcioniranju i odstupaju od normi uobičajenih ponašanja za određenu dob, spol, situaciju i okruženje.

Poremećaji ponašanja uključuju teškoće u samokontroli emocija i/ili ponašanja. Okolina većinom reagira na ponašanja koja se mogu opisati kao poremećaji u ponašanju budući da djeca sama sebi štete, ali i napadaju okolinu. Takva ponašanja osobe u djetetovoj okolini smatraju nekontroliranim i bezobzirnim pa zbog nesuradnje djeteta dolazi i do teškoća tijekom dijagnostike. Okolinski čimbenici i čimbenici ličnosti vezani za funkcioniranje navode se kao glavne kategorije uzroka koji dovode do poremećaja ponašanja. S obzirom na čimbenike koji se odnose na nastanak i manifestiranje poremećaja u ponašanju, možemo ih razmatrati kao poremećaje koji su nastali interakcijom različitih okolinskih čimbenika i čimbenika vezanih uz samo dijete (osobitosti vezane uz emocionalni razvoj i razvoj ličnosti, kognitivne osobitosti, genetske predispozicije i sl.). S ranom pojavom agresije kod djece povezani su zlostavljanje, emocionalna zanemarenost i izolacija u ranoj dobi. Bitni su obiteljski čimbenici koji su povezani s poremećajem ponašanja roditeljsko neprimjereno i neodgovarajuće praćenje razvoja i potreba djeteta, bračna nestabilnost, nebriga o djeci, obiteljsko nasilje, vrijednosni sustav obitelji. Ako dijete odrasta u okolini koja ne pruža mogućnost pozitivne identifikacije, ono uči i oponaša neprihvatljivo ponašanje iz svoje okoline (od najbližih članova obitelji, vršnjaka, sadržaja iz medija). U školi se primjećuju i niska postignuća i obrazovni neuspjeh kod učenika s poremećajima ponašanja. Školski neuspjeh rizični je čimbenik nastanka poremećaja ponašanja budući da djeca koja imaju poteškoće u svladavanju školskog gradiva ne dobivaju socijalno priznanje okoline, imaju nedovoljno samopoštovanja i osjećaju se odbače-



no u vršnjačkoj skupini. Kod takve djece nedovoljno je razvijeno moralno rasuđivanje, a ponašanje uvelike odstupa od moralnog ponašanja primjerenog uzrastu. Također su bitne i individualne razlike u intelektualnim i emocionalnim procesima kao i trajne osobine pojedinca. Predispozicija za pojavu poremećaja ponašanja može biti i impulsivnost, niska razina intelektualnih sposobnosti, genetski čimbenici kao i njihova različita kombinacija. Poremećaji u ponašanju mogu biti i organski uvjetovani (na primjer, djeca čiji su poremećaji ponašanja posljedica ozljede mozga) pa dolazi do poremećaja percipiranja i/ili mišljenja i/ili emocionalnog ponašanja. Takvi poremećaji obično ometaju uobičajeni proces učenja i svladavanja nastavnog gradiva pa učenici često mogu doživljavati neuspjeh.

Za razlikovanje podtipova poremećaja ponašanja važno je procijeniti učestalost, trajnost, intenzitet, ozbiljnost i odupiranje ponašanja promjeni.

Poremećaj ophođenja

Poremećaj ophođenja podrazumijeva različite oblike nedovoljno kontroliranog ponašanja. Podrazumijeva ponavljana i trajna ponašanja kojim se povređuju temeljna prava drugih ili društvene norme i pravila što dovodi do agresivnoga ponašanja prema ljudima i životinjama, uništavanje imovine, prijevare i krađe i ozbiljno kršenje pravila (DSM – 5, 2014). Za dijagnosticiranje tog poremećaja mora se u razdoblju od 12 mjeseci pojaviti najmanje tri od 15 kriterija iz navedenih kategorija, pri čemu je uvjet da je barem jedan kriterij prisutan u posljednjih šest mjeseci. Također obuhvaća ponašanja kao što su: laganje, destruktivnost, vandalizam, krađe, bježanje iz škole i od kuće (Lebedina Manzoni, 2006). Lakši oblici pojavljuju se u ranijoj dobi poput laganja, krađa u trgovini, dok se ozbiljniji oblici problema ophođenja javljaju u razdoblju prijelaza u adolescenciju. Prema kriterijima učestalosti i intenziteta oblika ponašanja donosimo odluku je li neko ponašanje problematično. Tako nećemo jednu situaciju u kojoj se dijete potuklo ili udarilo nekoga jednom u godinu dana proglasiti poremećajem. Nepoželjna ponašanja moraju se pojavljivati u trajanju od barem šest mjeseci i to u barem četirima oblicima sljedećih ponašanja: gubitak strpljenja (lako „plane“), svađe s odraslima, inat ili neposluh u odnosu na pravila ili zahtjeve odraslih, namjerno ometanje drugih u njihovim aktivnostima, okrivljavanje drugih za vlastite pogreške, pretjerana osjetljivost i razdražljivost (drugi ih lako naljute), intenzivno iskazivanje ljutnje i ogorčenosti, pokazivanje inata i osvetoljubivosti (Mash i Barkley, 2006). Kako bismo mogli govoriti o poremećaju, navedena se ponašanja moraju javljati učestalije nego što se uglavnom pojavljuju kod ostale djece sličnog stupnja razvoja i kronološke dobi te moraju dovesti do značajnih teškoća u obrazovnom i socijalnom funkcioniranju.

Poremećaj ophođenja može se promatrati kao dva sklopa ponašanja (Wenar, 2003). Agresivno ponašanje prvi je sklop ponašanja i podrazumijeva tučnjave, neposluh, izljeve bijesa, destruktivnost, nekooperativnost, drskost i nemir. Delinkvencija je drugi sklop ponašanja i obuhvaća loše društvo, bježanje od kuće i iz škole, krađe, laganje, odanost delinkventnom društvu i podmetanje požara.

Postoje različiti oblici agresivnog ponašanja. Jedna od važnijih podjela razlikuje reaktivne i proaktivne oblike agresije. Da bi se neko ponašanje moglo smatrati agresivnim, trebaju biti zadovoljeni sljedeći uvjeti: mora sadržavati mogućnost nanošenja štete ili povrede, namjeru da se nekoga povrijedi, fiziološko uzbuđenje i mora biti averzivno (neugodno) za žrtvu. Reaktivna agresija (Essau i Conradt, 2006) definira se kao agresivno djelo koje predstavlja reakciju na neki vanjski podražaj, događaj ili ponašanje (prijetnju, provokaciju ili sprječavanje postizanja cilja) s tim da taj podražaj može biti stvaran ili ga je osoba takvim doživjela. Takve osobe u znatnoj mjeri pokazuju neprijateljsku agresiju s velikim udjelom osvete. Nepovjerljive su i oprezne prema drugima te ih se doživljava kao borbenim protivnicima koji zaslužuju nasilje (Crick i Dodge, 1996). Reaktivna agresija javlja se u ranijoj dobi od proaktivne agresije i povezana je s grubim mjerama discipliniranja koje provode roditelji, tjelesnim zlostavljanjem, socijalnim problemima, nestabilnošću obitelji i iskustvima nasilja (Schwartz i sur., 1998). Taj se oblik agresije naziva i neprijateljska agresija kojoj je glavni cilj nanošenje ozljede nekome, boli, štete ili rušenja i razaranje dobara; na primjer, osvetnički agresivni napadi (Petz, 2005). Proaktivna agresija događa se kada osoba namjerno i planirano koristi agresivno ponašanje kako bi postigla neki cilj ili dominirala nad drugim. Pritom cilj nije trpljenje žrtve, nego neki drugi ciljevi koji se postižu agresivnim ponašanjem. Taj se oblik agresije naziva i instrumentalna agresija za koju nije primarno postojanje agresivnih impulsa, a kao primjer takve vrste agresije može se navesti agresija u samoobrani, borba za stjecanje vlasti ili statusa ili agresija u stanju bijega iz borbe.

Prevalencija poremećaja ophođenja viša je u gradskim sredinama. Istraživanja (Earls, 1994) pokazuju da se razlika u pojavnosti s obzirom na spol kreće od 1 : 3 do 1 : 7 u korist dječaka, pogotovo u ranom djetinjstvu. Tijekom razvoja dječaci će vjerojatnije ranije i u većoj mjeri iskazivati otvorene probleme ponašanja od djevojčica. Poremećaj ophođenja prisutniji je u svim godinama života kod muškog spola. Mlađa će se djeca vjerojatnije upustiti u otvorena suprotstavljajuća ponašanja dok će se starija djeca i adolescenti vjerojatnije uključiti u više prikrivena problematična ponašanja (poput krađe) (Patterson i Yoerger, 2002).

U većini slučajeva kod djece s poremećajem ophođenja prethodno su bili zadovoljni kriteriji za poremećaj s prkošenjem i suprotstavljanjem, uglavnom u onim slučajevima kad se poremećaj ophođenja javio prije razdoblja adolescencije (DSM – 5, 2014).

Poremećaj s prkošenjem i suprotstavljanjem

Poremećaj s prkošenjem i suprotstavljanjem navodi se kao podtip poremećaja ponašanja. Odnosi se na namjeran neposluh na zahtjeve roditelja ili autoriteta, njihove upute i zabrane (Wenar, 2003). Podrazumijeva obrazac negativističkog, neprijateljskog i odbijajućeg ponašanja u trajanju dužem od šest mjeseci (Lebedina Manzoni, 2006). Prkosno ponašanje može se događati povremeno, no može prevladavati kroz cijelo razdoblje djetinjstva do adolescencije. Obilježava ga ljutnja/razdražljivost, svadljivo/prkosno ponašanje ili osvetoljubivost koji traju najmanje šest mjeseci. Dijagnostički kriterij propisuje da se najmanje četiri simptoma moraju javljati iz kategorija ljutnja/razdražljivo raspoloženje, svadljivo/prkosno ponašanje i osvetoljubivost (DSM – 5, 2014). Simptomi



se trebaju pojavljivati u odnosu na najmanje jednu osobu koja nije brat ili sestra. Kod većine djece s poremećajem prkošenja i suprotstavljanja neće se kasnije razviti poremećaj ophođenja, no kod njih postoji rizik razvoja anksioznih i depresivnih poremećaja. Može biti praćen agresivnim ponašanjem, teškoćama učenja i mentalnom retardacijom (Wenar, 2003).

Poremećaj prilagodbe

Kada se osoba ne može prilagoditi novonastaloj situaciji koja je posljedica velike promjene ili gubitka u životu, javlja se stanje koje se naziva poremećaj prilagodbe. Kod poremećaja prilagodbe postoji prepoznatljiv psihosocijalni stresor koji izaziva simptome. Različiti stresni događaji mogu se dogoditi u razdoblju djetinjstva i adolescencije, poput preseljenja, smrti ili bolesti roditelja, člana obitelji, vlastite teže ili teške bolesti, sudjelovanja u prometnoj nesreći, svjedočenje razbojstvu i slično. Dijagnostički kriterij navodi kako se razvoj emocionalnih simptoma ili simptoma u ponašanju koji su odgovor na prepoznatljivi stresor javljaju u roku od tri mjeseca od doživljenog stresora (DSM – 5, 2014). Javlja se smanjenje raspoloženja, tjeskoba, beznadnost, plačljivost, povlačenje u sebe, smetnje spavanja, smanjenje apetita. Kod djece i adolescenata prevladavaju smetnje u ponašanju. Takvi simptomi ne predstavljaju uobičajeno žalovanje.

Iznimno je bitno raditi s djecom dok još ne pokazuju ozbiljne oblike delinkventnog ponašanja. Stoga je osnovna škola pravo mjesto i vrijeme za preusmjeravanje ponašanja na prosocijalni način funkcioniranja. Ako agresivno i delinkventno ponašanje postaje uobičajeno, tada je i otpornije na svaki oblik tretmana te zahtijeva kompleksan pristup, koji škola često, sama po sebi, ne može provoditi.

Kako prepoznati dijete s poremećajem ophođenja i prkošenja sa suprotstavljanjem?

Djeca s poremećajem ophođenja najčešće pokazuju kognitivne nedostatke i često procjenjuju druge kao agresivne te nemaju razvijene vještine rješavanja problema na prihvatljiv način. U nejasnim situacijama tuđe postupke smatraju negativnim i usmjerenim prema njima, reagiraju neprijateljski i prijete jer se osjećaju napadnuto. Pritom ne obraćaju pozornost na objektivne aspekte situacije. Često neutralne postupke tumače kao prijeteće. Obično ih vršnjaci odbacuju zbog njihovog neprijateljskog ponašanja i spremnosti za osvetom.

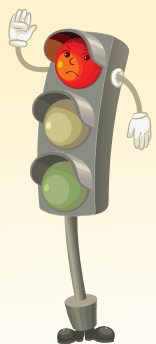
Dijete kod kojeg se očituje poremećaj s prkošenjem i suprotstavljanjem svadljivo je, ima izljeve srdžbe, prkosi drugima i namjerno ih uznemirava, druge okrivljuje za vlastite pogreške ili loše ponašanje, vrlo je srdito i pakosno. Često se razbjesni i svađa s odraslima, suprotstavlja se ili odbija poslušati zahtjeve ili pravila odraslih. Lako se uzruja i osjetljivo je na postupke drugih. Također se javlja i zloba i osvetoljubivost (Lebedina Manzoni, 2006). Kod djece kod koje je prisutan i poremećaj ophođenja i poremećaj s prkošenjem i suprotstavljanjem dolazi i do težeg kršenja socijalnih pravila i normi, laganja, agresivnosti i krađa. Kod takve djece uglavnom prevladava negativizam koji se može javljati u obliku agresije i izravnog napada s jedne strane ili besposličarenja, pre-

tvaranja da nije čuo rečeno, šutnje, nepažnje s druge strane koji postaju vrlo česti oblik ponašanja. Ako najmanje četiri simptoma traju najmanje šest mjeseci te takve smetnje u ponašanju uzrokuju značajne teškoće u školskom, socijalnom i obiteljskom okruženju, radi se o poremećaju (Wenar, 2003).

Moguće je da sama školska situacija, učitelj ili metode rada i poučavanja izazovu negativizam kod djece s navedenim poremećajem.

Matija je učenik sedmoga razreda koji pohađa drugi put. Neredovito dolazi u školu. U svakodnevnoj komunikaciji s učiteljima drzak je, nepristojan i odbija svaki oblik rada. Ne poštuje pravila, odbija razgovor, ne nosi školski pribor i ne piše domaće zadaće. Na odgojne predmete i ne dolazi. Na tjelesnu i zdravstvenu kulturu ne nosi ni opremu ni preobuku. Na nastavi je uglavnom pasivan, nezainteresiran i nesamostalan. Ne pokazuje nikakav interes za postizanje uspjeha. Verbalno se neprimjereno izražava prema učiteljima, vršnjacima i djelatnicima škole. Verbalno vrijeđa učiteljice i učenike koje zlostavlja i fizički. Nema prijatelja. Dolazi u sukobe s učenicima i izaziva konfliktne situacije. Često se i potuče. U zadnjoj tuči vrlo je ozbiljno ozlijedio drugog učenika. U komunikaciji sa stručnom službom škole ustrajno pruža otpor pri svakom pozitivnom usmjeravanju, pohvali ili poticaju koji govori o njegovim dobrim osobinama, sposobnostima i mogućnostima. Uglavnom reagira vrlo burno, ljutito, baca stvari po prostoriji, napušta nastavu bez dopuštenja. Matiji je izrečena pedagoška mjera strogog ukora zbog opetovanog i uzastopnog neprimjerenog ponašanja, izbjegavanja školskih obveza i izazivanja sukoba.





Posljedice za nepoželjno ponašanje nikako ne smiju podrazumijevati fizičko kažnjavanje, ponižavanje, uskraćivanje osnovnih potreba (zabrana odlaska na toalet, hrane, vode), prijetnje ni bilo koji oblik agresivnog ponašanja prema učeniku!

Savjeti za rad u razredu (tehnike za smanjenje i sprječavanje nepoželjnog ponašanja)

Vrlo je bitno na početku rada s učenikom s poremećajem s prkošenjem i suprotstavljanjem i/ili poremećajem ophođenja uspostaviti jasna pravila ponašanja i ophođenja u komunikaciji s pomoćnikom u nastavi, a isto tako i općenito u razredu i školi. Navedeno podrazumijeva:

- 😊 Postavljanje pravila i jasnih granica ponašanja koje treba izraditi zajedno s učenikom kako bi imao osjećaj da ima kontrolu.
- 😊 Dogovor o posljedicama u slučaju nepoštivanja pravila ponašanja. Učeniku objasnite zašto kršenje dogovorenih pravila donosi i određene posljedice. Pri tome se preporučuje zapisivati dogovorene postupke kako bi uvijek bili u mogućnosti prema potrebi podsjetiti učenika na dogovoreno. Uvijek se pozivajte na pravila i odgovornost i na preuzimanje posljedica ponašanja.
- 😊 Prilagodbu pravila i posljedica potrebama i mogućnostima učenika određene kronološke dobi (npr. nerealno je učenika s poremećajem ophođenja i/ili poremećajem s prkošenjem i suprotstavljanjem kazniti da tjedan dana sjedi svaki odmor u klupi na svom mjestu). S druge strane, pravila i posljedice potrebno je prilagoditi i vlastitim mogućnostima s obzirom da pomoćnik u nastavi treba dosljedno reagirati i biti ustrajan u izvršenju onoga što je dogovoreno. Stoga treba imati na umu da posljedica treba trajati i onoliko koliko i Vi možete izdržati.
- 😊 Opažanje vrsta ponašanja i učestalosti te procjena ponašanja učenika među bitnim su zadacima pomoćnika u nastavi. Također je nužno opažanje i praćenje utjecaja pojedinih situacija na učestalost javljanja određenog oblika nepoželjnog ponašanja. Učenici s navedenim poremećajem nemaju dovoljno razvijene socijalne vještine kako bi se uklopili u vršnjačku skupinu i stoga je i ovdje bitna uloga pomoćnika u nastavi koji treba s učenikom raditi na razvijanju socijalnih vještina.
- 😊 Podučavanje i uvježbavanje s učenikom različitih tehnika i metoda kontrole neželjenog ponašanja. Tako na primjer treba postupno učenika podučavati kako da stane

i razmisli prije nego reagira (stani – razmisli – učini). Na takav način djeca se uče samokontroli što je ključni nedostatak kod djece s navedenim poremećajem.

- 😊 Uvježbavanje učenika u stjecanju kontrole nad neugodnim emocijama, posebice srdžbom, podučavanje načinima kontroliranja i upravljanja srdžbom u situacijama koje kod učenika izazivaju srdžbu. S učenikom se može dogovoriti da u takvim situacijama ode s mjesta sukoba, da koristi metode odvlačenja pozornosti, da sam sebe umiruje govoreći stvari koje ga umiruju, a koje ste prethodno dogovorili i uvježbavali. Osnovno je načelo rada u tehnikama samokontrole nagrađivanje što možete postići pozitivnim preusmjeravanjem agresije u sportske i kreativne aktivnosti.
- 😊 Podučavanje učenika vještinama rješavanja problema. Metoda kojom možete olakšati učenje postupci su igranja uloga kako bi učenik stekao uvid u vlastite krive percepcije događaja ili osoba oko njega i kako bi se naučio nositi s uzbuđenjem bez agresivnog postupanja.
- 😊 Uvježbavanje empatije zbog toga što je kod učenika s navedenim poremećajima jedan od velikih problema i nedostatak empatije. Stoga je bitno uvježbavati empatiju kako bi učenik naučio razumjeti emocije i stavove druge osobe. Svi ti postupci pridonijet će boljem snalaženju u socijalnim odnosima i situacijama sukoba u kojima se može naći. U slobodnom vremenu u školi možete uključiti ostale učenike u aktivnosti s učenikom s poremećajem ophođenja i/ili poremećajem s prkošenjem i suprotstavljanjem u kojima ćete ih učiti kontroli izražavanja emocija, empatičnosti, sagledavanju tuđih osjećaja i ponašanja, suzdržavanju od impulzivnog i agresivnog ponašanja. Takve aktivnosti možete primjenjivati u obliku igre, radionice ili kraćih aktivnosti dok učenici, primjerice, čekaju jedan školski sat do početka nastave u produženom boravku, pod odmorom, na satu Tjelesne i zdravstvene kulture u slučaju da više učenika ne radi tjelesni.
- 😊 Davanje jednog po jednog školskog zadatka. U protivnom će davanje niza zadataka i zahtjeva sigurno izazvati suprotstavljanje. Učenika treba upozoriti da će uslijediti promjena aktivnosti, na primjer: „Za pet minuta ćeš predati ispit pa ćemo ići na užinu.“
- 😊 Zadobivanje učenikove pozornosti prije iznošenja zahtjeva što očekujete od njega. Ako učenik ne obraća pozornost na ono što govorite, potrebno je na smiren način privući njegovu pozornost prije iznošenja zahtjeva. Ponekad će biti učinkovito zbuditi ga i skrenuti mu pozornost koristeći se nekom od tehnika odvratanja pozornosti, a u nekim se situacijama možete poslužiti i humorom.
- 😊 Davanje dovoljno vremena učeniku da posluša i učini ono što ste zadali. U situaciji kada ne posluša, potrebno je učeniku dati kraće vrijeme za predah. Tada se nemojte obraćati učeniku što će dati bolje rezultate nego neprestani pritisak.



- 🙄 Izbjegavanje naređivačkog pristupa i načina komunikacije.
- 😊 Pohvale, odobravanje i pozitivna pažnja kojima treba nagrađivati poslušna ponašanja. Također je poželjno učenika nakon razdoblja neposlušnosti nakratko izolirati kako bi napravio predah. Potrebno je nagrađivati prosocijalno (poželjna ponašanja pomaganja drugim osobama i razumijevanja problema vršnjaka), a ne antisocijalno ponašanje te pažljivo birati potkrjepljenja za poželjna ponašanja.
- 😊 Korištenje strategija u školskim aktivnostima koje smanjuju osjećaj manje vrijednosti, naučenu bespomoćnost i pojačavaju pozitivnu sliku o sebi. Na primjer, nepoželjno je da ga se stalno uspoređuje s boljim učenicima u razredu ili mu se stalno ukazuje na ono što je loše napravio ili nije napravio. Znatno je bolja strategija usmjeravanje pozornosti na učenikove jake strane i pohvale za aktivnosti koje je dobro obavio. Budući da će pomoćnik u nastavi boraviti veći dio školskog dana s učenikom u školi, poželjno je raditi na ostvarivanju suradnje s ostalim učenicima iz razrednog odjela kako oni svojim odobravanjem ne bi poticali nepoželjno ponašanje.
- 😊 Davanje povratne informacije i odgovor na ponašanje učenika koji uvijek moraju biti usmjereni na samo ponašanje, a nikako ne na učenikovu osobnost. Bitno je da učenik uvidi kako ste spremni uložiti dodatni napor i pružiti mu podršku i pomoć.
- 😊 Izgradnju međusobnih odnosa i poštovanja. Ponekad će se dogoditi da imate razumijevanja za neko nepoželjno učenikovo ponašanje (primjerice da su ga drugi učenici namjerno izazivali kako bi napravio nešto čime bi prekršio pravila i bio kažnjen), no ne smijete se složiti s njegovim izborom ponašanja. Učeniku dajte priliku da kaže što želi i saslušajte ga. Pri komunikaciji s učenikom u takvoj situaciji treba ostati usredotočen na problem ili situaciju koja se dogodila. Potrebno je paziti da vas učenik ne uvuče u raspravu koju on želi i odvuče pozornost s onoga što je bitno. Uvijek se vraćajte i razmišljajte o ishodu koji želite postići u toj situaciji. Ponekad ćete mu dopustiti da napusti učionicu kada vidite da će „eksplozirati“. Ako se takvo ekstremno ponašanje dogodi na nastavi, u učionici ili na odmoru, pomoćnik u nastavi treba se pobrinuti oko daljnjih posljedica.
- 😊 Slušanje učenikova mišljenja, nepozivanje na prošle događaje i kršenje pravila koji nemaju veze s trenutačnom situacijom kako biste kod učenika postigli smanjenje nepoželjnog ponašanja.
- 😊 Komuniciranje bez vike, bez unošenja u lice i bez stajanja preblizu. Nemojte podizati glas niti neverbalno agresivno komunicirati (mahanje rukama, agresivan izraz lica), ne dopustite sukob na javnom mjestu i koliko god možete pokušavajte ne udaljavati učenika s nastave.

- 😊 Ostvarivanje pozitivne komunikacije s učenikom što je iznimno važno kako biste uspostavili suradnički odnos te kako biste mogli razgovarati s njim bez pružanja otpora. Pozitivna je komunikacija najbolja tehnika rada s takvim učenicima. Kada komunicirate s učenikom, on treba uvidjeti da ste u tom trenutku usmjereni samo na njega. U komunikaciji se trebate usmjeriti na ono što je pozitivno, uočiti, istaknuti i razvijati pozitivne oblike ponašanja. U verbalnoj komunikaciji trebate se upotrebljavati pozitivne izjave. Nakon nepoželjnog ponašanja potrebno je razgovarati s učenikom kako biste saznali njegovo viđenje situacije, a zatim ispitati i uvidjeti činjenice. Potom s učenikom treba napraviti plan koji se odnosi na daljnje ponašanje, pratiti i vrjednovati dogovoreno ponašanje. U pojedinim slučajevima nećete biti u mogućnosti razgovarati odmah s učenikom, nego ćete ga ponekad morati izolirati, u smislu da ga izvedete iz trenutnog okruženja. Ponekad će biti potrebno prekinuti svađu ili učenikovo ponašanje u slučajevima kada učenik svojim ponašanjem ugrožava sebe ili druge. U takvim situacijama treba jednostavnim i kratkim rečenicama dati naredbu da učenik prestane s ugrožavajućim ponašanjem.



Učenik će pozitivno reagirati na osobu koju doživljava kao pomoć, a ne kao prijetnju ili osobu koja ga kažnjava. Naposljetku, treba uvijek imati na umu da nepoželjni oblici ponašanja kod takvih učenika mogu značiti poziv u pomoć, traženje pažnje ili nečega što djetetu nedostaje (npr. brige, ljubavi i sl.).





ZA ONE KOJI ŽELE ZNATI VIŠE:

Bašić J., Koller – Trbović, N. i Uzelac, S. (2004). *Poremećaji u ponašanju i rizična ponašanja: pristupi i pojmovna određenja*. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

Čuturić, N. (1995). *Zabrinjava me moje dijete*. Zagreb: Školska knjiga.

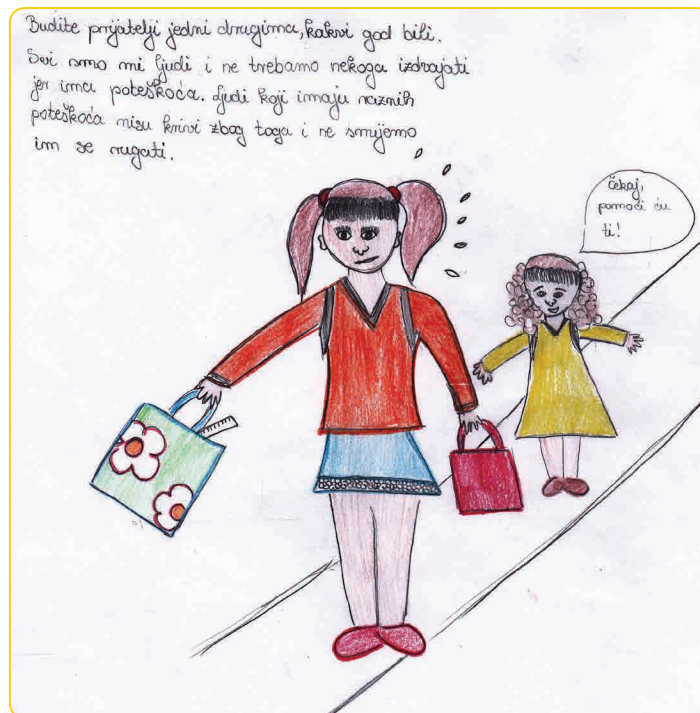
Mihić, J., Bašić, J. (2008). Preventivne strategije – eksternalizirani poremećaji u ponašanju i rizična ponašanja djece i mladih. *Ljetopis socijalnog rada*, 15, 445 – 471.

Zbornik radova sa skupa *Nasilje nad djecom i među djecom 2008*. Kolesarić, V. (ur.). – Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet.

http://web.ffos.hr/psihologija/damtoteke/Nasilje_nad_djecom_i_medu_djecom_zbornik_radova_s_2_skupa_posvecenog_pitanjima_nasilja.pdf

Živković, Ž. (2006). *Agresivnost kod djece*. Đakovo: Tempo.

<http://www.nakladaslap.com/public/docs/knjige/Agresivnost%20-%201%20poglavlje.pdf>



Monika A., 6. r.

Tena Velki

3.1.2. Hiperaktivni poremećaj/poremećaj pažnje

Što je to ADHD?

Jedan od vrlo čestih poremećaja u današnjoj populaciji djece školske dobi je deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj (ADHD). U osnovi se radi o razvojnog poremećaju gdje je dominantno narušena samokontrola djeteta. Problemi se očituju u trima skupinama simptoma: hiperaktivnost, impulzivnost i deficit pažnje. Djeca s navedenim poremećajem pokazuju narušeno funkcioniranje u svim socijalnim sredinama, a posebno se očituju problemi u svakodnevnom životu kod kuće, u školi i u odnosima s vršnjacima. Kod kuće hiperaktivna djeca pokazuju probleme ponašanja u odnosu s roditeljima i braćom/sestrama gdje ne slijede upute i obiteljska pravila, imaju česte izljeve bijesa, zahtjevni su, a roditeljima je teško uspostaviti disciplinu. U školi su glavni problemi oko izvršavanja školskih uradaka, pisanih i usmenih provjera, planiranja aktivnosti, a također zbog pretjerane impulzivnosti i hiperaktivnosti često remete rad cijeloga razreda i onemogućavaju nastavniku izvršavanje propisanoga plana i programa. Iako mogu biti pretjerano emocionalno osjetljivi, vidljive su poteškoće i u odnosima s vršnjacima, lako sklapaju prijateljstva, ali teško zadržavaju prijatelje, nisu u stanju slijediti pravila društvenih igara kao njihovi vršnjaci, znaju biti nametljivi, a zbog problema s impulzivnošću i smanjenom koncentracijom pretjerano burno reagiraju ili im reakcije nisu u skladu sa stvarnom situacijom. Navedene poteškoće mogu potrajati godinama, iako u približno 50 % djece s ADHD-om simptomi u velikoj mjeri nestaju u odrasloj dobi (Velki, 2012). Dodatan se problem javlja kada dijete s ADHD-om uđe u pubertet jer je velika vjerojatnost, posebice ako dijete nije bilo uključeno u tretman, da će razviti i dodatne oblike problematičnih ponašanja (npr. agresija, prkošenje/suprotstavljanje, delinkvencija) koji nisu u skladu s društvenim normama. U tom slučaju veća je vjerojatnost da će hiperaktivno dijete iskazivati simptome poremećaja i u odrasloj dobi. U adolescenciji se smanjuje simptom hiperaktivnosti dok poteškoće impulzivnosti i poremećene pažnje ostaju aktualni. Bitno je naglasiti da postoji tri tipa hiperaktivnog poremećaja/poremećaja pažnje i ovisno o tipu poremećaja kod djece će biti primjetnije dominantne skupine simptoma. Kod kombiniranog tipa poremećaja djeca iskazuju i simptome nepažnje i simptome hiperaktivnosti – impulzivnosti. Taj se tip poremećaja pojavljuje kod najvećeg broja djece i adolescenata. Djeca s predominantno nepažljivim tipom poremećaja iskazuju više simptoma nepažnje, a simptomi hiperaktivnosti-impulzivnosti manje su izraženi. Kako djeca s navedenim tipom poremećaja manje ometaju okolinu i imaju manje vidljiva problematična ponašanja, taj tip poremećaja češće se dijagnosticira u nešto kasnijoj dobi (višim razredima osnovne škole) kada dijete zbog poremećaja pažnje ne postiže uspjeh u izvršavanju svakodnevnih zadataka. Kod predominantno hiperaktivno-impulzivnog tipa poremećaja očiti su simptomi

hiperaktivnosti-impulzivnosti, iako i nepažnja može biti značajan problem. Taj se tip poremećaja češće dijagnosticira kod dječaka, obično u godinama polaska u školu.

ADHD se može javiti u osoba različitih intelektualnih sposobnosti. Stoga postoje osobe s ADHD-om koje imaju iznadprosječne intelektualne sposobnosti, osobe čije su intelektualne sposobnosti prosječne, ali isto tako i osobe s niskim intelektualnim sposobnostima.

Iako se u javnosti često raspravlja o postojanosti tog poremećaja, znanost je napredovala i pokazala da, ako ADHD nije dijagnosticiran i „tretiran“ na pravi način, može uzrokovati ozbiljne negativne posljedice poput slabijih akademskih postignuća.

Istraživanja pokazuju da pravi deficit pažnje obično postaje očit u dobi od 6 do 7 godina (Jensen, 2004). U Hrvatskoj su istraživanja pokazala da oko 3 – 5 % djece školske dobi ima poremećaj pažnje/hiperaktivni poremećaj (Kocijan-Hercigonja, Buljan-Flander i Vučković, 1997; Lebedina Manzoni, 2006). Međutim, postoje velike spolne razlike u prevalenciji poremećaja. U mlađoj školskoj dobi poremećaj se učestalije javlja u dječaka, i to u omjeru 4 : 1 ili 3 : 1, što znači da je tri do četiri puta poremećaj češći u dječaka nego u djevojčica. Jedan je od razloga veće učestalosti u dječaka lakše prepoznavanje poremećaja zbog dominantnih simptoma. Dječaci češće iskazuju simptome hiperaktivnosti i impulzivnosti koji su vidljivi okolini i ometajući u stvaranju stabilnih i primjerenih odnosa s drugima (npr. obitelj, učitelji i vršnjaci). Stoga su u okolini dječaci češće prepoznati kao problematičniji, češće se poduzimaju odgovarajuće mjere u vidu dijagnostike i rada s njima. Ti se problemi najčešće javljaju i prepoznaju polaskom dječaka u školu u kojoj značajno ometaju rad i utječu na školski uspjeh. Stoga u tom prvom identifikacijskom razdoblju primjećujemo veći broj dječaka u odnosu na djevojčice s dijagnozom ADHD-a. Kod djevojčica s ADHD-om dominiraju simptomi nepažnje. U mlađoj školskoj dobi, navedena skupina djevojčica često ostaje neprepoznata, a problemi s pažnjom obično u toj dobi manje utječu na školski uspjeh (najčešće su to prosječne ili nešto ispodprosječne učenice) dok nema vidljivih vanjskih problematičnih oblika ponašanja. Prelaskom u više razrede osnovne škole, gdje se postavljaju veći zahtjevi i složeniji zadatci, a također i okolina više nije stabilna i u manjoj je mjeri prilagođena karakteristikama svakog pojedinog učenika (svaki predmet predaje drugi nastavnik sa svojim pravilima, zahtjevima i sl.), dolazi do značajnog pada u školskom uspjehu djevojčica s ADHD-om. Zbog problema s koncentracijom i nepažnjom ta skupina djevojčica više nije u stanju pratiti i ispunjavati svakodnevne školske zadatke i tada se poduzimaju prve mjere u vidu prilagodbe nastavnog programa i provođenja postupka dijagnostike. U tom drugom identifikacijskom razdoblju uglavnom dijagnozu ADHD-a (pretežno nepažljivi tip) dobivaju djevojčice i smanjuje se razlika u omjeru njegova pojavljivanja, što znači da dječaci u tom razdoblju imaju dva puta češće poremećaj u odnosu na djevojčice. U odrasloj dobi omjer je 1 : 1, odnosno podjednak je broj žena i muškaraca s ADHD-om, iako se i dalje značajno razlikuju prema skupini simptoma koja prevlada, tj. kod žena je dominantnija nepažnja, a kod muškaraca impulzivnost. Istraživanja pokazuju da 50 % djece s ADHD-om i u odrasloj dobi zadržava dijagnozu ADHD-a, a preostalih 35 – 40 % djece s ADHD-om u odrasloj dobi ima hiperaktivne smetnje, ali ne više i dijagnozu dok samo oko 10 % - 15 % djece u odrasloj dobi nema više smetnji koje se odnose na hiperaktivni poremećaj/poremećaj pažnje. U starijoj dobi oko 1 – 7 % populacije ima dijagnozu ADHD-a (Kocijan-Hercigonja, 2008).

Međutim, u praktičnom radu s djecom posebnu pozornost treba posvetiti i djeci koja pokazuju samo neke simptome poremećaja. Tada se radi o djetetu koje ne zadovoljava sve dijagnostičke kriterije koji određuju dijagnozu ADHD-a, što je i česti razlog zašto dijete nema propisan primjeren program školovanja (npr. individualiziran pristup) i/ili dodatnu pomoć i podršku (npr. pomoćnika u nastavi), ali pojedinačni simptomi i obrasci ponašanja koje ta djeca iskazuju također značajno ometaju njihovo svakodnevno funkcioniranje. Navedena skupina djece visokorizična su za razvoj poremećaja u kasnijoj dobi kao i za razvoj drugih problematičnih ponašanja. Stoga se preporučuje, kada god je to moguće, preporuke i savjete za rad s hiperaktivnom djecom primijeniti i u radu s tom visokorizičnom skupinom djece.

Kako prepoznati dijete s ADHD-om?

ADHD se očituje u tri glavne skupine simptoma: hiperaktivnost, impulzivnost i nepažnja. Ovisno o tipu poremećaja mogu prevladavati simptomi nepažnje, kombinacija simptoma hiperaktivnosti i impulzivnosti te kombinacija svih triju skupina simptoma koja se i najčešće pojavljuje kod djece.

Hiperaktivno ponašanje vrlo je uočljivo i najčešće ometa obavljanje uobičajenih djetetovih aktivnosti. Hiperaktivno dijete nikada nema mira, čini se kao da ga „pokreće motor“. Pretjerano trči (npr. kroz kuću, učionicu...), skače, penje se na različite predmete, stvari (namještaj – krevet, ormar, police, radni stol, ali i vani na otvorenom – na drveće, klupe...), trese rukama i nogama, vrpolti se na stolicu. Ta su ponašanja često praćena i pretjeranim pričanjem, odnosno brbljanjem (Velki, 2012). Iako je motorički aktivno ponašanje karakteristično za djecu predškolske dobi, kod hiperaktivnoga djeteta takva se ponašanja značajno ističu u skupini vršnjaka i lako su prepoznatljiva. U školskoj dobi problemi s hiperaktivnošću najuočljiviji su u razrednom okruženju, gdje se učenik vrpolti na stolici, šeta po razredu, stalno zapitkuje učiteljicu i vršnjake i sl., a što može biti ometajuće za okolinu (Barkley, 2000; Velki, 2012). Sazrijevanjem simptomi vanjskog nemira prelaze u unutrašnji nemir, pa tako adolescent neće imati problema sjediti 45 minuta za vrijeme jednog školskog sata, ali će se simptomi očitovati u vidu unutarnjeg nemira, razdražljivosti i poteškoća u obavljanju svakodnevnih zadataka.

Impulzivno ponašanje često se pojavljuje u kombinaciji s hiperaktivnim ponašanjem. Impulzivna djeca izrazito su nestrpljiva, teško im je čekati na red (npr. uvijek moraju biti prvi u redu za odlazak u blagovaonicu), prekidaju ili ometaju drugu djecu tako što im „upadaju u riječ ili igru“, često pretjerano burno reagiraju (npr. na blaže tapšanje po ramenu mogu reagirati agresivno), teško se odupiru iskušenju (npr. ne mogu čekati odmor da popiju sok koji se nalazi u torbi ili da izvade novu igračku), „istrčavaju“ s odgovorima, a da nisu čuli pitanje te se zbog nepromišljenosti i smanjene samokontrole često dovode u nezgodne, katkada i opasne situacije (npr. istrčavaju na cestu) (Velki, 2012). Glavni je problem što takva djeca imaju nedostatak u inhibitornom sustavu, odnosno kod njih nije razvijena reakcija „kočenja“ neprimjerenoga ponašanja. Odnosno, reagiraju a da nisu stigla promisliti o posljedicama svoje reakcije. Naknadno mogu pokazivati da shvaćaju posljedice svojega ponašanja, što često bude prekasno. Osim toga, nemaju razvijen unutarnji govor koji bi upravljao njihovim ponašanjem (Gardner, 2002), tj. nisu sposobni



sami sebi dati uputu kada bi trebali stati, da razmisle ili nešto ne naprave. Zbog toga su im potrebne neprestane vanjske upute (odraslih, roditelja, učitelja, asistenata) i kontrola kako bi se primjereno ponašali. Također, jedan dio impulzivne djece pokazuje i emocionalnu nezrelost, imaju nisku toleranciju na frustraciju, često plaču, imaju ispade bijesa (npr. valjaju se po podu ili demonstrativno lupaju vratima), svađaju se s odraslima i sl. što im stvara dodatne teškoće u odnosima s okolinom (Velki, 2012).

Posljednja skupina simptoma odnosi se na **probleme s pažnjom i koncentracijom**. Dijete s deficitom pažnje ima problema uočiti detalje, radi pogriješke zbog svoje brzopletosti, a ne neznanja. Ono ne prati upute, ne dovršava školske i/ili kućanske zadatke, često gubi stvari (npr. školski pribor, ključeve od kuće), izbjegava ili odbija zadatke koji zahtijevaju mentalni napor (npr. pisanje školske zadaćnice), ima poteškoća s organiziranjem zadataka i aktivnosti te se često čini kao da ne sluša dok mu se netko izravno obraća (Velki, 2012). U predškolskoj dobi ti simptomi često ostaju nezamijećeni. No polaskom u školu kada se dijete nalazi u zahtjevnijoj situaciji i strukturiranoj okolini gdje se od njega očekuje da prati upute, izvršava zadatke i pamti određene informacije i sl., dolazi do problema u izvršavanju školskih obveza i dijete često zaostaje u školskom uspjehu za svojim vršnjacima (Barkley, 2000).

Zbog upravo opisanih teškoća jasno je da dijete s ADHD-om ima značajnih problema u školi. U školskom razredu hiperaktivni učenik remeti red i rad ostalih učenika, onemogućuje izvršenje propisanog plana i programa, loš je primjer drugoj djeci, ometa ih u radu, šeta za vrijeme sata, pjeva za vrijeme pisanja ispita, priča i ometa razgovorom druge učenike, igra se priborom i ostalim stvarima na stolu, izaziva sukobe u razredu, radi prebrzo, brzoplet je i čini nepotrebne pogriješke, ne uspijeva dovršiti zadatke do kraja, prebrzo prelazi s jedne aktivnosti na drugu, a da prethodnu nije završio, ne pazi dok nastavnik priča, ne stiče prepisati s ploče i sl. (Velki, 2012). Naravno da neće svako hiperaktivno dijete pokazivati sve nabrojene neprimjerene oblike ponašanja. Ali kod svakog djeteta postoje neka od opisanih ponašanja jednako kao i neka njima sasvim specifična (npr. olovku šilji tako da je zagriže zubima, a onda oko nje vrti šiljilo i promatra kako otpadaju šareni drveni komadići) koja nisu uobičajena za drugu djecu zbog čega će njihovo ponašanja biti vrlo uočljivo. Opisana ponašanja stvaraju dodatne teškoće nastavnicima u radu. Osim toga, nastavnici, a svakako i pomoćnici koji rade s njima, moraju biti pripremljeni barem na osnovna ponašanja koja su karakteristična za učenike s ADHD-om: zahtjevni su, puno pričaju i čine se kao da su „sveprisutni“, loš uspjeh odraz je simptoma nepažnje, a ne neznanja ili slabijih intelektualnih sposobnosti, zbog problema s finom motorikom pišu sporije i imaju loš rukopis, aktivnosti koje zahtijevaju planiranje ili dužu koncentraciju izrazito su im teške (npr. učenje pjesmice napamet), često odustaju od takvih aktivnosti dok su vrlo uspješni u zadacima koji su brzi, intenzivni i kratkog trajanja (Mrđen i Puhovski, 2006).

Takva djeca također imaju problema i u obiteljskim odnosima gdje nerijetko mogu biti uzrokom obiteljskih nesuglasica i svađa. Dijete s ADHD-om ima smanjenu sposobnost samokontrole vlastitoga ponašanja. Stoga roditelj mora preuzeti ulogu „kontrolora“ i „usmjerivača“ djetetova ponašanja. Roditelji očekuju određenu samostalnost i odgovornost od djeteta. Međutim, hiperaktivno dijete to nije u stanju ostvariti (Velki, 2012). Neprestano ga se mora upozoravati da nešto napravi kako treba te zbog deficita pažnje

višestruko ga vraćati na zadatak kako bi ga izvršio. S takvim su djetetom svi nezadovoljni jer teško prihvaća socijalne zahtjeve zbog čega stalno nailaze na kritike. Tako se stvara začarani krug gdje kritike kod djeteta izazivaju frustracije uslijed čega dolazi do neprimjernih pa čak i agresivnih ispada, što opet roditelje čini nezadovoljnim te su primorani raditi korekciju djetetova neprimjerena ponašanja. Poseban problem u obitelji mogu biti odnosi s braćom/sestrama. Zbog nestrpljivosti i nemogućnosti kontrole impulsa, hiperaktivna djeca zahtijevaju veću pažnju roditelja, a kada nešto žele od brata/sestre, mogu biti gruba (npr. udaraju ih, guraju i sl.), nemaju strpljenja u zajedničkoj igri i dijeljenju igrački te reagiraju impulzivno, bez razmišljanja, što ih dovodi u sukob s braćom/sestrama. Problemi onda nastaju i u odnosu s roditeljima koji moraju posredovati u njihovim odnosima (Velki, 2012).

Djeca s ADHD-om lako stječu poznanike, ali imaju problem zadržati ih, odnosno poznanstvo pretvoriti u prijateljstvo. Glavni je problem u odnosima s vršnjacima taj što se ne mogu prilagoditi grupi i grupnim aktivnostima jer imaju trajnu potrebu za dominacijom (npr. stalno upadaju u riječ, mijenjaju pravila igre i sl.), a što stvara otpor kod vršnjaka. Zbog njihova ometajućega ponašanja i nedostatka socijalnih vještina, hiperaktivna su djeca uglavnom već u prvih nekoliko sati ili dana odbačena od vršnjačke skupine (Mrug i sur., 2009). Naravno, takve situacije stvaraju frustraciju kod hiperaktivne djece, a ako se učestalo ponavljaju, mogu dovesti i do osjećaja bespomoćnosti i razvoja anksioznih i depresivnih simptoma.

Ante je devetogodišnji dječak kojemu je hiperaktivni poremećaj dijagnosticiran pri polasku u školu. Tijekom sata Ante bi se često ustajao kako bi otrčao nekoliko krugova oko razreda pri čemu bi rušio torbe i druge stvari koje su mu se našle na putu. Za vrijeme odmora bio mu je potreban poseban nadzor jer bi znao istrčati na cestu ispred škole, kroz prozor učionice izlazio bi na neograđeni balkon ili jednostavno jurio hodnikom rušeći svoje vršnjake. Jedno se vrijeme tijekom nastave zavlacio ispod klupe jer je smatrao da mu je tamo najbolje pisati zadatke da bi ubrzo završio ležeći na zadnjoj klupi s nogama u zraku (što je njegova učiteljica uspjela fotografirati). Osim toga, jednom je prilikom podrum škole ostao otključan pa je Ante pod odmorom uletio unutra i dograbio šilo (zašiljeni odvijač). Kada mu ga je učiteljica pokušala oduzeti, potrčao je za njom, što je završilo pozivanjem roditelja u školu i razgovorom s ravnateljem i stručnom službom.

* Preuzeto iz Velki, T. (2012). *Priručnik za rad s hiperaktivnom djecom u školi*. Jastrebarsko: Naklada Slap., uz dopuštenje autorice.



Kako pomoći djetetu s ADHD-om?

Često se može čuti kako učiteljice navode da imaju u razredu hiperaktivno dijete. Takvo dijete treba posebnu pažnju i posebne metode rada. No koje metode treba koristiti kako bi takvo dijete bilo jednako uspješno kao i druga djeca?

U literaturi nailazimo na mnoštvo savjeta i preporuka kako pomoći djetetu s ADHD-om, kako mu organizirati okolinu, pružiti podršku i sl. U ovom kratkom pregledu navest ćemo samo ključne savjete i upute za neposredni rad s djetetom jer su to situacije s kojima će se pomoćnici u nastavi najčešće susretati i u kojima će se trebati pravilno postaviti i reagirati. U tu svrhu savjete smo podijelili u tri skupine:

1. savjeti za ponašanja u razredu koji se odnose na neposredan rad s djetetom, točnije upute kako se ponašati u konkretnoj situaciji
2. savjeti za izvršavanje školskih zadataka koji se odnose na primjenu specifičnih metoda i tehnika rada s hiperaktivnom djecom i
3. savjeti za dugoročni napredak koji se odnose na uspostavljanje trajnih obrazaca ponašanja djeteta, a mogu i trebaju se primjenjivati u razredu i kod kuće. Za detaljnije obavijesti pogledajte popis knjiga u prilogu Za one koji žele znati više i u popisu literature te internetske stranice.¹

Medicinske dijagnoze ne uključuju pozitivne vrijednosti, no u samoj srži ADHD-a isprepletene su jake strane koje je potrebno pronaći kod učenika s navedenim poremećajem. Odgojno-obrazovni djelatnici u svom radu trebaju pružati podršku učenicima s ADHD-om kako ne bi osjećali stid i stigmu zbog svoje dijagnoze, nego kako bi se osjećali kao vrijedni članovi svoje zajednice.

Prednosti i sposobnosti (jake strane) učenika s ADHD-om

Osim poteškoća koje se javljaju kod učenika s ADHD-om postoji i niz pozitivnih strana i sposobnosti koje oni imaju. Neke osobe s ADHD-om često imaju urođenu sposobnost usmjerenja izuzetne pažnje na stvari koje su za njih značajne. Kada primaju informacije, obrađuju ih na različite načine što kod određenog broja učenika vodi vrlo visokim razinama kreativnosti. Na iste stvari gledaju različito od drugih i dolaze do različitih zaključaka. Pri izvršavanju aktivnosti i zadataka vrlo su brzi. Informacije najčešće obrađuju na više načina i pri tome razvijaju pronicljivost kao svoju značajnu pozitivnu osobinu. Na interpersonalnu intuiciju tih učenika možemo gledati kao na jednu veliku prednost. No ona može biti protumačena i kao nedostatak obzirnosti.

¹ www.attention-deficit.com
www.budenje.hr/savjeti_zaprofesore.php
www.hud.hr/w-tekstovi/w-hiperaktivnost.html
www.poliklinika-djeca.hr
www.savjetovaliste-karlovac.hr/Teme/ADHD/ADHD_Poliklinika.html#0
www.udrugapuz.hr/adhd.htm

Savjeti za rad na problematičnim ponašanjima u razredu

Tablica 1. Lista za nastavnike s najčešćim problematičnim ponašanjima hiperaktivnog djeteta i mogućim rješenjima (preuzeto uz dopuštenje iz ADDitude Magazine (2004), A Teacher's "Quick List", www.additudemag.com)

KADA UOČITE OVO PONAŠANJE	ISKUŠAJTE SLJEDEĆE RJEŠENJE
U UČIONICI	
pažnju mu lako ometaju aktivnosti u razredu ili aktivnosti vidljive kroz vrata ili prozor	stavite učenika da sjedi naprijed i u sredini razreda, što dalje od ometajućih aktivnosti
glupira se kako bi pridobio negativnu pažnju	stavite ga da sjedi pokraj vršnjaka koji će mu biti dobar uzor u ponašanju
nije svjestan osobnog prostora; nagnje se preko stola kako bi dodirnuo druge učenike ili razgovarao s njima	povećajte razmak između stolova
KOD IZVRŠENJA ZADATAKA	
ne može završiti zadatak u zadanom vremenskom roku	produžite zadano vrijeme za izvršavanje zadatka
u početku dobro radi zadatak, ali pred kraj kvaliteta rada opada	podijelite zadatak na više manjih dijelova, u više manjih zadataka ili u više kraćih vremenskih razdoblja
ima problema slijediti upute	istodobno dajte pisane upute s verbalnim
NEDOSTATAK PAŽNJE	
ne može pratiti raspravu u razredu i/ili pisati sve potrebne bilješke	omogućite mu pomoć vršnjaka u pisanju bilješki i postavljajte mu pitanja kako biste ga uključili u raspravu
žali se da mu je nastava dosadna	pokušajte ga uključiti u samu prezentaciju gradiva
lako mu odluta pažnja	dogovorite zajednički znak s učenicom koji ćete mu pokazivati svaki put kada mu odluta pažnja kako biste ga neprimjetno upozorili
često mu se događaju brzoplete pogreške ili pogreške zbog nepažnje, a ne zbog neznanja	načinite mu raspored pisanja zadataka s petominutnim stankama kada će moći pregledati napisani zadatak prije nego što krene na sljedeći
PONAŠANJE	
neprestana ponašanja koja privlače pažnju	ignorirajte manja neprikladna ponašanja
ne uspijeva vidjeti bit nekog gradiva ili aktivnosti	povećajte učestalost nagrada i posljedica
upada u riječ, daje odgovor na pitanje iako nije prozvan, prekida druge dok razgovaraju	dajte mu priznanje za točan odgovor samo ako je podigao ruku i ako ste ga prozvali da odgovori

ima potrebu za stalnim potkrjepljenjem	šaljite roditeljima dnevne ili tjedne izvještaje o napretku
potrebna mu je dugoročna pomoć kako bi poboljšao ponašanje	sastavite ugovor o ponašanju koji ćete oboje potpisati
ORGANIZACIJA/PLANIRANJE	
ne možete pratiti sve što je napisano na papirima / radnim listićima	podijelite mu papire u različite mape prema cjelinama, podcjeline označite bojama
zaboravlja napisati domaće zadaće	dajte mu dodatnu bilježnicu u koju će zapisivati što ima za domaću zadaću te redovito pregledavajte je li sve zapisao
gubi knjige	omogućite učeniku da dio knjiga ostavi kod kuće
NEMIR	
ima potrebu neprestano se kretati, vrpolti	omogućite mu da prošetati po razredu, obavi neku sitnicu (donesi Vam kredu i sl.) ili da stoji za vrijeme pisanja zadatka
teško se usredotočuje duže vrijeme na neki zadatak	omogućite mu kratke stanke između zadataka
PROMJENE RASPOLOŽENJA / SOCIJALIZACIJA	
nema prikladno socijalno ponašanje	postavite jasne ciljeve koji se odnose na prikladno socijalno ponašanje i dogovorite nagrade svaki put kada se učenik ponaša u skladu s njima
ne surađuje dobro s drugim učenicima	potičite kooperativne zadatke učenja
vršnjaci ga ne poštuju	zadajte mu posebne odgovornosti u nazočnosti vršnjaka
ima nisko samopouzdanje	pohvalite ga kada se pozitivno ponaša ili radi, dajte mu priliku da ima ulogu vođe u zajedničkim aktivnostima
čini se usamljenim ili povučenim	potičite socijalne interakcije s vršnjacima, osigurajte zajedničke aktivnosti koje će voditi nastavnik
često je frustriran	često mu odajte priznanje kada se prikladno ponaša i dobro radi
lako se naljuti	potičite učenika da se makne iz situacije koja ga je naljutila, razgovarajte s učenikom

Kao i mnogi desetogodišnjaci Iva je izuzetno živahno dijete koje je stalno u pokretu. Polaskom u školu nije mogla mirno sjediti na mjestu te se vrlo često tijekom sata znala ustati i otići kući. Kod Ive su vidljive i poteškoće u učenju; teško se koncentrirala te joj i vrlo mala buka ometa pažnju. Takva poteškoće nisu prisutne samo u učenju i na nastavi već i u komunikaciji s vršnjacima, obitelji, učiteljicom. Na pitanje daje odgovor samo ako ga pažljivo poslušala. Inače počne govoriti o nečem drugom ili samo kimne glavom uopće ne razumijevajući pitanje ili jednostavno nešto vidi i ode. Da bismo dobili njezin odgovor, pitanje joj se mora ponoviti. To se događa kod jednostavnih pitanja o svakodnevnim aktivnostima, poput onih kako je bilo u školi, gdje su joj prijatelji i slično. U razredu ju mnogi izbjegavaju te nitko ne želi sjediti s njom u klupi. Iva je vrlo susretljiva te željna pomoći drugima. Želi se družiti s vršnjacima, no njezini su postupci prenapadni. Kada osjeća da ju netko kritizira, povuče se u sebe i misli joj odlutaju. Tada je u svom svijetu i ne želi ni s kim komunicirati. Što se tiče školskoga uspjeha, prosječna je učenica. Posebne sposobnosti i uspjeh iskazuje u matematici. Zadatke iz matematike rješava na svoj način i znatno brže od ostalih. Međutim, nikada nije dobila priliku podijeliti taj svoj način rješavanja zadataka s vršnjacima u razrednom odjelu. Poteškoće se javljaju kada treba zapisati cijeli postupak kojim je riješila zadatak. Nije imala ni priliku zapisati na ploču točno rješenje zadatka jer joj je za to potrebno znatno više vremena nego drugim učenicima, a učiteljica nema toliko vremena...

Savjeti za školski rad

- Često se dogodi da učenici s problemom pažnje ne obraćaju pozornost na upute nastavnika za izvršavanje određenog zadatka. Stoga treba provjeriti ne samo jesu li čuli upute nastavnika nego i jesu li ih shvatili. Ako je potrebno, upute treba jasno ponoviti i ponuditi dodatna pojašnjenja.
- Učenici s poremećajem deficita pažnje ponekad su vrlo izravni u komunikaciji i s odraslim osobama imajući pri tome jasan cilj. To može zbuniti i iznenaditi osobe koje su u interakciji s učenikom jer možda nisu naviknule komunicirati na tako otvoren i izravan način. Pomoćnici u nastavi trebaju prepoznati takvo ponašanje i razgovarati s učenikom o prihvatljivim načinima komunikacije te zajedno s učenikom postaviti jasna pravila komuniciranja.
- Učenici s ADHD-om imaju poteškoće s planiranjem početka i završetka školskih zadataka. Potrebno je zajednički s njima odrediti stvarnu procjenu vremena trajanja određenih zadataka i paziti da se pridržavaju zadanog vremena, odnosno vraćati ih na zadatak kada izgube pozornost i pružiti im pomoć i dodatna pojašnjenja kada ne uspijevaju riješiti zadatak.

- 😓 Poseban su problem zadatci koji su vremenski ili mentalno zahtjevniji, imaju više koraka ili zahtijevaju dužu koncentraciju. Takve zadatke treba razdijeliti na manje cjeline i vizualno ih razdvojiti. Učenicima se može onda dodjeljivati zadatak po zadatak na odvojenom listu nakon što je završio prethodni ili se zadaci mogu podijeliti u različite boje kako bi učenik lakše pratio i zadržao pozornost na pojedinom zadatku prije nego prijeđe na iduću cjelinu.
- 😓 Pisanje diktata, posebice ako su dodatno prisutne i teškoće fine motorike, odnosno grafomotorike, posebno je problematično. Učenik ne stíže napisati rečenice, a ono što i stigne napisati, neuredno je i teško čitljivo. Ovisno o vrsti diktata pomoćnik može pomagati u pisanju diktata (npr. učenik stavlja interpunkcijske znakove ako je cilj nastavnika ispitati tu cjelinu) ili omogućiti duže vrijeme pisanja za učenika tako da mu se dodatno diktiraju rečenice koje učenik nije stigao napisati.
- 😓 Zbog spomenutih problema s motorikom i nepažnjom učenici često ne stignu prepisati gradivo s ploče. Stoga pomoćnici u nastavi mogu u posebnu bilježnicu (u tzv. informativku u koju, između ostalog, pomoćnik u nastavi bilježi i glavne obavijesti koje daje nastavnik, npr. kada se ide u kazalište, koji likovni pribor treba ponijeti i sl.) prepisati gradivo za učenika koji će onda kod kuće za zadaću prepisati plan ploče koji nije stigao napisati u školi.
- 😓 Učenici s poremećajem pažnje često „odlutaју“ za vrijeme pisanja zadataka (npr. zagledaju se kroz prozor, pribor na klupi služi im kao igračka i sl.) pa ih je potrebno neprestano vraćati na zadatak. Ponekad će dosta biti usmena opomena, a ponekad će fizički trebati reagirati tako da mu se stavi olovka u ruku i prstom pokaže na zadatak koji treba raditi.
- 😓 Kod pismenih ispita pomoćnici u nastavi trebaju motivirati i poticati učenika da riješi što više zadataka i naravno pomoći mu u usmjeravanju i vraćanju pozornosti na ispit. Također mogu upozoriti učenika ako je neke zadatke preskočio. Ako učenik ima težih motornih teškoća, pomoćnici mogu umjesto učenika zaokruživati ili pisati odgovore, ali samo u onom obliku u kakvom ih je dao sam učenik. Nikako ne smiju rješavati ispit umjesto njega ili mu nuditi gotova rješenja koja treba upisati.
- 😓 Hiperaktivni učenik trebao bi sjediti bliže nastavniku (po mogućnosti u prvoj klupi) kako bi nastavnik imao bolji uvid u to što učenik radi i spriječio moguće ometanje druge djece te kako bi učenikova pozornost maksimalno bila usmjerena na nastavnika. Ako je moguće, bilo bi dobro da ne sjedi pored prozora. Pomoćnik u nastavi trebao bi sjediti zajedno u klupi s učenikom kako bi mogao izvršavati svoje zadatke i pružiti pomoć i potporu učeniku.

- 😓 Ako učenik pokazuje manja neprimjerena ponašanja, pomoćnik u nastavi trebao bi ih preusmjeriti i zamijeniti prihvatljivijim oblicima ponašanja. Na primjer, ako učenik lupa po stolu i ima problema s motoričkom nemirom, prihvatljivija i manje ometajuća aktivnost bila bi ta da mu pomoćnik ponudi gumicu (koja se manje čuje kada njome lupka po stolu) s kojom će moći lupkati po stolu ili mu ponudi da obriše ploču.
- 😓 Za hiperaktivne učenike posebni je problem motorički nemir i stalna potreba za kretanjem. Pomoćnik u nastavi može dogovoriti s nastavnikom primjerene zamjenske aktivnosti kada pomoćnik uvidi da učenik više ne može sjediti na istome mjestu. Na primjer, brisanje ploče, odlazak po kredu u zbornicu, slaganje knjiga na polici u učionici i sl.
- 😓 Za sva primjerena ponašanja, bilo u odnosu s drugima, izvršenju školskih zadataka ili nečemu drugom, učenik s ADHD-om treba biti pohvaljen i pravovremeno nagrađen. Pomoćnik u nastavi prati takva ponašanja, pohvaljuje i nagrađuje učenika. To je najvažniji mehanizam učenja poželjnih i prihvatljivih oblika ponašanja.
- 😓 Iako se ponekad čini da učenik s deficitom pažnje ne čuje što mu se govori (npr. ne obraća pozornost na osobu koja govori ili se čini kao da „gleda“ kroz nju), treba imati na umu da se radi o ponašanju koje je posljedica poremećaja i ono nije namjerno, prkosno niti usmjereno protiv nekoga. Pomoćnik u nastavi nikako ne treba povisivati ton glasa da bi pridobio učenikovu pozornost. Umjesto toga, treba s učenikom uspostaviti kontakt očima, ako je potrebno, lagano ga potapšati po ramenu da bi obratio pozornost te od učenika zahtijevati da ponovi ono što mu je rečeno kako bi bio pomoćnik u nastavi bio siguran da ga je učenik čuo.
- 😓 Pomoćnik u nastavi treba redovito obavještavati roditelje o napretku njihova djeteta kao i o poteškoćama i problemima u radu s njim. Takva se komunikacija treba odvijati svakodnevno. U tu svrhu može se koristiti tzv. komunikacijska bilježnica gdje pomoćnik bilježi sve o djetetu, a roditelj je treba redovito čitati i potpisati. Na taj način roditelj i pomoćnik usklađuju svoje postupke koje se odnose na način rada i na potkrepljenja učenika.
- 😓 Također, pomoćnik u nastavi treba voditi dnevnik praćenja djeteta. U njega upisuje situacije i neprimjerena ponašanja djeteta te metode i tehnike koje je koristio kako bi pomogao djetetu. Tijekom supervizije pomoćnik raspravlja o svojim postupcima i traži najbolja moguća rješenja za buduće događaje. Osim toga, dnevnik je praćenja nešto što pomoćnik predaje idućem pomoćniku (kada dolazi do njihove promjene) kako bi se mogao nastaviti rad s djetetom i koristiti već uhodane i poznate metode koje dovode do pozitivnih pomaka, a ne svaki put kada se dogodi promjena počinjati iz početka.

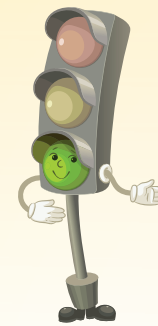


Savjeti za dugoročni napredak djeteta

Za djecu s ADHD-om najvažnije je osigurati strukturiranu okolinu i jasno se pridržavati postavljenih pravila. Kako je njima potrebna stalna vanjska kontrola ponašanja, dobro je organizirati njihovu okolinu s brojnim vizualnim podsjetnicima. U tu se svrhu mogu izraditi na plakatu razredna pravila koja će biti postavljena na vidnom mjestu u učionici ili pravila ponašanja koja će biti postavljena na vidnom mjestu u djetetovom domu. Najvažnije je da su pravila jasna, realna, da vrijede za sve i da smo dosljedni u njihovom poštivanju. Svaki put kada se dijete pridržava pravila, treba ga jasno pohvaliti. Hiperaktivna djeca rijetko kada dobivaju pohvalu, a vrlo često čuju da nešto ne smiju ili nisu napravili kako treba što loše utječe i na njihovo samopouzdanje i na motivaciju za buduća poželjna ponašanja. Davanje pohvale za i najmanje primjereno i poželjno ponašanje jedini je način da nauče kako se zapravo trebaju ponašati. Kod djece s ADHD-om vrijedi sljedeće pravilo: prvo pozitivno potkrjepljenje (pohvala i nagrada) pa tek ako to ne djeluje možemo posegnuti za korekcijom ponašanja, odnosno kaznom.

U svrhu razvoja poželjnih ponašanja može se s djetetom razviti sustav nagrađivanja. Bilo bi dobro da taj sustav djeluje jednako i kod kuće i u školi. S djetetom se dogovaraju manja poželjna ponašanja koja želite da dijete usvoji (npr. diže ruku kada želi nešto upitati učiteljicu i čeka da ga ona prozove ili samostalno pospremi stvari u školsku torbu). Svaki put kada dijete samostalno izvede dogovoreno ponašanje, slijedi pohvala. Pohvala svakako treba biti usmena, ali bi bilo dobro da se dogovori i cijeli sustav nagrađivanja. Na primjer, za svako poželjno ponašanje dijete dobije po jednu sličicu (i zvjezdicu, smajlića ili što god ste se dogovorili s djetetom). Kada skupi određeni broj sličica, dijete ih mijenja za unaprijed dogovorene nagrade (npr. odlazak u kino ako ste se prethodno dogovorili s roditeljima ili neka aktivnost koju dijete predlaže).

Također s hiperaktivnim djetetom treba raditi na razvoju socijalnih vještina budući da nerijetko ima problema u odnosu s vršnjacima. U tu svrhu dobre su igre uloga gdje se odrasla osoba postavlja u ulogu djetetova vršnjaka te djetetu daje uputu što reći i napraviti. Takve situacije treba vježbati, a često je potrebno djetetu dati gotove rečenice koje može koristiti (npr. „Mogu li se i ja s vama igrati?” ili „Hoćemo li se sada možda radije igrati graničara?”) i vrlo konkretne i jasne upute što napraviti (npr. „Čekaj dok druga djeca završe svoju priču i dođe tvoj red pa onda započni sa svojom pričom.” ili „Pričekaj dok djeca završe igru, nemoj ih prekidati, a kada krene nova igra, pridruži se i ti.”). Pomoćnik u nastavi te aktivnosti može isprobavati u realnim situacijama s djetetovim vršnjacima gdje će dijete pod njegovim nadzorom isprobavati novostečene socijalne vještine (npr. za vrijeme velikog odmora ili sata tjelesnog odgoja), a pomoćnik će mu biti podrška i usmjeravati ga.



Bitno je da nakon svakog ponašanja slijedi neposredna povratna informacija djetetu. Djetetu odmah nakon određenog ponašanja mora biti jasno je li napravio nešto što nije u redu, zašto je tomu tako i u skladu s tim dijete dobiva nagradu ili kaznu. Djeci s deficitom pažnje vrlo je teško naknadno povezati nagradu ili kaznu s događajem koji je već prošao (dogodio se prije nekoliko sati ili dana).



ZA ONE KOJI ŽELE ZNATI VIŠE:

Hughes, L. i Cooper, P. (2009). *Razumijevanje djece s ADHD sindromom i pružanje potpore*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Kocijan-Hercigonja, D., Buljan-Flander, G. i Vučković, D. (1997). *Hiperaktivno dijete: uznemireni roditelji i odgajatelji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Velki, T. (2012). *Priručnik za rad s hiperaktivnom djecom u školi*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Velki, T. i Cimer, R. (2011). Primjena teorije ekoloških sustava u radu s djetetom s ADHD-om. *Klinička psihologija*, 4, 71 – 87.



3.2. Internalizirani problemi

Za razliku od poremećaja pretjerano nekontroliranog ponašanja koji se češće prepoznaju jer su njihovi simptomi vrlo uočljivi i često ometaju dječje aktivnosti i nastavni proces, poremećaji pretjerano kontroliranog ponašanja teže se otkrivaju. Takvi oblici ponašanja probleme stvaraju samom djetetu, a ne toliko okolini koja ga okružuje. Poremećaji pretjerano kontroliranog ponašanja izražavaju se u obliku napetosti, sramežljivosti, tuge, strahova i prati ih visoka razina anksioznosti. Internalizirani simptomi u ponašanju kod djece uključuju fobije, povlačenje, zabrinutost, bolove u trbuhu, mučninu, nesanicu, depresivnost. Kod djece s takvim simptomima karakteristično je pretjerano kontrolirano ponašanje, deficit u ponašanju ili emocionalna inhibicija (Davison i Neale, 1996).



Elvis B., 2. r.

3.2.1. Depresivni poremećaj

Depresija se ubraja u najranije opisane bolesti u povijesti medicine. Poznata je kao „bolest sa stotinu lica” jer se simptomi depresije mogu manifestirati višestruko. Djeca koja boluju od depresije mogu izgledati naizgled mirno i staloženo ili apatično i nezainteresirano pa sve do druge krajnosti u kojoj se manifestiraju agresivna, iritantna i zahtjevnja ponašanja. Okolina često ima veliki utjecaj na održavanje poremećaja. Depresivne su osobe zahtjevne, neraspložene, sve im smeta. Često se događa da nakon nekog vremena okolina odustaje u pružanju pomoći i potpore takvoj osobi (zbog nerazumijevanja osnove samoga poremećaja) što dovodi do toga da osoba „pada” u još dublju depresiju jer svi odustaju od nje i javlja se osjećaj bespomoćnosti i beznadnosti. Depresija se rjeđe javlja u sredinama u kojima su ljudi bliski i gdje mogu dobiti više pomoći i potpore od većeg broja drugih osoba.

Većina osoba u svom životu povremeno doživljava depresivno raspoloženje u smislu potištenosti, osjećaja vlastite bezvrijednosti i beznađa. U današnje vrijeme depresija je jedan od najčešćih poremećaja (Lebedina Manzoni, 2006) koji se odnosi na emocionalno stanje za koje je specifična velika tuga, potištenost, bezvrijednost, nesanica, gubitak apetita i gubitak zanimanja za uobičajene aktivnosti. U normalnom razvoju djeteta mogu se javiti i neki od kliničkih simptoma depresije koji neće ostaviti posljedice u obliku disfunkcionalnog ponašanja te će s vremenom nestati. Takva ponašanja očituju se kroz ispade bijesa, strahove, enurezu i česta su u djetinjstvu, no vremenom iščezavaju. Kod djece se često javlja plač kao manifestacija tuge te varira s obzirom na dob; oko 18 % šestogodišnjaka plače dva do tri puta tjedno u usporedbi s 2 % djece u razdoblju puberteta (Vulić-Prtorić, 2001).

Potrebno je razlikovati povremenu depresivnost od depresije kao sindroma koji sadrži promjene u raspoloženju, motivaciji, tjelesnom i motoričkom funkcioniranju te spoznaji (Wenar, 2003) pri čemu se zajedno pojavljuje više simptoma. Klinički simptomi mogu se javiti već u razdoblju djetinjstva. Simptomi depresije kod djece očituju se u emocijama kao osjećaj tuge koja se može manifestirati kroz plač. Uz to javlja se slab uspjeh u školi te nedostatak motivacije za dječje aktivnosti, poput nezainteresiranosti za igru. Što se tiče tjelesnih simptoma, javlja se gubitak apetita, različite somatske tegobe, a na spoznajnom planu dijete samo izražava očekivanje neuspjeha te sebe doživljava negativno. Prevladavajući je osjećaj tuge. No u djetinjstvu srdžba također ima značajnu ulogu kod depresije pri čemu dječaci iskazuju veće neprijateljsko ponašanje od djevojčica. Dječaci također češće iskazuju pretjeranu aktivnost i agresivnost nego djevojčice (Davison i Neale, 1996). Takvi simptomi mogu varirati od normalne, povremene i prolazne tuge i žalosti do duboke depresije koja traje ili se neprestano vraća (Vulić-Prtorić, 2004).

Pojava i prestanak velikoga depresivnog poremećaja obično su iznenadni. Javlja se u obliku barem jedne depresivne epizode koja je praćena depresivnim raspoloženjem, nesanicom, osjećajem bezvrijednosti, nezainteresiranošću za okolinske događaje, mislima o smrti koja traju najmanje dva tjedna. Kako bismo dijagnosticirali veliki depresivni poremećaj (DSM – 5, 2014), tijekom dvotjednog razdoblja treba biti prisutno pet ili više sljedećih simptoma: 1) depresivno raspoloženje prisutno veći dio dana, gotovo svaki dan, a kod djece i adolescenata može biti prisutno razdražljivo ponašanje; 2) značajno smanjeno zanimanje ili uživanje u svim ili gotovo svim aktivnostima; 3) značajan gubitak tjelesne težine ili dobivanje na težini odnosno smanjenje ili povećanje apetita gotovo svakodnevno; 4) nesanica ili pretjerano spavanje; 5) psihomotorni nemir ili usporenost; 6) umor ili gubitak energije; 7) osjećaj bezvrijednosti ili pretjerane ili neodgovarajuće krivnje; 8) smanjena sposobnost mišljenja ili koncentriranja te neodlučnost; 9) ponavljajuća razmišljanja o smrti. Navedeni simptomi moraju biti prisutni veći dio dana i javljati se gotovo svaki dan. Također, moraju predstavljati promjenu od ranijeg funkcioniranja, barem jedan od simptoma mora biti ili depresivno raspoloženje ili gubitak zanimanja ili uživanja. Ako više simptoma depresije traje najmanje godinu dana, govorimo o depresiji kao kroničnom stanju. Djeca s kroničnim stanjem depresije imaju povećan rizik od ponavljanih depresivnih epizoda.

Razvoju depresije mogu doprinijeti razni čimbenici od kojih su neki gubitak voljene osobe, duže odvajanje, smrt, gubitak zbog rastave roditelja, dijete koje ima depresivnu majku. Intenzitet i trajanje tuge i žalosti nisu u skladu s pretrpljenim gubitkom. Razvojno gledajući, ako se depresija javi u prvih nekoliko godina života, obično je posljedica reakcije na gubitak voljene osobe ili dužu odvojenost od roditelja/skrbnika uz koju se javlja osjećaj bespomoćnosti. Dijete tada depresiju iskazuje srdžbom, nemirom i anksioznošću, a moguća je i pojava povlačenja (Wenar, 2003). U djetinjstvu se depresija kod neke djece može javiti kao posljedica smanjenja ili nerazvijenoga samopoštovanja. Ta se djeca osjećaju beskorisnima, manje vrijednima ili osjećaju krivnju. Na razvoj samopoštovanja kod školske djece obično negativno utječu primjedbe i omalovažavanja od strane njima značajnih osoba, zatim postavljanje nerealno visokih ciljeva te kao posljedica doživljavanje neuspjeha ili neostvarivanje uspjeha. Kod neke će se djece depresija ponašajno očitovati u nemiru, teškoćama u koncentraciji, izljevima bijesa, neposlušnosti i delinkvenciji dok će kod druge djece prevladavati tuga. Tijekom školovanja djeca razvijaju osjećaj vlastite vrijednosti u odnosu na školske, tjelesne i socijalne sposobnosti. Ako dijete negativno samovrjednuje vlastite vrijednosti i sposobnosti, u nekim slučajevima može doći do razvoja naučene bespomoćnosti, a time i depresije (Wenar, 2003).

Depresija se javlja kod 1 % djece predškolske dobi, u 2 % djece školske dobi (6 – 12 godina) i u 4 – 8 % adolescenata (Lebedina Manzoni, 2006). Depresivno raspoloženje pokazuje 10 – 15 % djece u dobi od 10 do 11 godina, a više od 40 % adolescenata osjeća snažnu patnju (Wenar, 2003). Stopa prevalencije depresije kod djece upućene stručnjacima za mentalno zdravlje iznosi između 10 i 20 % (Kazdin, 1990).

Činjenica je da nisu samo odrasli depresivni, nego je sve više djece i adolescenata depresivno što utječe na njihov razvoj, školski uspjeh, odnose s članovima obitelji i vršnjacima, a ponekad može voditi i do pokušaja suicida. Depresija ne nastaje isključivo zbog određenog gubitka, nego utjecaj mogu imati različiti rizični čimbenici poput: odsutnosti



Djeca općenito imaju poteškoća u prepoznavanju i opisivanju unutrašnjih emocija ili raspoloženja. Moguće je da učenik tvrdi kako nema nikakvih problema, no zapravo ne zna objasniti svoja ponašanja u kojima se očituje depresivnost.

majke u doba dojenja, temperament djeteta, različiti genetski i fiziološki čimbenici. Potrebno je razlikovati normalnu tugu i žalost od velike depresivne epizode. Kod žalovanja se javlja patnja, no ona ne dovodi do razvoja epizode velikoga depresivnog poremećaja. Kod djece kod kojih se javila ili se javljaju depresivne epizode, simptomi se mogu mijenjati od epizode do epizode i imati različiti intenzitet. Ponekad se dogodi da depresivno raspoloženje iščezne i bez primjene bilo kakvoga oblika tretmana što je odraz promjena okolnosti koje su dovele do depresivnog raspoloženja. Kod neke djece i adolescenata depresija će se vratiti te, svaki puta kada se vrati, povećava se vjerojatnost da će poprimiti kroničan tijek. Važno je pomoći djetetu i roditelju u ranom prepoznavanju znakova ponavljanja simptoma i razvoja depresije, ohrabriti ih da potraže pomoć pri pojavi prvih simptoma.

Što se tiče školskog uspjeha i depresivnosti, školski je uspjeh slabiji što je depresivnost izraženija. Dolazi i do izostanaka i kašnjenja na nastavu te velikog nezadovoljstva školom (Kazdin i Marciano, 1998). Povezanost između depresivnosti i slabijeg školskog uspjeha može biti dvosmjerna. Slabiji školski uspjeh može biti i/ili uzrok i/ili posljedica depresivnosti. S druge strane, smatralo se da su djeca s visokim školskim uspjehom sklona depresivnosti i anksioznosti jer su neprihvaćena i neshvaćena u svojoj okolini. Međutim, pokazalo se da su djeca koja imaju bolji školski uspjeh prilagodljivija, imaju više prijatelja te su kasnije u životu uspješnija. Manji je postotak onih kod kojih se u odrasloj dobi javljaju emocionalni poremećaji.

Neki roditelji djecu tijekom odrastanja uvjeravaju da mogu postići sve i često im postavljaju previsoke ciljeve tako da ponekad njihova prevelika očekivanja mogu rezultirati depresijom kod djece. U želji da ispune očekivanja roditelja, koja su previsoko postavljena i nerealna su u odnosu na djetetove mogućnosti, djeca svakodnevno doživljavaju neuspjeh. Pri tome nemaju podršku roditelja čija visoka očekivanja podrazumijevaju stalni djetetov uspjeh, a što kod djeteta stvara osjećaj manje vrijednosti koji ponekad može dovesti do osjećaja naučene bespomoćnosti (dijete vjeruje kako ništa ne može napraviti kako treba odnosno kako je roditelj zamislio i prestaje biti motiviran za bilo koju aktivnost u kojoj bi potencijalno mogao doživjeti neuspjeh) što dovodi do razvoja simptoma depresivnog poremećaja.

U razdoblju adolescencije češće su pojave depresivnoga raspoloženja, a također je klinička depresija u tom razdoblju češća nego prije adolescencije, posebice kod djevojaka. Adolescencija predstavlja razdoblje u kojem se događaju velike promjene, krize te dolazi



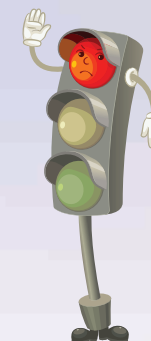
do sazrijevanja. Adolescent se pokušava prilagoditi tjelesnim promjenama koje mu se događaju, traži vlastiti identitet i autonomiju. Javljaju se promjene raspoloženja, depresivnosti i anksioznosti koje su prolazne i smatraju se uobičajenim dijelom razvoja. Ako se javi depresija, ona je sličnija onoj kod odraslih pri čemu se adolescent često žali na tugu i apatiju, poremećaje spavanja, nedostatak apetita ili pretjeran unos hrane, nedostatak energije. Javlja se i osjećaj beznadnosti i suicidalne misli. Često se dogodi da odrasli ne prepoznaju depresiju kod adolescenata budući da može biti prikrivena agresijom, otporom i kršenjem pravila. Ako se prva epizoda velikog depresivnog poremećaja javi u adolescenciji, povećava se rizik od razvoja poremećaja u odrasloj dobi. Suicid se navodi kao treći vodeći uzrok smrti adolescenata u dobi od 15 do 24 godine (Wenar, 2003). Podatci pokazuju da je suicid četvrti uzrok smrtnosti u dobi od 10 do 14 godina (1 – 2/100 000) odnosno treći uzrok smrtnosti u adolescenata između 15 i 19 godina (11/100 000) te da se na 300 pokušaja suicida bilježi jedan realizirani suicid. Znatno je veći broj izvršenih samoubojstava u dobi 15 – 19 godina u odnosu na dobnu skupinu do 14 godina. U izvršenim samoubojstvima u cjelini primjetan je značajan porast stope s porastom dobi (Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, 2011). Važno je pomoći adolescentu u razvijanju strategija „nošenja“ s teškoćama kako bismo spriječili ili pokušali spriječiti suicid.

Znakovi koji mogu upućivati na rizik od suicida i činjenice o suicidu:

- ✓ Ako osoba prijeti suicidom, treba ga uvijek shvatiti najozbiljnije budući da potencijalne samoubojice najavljuju svoju namjeru prije nego što pokušaju suicid.
- ✓ Suicidalno ponašanje uvijek odražava poziv za pomoć i mora se shvatiti ozbiljno.
- ✓ Utvrđeno je da je većina osoba koje su pokušale ili izvršile suicid duže vrijeme o tome razmišljale.
- ✓ Suicidalna osoba obično pokazuje različite znakove upozorenja – razgovara o suicidu, javljaju se misli o krivnji, samooptužuje se, pozdravlja na neuobičajeni način, javlja se gubitak zanimanja za uobičajene aktivnosti, sklona je samoozljeđivanju.
- ✓ Osoba koja pokuša ili učini suicid takav postupak vidi kao rješenje za nju nerješivog problema. Suicidom žele ukloniti neizdrživu bol. Pri smanjenju takve boli i rješavanju problema osobi je potrebna pomoć stručnjaka, obitelji i bliskih osoba.
- ✓ Suicid je u većem broju slučajeva moguće spriječiti.
- ✓ Pokušaj suicida treba shvatiti vrlo ozbiljno i osobi pružiti pomoć.
- ✓ Ako se nakon pokušaja suicida osoba osjeća bolje, treba znati da je rizik od suicida i dalje prisutan.
- ✓ Ako prepoznate znakove koji upućuju na mogućnost suicida, potrebno je razgovarati s osobom i iskazati zanimanje i brigu za njezine probleme i ozbiljnost situacije.



Osobi treba pokazati da ste otvoreni saslušati ju bez obzira koliko joj je teško.



Osobi ne treba davati savjete i mišljenja oko načina pokušaja suicida!

Bitno je imati na umu i zablude koje laici najčešće imaju o depresivnome poremećaju. Potpuno je pogrešno uvjerenje da će depresija kod većine ljudi proći sama od sebe (kako se nekad i pojavljuje) pa je stoga ne treba liječiti. Depresija je stvarna bolest i bez pravog liječenja, koje često uključuje tim stručnjaka (pedijatra, psihijatra i psihologa), djetetu neće biti bolje. Štoviše, ako se bolest ne liječi, povećava se i rizik za suicid. Nadalje, zablude je i da promjenom okoline prolazi i depresija. Često možemo čuti izjave da će s promjenom mjesta boravka ili odlazak na putovanje pomoći osobi da prestane biti depresivna. Depresija je poput kovčega, putuje zajedno s njegovim vlasnikom. Promjenom okoline bolest neće proći, potrebno je liječenje. I naposljetku, često se javlja zablude da depresivan čovjek najbolje zna kako mu je (što je samo djelomice točno) pa se sam može i izliječiti (što je u potpunosti pogrešno). I liječnici i psiholozi kada obole od depresije trebaju tražiti stručnu pomoć da bi razriješi depresiju.

Kako pomoći djetetu s depresivnim poremećajem?

U ulozi pomoćnika u nastavi najvažnije je imati na umu da u radu s depresivnim učeni- kom trebate pružiti podršku i slušati što govori. Učeniku treba pokazati razumijevanje i poštovanje te da je prihvaćen i sa svojom tugom. Depresivnom učeniku može biti teško otvoriti se, no ohrabrujte ga da s Vama ili s nekom drugom bliskom osobom podijeli kako se osjeća. Bitno je pokazati kako ne osuđujete učenika. Smijete iskazati učeniku svoju zabrinutost i reći mu koja su Vas njegova ponašanja zabrinula. Razgovarajte s njim, po- vremeno mu postavljajte pitanja kako biste pokazali zanimanje za ono što ga opterećuje i pokažite da ga slušate. Probleme koje učenik navodi nemojte zanemarivati i smatrati ih nevažnima. Nemojte ignorirati njegove brige niti ga ismijavati. Primijetiti ćete da uče- niku njegove brige izgledaju iznimno važne i čine ga nesretnim. Kao pomoćnici u nastavi provoditi ćete mnogo vremena s depresivnim učenikom što može biti iscrpljujuće i za Vas pa se mogu javiti i negativni osjećaji (npr. da ste umorni od svega, da učenik ne cijeni Vas i Vaš trud i sl.). Uvijek treba imati na umu da se učenik ne ponaša namjerno na takav način te da njegova ponašanja nisu motivirana namjerom da Vas povrijedi, nego da su posljedica njegove unutarnjeg trpljenja.



- 🙄 Zbog svega navedenog bitno je uvijek iskazivati strpljenje i razumijevanje. Smijete sami izreći svoje osjećaje i pokazati učeniku da se svatko ponekad osjeća tužno.
- 🙄 U komunikaciji s učenikom pokažite da ste bezuvjetno uz njega i jasno pokažite da ste spremni osigurati mu podršku u bilo kojem obliku. Komunikaciju prilagođavajte, primjerice postavljajte manje pitanja ili pustite učenika da sam govori ako mu to više odgovara.
- 🙄 Ako učenik nije suradljiv nemojte odustati. Razgovor s depresivnim učenikom može biti vrlo težak pa poštujete granice koje učenik može podnijeti. Slušajte ga i bez „propovijedi“. Moguće je da će se dogoditi da Vam se brige i osjećaji učenika čine besmisleni, no nemojte ih opovrgavati/negirati. Pokažite razumijevanje za brigu i tugu učenika. Učenik s ovim poremećajem brzo će uočiti da ga ne shvaćate ozbiljno ako ne pokažete suosjećanje.
- 🙄 Budući da je osnovna potreba učenika razviti blisko prijateljstvo s vršnjacima, a ne zna na koji način to postići, on se još više se povlači u sebe te pomoćnik treba ohrabrivati, poticati i voditi učenika u stjecanju prijateljstava. Potičite druženje s vršnjacima i pohvaljujte svaki napor učenika. Predlažite aktivnosti koje bi ga mogle zanimati poput sporta, izvanastavnih i izvanškolskih aktivnosti, druženja u slobodno vrijeme, ples i slično. Veselite se s učenikom kada postigne bilo kakav uspjeh.
- 🙄 Poželjno je da se učenici s ovim poremećajem uključe u neakvu aktivnost, a poželjna je bilo kakva tjelesna aktivnost. Vježbanje može pomoći u smanjenju simptoma depresije. To, primjerice, može biti šetnja, rolanje ili vožnja bicikla. Napravite s učenikom tjedni raspored aktivnosti, a učenik će vas izvještavati o napretku. U svom izvještaju učenik će bilježiti aktivnosti u kojima je sudjelovao tijekom tjedna i kako se osjećao nakon sudjelovanja.
- 🙄 Probajte na kraju radnog dana od učenika tražiti da opiše bar jedan ugodan događaj koji je doživio taj dan. Sigurno će učenik tijekom dana doživjeti više ugodnih stvari, no kada je u pitanju osoba s depresivnim poremećajem, vrlo će se teško sjetiti takvog događaja. Inzistirajte da se prisjeti i podržite ga u tomu. Zapisujte u posebnu bilježnicu ugodne događaje koji će kasnije učeniku služiti kao podsjetnici na lijepe stvari kada bude u tužnom i potištenom raspoloženju.



Pomoćnik u nastavi treba pratiti ponašanje učenika. Ako primijetite promjene u ponašanju i simptomima koje učenik iskazuje, svakako se obratite razredniku i stručnoj službi škole te obavijestite roditelje o promjenama koje ste uočili.

Savjeti za rad u razredu

- 🙄 Što se tiče školskog rada, učeniku će ponekad biti potrebne različite prilagodbe pristupa u nastavi zbog slabijeg školskog uspjeha, a zbog pojave simptoma depresije. Za depresivne učenike najvažnija je pomoć u planiranju školskih zadataka. Depresivni učenici rijetko daju realne procjene o potrebnom vremenu za izvršenje nekog zadatka ili aktivnosti, a gotovo svaki zadatak i aktivnost čini im se preteškim i sami se ne odlučuju započeti ih. Zadatak je pomoćnika u nastavi predvidjeti i prilagoditi vremensko razdoblje koje je potrebno za učenje, dovršavanje zadatka ili provjeru znanja. Ključno je učeniku omogućiti dovoljno vremena da počne i završi započeto kako ne bi doživljavao neuspjeh.
- 🙄 Provjeravajte je li učenik obratio pozornost na nastavni proces, je li razumio sadržaj i pojmove. Ako učeniku nešto nije jasno, pomoćnik treba dati dodatna objašnjenja. Svakako treba ohrabrivati učenika na spontano izražavanje onoga što je nejasno i poticati ga na samostalnost u radu.
- 🙄 Kada učenik pogriješi, objasnite mu što ne valja i gdje je pogriješio, podržite ga da sam dođe do rješenja, po potrebi indirektno usmjeravajte.
- 🙄 Školske zadatke treba planirati tako da učenik sigurno može **doživjeti uspjeh**. Uvijek se prvo učeniku daju lakši zadatci da ih pokuša riješiti kako bi doživio uspjeh i bio motiviran za nastavak rada, a zatim, uz Vašu pomoć, učenik prelazi na rješavanje složenijih i težih zadataka. Svaki i najmanji pomak vrlo je bitan za samopouzdanje depresivnog učenika i treba ga nagraditi.
- 🙄 Treba **pohvaliti trud** koji učenik ulaže u određeni zadatak. Kada točno riješi zadatak ili ispravno izvede neke od koraka u zadatku, obvezno ga pohvalite.
- 🙄 Povremeno će biti potrebno omogućiti **kratkotrajno isključivanje, osamljivanje i odmor** depresivnom učeniku. Možete otići s učenikom u zadnju klupu ili neku drugu slobodnu učionicu dok se ne pribere i ponovno ne skupi snage za nastavak školskog rada. To je posebice važno ako učenik ima izljev bijesa ili plača tijekom nastave.



Navedenom se metodom koristite samo povremeno i pokušajte ju s vremenom smanjiti i ukinuti. Cilj je učenika naučiti kontrolirati negativne emocije i zamijeniti ih pozitivnim. U tu se svrhu možete koristiti raznim tehnikama. S učenikom možete dogovoriti da zapisuje svoja razmišljanja i osjećaje u dnevnik ako preferira takav oblik izražavanja. Kad je učenik u potištenom ili ljutom raspoloženju, možemo od njega tražiti da oboji smajlića koji najbolje opisuje njegov osjećaj (postoje liste smajlića različitih emocija koje su dostupne na internetu i u literaturi „za one koji žele znati više“) ili možemo nacrtati veliki termometar (poput toplomjera za mjerenje temperature) i tražiti da oboji stupac do one visine koja prikazuje koliko snažno osjeća određenu emociju, npr. tugu ili ljutnju. To je dobra tehnika da učenik počne prepoznavati i razlikovati različite emocije koje mu se javljaju kako bi njima mogao ovladati. Također je tehnika crtanja poželjna kod učenika koji nerado govore ili pišu o svojim osjećajima.

😊 Sve što se u nastavnom procesu može učiniti jednostavnim, **pojednostavite**. Tako ćete osigurati bar minimalnu motivaciju za rad koju možete očekivati od depresivnog učenika. U tu se svrhu možete koristiti bojama (umjesto da odgovara na pitanje, neka boji točne odgovor), sličicama (koje učenik lijepi u određena polja ili slaže u priču), izrezivanjem materijala i sl. za izradu školskih zadataka i raspored školskih aktivnosti. Za depresivnog učenika vrlo je bitno napraviti raspored školskih aktivnosti i stalno ga pohvaljivati kada samostalno izvrši aktivnost prema zadanom rasporedu. Pomoćnik u nastavi može ga povremeno podsjećati i opomenuti da pogleda raspored i pripremi se za nadolazeću aktivnost, a vrlo je važno da ga za svaku izvršenu aktivnost pohvali i da to zabilježi (npr. u bilježnicu ili na neko dogovoreno mjesto) kako bi učenik kasnije, kada bude imao negativne misli da ništa ne može i da ni u čemu nije dobar (što je često kod depresivnih učenika), pogledao bilješke; one će pomoći da ga razuvjerite u negativno mišljenje o sebi te će ga potaknuti i motivirati za daljnji rad.

😊 **Budite diskretni** u prilagodbama kojima se koristite u nastavi s takvim učenikom. Bitno je da se učenik ne osjeća manje vrijednim i manjih sposobnosti od ostalih učenika u razredu. Omogućite mu priliku za pomaganje drugima, za izražavanje empatije i ne isključujte ga iz razrednih aktivnosti. Važno je podržati djetetove jake strane i sposobnosti i pružiti mu priliku da se afirmira u skupini.

😊 S razvojem pozitivne slike o sebi povećavat će se učenikova motivacija za učenje i suradnju te će doći do poboljšavanja **odnosa s vršnjacima**. U tom procesu mogu Vam pomoći razne dodatne aktivnosti. Ako učenik nije u mogućnosti verbalno iskazati svoje osjećaje, može odigrati, odnosno odglumiti ono što ne može ispričati. Primjerice, igranjem uloga učenik može iskazati svoje prave osjećaje i proraditi

neku doživljenu traumu ili gubitak (npr. smrt ili bolest bliske osobe), a ostali učenici u razredu mogu mu pomoći u tome. Bitno je dobro osmisлити socijalnu situaciju koju ćete putem igre prikazati te voditi učenike u njihovim ulogama.

😊 Uvijek morate imati na umu da je depresivan učenik ranjiv i da morate **prepoznati znakove** do kojih granica može istraživati svoje osjećaje i uživljavati se u situaciju. Ako u početku ne želi sudjelovati u igranju uloga, dopustite mu da promatra sa strane i komentira emocije likova koje druga djeca igraju. Postupno ga uvodite u aktivnost, dopustite mu da istražuje ulogu koju je odabrao i da prema vlastitim potrebama mijenja odabrani scenarij. Na taj ćete mu način omogućiti da iskaže svoje osjećaje te uvidi kako ima podršku okoline što je ključno za njegov oporavak.



ZA ONE KOJI ŽELE ZNATI VIŠE:

<http://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno teme/depresija-u-djece-i-adolescenata/>
Klarin, M. (2006). *Razvoj djece u socijalnom kontekstu*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
Kurtović, A. i Živčić Bećirević, I. (2012). Uloga svakodnevnih negativnih događaja u depresivnosti adolescenata. *Društvena istraživanja*, 21, 671 – 691.
Novak, M. i Bašić, J. (2008). Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti prevencije. *Ljetopis socijalnog rada*, 15, 473 – 498.
Vulić-Prtorić, A. (2004). *Depresivnost u djece i adolescenata*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

3.2.2. Anksiozni poremećaji

Strahovi, vrste strahova i kako ih prepoznati

Strahovi su normalna pojava u dječjem razvoju. Razlika između straha i anksioznosti je ta što se strah odnosi na sadašnjost, a anksioznost na budućnost (Lebedina Manzoni, 2006). Kod straha dijete svjesno percipira objekt koji ga plaši. Potrebno je razlikovati normalne razvojne strahove i anksiozne reakcije od kliničkih fobija. Ako su strahovi intenzivni, dugotrajni i ometaju ostala ponašanja, dolazi do emocionalnih poremećaja. Strahovi se očituju kao uznemirenost, razdražljivost, osjećaj napetosti, tjeskobe, izljev plača, agresivnost, nesanicu, depresiju. Osjećaj tjeskobe prisutan je i kod straha i kod anksioznosti.

Polovica strahova nestane tijekom tri mjeseca i većina ih je prolazna. No 3 – 8 % djece doživljava pretjerane strahove (Wenar, 2003). Djevojčice imaju veći broj strahova od dječaka (omjer 3 : 1). Broj se strahova s porastom kronološke dobi smanjuje, a izvor mijenja. Različiti strahovi pojavljuju se u različitoj dobi (Lebedina Manzoni, 2006) te je za razumijevanje straha kod djece potrebno poznavanje razvojnih stadija.

Tablica 2. Razvojni stadiji u razumijevanju straha kod djece

Dob	Razvojni strah
do druge godine	strah od odvajanja od skrbnika
od druge do četvrte godine	strah od mraka i životinja
od četvrte do šeste godine	strah od čudovišta, duhova i neobjašnjivih noćnih zvukova
od šeste godine	strah od smrti i prirodnih katastrofa; povećava se strah od neuspjeha
školska dob	sve su češći strahovi od tjelesnih ozljeda, vatre ili prometnih nesreća; povećava se strah od bezopasnih životinja (miševi), a strah od zmija nadmašuje stvarnu opasnost; povećava se strah od izmišljenih likova iz priča i filmova; nestaju strahovi od bića iz mašte, smanjuje se strah od duhova; smanjuju se strahovi od životinja koje žive daleko (kao što su lavovi i tigrovi)
adolescencija	strah od odbacivanja od skupine vršnjaka, zabrinutost zbog osobne kompetentnosti i odrastanja; prisutni u manjoj mjeri i nerealni strahovi kao što je strah od grmljavine, mraka, miševa i zmija, strah od vode i groblja

Ollendick (1995) navodi deset najčešćih strahova kod djece koji se konzistentno pojavljuju neovisno o djetetovoj dobi, spolu i kulturalnoj pripadnosti: strah da će ga udariti auto, da neće moći disati, strah od bombe i bombaškog napada, strah da će biti zapaljen ili izgorjeti, da će pasti s nekog visokog mjesta, strah od provalnika, potresa, smrti, slabih ocjena i zmijsa.

Kako bismo razlikovali normalne strahove i anksioznost od patoloških, potrebno je uzeti u obzir osnovne kriterije, a to su: situacijska primjerenost, intenzitet i trajanje simptoma, stupanj u kojem simptomi ometaju svakodnevno funkcioniranje i razvojna primjerenost (Vulić-Prtorić, 2002). Strah ili anksioznost treba procijeniti kako bi se utvrdilo je li stvaran, odnosno je li reakcija razmjerna stvarnoj prijetnji. Primjerice, za djecu čiji su roditelji vrlo često nasilni jedno prema drugome očekivano je da će biti zabrinuti i u strahu za obitelj i sigurnost te se takva anksioznost neće proglasiti poremećajem. Stoga treba procijeniti strah s obzirom na kontekst u kojem se javlja te primjerenost i opravdanost u pojedinoj situaciji. Također u slučaju susreta djeteta koje živi na selu s dizalom u zgradi može se javiti strah od dizala, čak i reakcije do visokog stupnja iracionalnosti i izvan razvojnih normi. Intenzitet simptoma kreće se ovisno o stupnju i blizini zastrašujuće situacije ili objekta. Primjerice, strah od zubara najveći je pri susretu, a smanjuje se kako se dijete odmiče od objekta straha. Anksiozni poremećaj uključuje iskustvo prirodnih i prikladnih emocija, ali u neprirodno i neprikladno vrijeme, odnosno epizode straha ili anksioznosti u odsustvu prave opasnosti (Barlow, 2002). Što se tiče trajanja simptoma, ono je određeno dijagnostičkim kriterijima. Kod djece, odnosno osoba mlađih od 18 godina, potrebno je da simptomi za dijagnozu specifične i socijalne fobije te generaliziranog anksioznog poremećaja traju najmanje šest mjeseci, a za dijagnozu separacijskog anksioznog poremećaja četiri tjedna (Vulić-Prtorić, 2002). Stupanj ometanja svakodnevnog funkcioniranja odnosi se na značajnu neugodu ili teškoće u školskom i socijalnom funkcioniranju. Kako bismo odredili da se radi o poremećaju, mora postojati značajno ometanje i vidljive smetnje zbog pretjeranog straha. Kada simptomi nisu primjereni dobi djeteta i kada postanu toliko intenzivni da ometaju svakodnevno djetetovo funkcioniranje, dijagnosticira se anksiozni poremećaj. Slično tome, fobije se dijagnosticiraju kada određene strahove prate izbjegavajuća ponašanja i kada dolazi do teškoća u funkcioniranju i socijalnim odnosima. Za razliku od adolescenata i odraslih osoba djeca ne prepoznaju uvijek da je strah iracionalan, a to ovisi o njihovu kognitivnom razvoju.

Što je anksioznost?

Anksioznost je pretjerano stanje pobuđenosti kod kojeg je prisutna bojazan od onoga što će se dogoditi zbog predviđanja budućih neugodnih događaja. Odnosi se na stanje u kojem je objekt, koji je izvor strepnje, nepoznat te prijetnja dolazi iz samog sebe. Potrebno je znati razlikovati strah od anksioznosti. Strah je emocionalni odgovor na stvarnu, realnu i konkretnu prijetnju ili opasnost, a anksioznost se odnosi na anticipaciju buduće opasnosti (DSM – 5, 2014). Mladi s anksioznim poremećajem doživljavaju značajne i često trajne psihosocijalne posljedice, kao što su slab školski uspjeh, socijalni problemi i obiteljski sukobi. Najčešća je emocija anksioznost koja dolazi u različitim oblicima i

može se promatrati kao kontinuitet na čijem je jednom kraju normalna a na drugom patološka anksioznost. Ima funkciju prilagodbe jer ljude čini opreznijima i omogućuje izbjegavanje ili suprotstavljanje opasnosti. Nije ju moguće u potpunosti ukloniti, ali se može naučiti kako ju kontrolirati. Teško je odrediti granicu između normalne i patološke anksioznosti. Obično se kao kriterij uzima da je normalna ona koju pojedinac može kontrolirati, a patološka je ona koja kontrolira pojedinca. Na anksioznost gledamo kao na patološko stanje koje se javlja neovisno od opasnosti, kada postoji dugo nakon stresa i prestanka opasnosti te kada remeti funkcioniranje osobe. Najčešći su anksiozni poremećaji u djetinjstvu i adolescenciji generalizirani anksiozni poremećaj, fobije, panični poremećaj, opsesivno-kompulzivni poremećaj i posttraumatski stresni poremećaj (Davison i Neale, 1996).

Najčešći su poremećaji u dječjoj dobi anksiozni poremećaji (Davison i Neale, 1996) koji su prisutni u 8 do 9 % opće populacije (Wenar, 2003). Različite vrste anksioznog poremećaja razlikuju se po učestalosti. Opsesivno-kompulzivni poremećaj najrjeđi je, dok su generalizirani anksiozni poremećaj i socijalna fobija najčešći. Smatra se da 6 – 8 % djece i adolescenata pati od nekog oblika anksioznog poremećaja (Davison i Neale, 1996). Prosječna dob pojavljivanja anksioznog poremećaja zbog separacije (najčešće odvajanje od roditelja) je 7,5 godina, fobije se javljaju najčešće u dobi od oko 8 godina.

Anksioznost se očituje somatskim, emocionalnim, kognitivnim i ponašajnim simptomima (Vulić – Prtorić, 2006). Somatski simptomi iskazuju se u obliku povećanog krvnog tlaka, crvenila ili bljedila kože, znojenja, promjena na koži, ubrzanog disanja, osjećaja gušenja, nedostatka zraka, mučnine, glavobolja, iritabilnosti, abdominalne boli, nesаницe, vrtoglavice, osjećaja nesvjestice. Javlja se mišićna napetost koju prati osjećaj slabosti, nesigurnosti i neugode. Ubrzano kucanje srca obično je prvi znak straha da će osoba izgubiti kontrolu ili da će pasti u nesvijest. Nakon pojave somatskih simptoma javlja se strah koji je ključan za razvoj anksioznosti. Tjelesni simptomi praćeni su anksioznom osjetljivošću, odnosno strahom da će tjelesne promjene koje su povezane s anksioznošću uzrokovati negativne, psihološke, socijalne ili tjelesne promjene. Što se tiče kognitivnih simptoma, dolazi do intelektualne zbunjenosti te prevladava zabrinutost i očekivanje nesreće. Tako anksiozna djeca pokazuju pretjeranu zabrinutost zbog vlastitih sposobnosti ili kvalitete nastupa. Kada i uspiju kontrolirati zabrinutost oko jednog izvora brige (npr. „Danas sam odgovarala ispred ploče i više me nastavnici neće prozivati.”), javlja se druga briga (npr. „A što ako budem morala brisati ploču pred cijelim razredom i ispadnem smiješna?”). Anksioznost je praćena kognitivnom dezorganizacijom. Anksiozne osobe općenito su nesigurne i imaju lošu sliku o sebi. Ponašajni se simptomi očituju u bojažljivosti i neprekidnom ponavljanju aktivnosti pri čemu su ove osobe stalno nezadovoljne vlastitim učinkom. Na ponašajnom planu kod anksioznih poremećaja javlja se nespretnost ili potpuna zakočenost. Budući da je teško prosuditi o prisutnosti anksioznosti na temelju fizioloških reakcija, podatci se mogu dobiti od samog djeteta, ali i od učitelja i roditelja pitanjima o dječjim strahovima, koliko su općeniti, izraženi i perzistirajući, u kojim situacijama se javljaju, kada i kako započinju (Wenar, 2003).

Generalizirani anksiozni poremećaj i kako ga prepoznati

Opći ili generalizirani anksiozni poremećaj obilježava kronična zabrinutost zbog različitih stvari koje nisu pod kontrolom osobe (Davison i Neale, 1996). Karakterizira ga opća i neodređena anksioznost, uznemirenost i psihomotorna napetost. Pojedinac je zabrinut zbog uobičajenih situacija te ima stalan osjećaj strepnje, tjeskobe i iščekivanja da će se nešto loše dogoditi. Simptomi su umor, glavobolja, vrtoglavica, lupanje srca, mučnina, crvenjenje lica i kože. Za dijagnozu ovog poremećaja, trebaju biti zadovoljeni kriteriji postojanja pretjerane zabrinutosti i anksioznosti, teškoće s kontroliranjem zabrinutosti i prisutnost katastrofičnih razmišljanja (npr. „Sigurno umirem od neke teške bolesti...” ili „Ako izađem iz kuće, sigurno će me pogaziti auto...”). Za dijagnosticiranje tog poremećaja potrebna je prisutnost sljedećih kriterija (DSM – 5, 2014): a) pretjerana anksioznost i bojažljivost koji se pojavljuju više dana ili u posljednjih šest mjeseci u vezi s raznim događajima ili aktivnostima (na primjer uspjeh u školi); b) osoba s teškoćom kontrolira zabrinutost; c) anksioznost i zabrinutost povezani su s trima simptomima ili s više od šest simptoma (nemir ili osjećaj napetosti ili da je „na rubu“, lako umaranje, teškoće koncentracije, razdražljivost, mišićna napetost i smetnje spavanja) koji su prisutni više dana u posljednjih šest mjeseci; d) anksioznost, zabrinutost ili tjelesni simptomi uzrokuju klinički značajnu patnju ili oštećenje u važnim područjima funkcioniranja. Djeca su zabrinuta zbog školskog uspjeha, brinu ih socijalni odnosi s vršnjacima, obiteljski problemi, budućnost i slično. Uz zabrinjavajuće misli javljaju se osjećaji nesigurnosti, napetosti i somatske tegobe. S obzirom na dob mijenjaju se izvori anksioznosti.

Može se pojaviti izolirano ili u komorbiditetu s tjelesnim bolestima, poremećajima raspoloženja, paničnim poremećajem. Javlja se u oko 4 % populacije (Rapee, 1991). Često postoji komorbiditet između anksioznih poremećaja, anksioznih poremećaja i depresije te između anksioznih poremećaja i deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja (Wenar, 2003). Pri tome jedna smetnja može biti čimbenik rizika za drugi ili mogu imati preklapajuće simptome.

Fobije

Fobija je iracionalan i vrlo intenzivan strah povezan s nekom situacijom ili objektom. Razlika između fobije i normalnog straha je u tome što je normalni strah adekvatna reakcija na prijetnju iz okoline i uvjetovani je odgovor na podražaj. Fobije podrazumijevaju strah većeg intenziteta od očekivanog s obzirom na određenu okolnost. Fobije se javljaju kod 2,4 % djece i kod 3,6 % adolescenata (Wenar, 2003). Većina fobija povuče se sama od sebe kod djece kroz tijekom dviju do triju godina. Postoji veliki broj strahova i fobija i pojedinci obično imaju višestruke specifične fobije.



Školska fobija

Bitno je razlikovati pravu školsku fobiju od anksioznog poremećaja zbog separacije koji se često očituje i odbijanjem odlaska u školu. Školska fobija odnosi se na iracionalan strah i prestravljenost koji je uzrokovan čimbenicima školske situacije. Takav strah prate anksioznost, panika i fiziološki simptomi. Dijete koje pati od školske fobije iskazuje poteškoće pri boravku u razredu ili u potpunosti odbija odlazak u školu. Poremećaj se često javlja kod izuzetno dobrih i odgovornih učenika koji sebi postavljaju vrlo visoke zahtjeve, naročito u situacijama javlja kada procijene da ne mogu zadovoljiti svoja očekivanja ili očekivanja roditelja te se javlja strah da će razočarati roditelje. Javlja se kod oko 1 % (0,4 do 1,5 %) djece u dobi od 5 do 17 godina (Wenar, 2003). Najčešća je i najizraženija kod četrnaestogodišnjaka kada prelaze u novu školu i mijenjaju okolinu. Češće se javlja kod djece koji su jedinci u obitelji, kod razmažene i pretjerano zaštićivane djece. Što se tiče spola, češće se javlja kod dječaka nego kod djevojčica. Ostavlja posljedice na školski uspjeh i socijalne odnose, a može imati i dalekosežnije posljedice.

Drugi oblik školske fobije posljedica je straha od separacije od roditelja (skrbnika). Ova djeca navode da ih je strah da će se majci (roditelju, bliskoj osobi) nešto dogoditi dok nisu uz nju. Uz ovakav strah javlja se i strah od ismijavanja i od neuspjeha u školi. Prosječna je dob početka za djecu s anksioznim poremećajem zbog separacije 9,4 godine (Wenar, 2003).

Marko je učenik drugog razreda osnovne škole. Vikend je proveo učeći, čitajući lektiru i družeći se s ukućanima. Spremao je knjige i pribor za sutrašnji dan u školi. Marko je tada postao pomalo nervozan. Ponovno je izvadio knjige iz prirode kako bi provjerio je li sve točno naučio. Knjige je ponovno spremio i otišao spavati. Međutim, nikako nije mogao zaspati. Stalno je razmišljao o tome kako sutra na testu neće ništa znati. Zamišljao je kako će mu se drugi učenici smijati. Odjednom ga je zabolio trbuh. Postajao je sve nervozniji i sve se više vrpolio u krevetu. Kada se ujutro ustao, na stolu ga je dočekalo omiljeno jelo za doručak. Marko se obradovao. Doručkovao je, no odjednom se sjetio ispita. Postalo mu je mučno. Majci je rekao kako se ne osjeća dobro te napravio tužan i molećiv izraz lica. Kako se bližilo vrijeme odlaska u školu, postajao je sve napetiji, molio je majku da ne ide u školu, počeo je plakati.

Socijalna fobija definira se kao iracionalni strah koji je povezan s prisutnošću drugih ljudi što može prerasti u onesposobljavajuće stanje (Davison i Neale, 1996). Karakterizira ju strah od nepoznatih socijalnih situacija, plahost i ograničeni socijalni odnosi. Česta je kod djece i javlja se unatoč tome što je dijete sposobno za socijalne odnose s poznatim ljudima. Izražava se i u obliku straha od socijalnog izlaganja pri čemu bi pojedinac mogao doživjeti neugodu, na primjer u situaciji javnog nastupa (npr. usmeno izlaganja pred razredom). U adolescenciji veliku važnost imaju interakcije s drugima pa se takva fobija tada i pojavljuje u većoj mjeri. Uznemirava ih misao da ih drugi promatraju i da bi ih mogli poniziti i uvrijediti. Javlja se s podjednakom učestalošću kod obaju spolova, a prevalencija je s obzirom na cijelo životno razdoblje 2 % (Davison i Neale, 1996).

Panični poremećaj i kako ga prepoznati

Panični poremećaj odnosi se na napade paničnog straha koji spontano nastaju, ali nisu uvjetovani životno opasnim situacijama ni drugim psihijatrijskim i/ili somatskim poremećajima. Najčešće se javlja u adolescenciji i u kasnim 30-im godinama. Potrebno je razlikovati panični poremećaj od paničnog napada. Panični napad nije zaseban psihički poremećaj. Manifestira se naglo u obliku intenzivnog straha ili nelagode koji se može pojaviti u smirenom ili anksioznom stanju i koji doseže vrhunac unutar nekoliko minuta praćen somatskim i kognitivnim simptomima (DSM – 5, 2014). Može se javiti kod bilo kojeg anksioznog poremećaja, ali i drugih psihičkih poremećaja, poput depresivnog poremećaja, posttraumatskog stresnog poremećaja. Obično se javlja u situacijama koje su povezane s glavnim uzrokom traume i/ili straha (npr. osoba s fobijom od kukaca može se uspaničiti kada ugleda žohara). Prevalencija je napada panike kod adolescenata preko 60 % (King, Gullone, Tonge i Ollendick, 1993).

Kod paničnog poremećaja prisutnost paničnog napada jedan je od dijagnostičkih kriterija. Glavni je simptom paničnog poremećaja nepredvidiva i ponavljajuća panika koja nije ograničena na neku posebnu situaciju. Na javnom mjestu javlja se strah od napadaja praćen tjelesnim promjenama. Zbog opažanja tjelesnih simptoma (npr. lupanje srca i ubrzanog disanja) osoba pretpostavlja da će se dogoditi nešto loše te se pokreće reakcija u obliku panike. Počinje naglo kao intenzivni strah, osjećaj užasa i nadolazeće propasti. Javlja se lupanje srca, znojenje, drhtavica, vrtoglavica, nesvjestica i gubitak kontrole. Panični poremećaj uključuje više od jednog neočekivanog paničnog napada za koji ne postoji očit poticaj i javlja se iz čistog mira. Kod učestalosti javljanja od četiri puta tjedno govorimo o najtežem obliku paničnog poremećaja, kod srednjeg oblika učestalost je najmanje četiri puta mjesečno, a lakši je oblik kada su napadaji rjeđi. Osobe s paničnim poremećajem zabrinute su i očekuju sljedeći napad te izbjegavaju situacije ili mjesta u kojima su ranije imale panični napad. Panični poremećaj dvaput je češći kod žena i češći je kod djevojčica (Wenar, 2003). Učestalost je oko 0,7 % kod muškaraca, a nešto više od 1 % kod žena (Davison i Neale, 1996).



Katica je devetogodišnja djevojčica. Vrlo je uspješna u školi i bavi se različitim aktivnostima. Međutim, nedavno se dogodila velika promjena u njezinom ponašanju. Odjednom se počela gušiti, tresti i nije mogla udahnuti. Roditelji su ju hitno odvezli liječniku koji ju je pregledao i rekao da je sve u redu. Katica je sutradan otišla u školu gdje se ponovila ista situacija. Roditelji su ju ponovno odvezli liječniku koji je ustanovio da je sve u redu. Kada su ju pitali što se dogodilo, rekla je da ju je počelo gušiti, da nije mogla disati i da joj se jako vrtjelo. Kaže kako se boji da će prestati disati i da će umrijeti ili onesvijestiti se i pasti. Kod kuće od roditelja zahtijeva da ostavljaju otvoren prozor po noći jer se boji da će se ugušiti.

Anksiozni poremećaj zbog separacije i kako ga prepoznati

Anksiozni poremećaj zbog separacije specifičan je za dječju dob i pojavljuje se kod 4 % djece i adolescenata. Obilježava ga pretjerana zabrinutost zbog separacije od bliske osobe. Zabrinutost je razvojno neprimjerena i pretjerana te je vezana uz separaciju od kuće ili bliskih osoba. Najčešće se očituje u odbijanju odlaska u školu, strahu da će se roditeljima nešto dogoditi, noćnim morama, trajnom strahu da će ostati sami zbog iznenadnog događaja i slično. Simptomi se manifestiraju različito s obzirom na dob. Kod mlađe djece uobičajeno je odbijanje odlaska u školu, što je posebno izraženo početkom školovanja. Ta su djeca zabrinuta za bliske osobe, najčešće roditelje, strahuju da će im se nešto dogoditi (na primjer da će se roditelji ozlijediti ili nastradati). Roditelji, odnosno bliske osobe, prate u korak, vješaju se po njima, ne ispuštaju ih iz vida, imaju izljeve bijesa, plaču, protive se svakom odvajanju, inzistiraju da spavaju u istom krevetu (Wenar, 2003). U tom su razdoblju često prisutne i noćne more sa sadržajima separacije (Vulić-Prtorić, 2001). U dobi od 9 do 12 godina iskazuju snažnu uznemirenost u situacijama separacije, dok je kod adolescenata najčešće uočljivo odbijanje odlaska u školu i tjelesni simptomi (npr. glavobolje, trbobo, povišena tjelesna temperatura i sl.). U situacijama prije moguće separacije javljaju se somatski simptomi i uznemirenost ako trebaju provesti dulje vremena odvojeni od bliskih osoba.



Matea J., 6. r.

Marija je djevojčica koja pohađa prvi razred osnovne škole. Određene poteškoće primijećene su prije polaska u školu. Na testiranju za upis u prvi razred djevojčica nije htjela ostati sama bez majke u prostoriji s psihologinjom, pedagoginjom škole i drugim vršnjacima. Djevojčici je rečeno da će majka cijelo vrijeme sjediti ispred prostorije, no djevojčica se čvrsto uhvatila rukama za majku i počela se „penjati“ po njoj, plakati, sakrivati glavu iza majke. Pedagoginja je s djevojčicom razgovarala i uvela ju zajedno s majkom u prostoriju. Ostali vršnjaci pozivali su ju da sjedne s njima. Nije odgovarala i čvrsto se držala za majku. Nakon dužeg razgovora s djevojčicom i majkom te nakon što joj je objašnjeno što će se raditi i da će majka biti ispred vrata, djevojčica je ostala u prostoriji nakon što je majka izašla. Djevojčica je cijelo vrijeme gledala u vrata te pažnju nije pridavala slušanju uputa ni radu. Nakon nekoliko minuta djevojčica je istrčala iz prostorije. Kada je počela školska godina, Marija je odbijala odlazak u školu i nije mogla ostati u školi sama, ići u školu ni samostalno ostati u školi. Prije polaska u školu imala bi izljeve bijesa uz plač, konstantno bi imala somatske tegobe u obliku bolova u želudcu, glavobolje, grlobolje i slično. Što god su roditelji pokušavali učiniti, nije rezultiralo uspjehom. Tada je dogovoreno kako će majka boraviti u školi s djevojčicom. Nakon određenog vremena roditelji i djelatnici škole na različite su načine pokušavali da djevojčica boravi samostalno na nastavi te su se u djevojčice ponovno pojavile visoke razine anksioznosti. Uz sav trud došlo je do toga da majka sjedi na hodniku ispred učionice te da djevojčica povremeno provjerava je li majka prisutna. Djevojčica navodi kako se boji da će se majci nešto dogoditi dok je ona u školi te ni nakon četiri mjeseca nije u mogućnosti samostalno boraviti u školi.

Socijalna povučenost i kako ju prepoznati

Socijalno povučena djeca ona su djeca koja su iznimno sramežljiva, povučena, tiha, izbjegavaju kontakte s vršnjacima i nepoznatim osobama bez obzira na dob. Uglavnom se druže i igraju s članovima obitelji ili dobro poznatim vršnjacima (Davison i Neale, 1996). Situacije koje izazivaju povlačenje i anksioznost kod takve djecu najčešće su izvođenje različitih aktivnosti pred drugima, poput čitanja naglas pred razrednim odjelom, pisanja po ploči, zajedničke igre. U takvim situacijama koriste se negativnim strategijama suočavanja poput plakanja, izbjegavanja, tjelesnih tegoba, zamuckivanja (Wenar, 2003). Takva iskustva imaju negativne posljedice na samopoštovanje djece i njihova postignuća. Socijalna povučenost obično se objašnjava nedostatkom socijalnih vještina te istraživanja pokazuju kako su takva djeca prije javljanja problema najveći dio vremena provodila s odraslima unutar kuće. Pojedina djeca iskazuju krajnju stidljivost te u novim socijalnim okolnostima odbijaju izgovoriti baš i jednu riječ što se opisuje kao selektivni mutizam (Davison i Neale, 1996). Kada se nađu u situaciji u kojoj je prisutan veliki broj ljudi, obično se priviju uz roditelje, šapću im, skrivaju se od drugih. Međutim, kod kuće roditeljima postavljaju mnogo pitanja o različitim situacijama koje ih brinu.

Petra je učenica drugog razreda. Iznimno je sramežljiva i povučena. U školi govore da je „dobri duh razreda“. Kada ju roditelj dovede u školu, Petra se sakriva iza njega. Pod odmorima je vrlo bojažljiva i povlači se u kut ili na svoje mjesto. Sjedi sa strane i promatra vršnjake, no ne druži se s njima. Kada joj učitelj priđe i nešto govori, gleda u pod. U posljednje vrijeme počela joj je prilaziti jedna djevojčica i razgovarati s njom. Petra je samo šutjela, no djevojčica joj se i dalje obraćala nakon čega je Petra počela razgovarati s njom i nakon nekog vremena i igrati se.

Petar je desetogodišnji dječak. Roditelji i učitelji primijetili su neobične radnje koje radi. Razgovarali su s njim te im je Petar rekao kako ga nešto tjera ili da ponavlja određene radnje ili da neke izbjegava. Prisile koje su prisutne kod njega su, primjerice: kada otvara vrata, prvo tri puta mora dotaknuti kvaku, kod kuće traži istu hranu za doručak, pod svakim odmorom u školi odlazi oprati ruke, piše samo olovkama koje su plave boje.

Opsesivno-kompulzivni poremećaj i kako ga prepoznati

Opsesivno-kompulzivni poremećaj anksiozni je poremećaj obilježen prisilnim mislima i radnjama, opsesijama/nametajućim idejama i kompulzijama/porivima (Wenar, 2003). Opsesije su prisilne, ponavljajuće i nametajuće misli i osjećaji, a kompulzije su svjesna ponavljajuća nametnuta ponašanja i radnje. Opsesije i kompulzije javljaju se istovremeno ili odvojeno i dolaze iz izvora nad kojim dijete nema kontrolu, ne može im se oduprijeti i obično ih prepoznaje kao neracionalne. Može se javiti kao pretjerano izraženo normalno ritualno ponašanje, poput pranja ruku, neprestano provjeravanje jesu li vrata zaključana, opetovano brojenje, dodirivanje predmeta određeni broj puta i slično. Za dijagnosticiranje opsesivno-kompulzivnog ponašanja nužni su određeni kriteriji: a) prisutnost opsesija, kompulzija ili obojeg; b) opsesije ili kompulzije troše mnogo vremena (dnevno troše i po nekoliko sati na svoje rituale) ili uzrokuju klinički značajnu patnju ili oštećenje u važnim područjima funkcioniranja (DSM – 5, 2014). Većina osoba s opsesivno-kompulzivnim poremećajem ima i opsesije i kompulzije. Izbjegavanje situacija koje dijete doživljava prijeteće i u kojima osjeća veliku nelagodu može uvelike ograničavati svakodnevno funkcioniranje djeteta. Različite opsesije (primjerice o simetriji) mogu dovesti do potencijalnog neuspjeha u školi pri čemu učenik ne stiže završiti zadatak jer nikad nije potpuno dobro riješen ili napisan. Djeca s ovim poremećajem obično imaju iznadprosječne intelektualne sposobnosti, stroga moralna načela no i snažne osjećaje krivnje (Wenar, 2003). S obzirom na dob kod predškolske djece primjećuju se rituali vezani za uspavlivanje, u školskoj dobi opsesije i kompulzije koje se odnose na školu kao što su ponavljanje određenih riječi, brojenje u sebi, skakutanje i izbjegavanje pukotina na pločniku. Kod adolescenata s opsesivno-kompulzivnim poremećajem može doći do problema u socijalnim odnosima jer mogu izbjegavati druženje s vršnjacima. U toj dobi javljaju se rituali čišćenja, pranja, zatim strah od trovanja ili razmišljanja o ozljeđivanju. S odrastanjem djeca uče skrivati svoje opsesije i rituale budući da se boje stigmatizacije i sramote.

Taj se poremećaj javlja u 1 % do 3 % populacije (Davison i Neale, 1996). Javlja se češće kod dječaka nego u djevojčica u omjeru 2 : 1 do 3 : 1 (Wenar, 2003). Oblik poremećaja koji se javlja u dječjoj dobi gotovo je identičan onom u odrasloj dobi. Uobičajena je dob javljanja između 9 i 16 godina.

Posttraumatski stresni poremećaj i kako ga prepoznati

Nakon iznimno stresnog iskustva poput prijetnje životu, prirodnih katastrofa ili nasilnih događaja javlja se posttraumatski stresni poremećaj (Wenar, 2003). Oko 50 % ljudi doživi bar jedno traumatsko iskustvo koje može uzrokovati takav poremećaj. Dijagnostički kriteriji razlikuju se s obzirom na to odnose li se na odrasle osobe, adolescente i djecu stariju od šest godina od onih za šestogodišnjake i mlađu djecu (DSM – 5, 2014). Kriteriji za djecu stariju od 6 godina uključuju: a) izloženost stvarnoj ili prijetjećoj smrti, ozbiljnoj povredi ili seksualnom nasilju ili svjedočenje istome; b) prisutnost jednog ili više simptoma nametanja povezanih s traumatskim događajem/događajima koji su počeli nakon traumatskog(ih) događaja (npr. noćne more, namatajuće misli, „flashbackovi“, neprestano oponašanje traumatskog događaja kroz igru i sl.); c) prisutnost jednog ili više simptoma koji predstavljaju uporno izbjegavanje podražaja povezanih s traumatskim događajem/događajima ili negativne promjene mišljenja i raspoloženja povezanih s traumatskim događajem/događajima, a koji su se pojavili ili pogoršali nakon traumatskog(ih) događaja; d) prisutnost dva ili više simptoma koji se očituju u negativnim promjenama raspoloženja i negativnim mislima, a koji su počeli ili se pogoršali nakon traumatskog(ih) događaja (npr. pojava disocijativne amnezije, razvoj negativne slike o sebi i osjećaja otuđenosti, javljanje negativnih emocija vezanih uz traumu kao što su strah, krivnja, ljutnja, sram i sl.); e) dvije ili više promjene vezane uz pobuđenost i reaktivnost povezane s traumatskim događajem/događajima koje su započele ili su se pogoršale nakon što se dogodio traumatski događaj/događaji (npr. problemi sa spavanjem, koncentracijom, pojava iritabilnog i/ili agresivnog ponašanja i sl.) ; f) smetnje traju dulje od mjesec dana; g) značajno opadanje funkcionalnosti osobe (npr. socijalne i školske).

Uključuje povećanu anksioznost, izbjegavanje podražaja vezanih uz traumu i otupljivanje emocionalnih reakcija (Davison i Neale, 1996). Glavne su skupine simptoma ponovno doživljavanje traumatskog događaja, izbjegavanje podražaja povezanih s događajem i pojačana pobuđenost (Davison i Neale, 1996). Simptomi iz svake skupine trebaju trajati dulje od mjesec dana kako bi se postavila dijagnoza posttraumatskog stresnog poremećaja. Događaj koji je traumatski za dvogodišnjaka ne mora biti i za jedanaestogodišnjaka. Najviše teškoća u prorađivanju traumatskog događaja imaju mlađa djeca jer imaju manje razvijenih vještina svladavanja problema. Predškolska djeca često igraju igre vezane uz traumatski događaj (npr. igraju se rata ili smišljaju na koji bi im sve način roditelji mogli poginuti) i na takav način ponovno proživljavaju događaj te pri tome pokazuju poremećen osjećaj za vrijeme (Bernstein i Borchardt, 1991). Simptomi koji se javljaju kod djece nakon izlaganja traumatskom događaju ovise o dobi, pa se tako mlađa djeca mogu vraćati na ranije stupnjeve funkcioniranja (na primjer sisanje palca, razvojni strahovi, problemi s hranjenjem, nemogućnost kontrole sfinktera). Kod djece školske dobi glavni su simptomi strahovi i anksioznost, no česte su i glavobolje, nepažnja, sva-

đe ili povlačenje od vršnjaka, noćne more, mokrenje u krevet. Adolescenti mogu razviti različite tjelesne smetnje, patiti od nesanice i gubitka apetita, postati povučeni i imati poteškoće u školi.

Ivan je dječak u dobi
od devet godina i pohađa treći razred
osnovne škole. Doživio je iznimno stresan događaj prije
godinu dana. Njegov otac počinio je suicid, a dječak ga je prona-
šao i vidio mrtvog. U obitelji se nije razgovaralo o tom događaju. Učenik
bi, kada bi se u školi zadali zadatci koji su uključivali obitelj, rekao kako je njegov
tata mrtav i da on ne može napraviti zadano. Učenik je prije događaja u školi bio
vrlo pristojan i marljiv. Nakon određenog vremena poslije očeve smrti kod dječaka se
primjećuje izrazita nepažnja na nastavi, često dolazi u sukobe s vršnjacima, svađa se s
učiteljicom. Često navodi da ga nešto boli. Pod satom izlazi bez dopuštenja iz razreda i
ne želi se vratiti na nastavu. Majka navodi kako dječak mokri u krevet i da je i kod kuće
vrlo anksiozan. Povremeno u školi ponašanjem oponaša način očeve smrti. Pod na-
stavom veže različite predmete oko vrata, na primjer šal, i pravi se mrtav te
pokazuje očevu smrt vješanjem. Kada se aktivnosti u školi odnose na
obitelj u smislu da uključuju ulogu oca, učenik odbija sudjelovati i navodi: „Ne mogu ja to raditi jer nemam
tatu.“

Kako pomoći učeniku s nekim od anksioznih poremećaja

Kod djece s anksioznim poremećajima potrebno je raditi na opuštanju jer se oni često nalaze u situaciji stresa (koja inače nije stresna za djecu bez poremećaja), napeti su i mogu djelovati „zaleđeno“ (kao da se u određenom trenutku jednostavno ne mogu pokrenuti). U tu svrhu pomoćnik u nastavi u suradnji s djetetovim psihologom/psihoterapeutom i stručnom službom škole može pomoći učeniku da neku od tehnika relaksacije, koju je učenik naučio primjenjivati tijekom terapije, primijeni i u školi (npr. kada dobije napad panike ili se nađe u izrazitoj stresnoj situaciji kao što je javni nastup). Jedna je od osnovnih metoda relaksacije duboko disanje i pomoćnik u nastavi može pomoći učeniku da tu tehniku, koju je učenik prethodno svladao na terapiji, primijeni u razredu u



situacijama napada panike, visoke anksioznosti i sl. Pomoćnik može pomoći anksioznom učeniku dajući mu usmene upute te može pratiti i korigirati ponašanje učenika (npr. „Pričekaj dok zrak napuni trbuh pa onda prijedi na prsni koš.” i sl.) i ako treba, fizički pomoći učeniku (npr. pravilno ga posjesti na stolac prije izvođenja vježbe ili provjeriti jesu li mu ruke i noge opušteno i sl.). Cilj je navedene tehnike opuštanja da učenik samostalno u trajanju od nekoliko minuta uspije izvesti vježbu kada osjeti da mu anksioznost raste i tako spriječi javljanje nadolazećeg napada panike ili velike anksioznosti koja ga onemogućava npr. da izvede javni nastup. Bitno je da je učenik prethodno dobro uvježbao metodu sa svojim psihologom/psihoterapeutom te je pomoćnik u nastavi dobio konkretne i jasne upute kako da pomogne učeniku primjenjivati ju u razredu. Prikladnija je za učenike starije školske dobi koji imaju više strpljenja i koncentracije. Za učenike mlađe školske dobi (premda se njome mogu koristiti i stariji učenici i adolescenti) dobro je koristiti se tehnikom vizualizacije. Ta se tehnika može provoditi i s cijelim razredom. Inače se često provodi u razrednim radionicama za rješavanje uobičajenih strahova u djetinjstvu. Zamolite učenike da se udobno smjeste i zaklope oči. Također se može pustiti u pozadini lagana glazba, šum mora i vjetra i sl., ali samo ako to ne ometa učenike da izvrše Vaše upute. Uputa je sljedeća: *zamislite ono čega se bojite (što vam pričinjava neugodu ili izaziva strah) kao veliku santu leda. Ta santa leda pluta po moru. Sunce je iznad nje jako i ona se polako topi. Sve je manja i manja. Polako nestaje, stapa se s morem. Ako je djeci teško to zamisliti, možete vizualizaciju raditi s bojama: zamislite da je vaš strah određene boje. Gledajte u tu boju. U mislima je promijenite u drugu boju (koja je manje strašna), pa u sljedeću boju koja nije strašna. Sada ga promijenite u boju koju volite, koja je vama ugodna. Osjetite kako strah nestaje, nema ga više.* Kod mlađe djece, koja nemaju razvijeno apstraktno mišljenje i teško im je zamišljati stvari, ta se tehnika može provoditi crtanjem. Zadate djetetu da nacrtaj svoj strah i brigu. Kada je dijete gotovo, date mu uputu da sada prekriži i išara taj svoj strah. Zatim dijete treba crtež zgužvati i može još nekoliko puta stati i/ili skočiti na njega. Na kraju crtež baca u koš, a Vi zajedno s njim komentirate kako ste se uspjeli riješiti straha/brige, odnosno kako je strah nestao. Ako na dječjem crtežu primijetite štogod sumnjivo (npr. osobu koja tuče drugu osobu), neubijčajeno (npr. izrazito nasilno čudovište) i sl., obvezatno uputite dijete školskom psihologu i razgovarajte s roditeljima.

Savjeti za rad u razredu

- 😊 Za anksiozne je učenike vrlo bitno da se sami ne percipiraju kao bolesne osobe. Učenik se ne bi trebao osjećati čudno, drugačije, nenormalno jer će se početi ponašati u skladu s tim. Pri tome je vrlo bitno naučiti učenika da pravilno interpretira fiziološke promjene koje nastaju zbog izražene anksioznosti kao i da ih nauči kontrolirati. Korisno je učeniku **objasniti** što znači ubrzano lupanje srca, plitko disanje, znojenje, drhtavica, jer neki misle da je to znak bolesti i da su to nenormalna stanja na koja nemaju utjecaja pa postaju još anksiozniji. Kako se to ne bi dogodilo, bitno je naglasiti da se svi povremeno osjećaju napeto, tjeskobno, uplašeno, ali da je to sasvim u redu i da se trebamo potruditi kako bismo se osjećali bolje. Uplašnost

i tjeskoba kod ovih učenika se najčešće javlja jer imaju osjećaj da ne mogu kontrolirati situaciju. Pomoćnik u nastavi treba olakšati učeniku da uoči one elemente situacije koje može kontrolirati (npr. zadaću može napisati na vrijeme) što će posljedično dovesti do toga da se učenik osjeća sigurnije i opuštenije. Učenika treba podučavati samostalnom nadgledanju urađenog i učiti ga da samostalno popravi eventualne pogreške. Takav trud odrasla osoba treba pohvaliti i ohrabriti ga da to i ubuduće čini.

- 😊 Ako učenik doživljava izrazito visoku anksioznost, može se s učiteljem dogovoriti da tog učenika ne proziva (slučajno ga otvori ili prozove) bez prethodne najave bar nekoliko dana da se učenik stigne **pripremiti za ispit**. Također, učenik treba znati što smije, a što ne smije. Za njega je vrlo bitna predvidljivost određene situacije (daje mu osjećaj sigurnosti), stoga mu treba detaljno objasniti što ga čeka, što odrasli od njega očekuju, te kako to može postići.
- 😊 Kada se nađu u neugodnoj i prijetećoj situaciji, anksiozni ju učenici percipiraju kao bezizlaznu. Bitno je pomoći učeniku da uvidi kako uvijek postoji mogućnost izbora. Svaka se situacija može riješiti, potrebno je samo uporno pokušavati, a trenutačni izbor rješenja učenika samo je jedan od nekoliko mogućih. Kako bi učenik to uvidio, može zajednički s pomoćnikom u nastavi **napraviti listu mogućih izbora** za potencijalno prijeteće i neugodne situacije, te kada se nađe u jednoj u od njih poslužiti se listom kako bi došao do pozitivnog ishoda (npr. bojim se da će me prijatelji ismijavati ako se uključim u igru. Koja su mi rješenja dostupna: a) neću se uključiti u igru (što dijete najčešće radi), b) ispričat ću nešto smiješno (zapisati konkretnu šalu koju će reći) prije uključivanja u igru pa će se svi smijati šali, a ne meni, c) nasmijat ću se na vlastiti račun ako se to dogodi jer sve to svima povremeno događa, itd...). Na taj će način učenik steći određena znanja i vještine koje će mu pomoći da se uspješno suoči s budućim neugodnim situacijama. Važno je poticati učenika da sam rješava probleme, a ako „zapne”, pomoćnik u nastavi uvijek je tu da mu pomogne zajednički smisliti neko drugo rješenje.
- 😊 Anksioznog učenika treba **podučavati pozitivnom razmišljanju** budući da učenici s nekim oblikom anksioznog poremećaja često razmišljaju o negativnim ishodima, primjerice javlja se strah za vrijeme pisanja ispita.
- 😊 Kod učenika koji se boje usmenog ispitivanja bilo bi korisno **uvježbavati situacije usmenog odgovaranja** i takav način ispitivanja. Prije samog početka ispita možete pažnju učenika zaokupiti razgovorom o drugim temama kako bi se učenik opustio i ne bi slušao razgovore o ispitu koji bi ga dodatno uznemirili. Također je poželjno ohrabrivati ga. U komunikaciji s učenikom izbjegavajte pretjerane emocionalne reakcije poput zabrinutosti, ljutnje, tuge i slično.

😬 Što se tiče školskog rada, potrebno je da pomoćnik u nastavi učenika podučava važnosti **dobre pripreme za ispit** budući da je to najbolji način za smanjenje anksioznosti. Takva priprema uključuje redovito učenje. Učenika treba motivirati da se priprema dovoljno unaprijed. Možete kontinuirano pratiti i zajedno s učenikom bilježiti napredak pripreme i učenja za određeno ispitivanje (npr. preispitati dijelove gradiva koje je naučio, napraviti bilješke koje je gradivo svladao u potpunosti, a na kojem još treba raditi). Naglašavajte kako ispitivanja služe praćenju napretka u znanju. Na takav način motivirat ćete ga da svaki dan ponovi gradivo. To je pogotovo bitno za predmete u kojima učenik iskazuje poteškoće u svladavanju gradiva. Učenika treba podučiti da ako pri učenju ne razumije gradivo, i treba zapisati pitanja koja će drugi dan pitati učitelja. Učenika treba poticati da sam priredi sav potreban pribor za rad prije ispita. Podučite ga da prvo pročita uputu i pregleda koliko ima zadataka. Pri ispitu smijete pomoći učeniku oko pojašnjavanja pitanja ako se ukaže potreba. Upozorite ga da pitanja pročita do kraja. Također mu treba pojasniti kako ima dovoljno vremena za rješavanje i da ne treba žuriti. No cilj je da s vremenom osamostalite učenika za samostalno rješavanje zadataka na ispitu.

😬 Ako je učeniku potrebno duže vrijeme za rješavanje, tada s učiteljem **dogovorite način rada**, posebice ako vrijeme nije bitno za ono što se ispituje. Podučite učenika da prvo odgovori na lakša pitanja. Podučite ga da po završetku pisanja ispita još jednom provjeri odgovore. Iznimno je važno da učenik nakon ispita ili odgovaranja zna postignuti rezultat i u čemu je pogriješio. Ovdje pomoćnik u nastavi može detaljnije učeniku pojasniti što se tražilo i koji je točan odgovor. Nakon povratne informacije i dobivene ocjene saslušajte učenika kako se osjeća i što misli o postignutom rezultatu. Razgovarajte s njim i naglasak stavljajte na točno riješene zadatke ili na broj postignutih bodova na ispitu. Također pohvalite napredak koji postiže i u znanju i u napredovanju u svladavanju straha.

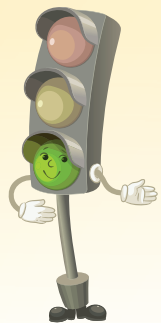
😬 Za anksiozne, ali i za socijalno povučene učenike, treba se koristiti **tehnika postupnog izlaganja** učenika različitim situacijama. Možete učenika prvo promatrati neko vrijeme kako biste vidjeli način ophođenja s drugim učenicima i situacije koje su mu izrazito teške i koje izbjegava. Napravite s njim rang-ljestvicu od njemu najstrašnijih situacija (npr. izlaganje seminarskog rada pred cijelim razredom) za koje tvrdi da se nikako s njima ne može nositi, do onih njemu manje strašnih za koje tvrdi da bi se u određenim uvjetima mogao nositi s njima (npr. pročitati naglas, sa svog mjesta, tekst koji je trebao uvježbati za domaću zadaću). U dogovoru s uči-

teljem i roditeljima postupno ga izlažite napisanim situacijama. Krenite od njemu najmanje strašnih situacija. Bilježite njegov uspjeh. Neka i on sam zabilježi kako se uspješno nosio u određenoj situaciji (npr. na termometru označi strah prije nego što je došao u situaciju i na kraju kada je uspješno obavio, ili neka oboji smajlice različitih emocija na početku i kraju situacije). Kad je učenik u potpunosti svladao jednu situaciju, prelazite na sljedeću s njegove rang-ljestvice, postupno sve dok ne dođete do situacije s kojom se nije mogao suočiti i nositi. Kako je većina navedenih situacija vezana i uz socijalne odnose (npr. strah od ismijavanja i odbacivanja od strane vršnjaka), potrebno je učenika podučavati socijalnim vještinama i uključivati ga u interakcije s drugima. U tu svrhu, za početak, možete s njim vježbati igranje uloga s konkretnim primjerima. Učenik Vam treba opisati konkretnu potencijalnu neugodnu situaciju, a Vi ćete mu pomoći da igranjem različitih uloga mijenja ishod iz neugodnog u pozitivni, smiješni i ugodni. S učiteljem možete dogovoriti da mu se, kada ga uključujete u aktivnosti u razredu, zada neki mirniji zadatak ili manje važan zadatak kako učenik ne bi bio u strahu od procjene drugih. Učenika treba poticati da se slobodno izrazi kada to želi i poticati ga na iskazivanje svojega mišljenja. Učenika ohrabrujte da iskazuje osjećaje na izravan način te ga podučavajte poželjnim načinima komuniciranja.

😬 Česta je situacija da anksiozne osobe nemaju realna očekivanja od vanjskog svijeta. Zato stalno doživljavaju razočarenje i samo potvrđuju svoj stav o ljudima i svijetu kao neugodnom i prijetećem mjestu koje treba izbjegavati. Kako biste to izbjegli, dobro je **razgovarati s učenikom** i dati mu do znanja da nitko nije savršen, da ne moramo uvijek biti u svemu uspješni, da nas ne moraju svi voljeti i cijeniti te da neće uvijek u životu svi biti ljubazni prema nama. Ali bitno je zapamtiti da mi nismo za to krivi, niti da se zbog toga trebamo loše osjećati. Možemo navesti i neke općepoznate primjere iz prošlosti koji su bili izrazito dobri ljudi, ali nisu bili tada prepoznati kao takvi (npr. neki svetci, misionari, znanstvenici i sl.) iako ih danas izrazito cijenimo zbog toga.

😬 U komunikaciji s roditeljima možete dogovarati i podučavati roditelje da ne potkrepljuju infantilna ponašanja djeteta kod kuće. Kao pomoćnici u nastavi trebate učenika podučiti izbjegavanju situacija koje će pojačati strahove, a tomu podučavati i roditelje. Zajedno s roditeljima trebate nastojati biti potpora učeniku u nastojanju da se ono suoči sa situacijom, što će smanjiti strah.





Anksiozni učenici nisu realni u procjeni mogućnosti da stvarno dožive neugodnu situaciju, odnosno da ishod bude nepovoljan za njih. Vrlo će često precjenjivati vjerojatnost pojave takve situacije kao i negativnog ishoda. Stoga je dobro s njima raspraviti da uoče čega se, zapravo, boje (npr. boje li se izlaganja ili ismijavanja ako nešto krivo kažu za vrijeme izlaganja) i koliko je vjerojatno da se će to stvarno i dogoditi (npr. ako su stvarno dobro naučili gradivo).



ZA ONE KOJI ŽELE ZNATI VIŠE:

Cvitković, D. i Wagner Jakab, A. (2006). Ispitna anksioznost kod djece i mladih s teškoćama učenja. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 2, 113 – 126.

Vulić-Prtorić, A. (2006). Anksiozna osjetljivost: fenomenologija i teorije. *Suvremena psihologija*, 9, 171 – 193.

Lacković- Grgin, K. (2000). *Stres u djece i adolescenata*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Vulić-Prtorić, A. (2002). Strahovi u djetinjstvu i adolescenciji. *Suvremena psihologija*, 5, 271 – 293.

Vulić-Prtorić, A. (2008). Anksiozna osjetljivost i psihosomatski simptomi u djece i adolescenata. *Klinička psihologija*, 1, 7 – 26.

Jelena Soudil-Prokopec

4. Inteliktualne teškoće i specifične teškoće učenja

4.1. Inteliktualne teškoće

Tijekom povijesti definicije intelektualnih teškoća mijenjale su se. Također, mijenjali su se i nazivi kojima se imenovalo stanje sniženog intelektualnog funkcioniranja. U postojećim zakonima u Republici Hrvatskoj mogu se naći sintagme „mentalna retardacija” (NN 64/02) i „intelektualne teškoće” (NN 25/15). Za Luckassona i sur. (2002) intelektualne teškoće predstavljaju značajno ograničenje u intelektualnom funkcioniranju, uključujući i adaptivne vještine, odnosno snalaženje u različitim situacijama. Procjena intelektualnog funkcioniranja zahtjeva kliničku procjenu i individualno testiranje inteligencije koje provode psiholozi. Inteliktualne se teškoće manifestiraju u otežanom prosuđivanju, rješavanju problema, planiranju, apstraktnom mišljenju, odlučivanju, akademskom učenju, ali i učenju iz iskustva. Adaptivno se funkcioniranje odnosi na vještine i sposobnosti primjene ideja u specifičnim situacijama i rješavanje složenih situacija te socijalne i praktične vještine. Što se tiče konceptualnih (akademskih) vještina, one obuhvaćaju sposobnost pamćenja, čitanja, pisanja, matematičkog rezoniranja, stjecanja praktičnog znanja, rješavanja problema i odlučivanja u novim situacijama. Socijalne vještine uključuju, primjerice, svjesnost o osjećajima, mislima i iskustvima drugih ljudi, empatiju, vještine u međuljudskim odnosima. Praktične vještine uključuju učenje i samoupravljanje u životnom okruženju uključujući brigu o sebi, radnu odgovornost, upravljanje novcem i sl.

Kada se govori o stupnjevima intelektualnih teškoća i podršci koju djeca trebaju, razlikujemo nekoliko razina. Ovdje će se rabiti podjela stupnjeva intelektualnih teškoća prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i povreda, deseta revizija ICD-10 (WHO, 2008).

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO, 2008) postoje četiri razine intelektualnih teškoća:

1. **lake ili blage intelektualne teškoće:** osobe imaju IQ približno od 50 do 69. Tu se djecu može školovati u redovnom odgojno-obrazovnom okruženju uz prilagođene i/ili posebne obrazovne programe. Zamijećeno je da djeca sa zakašnjenjem stječu jezične vještine, no većina se njima služi u svakodnevnom životu. Do svojih kasnijih mladenačkih godina obično usvajaju akademske vještine do razine šestog razreda osnovne škole, a kada odrastu, sposobni su obavljati jednostavnije poslove i imati socijalne interakcije (Davison i Neale, 1996);



2. **umjerene intelektualne teškoće:** osobe postižu IQ između 35 i 49. U odgoju i obrazovanju ove djece naglasak je stavljen na vještine samostalnog života i brigu o sebi. Potrebna im je kontinuirana podrška u učenju i radu, a u pravilu se ne opismenjavaju u smislu da znaju čitati i pisati, već je dovoljna razina prepoznavanja slova i potpisivanja vlastitog imena što je zapravo vrlo često i jedina moguća razina. Djeca s umjerenim intelektualnim teškoćama najčešće se obrazuju po posebnim programima. Mogu se osposobiti za obavljanje jednostavno strukturiranih zadataka, no ne mogu se u potpunosti samostalno brinuti sami o sebi zbog čega su značajno ovisni o pomoći okoline;
3. **teške intelektualne teškoće:** osobe postižu IQ od 20 do 34, intelektualno funkcioniranje odgovara kronološkoj dobi od tri do šest godina. Toj je djeci potrebna kontinuirana podrška, često imaju pridružene teškoće poput epilepsije, oštećenja vida ili sluha itd. Kod njih se može lako zapaziti usporen i ograničen govorni i psihomotorni razvoj. U pedagoškom i rehabilitacijskom radu naglasak je stavljen na učenje osnovnih vještina brige o sebi. Potrebna im je stalna skrb i kontinuirana podrška. Takva djeca u pravilu ostaju kod kuće ili, eventualno, idu u posebne institucije odgoja i obrazovanja (tzv. centre za rehabilitaciju), gdje im se osigurava svakodnevna terapija i rehabilitacijski rad;
4. **duboke intelektualne teškoće:** osobe imaju IQ niži od 20 ili se IQ ne može utvrditi. Vrlo često imaju pridružene teškoće, primjerice teško su pokretni ili u potpunosti nepokretni. Uz to imaju značajna ograničenja u interakciji s okruženjem. Potrebna im je stalna pomoć i njega te su u pravilu vezani uz obitelj ili dom.

Prema pojedinim razvojnim područjima učenici s intelektualnim teškoćama imaju probleme u područjima spoznajnog razvoja, socijalno-emocionalnog razvoja, moralnog razvoja, motoričkog razvoja, govora, percepcije i pozornosti. Drugim riječima, intelektualne se teškoće odražavaju na svim životnim područjima.

Psihologija i rehabilitacija prepoznaje i uvjetnu, petu kategoriju intelektualnih teškoća, a to je tzv. **granična inteligencija** koja je često posljedica oštećenja mozga tijekom intrauterinog razvoja ili tijekom samoga poroda, ali se javlja i kao posljedica odgojne zapuštenosti. Takva djeca imaju IQ na graničnoj razini (IQ između 70 i 79), a uz podršku u organiziranju dnevnih obveza mogu uspješno svladati gradivo uz prilagođeni program, završiti srednju školu po prilagođenom programu i samostalno živjeti. Djeca koja imaju graničnu inteligenciju često su svjesni zaostajanja za vršnjacima što ih čini nesretnima. Takav doživljaj samoga sebe predstavlja čimbenik rizika zbog čega je bitno ohrabriti djecu i pomoći im da sagrađe kriterije procjene vlastite uspješnosti. S takvom se djecom to lako čini refleksijom (npr. nakon završenog zadatka pitati dijete: „Kako ti se čini? Što misliš?” ili „Pogledaj, sam/sama si prekontroliraj je li to točno.”) i razgovorom o konkretnom problemu („Što misliš, što ti je potrebno da to riješiš?”, „Možemo to zajedno pogledati, a ti ćeš mi reći što ti je tu najveći problem.”).

Govor djece s intelektualnim teškoćama karakteriziran je slabije razvijenim ekspresivnim govorom (onaj koji se odnosi na bogatstvo rječnika i izgovor) te slabijim receptivnim govorom (razumijevanje govora). Služeći se bogatim slikovnim i/ili konkretnim materijalom (npr. tekst popraćen jednostavnim slikama, konkretnim predmetima, slikopriče koje se mogu izraditi i na samom satu) te jednostavnim rječnikom, olakšat ćemo djetetu razumijevanje sadržaja i verbalno izražavanje.

Djetetu ćemo olakšati usvajanje sadržaja ako mu damo više vremena za razumijevanje informacija. Kako bismo pomogli djetetu da pohrani informacije u kratkoročnom pamćenju, trebamo pružati govornu uputu koja ga navodi, ali ne daje gotova rješenja, te poticati razmišljanje. U olakšavanju teškoća premještanja informacija iz kratkoročnog u dugoročno pamćenje koristimo se sljedećim strategijama upamćivanja:

- 🧐 **organizacija:** grupiranje informacija/pojmova u kategorije (npr. biljke, životinje, prijevozna sredstva) te otkrivanje „logike“, odnosno pravila u informacijama koje učenik treba zapamtiti. Učenike s intelektualnim teškoćama moguće je naučiti da grupiraju čestice gradiva koje pripadaju istoj kategoriji, koju dijete već poznaje (npr. divlje životinje – domaće životinje). Ako su te kategorije djetetu dobro poznate i konkretne, učenik će se njima koristiti kada treba ponoviti gradivo ili ga izložiti. Razvrstavanjem informacija u neke, za dijete logične i poznate skupine, omogućavamo lakše pamćenje i lakše ponavljanje gradiva;
- 😊 **učenje „korak po korak“:** od osnovnog i najvažnijeg k obogaćivanju sadržaja novim podacima;
- 🧐 **korištenje medijatora:** stvaranje nove veze ili asocijacije među dijelovima gradiva ili pojmovima, koja će pomoći učeniku da lakše upamti informacije. To može biti stih, sličica ili igra riječima koja će učenika uvijek podsjetiti na pojam ili pravilo kojim se mora u određenom trenutku koristiti. Djeca s intelektualnim teškoćama ne mogu sama stvoriti takvu asocijaciju pa je dobro da mu se u tome pruži podrška;
- 😊 **ponavljanje:** djeca s intelektualnim teškoćama, kao i djeca niže kronološke dobi, ne koriste se ponavljanjem kao strategijom upamćivanja. Ako je gradivo organizirano i raščlanjeno te ako se postupno usvajalo, dijete možemo naučiti kako da se koristi strategijom ponavljanja koristeći usput i medijatore ako se je njima u učenju koristilo. Želimo li pospješiti upamćivanje, moramo dijete naučiti kako da odabere strategiju ponavljanja, kada da se njome koristi i kako da ju usmjeri.

Teškoće održavanja pozornosti, koje se odnose na navikavanje, selektivnu pažnju i koncentraciju, posebno su izražene kod djece s intelektualnim teškoćama osnovnoškolske dobi:



1. **navikavanje** je proces tijekom kojega dijete obraća sve manje pažnje na pojedine, nevažne podražaje jer dolazi do zasićenja. Prosječno je dijete tada sposobno isključiti podražaj na koji se naviklo i usmjeriti pažnju samo na bitne informacije. Djetetu s intelektualnim teškoćama pozadinski zvukovi, vidni podražaji i sl. odvrćaju pozornost od važnih informacija. Stoga je nužno da djetetov radni prostor bude lišen suvišnih detalja te da dijete sjedi u prvoj klupi ili najbliže učitelju;
2. **selektivnost** je drugi aspekt pozornosti. Usmjeravanjem pozornosti na bitne aspekte/informacije učeniku ćemo znatno olakšati zapamćivanje. Usmjeravanje se učinkovito postiže doziranjem podražaja. Kada uspijemo pronaći način da djetetovu pažnju usmjerimo na bitnu informaciju, brzina će učenja rasti. To činimo verbalnim vođenjem, odnosno navođenjem pažnje na bitne elemente;
3. **koncentracija** je sposobnost usmjeravanja pozornosti na određeni zadatak tijekom dužega vremenskoga perioda. Neosporno je da će učenje biti brže i bolje što je učenik sposobniji koncentrirati se na zadatak. S obzirom na to da je pozornost djece s intelektualnim teškoćama rastresena i dijete se teško usmjerava na određeni zadatak, vježbanjem postupnog produljivanja koncentracije pomoći ćemo djetetu da se sve dulje i učinkovitije zadržava na zadatku. Kod djece s intelektualnim teškoćama sposobnost koncentracije može varirati od svega nekoliko minuta pa do (uglavnom) deset do petnaest minuta. Verbalnim uputama i usmjeravanjem na bitne aspekte sadržaja/zadatka možemo pomoći djetetu da prevlada teškoću, odnosno olakšamo mu proces zapamćivanja.

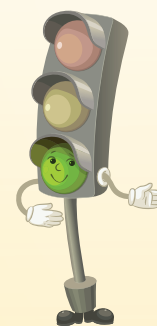
Danijela je učenica četvrtog razreda redovne škole. Ima umjerene intelektualne teškoće i školu pohađa po posebnom programu. Kaže da voli ići u školu, ali da joj smeta što joj se druga djeca u razredu smiju. Odnosi su s vršnjacima često narušeni kod djece s intelektualnim teškoćama upravo zbog nemogućnosti praćenja vršnjačke interakcije: fokus je djece s intelektualnim teškoćama vrlo uzak, mogu baratati samo s ograničenim brojem koncepata, vokabular je siromašan, a teme razgovora često su infantilne. To posebno postaje vidljivo u razdoblju predpuberteta i puberteta kada vršnjaci imaju sposobnost baratanja apstraktnim pojmovima, dok djeca s intelektualnim teškoćama nisu u mogućnosti odmaknuti se od situacijskog konteksta. Ako to čine, onda je to u svojstvu maštanja i fantazije, a ne rješavanja konkretnog problema.

4.2. Specifične teškoće učenja

Teškoće učenja neurološki su poremećaji koji utječu na jednu ili više temeljnih psiholoških procesa uključenih u razumijevanje ili uporabu govornog ili pismenog jezika (Hallahan i Kauffman, 1994). Procjenjuje se da oko 20 % djece s neuspjehom u školi ima neku od teškoća učenja. Dijagnostički priručnik DSM – 5 (APA, 2014) specifične teškoće učenja klasificira na teškoće čitanja (disleksiju) koja obuhvaća točnost, fluentnost i razumijevanje pročitano, zatim teškoće u pismenom izražavanju (disgrafiju) koja se odnosi na točno prepoznavanje slova, gramatiku i interpunkciju te jasnoću u organizaciji pismenog izražavanja, te teškoće u matematici (diskalkulija) koja uključuje osjećaj za brojeve, zapamćivanje aritmetičkih činjenica, točnost i fluentnost pri računanju te točno matematičko rezoniranje.

Poremećaji mogu varirati po težini, intenzitetu, kao i prisutnosti dodatnih simptoma. Učenici kod kojih je dijagnosticirana neka od teškoća učenja često su prosječne ili čak iznadprosječne inteligencije. Ono što ih prati tijekom obrazovanja nesrazmjer je između njihovih intelektualnih potencijala i akademskih postignuća, što u djetetu može razviti osjećaj frustracije, nisko samopoštovanje te dovesti i do odustajanja od rada i učenja, ne samo tijekom školovanja već i kroz čitav život. Teškoće se učenja ne mogu izliječiti, već se mogu ublažiti simptomima, za što je ključna potpora i razumijevanje okoline.

DISLEKSIJA je termin kojim se označavaju teškoće čitanja. Smetnje u čitanju znatno utječu na postignuće u školi ili svakodnevne aktivnosti u kojima se zahtijeva vještina čitanja. U osoba s poremećajem čitanja glasno čitanje karakterizirano je iskrivljavanjem, zamjenama ili ispuštanjima glasova, sporošću i pogreškama u razumijevanju. Za djecu s disleksijom čitanje postaje mučna, teško svladiva, a ponekad i nepremostiva teškoća zbog koje osjećaju neuspjeh i zamor. To polako prelazi u frustriranost školom i nezadovoljstvo sobom jer su drugačiji. Takav psihološki razvoj može rezultirati nepoznavanjem vlastitih potencijala što dovodi do odsustva samosvijesti, pojave agresije, sklonosti delinkvenciji ili ovisnostima zbog čega je vrlo važno na vrijeme prepoznati disleksiju. Suradnjom roditelja, učitelja i terapeuta simptomi disleksije mogu se ukloniti, ublažiti, oblikovati i pobijediti.



Djeca s disleksijom spora su i nesigurna u čitanju (posebice u glasnom čitanju), imaju probleme u razumijevanju pročitano, a time i u donošenju zaključaka, brzo zaboravljaju naučeno, imaju teškoće u brzom pisanju (hvatanju bilješki), ne mogu slušati i pisati u isto vrijeme, a uglavnom imaju problema i u učenju stranih jezika.

Bjelica i sur. (2005) razlikuju nekoliko vrsta disleksije:

1. disleksija u kojoj je prisutna nedovoljna formiranost usmenog govora: djeca mogu imati govorno-jezične smetnje u rasponu od manjih izgovornih teškoća, smetnji u točnom razlikovanju i raščlambi glasova, do slabosti razumijevanja odnosa među riječima u rečenici i nešto siromašnijeg rječnika. U manjeg broja djece postoje nepravilnosti u gramatici govora. Primjerice, dijete ne čuje ni prvi ni zadnji glas u izgovorenoj riječi, ne može riječi svrstati u skupine prema početnom ili završnom glasu riječi, teško može pronaći rimu ili naučiti neku pjesmicu, ne može raščlaniti riječ na glasove, zadržava neke pogreške u izgovoru tipične za djecu predškolske dobi (npr. *glaka* umjesto *dlaka*, *mekla* umjesto *metla*). Također, dulje se zadržavaju i neke gramatičke nepravilnosti (npr. *konjovi*, *mišovi*);
2. disleksija s osobitom ili nedovoljno formiranom vizualno-prostornom percepcijom i orijentacijom: kod ovog oblika disleksije usmeni govor može biti dobar, uz neke teškoće u memoriranju slijeda čija je osnova upravo osobitost percepcije prostora i vremena. Djeci s ovim tipom disleksije teško je snalaženje u vremensko prostornim sljedovima. Ne znaju što se dogodilo prije, a što poslije, što je u prostoru ispred, a što iza, teže usvajaju i verbaliziraju prostorne odnose lijevo – desno. Teško slijede dane u tjednu, mjesecu u godini ili godišnja doba. Naglašene su zamjene slova sličnog oblika, *dio* će postati *bio* ili će *drži* biti *brži*, odnositi postaje donositi, a *odseliti* postaje *doseliti*;
3. kombinirani oblik disleksije: ovaj oblik disleksije ima podjednako zastupljene elemente govorno jezičnih teškoća kao i osobitosti prostorne percepcije i orijentacije. Dijete može imati teškoća s određivanjem smjera pisanja slova ili s pravilnim čitanjem sličnih slova. Ono može određenu riječ vidjeti istovremeno u više različitih položaja, slova mu se mogu vrtjeti u više smjerova, redovi mogu „poskakivati“.

Petra D., 7. r.: „Kada neko dijete ili pak prijatelj iz tvog razreda ima poteškoća s učenjem, pomoći ćeš mu tako da mu pokažeš ili objasniš gradivo. Tako možeš i poboljšati neka prijateljstva.“



Savjeti za rad u razredu

U individualnom radu s djetetom koje ima disleksiju pomoćnik može činiti sljedeće:

- 😊 Podebljati dijelove teksta ili cijeli tekst uporabom fluorescentnih markera, no izbjegavati podcrtavanje teksta jer to može uzrokovati neželjeno vizualno spajanje riječi. Važan dio teksta može se uokviriti.
- 😊 Zadatak ili tekst organizirati u natuknicama ili pomoću numeričkog nabiranja u odvojenim redovima.
- 😊 Ne preporučuje se uporaba slika u pozadini jer to može tekst učiniti teško čitljivim.
- 😊 Poželjno je grupirati osnovne informacije.
- 😊 Želi li se objasniti neki postupak, lista uputa u natuknicama korisnija je od kontinuiranog teksta.
- 😊 Dati objašnjenje kratica i dijalektalnih riječi.
- 😊 Preporučuje se format bilježnice veći od A4.
- 😊 Ključne riječi, fraze i izrazi trebalo bi posebno objasniti, istaknuti i naglasiti, a pitanja za razumijevanje, provjeru ili ponavljanje gradiva trebaju biti kratka, jednostavna, nedvosmislena i izravna.

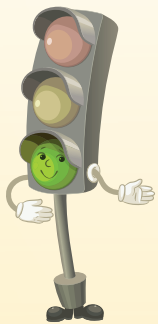
DISGRAFIJA je termin kojim se označava djetetova nemogućnost svladavanja vještine pisanja prema pravopisnim načelima određenoga jezika, a koja se manifestira u mnogobrojnim, trajnim i tipičnim grješcima. Teškoće, odnosno grješke, nisu povezane s neznanjem pravopisa i trajno su prisutne bez obzira na dovoljan stupanj intelektualnog i govornog razvoja, normalno stanje osjetila sluha i vida te redovno školovanje. Kada se detaljnije promatra rad djeteta koje ima disgrafiju, prvo što se može uočiti jest činjenica da se određene grješke stalno ponavljaju. Određene grješke u dječjem pisanom radu ne nastaju bez razloga. Svaki tip grješke ukazuje da je u djeteta nedovoljno formirana određena vještina. Također, to ukazuje da su se grješke ustalile zbog čega je potrebno sustavno i kontinuirano raditi na njihovoj korekciji.

Kao najčešće grješke koje se mogu naći Bjelica i sur. (2005) ističu:

1. grješke na razini slova i sloga: tomu pripadaju izostavljanja slova, premještanje slova te dodavanje suvišnih slova. Izostavljanje, premještanje i dodavanje tipične su grješke za djecu s nedovoljno formiranom vještinom glasovne analize. Te su grješke rezultat teškoća međusobnog razlikovanja glasova koji se slično izgovaraju i slično zvuče te nestabilnog povezivanja fonema (glasa) s grafemom (slovom). Posebno mjesto u ovoj kategoriji zauzimaju grješke perseveracije („zaglavljivanje“ na prijašnjem činu) i anticipacije („istrčavanje unaprijed“). To su pojave kada se potrebni glas zamjenjuje drugim glasom koji je bio u prijašnjem slogu ili riječi (perseveracija) ili

koji je prisutan u idućoj riječi (anticipacija), a moguće su i kombinacije. To su vrlo specifične grješke koje često nastaju zbog teškoća u misaonim procesima. Dijete ne može ispravno rasporediti redoslijed svojih radnji, u slučaju perseveracija dijete ne može odrediti koji je sljedeći potez i kako na njega prijeći. U ovome slučaju potrebno je biti u blizini djeteta i pomno s njim raščlaniti tekst koji se prepisuje ili ideju koja se želi opisati, i to na način da dijete prvo pojasni što želi napisati, tj. da verbalno iskaže rečenicu. Potom se pristupa pisanju, i to na način da se dijete vodi kroz tekst pitanjima, podsjećanjima na cjeline i sl. Čim se uoči pogreška, dijete se zaustavlja i vraća na početak rečenice te se zajedno s djetetom čita tekst i pronalazi rješenje problema. Lakše je ako se tekst korigira dio po dio, umjesto cijeloga, jer dijete tada može određeni problem vezati uz strukturu rečenice i tijek misli/ideja;

2. grješke na razini riječi: obuhvaćaju neispravno rastavljanje i sastavljanje riječi i remećenje njihovih granica. Često su prisutne u djece s nedovoljno razvijenim govorom ili s nešto nižom inteligencijom (koja je ipak u granicama normale). Ovdje je dovoljno prstom pratiti tekst i djetetu verbalno ukazivati na cjeline unutar rečenice, tj. riječi;
3. grješke na razini rečenice: predstavljaju grješke povezivanja riječi unutar rečenice i neispravnu interpunkciju. Kao i u slučaju grješaka na razini riječi, često su prisutne u djece s nedovoljno razvijenim govorom ili s nešto sniženom inteligencijom. Ovdje je dovoljno tražiti od djeteta da pročita tekst i uoči cjeline auditivnim kanalom. Pomoćnik tada može djetetu verbalnom uputom i pokazivanjem prstom ukazati na mjesta koja treba korigirati.



Zanimljivo je istaknuti kako je u praksi zamijećeno da djeca s disgrafijom imaju „ružniji“ rukopis. On se treba tolerirati, stoga nemojte kritizirati učenika zbog toga. Moguće je da dijete jednu vrstu rukopisa određuje kao lakšu pa ju zato upotrebljava.

Budite strpljivi, pohvalite dijete za trud, hrabrite ga i pomognite mu da izgradi i zadrži samopouzdanje. Budući da je smanjena mogućnost koncentracije jedan od pridruženih simptoma disgrafije, važno je da ostanete smireni tijekom procesa pisanja i rješavanja zadataka.

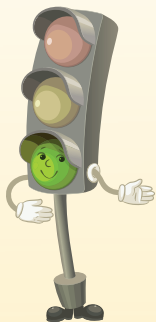
DISKALKULIJA obuhvaća skup specifičnih teškoća u učenju matematike/aritmetike i u obavljanju matematičkih/aritmetičkih zadataka. To su odstupanja koja osobi stvaraju ozbiljne teškoće u ovladavanju matematikom/aritmetikom bez obzira na dovoljni stupanj intelektualnog razvoja, normalno funkcioniranje osjetila te optimalne uvjete redovnoga podučavanja. Teškoće u usvajanju matematike mogu biti lake, umjerene i teške pa je, prema tome, rezultat djelomična ili pak potpuna matematička nesposobnost.

Djeca s diskalkulijom od ostale se djece razlikuju po tome što čine mnogo neuobičajenih ali specifičnih grješaka. Autorica Sharma (2001) kao najčešće grješke iznosi:

1. neprimjerenu uporabu brojeva pri čitanju, pisanju i računanju: primjerice, dijete zamjenjuje jedan broj s nekim drugim. Takve zamjene nemaju nikakve veze s teškoćama u razumijevanju pojma broja. Grješke zamjene događaju se i u čitanju i pisanju brojeva i pri upotrebi kalkulatora. Kada računa pomoću kalkulatora, dijete jednostavno pritišće krivu tipku. Dijete svaki put zamjenjuje brojeve, a pri tome se ne radi o sličnosti oblika ili prostornog položaja brojeva ili o pritiskanju tipke kalkulatora;
2. perseveracije (grješke „zaglavljivanja“): dijete ponavlja isti broj ili radnju više puta i nije u stanju prijeći na sljedeći korak ni u pisanju ni u računanju. Primjerice, ako je u prvom zadatku na stranici bio znak zbrajanja, a u ostalim zadacima drugi znakovi, dijete zbraja u svim ostalim zadacima do kraja stranice bez obzira na to što se znak odavno promijenio. Grješke „zaglavljivanja“ također su vidljive upornim ponavljanjem nedavno naučenih radnji. Nakon usvajanja nove računske radnje ili postupka dijete ga počinje primjenjivati i tamo gdje taj postupak uopće nije prikladan. Primjerice, nakon što je naučilo „posuđivanje“ u zadacima oduzimanja, dijete primjenjuje „posuđivanje“ čak i tamo gdje ne treba;
3. zrcalne grješke: dijete zrcalno okreće znamenke, narušava ili zrcalno okreće redoslijed znamenaka u višeznamenkastim brojevima i u čitanju i u pisanju brojeva. Ta je pojava česta kod djece u nižim razredima osnovne škole zbog čega učitelji ne stignu pravovremeno reagirati na odstupanje ovog tip;
4. usporenost: djetetu je potrebno više vremena za odgovor nego njegovim vršnjacima, no ti su odgovori točni. Ovdje nije potrebno osmišljavati dodatne strategije, već samo osigurati dovoljno vremena za rješavanje. To znači da dijete smije zadatke početi ili ranije rješavati ili kasnije dovršiti u odnosu na svoje vršnjake;

5. stavljanje brojeva u uzajamno neprikladan prostorni odnos: tijekom obavljanja pisanog računanja u stupcima dijete zapisuje brojeve u uzajamno neprikladnom odnosu i zbog toga dolazi do pogrešnog rezultata. Moguć je narušeni smjer rješavanja (s desna u lijevo ili križno);
6. vizualne grješke: dijete pogrešno prepoznaje računske simbole i položaj znamenki zbog čega dijete obavlja pogrešnu radnju ili neispravno prepoznaje broj. Primjerice, znak zbrajanja (+) prepoznaje kao oduzimanje (–) pa umjesto zbrajanja dijete oduzima što rezultira netočnim rješenjem. Kod takve je djece bitno da im se zadatak naglas čitati i prstom prati izgovoreno kako bi dijete uz vizualnu podršku dobilo i auditivnu. Tamo gdje se očekuje problem, potrebno je zastati, prstom i intonacijom naglasiti željeno te pratiti pogledom je li dijete uočilo ono što naglašavamo;
7. proceduralne grješke: dijete izostavlja, tj. „preskače“ jedan od obveznih koraka u rješavanju zadatka;
8. slabo pamćenje i prepoznavanje niza brojeva: dijete može imati teškoće s pamćenjem vlastitog broja telefona. Može se dogoditi da neće prepoznati telefonski broj ako je izgovoren ili zapisan na drugačiji način (npr. 1234-567 drži različitim od 123-4567).

Općenito, dijete s diskalkulijom može činiti sljedeće: ne provjeravati rezultat jer una-prijed osjeća da to neće pomoći; uporno višestruko provjeravati sve dok ne dobije isti rezultat dva puta (dijete ponekad provjerava deset i više puta za redom, a i nakon toga rezultat može biti neispravan); dolaziti do rezultata „prema osjećaju“ i sl.



Važno je zapamtiti da dijete s diskalkulijom poznaje brojeve, ali ne razumije odnose među njima.

Savjeti za rad u razredu

Što se tiče individualnog rada s djetetom koje ima diskalkuliju može se činiti sljedeće:

- 😊 Radni prostor (stol) neka bude lišen suvišnih detalja. Na stolu neka bude samo ono što dijete u tom trenutku rabi.
- 😊 Niz od više zadataka potrebno je rascjepkati na manje cjeline, npr. nakon pet matematičkih zadataka u nizu djetetu ćete ponuditi kraću pauzu.
- 😊 Ako to učitelj dopušta, neka se dijete služi kalkulatorom i nauči se njime vješto služiti.
- 😊 Uvijek provjerite i utvrdite naučeno prije prelaska na nove cjeline te potičite dijete da provjerava riješene zadatke. Bilo bi najbolje kada bi dijete svoju provjeru i usmeno popratilo jer ćete zajedno lakše utvrditi dolazi li negdje do pogreške.



ZA ONE KOJI ŽELE ZNATI VIŠE:

Bratković, D., Bilić, M. i Nikolić, B. (2003). Mogućnost vršenja izbora u svakidašnjem životu osoba s mentalnom retardacijom. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 39, 117 – 128.

Romstein, K. (2010). Funkcionalna uporaba broja. *Dijete, vrtić, obitelj*, 15(4), 23 – 25.

5. Poremećaji iz spektra autizma

Poremećaji iz spektra autizma velika su i raznolika skupina razvojnih poremećaja rane dječje dobi nepoznate etiologije. Unatoč nizu istraživanja uzroci autizma nisu posve razjašnjeni. Bujas Petković (1995) navodi da se tu radi o nasljednom neuro-razvojnom poremećaju kao i o utjecaju čimbenika okoline. Također, češće se javlja kod dječaka nego kod djevojčica (Bujas Petković, 1995). Čini se da autizam ima svoje korijene u vrlo ranom razvoju mozga. Jasni znakovi autizma su vidljivi su tijekom prve godine života, no okolina ih najčešće zamjećuje između druge i treće godine života.

Osnovna su obilježja poremećaja iz spektra autizma teškoće u socijalnim interakcijama, teškoće neverbalne i verbalne komunikacije, neuobičajeno ponašanje, ograničene aktivnosti i interesi, stereotipije (neprekidno, ponavljajuće, ritualno i besmisleno kretanje, stav ili izražavanje). Uz to, neke osobe s poremećajem iz spektra autizma imaju prosječnu razinu inteligencije dok većina njih ima određen stupanj intelektualnih teškoća koje se protežu od blagih do izrazitih ili neuroloških teškoća (primjerice, epilepsiju).

Poremećaj spektra autizma je sindrom, dakle skup simptoma, koji je definiran kao poremećaj u razvoju koji se manifestira prije treće godine života, s karakterističnim načinom ophođenja sa socijalnom okolinom, komunikacije i ponašanja koje je ograničeno i ponavljajuće (Bujas Petković, 1995). Osobe s autizmom mogu izgledati kao osobe koje su uhvaćene u svom vlastitom svijetu u kojem je komunikacija sasvim nebitna. Pri tome se ne radi o namjernom ponašanju već o nesposobnosti komuniciranja. Teškoće se govora odnose na teškoće u neverbalnoj komunikaciji, neprimjerene izraze lica, neuobičajenu uporabu gesta, izostanak uspostavljanja kontakta očima, neuobičajene položaje tijela, pomanjkanje uzajamnog ili zajedničkog usmjeravanja pažnje, zaostajanje u vještini ekspresivnoga govora ili pomanjkanje te vještine. Također, često je uočljiv neobičan izričaj ili intonacija, brži ili sporiji tempo od normalnog, neobičan ritam ili naglasak, monotona ili pjevna kvaliteta glasa, eholaličan govor, tj. neposredno ili naknadno doslovno ponavljanje govora drugih ili onoga što je samo reklo, a koji izgleda kao besmislen, no može ukazivati na pokušaj uspostavljanja komunikacije, ograničeni rječnik u kojem prevladavaju imenice, ograničenje u socijalnim funkcijama – sklonost ponavljanja teme, to jest neprekidno raspravljanje o jednoj temi, uz postojanje poteškoća pri promjeni tema, teškoće koje se tiču sistematičnosti razgovora – problemi u poticanju komunikacije, teškoće u primjeni nepisanih pravila, nesposobnost održavanja razgovora o određenoj temi, neprimjereno upadanje u riječ, neprilagodljivost u odnosu na stil razgovora te stereotipnan način govorenja.



Ono što karakterizira sve tipove poremećaja iz spektra autizma jesu kvalitativni poremećaji u društvenoj interakciji, odnosno neprimjeren način prihvaćanja društvenih i emotivnih znakova i ne odgovaranje na emocije drugih osoba, oskudnu uporabu društvenih znakova i slabo objedinjenje društvenih, emotivnih i komunikacijskih ponašanja te pomanjkanje društveno-emocionalne uzajamnosti, što je posebice stresno za roditelje.

5.1. Aspergerov sindrom

Prema postojećem DSM – 5 (APA, 2013) Aspergerov sindrom ne gleda se kao zasebna kategorija već pripada poremećajima iz spektra autizma, no ovdje će mu se dati posebna pozornost jer se djeca s tim oblikom autizma najčešće uključuju u redovite odgojno-obrazovne institucije (do 2013. Aspergerov sindrom je korišten kao zasebna dijagnoza pa i jedan dio djece ima dokumentaciju s ovom dijagnozom). Važno je reći da djeca s Aspergerovim sindromom nemaju klinički znatna zaostajanja u ranom jezičnom razvoju niti znatna zaostajanja u kognitivnom razvoju (Šimleša i Ljubešić, 2009). Što se tiče razvoja vještina samopomoći primjerenih životnoj dobi, prilagodljivom ponašanju i iskazivanju interesa za okolinu tijekom djetinjstva, ova djeca pokazuju bolje rezultate od djece s autizmom pa su neki ovaj poremećaj označavali i ranije kao varijantu visoko funkcionirajućeg autizma (Šimleša i Ljubešić, 2009).

Obrazovni plan trebao bi obuhvatiti strategije širenja interesa učenika, razvijanje vještina i razumijevanje reakcija učenika.

Posebnosti su i teškoće učenja djece s Aspergerovim sindromom, koje navode Shearer, Butcher i Pearce (2006), sljedeće:

- ✓ nedostatno obraćanje pažnje na važne upute i informacije te praćenje višestrukih uputa
- ✓ teškoće u govoru i razumijevanju govora, naročito apstraktnih pojmova
- ✓ teškoće pri formiranju pojmova i apstraktnom zaključivanju
- ✓ teškoće u socijalnoj spoznaji, uključujući oštećenja u sposobnosti usmjeravanja pažnje na druge osobe i na njihove emocije
- ✓ nerazumijevanju osjećaja drugih te
- ✓ nesposobnost planiranja, organiziranja i rješavanja problema.

Neki učenici s Aspergerovim sindromom imaju izraženije sposobnosti na područjima mehaničkog pamćenja i vizualno-prostornih odnosa, kao što je slaganje slagalica (puzzli), te isto tako mogu ispravno rješavati prostorno-perceptivne zadatke i zadatke koji zahtijevaju sklapanje. Neki su učenici sposobni prisjetiti se jednostavnih uputa, ali mogu imati teškoća kada se prisjećaju složenijih informacija. Neke osobe s Aspergerovim sindromom mogu lakše učiti i zapamćivati informacije koje su prikazane u vizualnom obliku, odnosno mogu imati problema pri učenju o predmetima koje nije moguće slikovito zamišljati.

Učenici s Aspergerovim sindromom mogu imati poteškoća u svezi s preradom usmenih i pisanih informacija, na primjer u praćenju uputa ili razumijevanju onoga što čitaju. Ipak neki visokofunkcionirajući pojedinci mogu biti relativno sposobni prepoznati značenja riječi, imati relativno bogat rječnik i usvojene jednostavne gramatičke strukture, a da ipak imaju znatnu teškoću u razgovaranju i upotrebi govora za socijalne i interaktivne potrebe (Shearer, Butcher i Pearce, 2006). Zanimljivo je, primjerice, da visokofunkcionirajući učenik može relativno lako obaviti složeno numeričko računanje (kvadriranje, korjenovanje i sl.), a istovremeno ne može riješiti jednostavne matematičke probleme (funkcionalno upotrijebiti matematiku, npr. u kupovini, prilikom telefoniranja i sl.).

Marko je učenik prvoga razreda osnovne škole. U školu je upisan prema redovitom programu, a pri upisu nije zabilježeno nika-kvo razvojno odstupanje. No u razredu se Marko ponaša neuobičajeno u odnosu na vršnjake. Nema potrebu komunicirati s drugom djecom, druge osobe rijetko gleda u oči, a kada ga se nešto pita, odgovara vrlo šturo, najčešće s da ili ne. Na odmor ne odlazi, a kada je buka u razredu, glavu „povlači u ramena“. Svoje zadaće rješava na vrijeme i uglavnom je uredan. Učiteljica se obratila školskom psihologu za pomoć sumnjajući na autizam. Marku je utvrđen IQ u granicama normale, ali psiholog nalazi da je nešto manje uspješan u verbalnim zadacima. U dogovoru s roditeljima doneseno je rješenje o individualiziranom pristupu. Važno je reći kako autizam nije uvijek lako utvrditi. Često je klinička slika nekog drugog razvojnog odstupanja slična autizmu. Simptomi poput povučenosti, izostanka socijalnog kontakta i uznemirenost u većoj skupini mogu upućivati na intelektualno odstupanje, emocionalne probleme kao i odgojnu zapuštenost o kojoj se u stvarnosti rijetko govori. S potonjim se roditelji najteže i suočavaju zbog čega je za djetetov uspjeh ključna otvorena, dvosmjerna komunikacija na relaciji učitelj – roditelj(i).

Učenici s Aspergerovim sindromom obično se razlikuju od ostalih učenika po svojim senzornim iskustvima. Reakcije na senzorni podražaj mogu se protezati od snižene osjetljivosti do preosjetljivosti jer je jedno ili više osjetila osobe ispod praga osjetljivosti ili iznad praga osjetljivosti (Šimleša i Ljubešić, 2009). Nekim osobama podražaji iz okoline mogu biti ometajući ili čak bolni. Ponekad se dijete zna povući nakon dodira. To se naziva taktilnom zaštitom (Shearer, Butcher i Pearce, 2006). Neprimjerena reakcija posljedica je taktilno pogrešnog doživljaja koja može dovesti do problema u ponašanju, razdražljivosti ili povlačenje i izolaciju. Roditelji i učitelji izvješćuju da kod neke djece prividno bezazleni zvukovi mogu uzrokovati vrlo žestoke reakcije. To može biti posebno problematično u školskom ambijentu koji obično uključuje izuzetno mnogo različitih zvukova.

Savjeti za rad u razredu

Kod poučavanja učenika s Aspergerovim sindromom najčešće se preporučuje pristup **primjene vizualnih pomagala** (Shearer, Butcher i Pearce, 2006). Učenici često očituju relativno jake strane u konkretnom mišljenju, mehaničkom zapamćivanju te razumijevanju vizualno prostornih odnosa, a teškoće u apstraktnom mišljenju, socijalnoj spoznaji, komunikaciji i pažnji. Jedna je od prednosti korištenja vizualnih pomagala u tome što se njima učenici mogu služiti tako dugo koliko im je to potrebno radi procesuiranja informacija. Nasuprot tome, usmena je informacija prolazna: kada se jednom izgovori, poruka više nije dostupna. Primjena vizualnog potkrepljivanja olakšava pojedincu da se usredotoči na poruku. Vizualni su poticaji vrlo korisni pa ih je moguće primijeniti za:

- 😊 organiziranje aktivnosti učenika (dnevni rasporedi, mini rasporedi, liste provjere aktivnosti, planeri i ploče s izborom aktivnosti)
- 😊 osiguravanje pravila ili uputa za učenika (vizualno isticanje razrednih dužnosti, registar kartica s pravilima u svezi sa specifičnim zadacima i aktivnostima, slike i pisane upute za učenje novih informacija)
- 😊 pomaganja učeniku oko razumijevanja organizacije okruženja (označavanje predmeta, posuda, natpisa, popisa, tablica i poruka)
- 😊 poticanje primjerenog ponašanja (objavljivanje pravila i njihovo slikovito prikazivanje radi priopćavanja pojedinih faza postupanja) i
- 😊 poučavanje socijalnim vještinama (slikovito prikazivanje društvenih priča).

Uz to, poželjno je

- 😊 konkretno pohvaljivati učenika (npr. „Točno si riješio ovaj matematički problem.“). Također, pomaže ako se

- 🧐 usmene upute i zadatci koje učenik treba riješiti raščlane na manje cjeline;
- 🧐 osigura dovoljno vremena da smisli odgovor;
- 🧐 u tekstu ili zadatku ističe bitno od nebitnog (podcrtavanjem, prekrivanjem dijela i sl.);
- 🧐 poziva djecu na druženje, u dogovoru s učiteljem izmjenjuju se suigrači i osmišljavaju igre koje bi svima bile zanimljive;
- 🧐 osnažuju pokušaji slušanja sugovornika, poučavanjem učenika da gleda govornika, da pogleda u jednu točku (što ne znači da mora uspostaviti kontakt očima) te da položi ruke u planirani položaj, uz pohvalu ili drugačije nagrađivanje svakog pojedinog koraka.



ZA ONE KOJI ŽELE ZNATI VIŠE:

Bujas Petković, Z. i Frey Škrinjar, J. (2010). Pervazivni razvojni poremećaji - poremećaji iz autističnog spektra. *Paediatrica Croatica*, 54, 151 – 158.

Tammet, D. (2009). *Rođen jednog plavog dana: moj život između autizma i genijalnosti*. Zagreb: Fraktura. [Dostupno internetski: <http://ir.nmu.org.ua/bitstream/handle/123456789/17164/277a87823be369bd7f2b49416ea0ba33.pdf?sequence=1>]

Weiss, S. (2010). Posebnosti socijalnog razvoja dječaka s Aspergerovim sindromom – studija slučaja. *Napredak*, 151, 482 – 498.



Barbara D., 7. r.

Svijetlana Škrobo

6. Senzorička oštećenja

Senzorička oštećenja obuhvaćaju teškoće u moduliranju informacija koje se iz okoline primaju putem osjetila vida, sluha, dodira, njuha, okusa i svjesnosti tijela (Bouillet, 2010). Osjetila sudjeluju u doživljaju (osjetu i percepciji) stvarnosti, a percepcija proizlazi iz interakcije naših očekivanja o svijetu i o tome kako nam se svijet uistinu predstavlja putem naših osjetila. Među senzoričkim oštećenjima najviše se ističu oštećenja vida i sluha budući da se zbog svoje različitosti i složenosti svrstavaju u najsloženija i najčešća senzorička oštećenja.

6.1. Oštećenja vida

Oštećenja vida podrazumijevaju stupanj oštećenja vidnog sustava, a seže od potpune sljepoće, visoke slabovidnosti sve do približno normalnog vida (Biondić, 1993). Prema Mustać i Vicić (1996) termin oštećenje vida odnosi se na sljepoću i slabovidnost, gdje se sljepoća odnosi na visoki stupanj slabovidnosti bez funkcionalne uporabe vida (očuvanost vida do 10 %) dok se slabovidnost odnosi na očuvanost vida od 10 % do 40 % i uz funkcionalnost koja se postiže uporabom pomagala (naočala ili leća). Pojašnjavajući sljepoću, Stančić (1991) ističe kako ona može biti potpuna i naziva se amaurosis (amauroza) te funkcionalna koja se odnosi na nemogućnost uporabe ostataka vida i s pomagalima (naočalama, lećama, lupama i sl.). Pojedinci koji imaju amaurozu opisuju ju kao tamu dok osobe s funkcionalnom sljepoćom raspoznaju svjetlo od tame i mogu vidjeti sjene što im donekle olakšava kretanje u prostoru.

Vid je izuzetno važan za djetetov razvoj budući da putem vida dijete upoznaje okolinu iz koje stječe znanja, vještine i usvaja navike (Mustać i Vicić, 1996). Dijete sa značajnijim oštećenjem vida (funkcionalna sljepoća ili amauroza) okolinu upoznaje putem ostalih (očuvanih) osjetila. To su najčešće osjetila sluha i opipa (taktilni osjet). Djeca koja su slabovidna uz pomoć optičkih pomagala uspješno se koriste ostatkom vida, a informacije upotpunjuju ostalim osjetilima što se onda integrira u zajedničku sliku o svijetu koji ga okružuje. Bouillet (2010) zapaža kako je kod slabovidne djece otežana koordinacija oko – ruka (što je učiteljima vidljivo kod grafomotorike), a kod slijepih se umjesto nje razvila koordinacija uho – ruka pa se dijete orijentira prema izvoru zvuka.

Dijete koje je slijepo predmete upoznaje osjetilom opipa, dio po dio, te upoznavanjem pojedinih dijelova predmeta stvara si sliku o samom predmetu – ide analizom do sinteze (Mustać i Vicić, 1996). Jasno je kako takav način upoznavanja predmeta iziskuje mnogo više vremena zbog čega je nužno učeniku dati jasna i precizna pojašnjenja o predmetu. To znači da se predmet opisuje djetetu:

- 😊 jasnim rječnikom (ovisno o djetetovoj dobi i intelektualnom statusu), s naglaskom na funkciji predmeta
- 😬 izbjegavanjem detaljiziranja, opisivanja boja ili uspoređivanja po kriterijima koji su djeci nejasni ili nepoznati (npr. „To ti izgleda kao ono...“).

U pedagogiji prevladava mišljenje da je djeci koja su slijepa ili visoko slabovidna za svladavanje nastavnog gradiva dovoljno opisivanje ili prepričavanje. Upravo suprotno tomu, upoznavanje okoline moguće je, kao i kod sve druge djece, kretanjem u prostoru i svladavanjem prostornih preprjeka.

Što se tiče fizičke aktivnosti djece koja su slijepa ili visoko slabovidna, ona im se često ograničava, počevši od trenutka kada bi oni (razvojno gledajući) mogli samostalno hodati, a to je nakon prve godine života. Roditelji i obitelj to čine zbog straha da se dijete ne ozlijedi što katkada može rezultirati teškoćama na području motorike. Djeca koja su slijepa često su „pogrljena“ što je rezultat nemogućnosti koordiniranja posture tijela s prostorom. To je odraz same teškoće – dijete koje vidi „normalno“ kreće se u prostoru u odnosu na određenu točku ili cilj, dok kod djece s oštećenjem vida nema referentne točke kretanja zbog čega je i položaj tijela u prostoru nešto drugačiji. Nadalje, pokreti su im oskudni i nekoordinirani jer nemaju mogućnost oponašanja pokreta (jer ih ne mogu percipirati vidom) kao ni nadzor pokreta. Zbog toga je potrebno svakodnevno poticanje na kretanje. Riječ je o vježbama orijentacije i kretanja, tzv. peripatološke vježbe, koje trebaju biti prisutne u svim školskim aktivnostima. Njih, u pravilu, provode stručnjaci edukacijsko-rehabilitacijskog profila, no uz dobru stručnu pomoć i dodatnu edukaciju na tome mogu raditi i učitelji i pomoćnici, ovisno o školskom kurikulumu i djetetovim potrebama.

Općenito, u radu s djecom s oštećenjem vida (posebice sljepoće i visoke slabovidnosti) važno je usmjeriti se na:

- 😊 opipavanje i razlikovanje materijala, teksture i oblika
- 😊 manipuliranje predmetima
- 😊 uočavanje odnosa dijelova i cjeline
- 😊 vježbe grube i fine motorike
- 😊 razvijanje svijesti o zvuku
- 😊 uočavanje određenih zvukova te
- 😊 zamjećivanje mirisa i okusa.

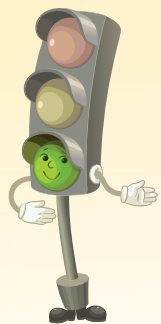
S obzirom na to da kod nekih roditelja postoji strah da bi se uporabom ostataka vida on „potrošio“, odnosno da bi se ostatak vida pogoršao ako se njime koristi, posebice kod nekih progresivnih bolesti, važno je razgovarati s roditeljima i djetetom o navedenim

strahovima. Kada je riječ o progresivnim bolestima, liječnici daju određene preporuke, a često je u njima vidljivo upravo suprotno – vježbanjem se funkcionalnost vida produljuje. To znači da je sa slabovidnim učenicima potrebno raditi na poticanju racionalne uporabe preostalog vida (Bouillet, 2010).

Savjeti za rad u razredu

Kada je riječ o nastavnim metodama u radu s djecom s oštećenjima vida, pomoćnici se najčešće služe sljedećim metodama u individualnom radu:

- 😊 **metodom usmenog izražavanja**, pri čemu je važno provjeravati razumije li dijete izgovoreno. Gramatički pravilan govor, mirnog tona, artikulacijski „čist“ govor, dobre intonacije i ritma ima pozitivan učinak na učenika s oštećenjem vida;
- 😊 **metodom razgovora** – kada se učeniku daju upute, potrebno je biti konkretan u tome, precizan i kratak, npr. umjesto „ovdje“ ili „tamo“, rabite „ispred tebe“, „pored tebe“, „s tvoje lijeve/desne strane“;
- 😊 **metodom pisanih i ilustrativnih radova** gdje učenik dopunjava rečenicu, upisuje riječi i odgovara na pitanja tako da s listića na Brailleovom pismu čita zadatak i na posebnom papiru čita tražene riječi ili odgovore, a ispred svakog odgovora piše redni broj zadatka (ne prepisujući pitanja). Također, učenici koji su slijepi ili visoko slabovidni mogu izrađivati tablice i dijagrame pomoću Brailleova stroja ili prijenosnog računala. Učenici koji su slabovidni za pisanje koriste se običnim ili posebnim bilježnicama, a mogu se koristiti i posebno pripremljenim listovima papira s jače otisnutim crtama i većim proredom na bijeloj ili žućkastoj podlozi. Pišu pisaljkom (mekana olovka ili kvalitetan flomaster) koja ostavlja deblji trag. Važno je naglasiti kako slabovidni učenici za crtanje i slikanje upotrebljavaju isti pribor kao i tzv. videći učenici, ali im je potrebno omogućiti više vremena za rad;
- 😊 **metodom demonstracije** koja omogućuje učenicima s oštećenjima vida uspješnije funkcioniranje u razredu. Kod te je metode potrebno koristiti se stvarnim predmetom o kojem govorite kad god je to moguće, a zatim rabite reljef, crtež ili sliku lišenu detalja, tj. shemu (za slabovidne). Kada demonstrirate pokrete i radnju, učenik s oštećenjem vida treba biti model (na njemu izravnim vođenjem pokazujete kako se određeni pokret ili radnja trebaju izvesti). Predmet koji demonstrirate potrebno je dati učeniku u ruke uz dodatno govorno pojašnjenje i ostaviti mu dovoljno vremena za doživljaj ostalim osjetilima. Sliku je potrebno opisati i objasniti prvo u cjelini, a zatim pojedine dijelove. Prije gledanja nekog filma, videoisječka, potrebno je usmeno učeniku objasniti sadržaj koji će se prikazivati. Isto tako, karte, sheme, dijagrami, tablice za učenika s oštećenjem vida trebaju biti jednostavni, reljefni i oštrog kontrasta.



Brailleovo pismo djeca s oštećenjem vida čitaju dodirrom a videće osobe vidom (gledanjem). Čitanje Brailleova pisma složeni je proces koji pretpostavlja očuvanost taktilne percepcije. Odnosno, kod nekih višestrukih teškoća u razvoju (npr. sljepoća i motoričke teškoće) postoji mogućnost da će dijete otežano svladati Brailleovo pismo ili ga neće moći uopće svladati zbog problema s taktilnim sustavom. S obzirom na to da je Brailleovo pismo temeljeno na prostornim odnosima, njegovo svladavanje pretpostavlja očuvanu inteligenciju. Brailleovo pismo čita se do pet puta sporije od standardnog pisma za videće.

U odgoju i obrazovanju djece koja su visoko slabovidna, imaju progresivne bolesti vidnog sustava ili su slijepa, redovita se nastava temelji na Brailleovu pismu. Brailleovo je pismo u 19. stoljeću osmislio Louis Braille, koji je i sam bio slijep. Brailleovo pismo predstavlja reljefni sustav znakova kojim se različitim kombiniranjem (ovisno o rasporedu točaka unutar šest polja) predočavaju slova, brojke, aritmetički znakovi i sl.

BRILLEOVO PISMO

Slova

• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •
• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •
• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •
[a]	[b]	[c]	[č]	[ć]	[d]	[dž]	[đ]	[e]	[f]
• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •
• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •
• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •
[g]	[h]	[i]	[j]	[k]	[l]	[lj]	[m]	[n]	[nj]
• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •
• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •
• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •
[o]	[p]	[q]	[r]	[s]	[š]	[t]	[u]	[v]	[w]

• •	• •	• •	• •
• •	• •	• •	• •
• •	• •	• •	• •
[x]	[y]	[z]	[ž]

Predznaci

• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •
• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •
• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •
[veliko slovo]	[sva vel. slova]	[kurziv]	[masna slova]	[broj]	[strana pisma]	[opći dijagr. znak]

Pravopisni znakovi

• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •
• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •
• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •
[,]	[.]	[:]	[:]	[...]	[?]	[!]		
• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •
• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •
• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •	• •
[(]	[)]	[[]	[/]	["]	[']	[*]	[-]	

Arapski brojevi

• •	• •	• •	• •	• •	• •
• •	• •	• •	• •	• •	• •
• •	• •	• •	• •	• •	• •
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	
• •	• •	• •	• •	• •	• •
• •	• •	• •	• •	• •	• •
• •	• •	• •	• •	• •	• •
[6]	[7]	[8]	[9]	[0]	

Rimski brojevi

● ● ● ●	● ● ● ●	● ● ● ●	● ● ● ●	● ● ● ●
○ ○ ● ○	○ ○ ● ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ● ○	○ ○ ○ ○
○ ● ○ ○	○ ● ● ●	○ ● ● ●	○ ● ● ○	○ ● ○ ○
[I - jedan]	[V - pet]	[X - deset]	[L - pedeset]	[C - sto]

● ● ● ●	● ● ● ●
○ ○ ○ ●	○ ○ ○ ○
○ ● ○ ○	○ ● ● ○
[D - petsto]	[M - tisuću]



Marija K., 6. r: „Uvijek pomogni onome tko ne vidi dobro, budi mu dobar prijatelj.“

Osnovni matematički znakovi

-
-
- ○ – predznak za matematičke znakove

● ● ○ ○	○ ● ○ ○	○ ● ○ ○	○ ● ○ ○	○ ● ○ ○	○
● ○ ○					
○ ○ ● ●	○ ○ ○ ○	○ ○ ● ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ● ●	○
○ ● ●					
○ ○ ● ○	○ ○ ● ●	○ ○ ● ●	○ ○ ● ○	○ ○ ○ ○	○
○ ● ●					
[+]	[-]	[×]	[.]	[:]	[=]

● ○	○ ● ○ ● ○ ○	○ ● ○ ● ○ ○ ○ ○	○ ● ○ ○
● ●	○ ● ● ● ○ ●	○ ● ● ● ○ ● ○ ●	○ ● ○ ●
○ ●	● ● ○ ○ ● ●	● ● ○ ○ ● ● ● ●	○ ○ ● ●
[razlomačka crta /]	[postotak %]	[promil ‰]	[stupanj °]

Zbog veličine Brailleovo pismo „traži“ mnogo prostora pa su i knjige na Brailleovu pismu velikog formata. Stoga, kada se djetetu koje rabi Brailleovo pismo prenose ili diktiraju informacije koje treba zapisati, tada:

- informacije trebaju biti jasne i sažete;
- treba djetetu dati više vremena za pisanje;
- treba djetetu omogućiti da dodirnom prekontrolira što je napisalo;
- pomoćnikov govor treba biti jasan, razgovijetan i primjeren djetetovom razumijevanju (voditi računa o artikulaciji, afrikatama, prozodiji, ustroju rečenice i sl.).

6.2. Oštećenja sluha

Oštećenje sluha ubraja se u jedno od najčešćih prirodnih oštećenja, a javlja se u prosjeku kod jednog do tri djeteta na 1000 novorođenčadi (MZOŠ, 2005). U Hrvatskoj se od rujna 2002. godine u svim rodilištima vrši probir novorođenčadi na oštećenje sluha tako da su sva novorođena djeca pregledana prije otpusta iz rodilišta. Autorice Dulčić i Kondić (2002, 44) oštećenja sluha definiraju kao „nemogućnost ili smanjenu mogućnost primanja, provođenja i registriranja slušnih podražaja zbog urođenih ili stečenih oštećenja, nerazvijenosti ili umanjene funkcionalnosti slušnog organa, slušnog živca ili slušnih centara u mozgu.“

Najjednostavnija podjela oštećenja sluha podjela je na gluhoću i naglušost. Prema Bouillet (2010) gluhe su one osobe koje imaju prosječan gubitak sluha iznad 90 dB te ni uz pomoć slušnog aparata ne mogu cjelovito percipirati govor. Oni vizualno čitaju govor s lica i usana sugovornika, a služe se i znakovnim jezikom. Nagluhe su osobe čiji je prosječan gubitak sluha od 20 do 90 dB te se dijele u četiri kategorije: lako nagluhe, umjereno nagluhe, umjereno-teško nagluhe i teško nagluhe (Bouillet, 2010). Nagluhe osobe u percepciji govora služe se vidom (čitaju govor s usana sugovornika), nekima značajniju pomoć pruža i slušni aparat, a nekima ugradnja umjetne pužnice.

Uzroci oštećenja sluha raznoliki su. Najčešće je riječ o genetskim čimbenicima, zatim o bolestima u trudnoći (infekcije majke), vrlo teškom porođaju, komplikacijama za vrijeme i nakon porođaja i dr. Kada je riječ o vremenu nastanka oštećenja, razlikujemo djecu kod kojih je oštećenje nastalo prije usvojenog glasovnog govora i djecu u koje je sluh oštećen nakon usvojenog govora. Rano oštećenje sluha ozbiljno utječe na cjelokupni razvoj i razvijanje djeteta te njegovo psihosocijalno sazrijevanje jer je slušni kanal isključen kao osjetilo za primanje zvuka, stoga dijete ne može spontano usvojiti i razviti govor. Prema Mustać i Vicić (1996) takvo se dijete razvija bez slušnih i govornih iskustava pa ne može steći slušnu i govornu pohranu spoznaja. Upravo je zato njihova spoznajna slika svijeta specifična te osobito pozornost treba posvetiti razvoju predodžbenog i pojmovnog doživljavanja u smislu primjerenijeg doživljavanja prostora, vremena, količina i odnosa. Kod takvih učenika nužno je poticati razvijanje vještine komunikacije jer se upravo nje optimalno razvijaju procesi odgoja, obrazovanja i socijalizacije.

Pri uključivanju u redovni program dolazi do određenih problema u odgojno-obrazovnim uvjetima, a kao najčešće Bouillet (2010) navodi:

- ✓ teškoće učenja govora
- ✓ zaostajanje u usvajanju govornoga i pisanog jezika
- ✓ problemi u pisanom izražavanju (diktati)
- ✓ oskudniji rječnik
- ✓ gramatizmi, npr. neadekvatna konstrukcija rečenica (npr. „Učenik ide škola.“) te
- ✓ otežano razumijevanje pisanog teksta i teškoće u usvajanju sadržaja učenja.

Zbog tih teškoća učeniku s oštećenjem sluha potrebno je olakšati pohađanje redovnog programa školovanja, a jedan od načina jest taj da učenik s oštećenjem sluha sjedi što bliže učitelju, po mogućnosti u prvoj ili drugoj klupi srednjeg reda. Učenik će u tom položaju primati podatke osjetilom vida, ali i sluha (uz pomoć slušnog aparata ili umjetne pužnice). Učionica treba biti dobro osvijetljena kako bi učenik vidio lice učitelja i mogao pratiti što govori (čitati s usana).

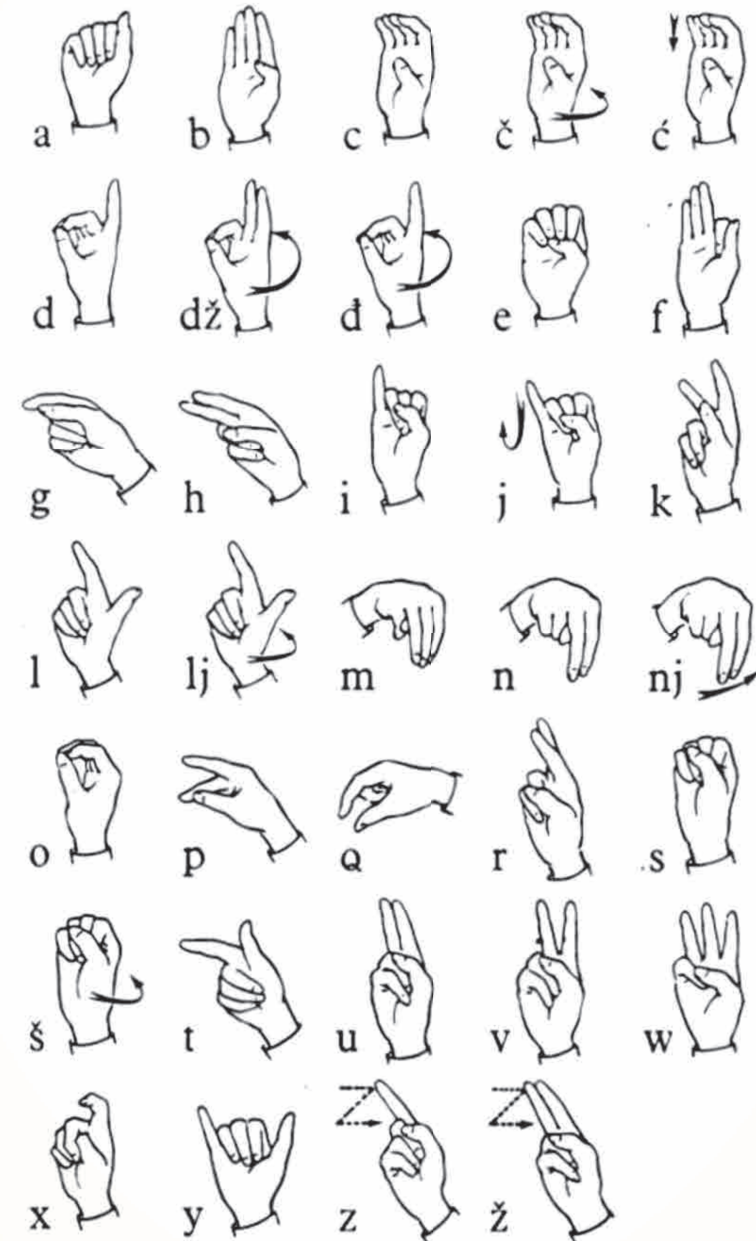
Kada se pomoćnik obraća učeniku, potrebno je da:

- 🧐 bude siguran da ga učenik gleda. Vizualna se koordinacija s učenikom postiže ne-verbalnim gestama (npr. prije nego se verbalno obratite učeniku, blago ga dotaknete po ramenu i pričekajte da usmjeri svoj pogled prema vama);
- 🗣️ učeniku objašnjava pojmove njemu razumljivim rječnikom;
- 🗣️ koristi se flomasterima i bojicama kod naglašavanja teksta (ono što je bitno) jer učenici s oštećenjem sluha često ne razumiju pojedine riječi i rečenične konstrukcije;
- 🗣️ koristiti se što većim brojem vizualnih sredstava kako bi im se dodatno pojasnili nastavni sadržaji, što ostaloj djeci u svladavanju nastavnih sadržaja nije uvijek nužno. Posebno je važna strpljivost i spremnost na višestruko verbalno ponavljanje i pojašnjavanje.

Maja je učenica trećega razreda i ima ugrađenu tzv. umjetnu pužnicu. Na zahtjev roditelja, a uz liječničku potvrdu, Maja je „oslobođena“ nastave Tjelesne i zdravstvene kulture. Problem nastaje onda kada Maja želi aktivno sudjelovati na satu Tjelesne i zdravstvene kulture. Učiteljica je u nekoliko navrata pokušala uvjeriti roditelje da je kretanje za Majino zdravlje poželjno, no roditelji ne žele popustiti jer se boje da se Maja ne ozlijedi. Neosporno je da su oštećenje sluha i osjet ravnoteže povezani (Grbavac, 1997) zahvaljujući anatomske-fiziološkoj povezanosti. Važno je naglasiti da se kretanjem sluh ne pogoršava te da je za prostornu orijentaciju nužno djetetovo svladavanje prostora. Uspješno svladavanje prostornih odnosa jedan je od preduvjeta svladavanja znakovnog jezika koji se temelji na položaju ruku (šaka) u prostoru.

Jednoručna znakovna abeceda

Jednoručna znakovna abeceda predstavlja komunikacijski kanal za djecu s oštećenjem sluha. Jednostavna je za svladavanje pa ju nerijetko nauče i djeca koja čuju. Postoji i taktilna znakovna abeceda za djecu s gluhošljepoćom.



Dvoručna znakovna abeceda

Dvoručna abeceda određena je položajima prstiju obje ruke. Ona se temelji na pokretima ruku zbog čega je potrebno da osoba koja se koristi dvoručnom znakovnom abecedom nema značajnijih motoričkih teškoća.



6.3. Gluhosljepeča

Gluhosljepeča je specifično dvostruko oštećenje (Tarczay, 2007) koje osobi ne omogućava uporabu osjetila vida i sluha u svrhu spoznaje okoline. Postoje četiri osnovne kategorije gluhosljepeće temeljene na kombinaciji intenziteta oštećenja vida, odnosno sluha (gluhoća-sljepoća, naglušost-slabovidnost, gluhoća-slabovidnost, sljepoća-naglušost) (Tarczay, 2007). Osim te podjele gluhosljepeća se može klasificirati i prema uzrocima nastanka oštećenja vida i sluha, kao i s obzirom na vrijeme nastanka oštećenja na stečenu i urođenu gluhosljepeču. Glavna razlika između urođene i stečene gluhosljepeće temelji se na stvaranju jezičnog sustava komunikacije. Zbog toga djeca s urođenom gluhosljepečom imaju velikih poteškoća u usvajanju pojmova i većinom se zadržavaju na predmetima značenja, taktilnim (dodir) i drugim znakovima kojima se koriste za komuniciranje.

Kada govorimo o odgojno-obrazovnom procesu gluhoslijepe djece, on je znatno otežan i prijeko je potreban kontinuirani edukacijsko-rehabilitacijski tretman. Njihov odgoj i obrazovanje trebaju voditi specijalizirani stručnjaci edukacijsko-rehabilitacijskog profila (logopedi, rehabilitatori). Međutim, i učitelji i pomoćnici mogu mnogo učiniti kako bi pripomogli razvoju gluhoslijepe djece, u prvom redu otvorenom suradnjom sa stručnjacima ali i roditeljima djeteta kako bi djeca ostvarila maksimalnu moguću dobit (Bouillet, 2010).

U načelu, dijete koje ima gluhosljepeču zahtjeva kontinuiranu podršku rehabilitatora zbog čega se, uglavnom, obrazuju u specijaliziranim institucijama kao što je Centar za odgoj i obrazovanje „Vinko Bek“. Ako se dijete s gluhosljepečom uključuje u redoviti sustav odgoja i obrazovanja, učitelji i pomoćnici trebali bi imati položen hrvatski znakovni jezik i poznavati Braileovo pismo.



Nikolina M., 5. r.

6.4. Poremećaj senzorne integracije

Što je senzorna integracija? Ayres (2002) je definira kao organizaciju senzornog (osjetnog) unosa i njegovu funkcionalnu uporabu. Kada osjeti nisu pravilno „organizirani“ u mozgu, dolazi do poremećaja senzorne integracije. Riječ je o osjetilu sluha (problem s govorom i jezikom), koordinaciji (kretanje, koordinacija oko – ruka), problemu s mišićima i zglobovima (ravnoteža, stav), osjetilu dodira te osjetilu vida. Ovdje nije riječ o medicinskom problemu jer kod djece s poremećajem u senzornoj integraciji živci i mišići u potpunosti funkcioniraju. Problem nastaje kada mozak treba to sve preraditi i objediniti (integrirati).

Ako je poremećaj tako nedefiniran, kako ga onda prepoznati i još važnije, kako olakšati djetetu život s poremećajem senzorne integracije? Kada bi se poremećaj jednako manifestirao kod sve djece, bilo bi ga lakše prepoznati. Međutim, to nije tako jer svako dijete ima vlastiti skup simptoma. S obzirom na učestalost pojavljivanja autorica Ayres (2002) navodi ove simptome:

- ✓ hiperaktivnost i distraktibilnost (dijete je stalno u pokretu, ne može ignorirati buku i ostale ometajuće činitelje);
- ✓ problemi u ponašanju (primjerice, smetaju mu drugi i ne nalazi užitak u igri s djecom);
- ✓ razvoj govora (govor i jezik razvijaju se sporije zbog poremećaja senzorne integracije);
- ✓ slab tonus mišića i koordinacija (dijete ostavlja dojam slabašnosti zbog slabog tonusa mišića, dok sjedi za stolom vjerojatno će svoju glavu trebati oslanjati na šake ili ruke zbog izostanka mišićnog tonusa u vratu, lako gubi ravnotežu i posrće, često ne može slagati kocke, puzzle i sl.);
- ✓ problemi u učenju i svladavanju gradiva (čitanje i pisanje može biti glavni problem budući da je djetetu teško zapamtiti na koju je stranu koje slovo okrenuto – gore ili dolje, lijevo ili desno; nekoj djeci diktat može biti prava „noćna mora“ budući da ne mogu organizirati osjete zvuka s osjetima iz šake i ruke; neki se sudaraju sa stvarima i drugom djecom jer im je teško procijeniti gdje nešto stoji u prostoru, a gdje su oni u odnosu na to – možemo reći da su doslovno „izgubljeni u prostoru“ te im je zbog toga često otežano i prepisivanje riječi s ploče u bilježnicu budući da im je teško percipirati prostor između sebe i ploče, a onda i slova i papira).

Svi su navedeni simptomi posljedica nepravilne senzorne obrade informacija u mozgu, tj. nisu pravi problem već posljedica. Škola djecu s poremećajem senzorne integracije stavlja u stresne situacije jer ta djeca trebaju uložiti mnogo više truda kako bi izvršili iste zadatke kao druga djeca. Upravo zbog toga takva se djeca nerijetko osjećaju tjeskobno, bespomoćno i nesretno.



Pomaže i ako se djetetu pri učenju pušta tiha glazba, koja stimulira centre za dugoročno učenje (npr. Händel: Wassermusik), što se može činiti i kod kuće.

Kako možemo pomoći djeci s ovim poremećajem i olakšati im život u školi?

Pomoćnici mogu činiti sljedeće:

- 😬 ne ograničavati ih u kretanju jer je za njih gotovo nemoguće mirno sjediti (dati im da stanu, odu na toalet, prošetaju se po razredu i sl.);
- 😬 dati im više vremena za pisane provjere, možda čak i individualno prilagoditi način ispitivanja – nekima, možda, više odgovara usmeno provjeravanje zbog nemogućnosti stavljanja misli na papir;
- 😬 davati kratke i jasne upute te mu se što više prilagoditi – svakom pojedincu na njemu najpristupačniji način;
- 😬 izbjegavati davanje informacija iz više izvora (riječ, slike i pismo);
- 😬 potrebno je selektirati izvore u odnosu na djetetovo funkcioniranje, za što je bitno poznavati dijete.



ZA ONE KOJI ŽELE ZNATI VIŠE:

Fajdetić, A. (2011). Osnove hrvatske brajice. *Napredak*, 152, 93-107.

Hrastinski, I., Pribanić, Lj. i Degač, J. (2014). Razumijevanje pročitane učenika s oštećenjem sluha. *Logopedija*, 4, 10-18.

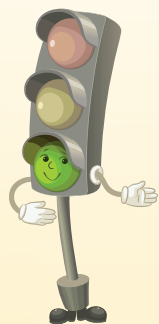
Mršić, V. (1995). *Orijentacija i mobilitet u Hrvatskoj: obučavanje slijepih i slabovidnih za samostalno kretanje*. Zagreb: Hrvatska udruga za školovanje pasa vodiča i mobilitet.

7. Motorička oštećenja i kronične bolesti

Motoričkim oštećenjima smatraju se oštećenja i deformacije sustava za pokretanje (kostiju, mišića, zglobova), uključujući probleme u fiziologiji i funkcioniranju motorike, zbog čega je djetetu potrebna primjerena podrška. Ona obuhvaća primjenu primjerenih pomagala, arhitektonske uvjete te kontinuiranu podršku stručnjaka.

Prema Zergollern i sur. (1994) uzroci su takvog stanja raznoliki, a najčešće se odnose na:

1. oštećenja lokomotornog sustava (genetske malformacije, poremećaj hormonalnog statusa, upale, traume, neuromišićne degenerativne bolest itd.)
2. oštećenja središnjeg živčanog sustava (najčešće se radi o cerebralnoj paralizi, cerebralnim lezijama, epilepsiji i drugim konvulzivnim stanjima)
3. oštećenja perifernog živčanog sustava (dječja paraliza i povrede perifernih živaca) te
4. oštećenja nastala kao posljedica kroničnih bolesti drugih sustava (kod dijabetesa, oštećenja krvožilnog sustava, bolesti dišnog sustava i sl.).



Općenita karakteristika djece s motoričkim oštećenjem jest ispodprosječno tjelesno funkcioniranje.

Gordan M., 2. r.:

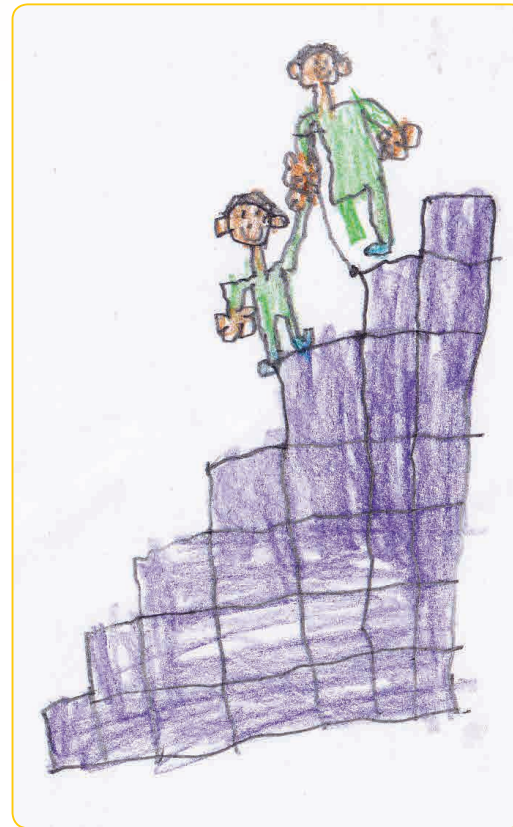
„Ja bi mu pomogao da može proći stepenište! Nemoj se rugati invalidima!”

Zbog različitosti u populaciji takve djece nemoguće je govoriti o jedinstvenoj kliničkoj slici oštećenja, pa čak ni unutar iste skupine oštećenja, npr. cerebralne paralize. No postoje neke specifičnosti u radu s djecom s motoričkim teškoćama i kroničnim bolestima koje su iznimno bitne i koje je moguće provoditi svakodnevno.

Psihosocijalne karakteristike djeteta s motoričkim oštećenjem također ovise o mnogo čimbenika, no teškoće u psihosocijalnom funkcioniranju najčešće obuhvaćaju depresivnost, osjećaj bespomoćnosti i ovisnosti, osjećaj niže vrijednosti te nižu toleranciju na frustraciju. Te su emocije jednim dijelom uzrokovane stanjem organizma no jednim su dijelom posljedica izvanjskih (socijalnih) čimbenika poput prevelike zaštićenosti u obitelji, izoliranosti, čestih hospitalizacija, barijera u okolini, uključujući negativne stavove okoline i arhitektonske barijere.

Zapaženo je da kod djece s motoričkim i kroničnim bolestima postoji povećan rizik od poremećaja u ponašanju koji se mogu javiti kao posljedica navedene psihosocijalne situacije. Tako se u razredu najčešće mogu zapaziti:

- ✓ perseveracija (predugo zadržavanje pažnje na nekom podražaju, uz nemogućnost primjerenog reagiranja i usmjeravanja fokusa pozornosti na novi podražaj)
- ✓ distrakcija (teškoće razlikovanja bitnog sadržaja od nebitnog, zahvaćanja određenog objekta kao cjeline, osnovnog zvuka od pozadine)
- ✓ introverzija (pretjerana povučenost „u sebe”)
- ✓ ekstroverzija (smanjena distanca prema drugima, pretjerana otvorenost i društvenost)
- ✓ snižena motiviranost za učenje novih sadržaja i ostvarivanje suradnje te
- ✓ snižena koncentracija i pozornost.



Postoji više desetaka motoričkih oštećenja, no najčešće se u redovnim razredima nađu djeca s neuromišićnim bolestima i cerebralnom paralizom. Djeca s neuromišićnim bolestima vrlo često ne nauče hodati ili stajati. Često navedena sposobnost slabi zbog napretka bolesti pa se djeca najčešće koriste invalidskim kolicima ili nekim drugim pomagalicama za kretanje. Inteliktualno funkcioniranje najčešće je prosječno, no zbog čestih hospitalizacija i nemogućnosti kretanja dijete može imati sužen fond pojmova i spoznaje općenito.

Drugo najčešće motoričko oštećenje koje nalazimo kod djece integrirane u redovan oblik odgoja i obrazovanja cerebralna je paraliza (dječja moždana kljenut). Cerebralna paraliza obuhvaća cijeli spektar kliničkih simptoma, a odnosi se na oštećenje mozga nastalo u vrijeme njegova dozrijevanja, tj. prije ili tijekom poroda ili u najranijoj dječjoj dobi. Cerebralna paraliza u svojoj je osnovi neprogresivna bolest, ali ima razdoblja pogoršanja ili poboljšanja stanja, ovisno o učestalosti odlazaka na rehabilitaciju i pridržavanja režima života u obitelji. Zbog oštećenja mozga katkad se javljaju i epileptički napadi, a kod neke je djece poremećen govor i gutanje. Ta djeca trebaju kontinuiranu podršku prilikom hranjenja, u smislu pridržavanja tanjura, približavanja pribora i hrane ustima ili čak potpunog hranjenja, o čemu je nužno razgovarati s roditeljima koji najbolje znaju kako pomoći djetetu pri jelu.

Ako dijete hoda, hod je otežan, a trup i ramena nagnuti su prema nazad radi održavanja ravnoteže. Kod takvog djeteta najvažnija je stalna nazočnost i fizička pomoć pri izvršavanju zadataka. No postoje neka pravila kojih se valja držati:

- 😬 kada dijete treba podići glavu, pridržavajte ga za ramena ili gornji dio trupa;
- 😬 nije dopušteno povlačenje vrata ili glave, već uporište treba biti niže radi stabilnosti pokreta;
- 😬 kada govorite djetetu, obraćajte mu se izravno u lice (iako ima očuvani sluh) jer se time djetetu daje do znanja da nam je bitno i da se obraćamo upravo njemu. Osim toga, možemo vidjeti reakciju djeteta, tj. dijete će nam facijalnom ekspresijom dati do znanja razumije li nas i razumije li zadatak. To znači da ćete u nekim situacijama morati čučnuti ispred djeteta. Naginjanje prema djetetu u razini ušiju nije dostatno.

Osim motoričke teškoće kod cerebralne se paralize često javljaju i dodatna oštećenja koja predstavljaju poseban izazov u procesu odgoja i obrazovanja. Najčešće su pridružene teškoće artikulacije (jer je govor motorička aktivnost), oštećenje vida od kojih je najčešći strabizam (zbog oštećenja moždanih struktura), epilepsija i oštećenje propriocepcije (osjeta tijela u prostoru) i taktilnog osjeta (također zbog oštećenja moždanih struktura). Nešto se rjeđe susreću poremećaji u ponašanju; djeca ne mogu izvesti agresivna ponašanja (zbog oštećenja motorike), ali su prisutne emocionalne teškoće tipa pretjerane povučenosti ili depresivnosti.



Pri pružanju podrške djetetu u školi posebno se treba voditi načelom najmanje ograničavajuće podrške koja se odnosi na onaj intenzitet i obim podrške koji dijete ne ograničava u njegovu osobnom razvoju, stjecanju i usavršavanju vještina koje su nužne za život.

- 😬 Dakle, uloga je pomoćnika omogućiti djetetu siguran boravak u školi, dostizanje postignuća koji su primjereni za njegove vršnjake, sudjelovanje u najvećoj mogućoj mjeri u aktivnostima u kojima sudjeluju druga djeca.
- 😬 Nadalje, svaku aktivnost koja se provodi treba popratiti jasnom riječju, imenovanjem radnje/aktivnosti, pojašnjavanjem pojmova koje dijete susreće.
- 😬 Djetetu s motoričkim oštećenjem, ovisno o specifičnosti teškoće, prije svega treba pomoći pri kretanju. Kod djece koja su pokretna ili se koriste pomagalom za kretanje, bit će potrebno fizičko pridržavanje u prostoru škole koja im je često arhitektonski neprilagođena. To znači da će pomoćnici u nastavi koji rade s djetetom koje je ograničeno u kretanju ili nepokretno, morati imati određene fizičke osobine (snaga, izdržljivost, motorička koordiniranost) kako bi mogli primjereno pridržavati dijete ili ga vaditi iz kolica. Djeci koja se kreću uz pomoć invalidskih kolica treba osigurati prioritet pri ulasku u razred kako bi se izbjegle ozljede u gužvi.
- 😬 Dijete koje je u kolicima treba vaditi iz kolica svaka dva do tri sata radi sprječavanja pojave dekubitusa (rane nastale od sjedenja ili ležanja) ili pogoršavanja kontraktura (zgrčenosti zglobova). To znači da će u razredu biti potrebna strunjača ili deblja nekližuća prostirka na koju će se dijete moći smjestiti. Kada je dijete na podlozi, moguće je s njim odraditi kratke vježbe istezanja ili disanja, o čemu je potrebno konzultirati se s roditeljima. Na podlozi dijete može biti 15-ak minuta, nakon čega ga se može vratiti u kolica.

Podrška koju pružamo djetetu s motoričkim oštećenjem može biti fizička ili verbalna. Fizičko vođenje odnosi se na doslovno vođenje djetetovih ekstremiteta, trupa ili glave svojom rukom kako bi dijete shvatilo kako pravilno treba izvesti određeni pokret. Vođenje i izvođenje radnje treba biti opušteno i nježno. Obavezno je praćenje djetetove tjelesne reakcije, a kada osjetimo otpor u zglobovima ili mišićima (otpor kao u zupčanika), dijete treba primiti za dio ekstremiteta iznad ukočenog zgloba i polako drugom rukom dovoditi ruku ili nogu u željeni položaj. Ako nije moguće učiniti pokret do kraja, ne smije se „lomiti“ djetetov tonus kako ne bi došlo do loma ili iščašenja kostiju i/ili zglobova. Primjerice, kako bismo postigli da dijete ispruži ruku koja je ukočena i svinuta u laktu



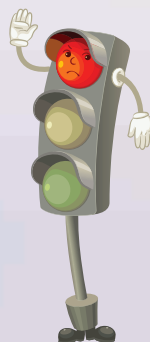


Antonija V., 7. r.



Postoje neka područja svakodnevnog života u kojima će dijete s cerebralnom paralizom trebati našu pomoć, a koje nisu akademske naravi. To su prije svega svlačenje i oblačenje, mijenjanje pelena ili higijenskih uložaka (ukoliko je dijete nepokretno) i hranjenje.

Izbjegavati povlačenje i istezanje ruku i nogu jer pokreti suprotno od patoloških izazivaju bol koja će kod djeteta stvoriti negativnu emociju prema osobi koja mu pruža podršku.



te otvori šaku (kako bi moglo primiti olovku u ruku), stojimo ispred djeteta i lijevom ga rukom pridržavamo za nadlakticu, a desnom lagano ispružimo podlakticu te se šaka automatski otvara. Verbalno vođenje odnosi se na uputu riječju kojom objašnjavamo djetetu što sljedeće treba učiniti kako bi izveo određenu aktivnost. Verbalno pojašnjavanje često je prisutno u nastavnom procesu i uključuje pojašnjavanje, prepričavanje i razdvajanje zadatka na manje korake.

- 😊 **Pri svlačenju i odijevanju** treba objašnjavati što radimo kako dijete ne bi postalo pasivno i ravnodušno. Poželjno je dijete odijevati u sjedećem položaju, ako ima kontrolu trupa, ili na boku (ako leži) kako bi pomoglo u okviru svojih mogućnosti. Okrećući dijete s jednog boka na drugi, izbjeći ćemo predugo zadržavanje u jednom položaju te dijete neće ostati kruto. U ovom položaju dijete lakše kontrolira glavu pa može vidjeti što se zbiva i surađivati. Ako dijete koje može kontrolirati trup odijevamo u sjedećem položaju, važno je da dijete bude trupom lagano nagnuto prema naprijed radi sigurnije ravnoteže. Tada dijete lagano podupremo u području ramena te lakše kontroliramo položaj glave, osobito ako dlanom podupremo djetetova prsa. Ako dijete ne može samo držati ravnotežu trupa, najbolje ga je odijevati u sjedećem položaju tako da je osobi koja ga odijeva okrenuto leđima, sjedeći na stolcu. U tom se položaju dijete pridržava za bokove ako je potrebno.
- 😊 **Pri odijevanju** prvo navlačimo odjeću na stranu koja je oštećenija.
- 😊 Ne smijemo pokušavati progurati ruku kroz rukav ako osjetimo otpor u pružanju lakta. Isto tako, spastično dijete ne smijemo povlačiti za vrhove prstiju jer ono izaziva savijanje lakta i koljena.
- 😊 **Pri obuvanju cipela** nogu uvijek treba savinuti u koljenu jer time dobivamo opušteniji gležanj pa se stopalo bolje prilagođava cipeli.
- 😊 Ako djetetu moramo **promijeniti pelenu**, ispod djetetove glave i kukova dobro je staviti jastuk jer ćemo time olakšati okretanje kukova i koljena. Što je više moguće, pri pružanju fizičke podrške djetetu pri kretanju i promjeni položaja tijela, treba pružati potporanj svim glavnim dijelovima tijela.
- 😊 Dobro je pri odijevanju i svlačenju imenovati pojedine dijelove tijela i aktivnosti te rabiti situaciju za usvajanje pojmova prostornih odnosa (gore, dolje, lijevo desno), boja, odjevnih predmeta i sl. (Afrić, 2002).
- 😊 **Pri služenju toaletom**, dijete će, najvjerojatnije, trebati otpratiti i pomoći mu svladati fizičke barijere ako ih ima, a zatim pružati podršku tijekom eliminacije ako je potrebno. Jedna je od najčešćih poteškoća koje dijete s cerebralnom paralizom ima pri odlasku na nuždu nemogućnost da sjedi i opusti se, odnosno dovoljno dugo bude u položaju koji omogućuje pražnjenje crijeva i/ili mokraćnog mjehura. Uloga osobe

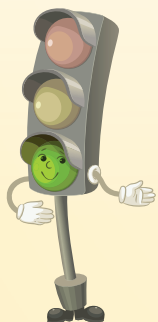
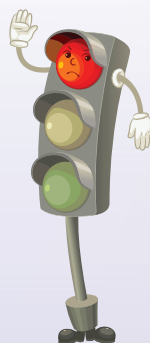


za podršku jest da pomogne djetetu zadržavati položaj na toaletu pridržavajući ga za donji dio natkoljenica i povlačeći koljena prema gore (da se opusti trbušna stijenka).

Pri hranjenju od naročite je važnosti primjerena kontrola djetetova cijelog tijela kako bismo spriječili nevoljne kretnje. To znači sljedeće:

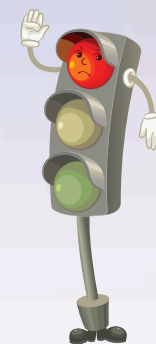
- 😊 ako dijete sjedi na stolici, potrebno je spriječiti klizanje tijela. Kukovi i koljena morali bi biti postavljeni pod pravim kutom, a noge lagano razdvojene. To znači da je potrebno pod djetetove noge podmetnuti manji stolac (tzv. hoklicu) ako je dijete nižeg rasta pa mu noge slobodno vise u zraku. Ako nemamo takav mali stolac, možemo pod noge podmetnuti i veće knjige (enciklopedije) ili improvizirati s nekim drugim čvrstim predmetima (kutijom, gajbom i sl.);
- 😊 hrana mora biti ispred djeteta, glava u srednjem položaju, a osoba koja hrani dijete mora biti licem okrenuta prema djetetu, u istoj visini ili nešto ispod glave djeteta;
- 😊 ako dijete može zdravom rukom samo prinositi hranu ustima, poželjno je hranu usitniti i pustiti dijete da samo prinosi hranu vilicom ili žlicom te pomno pratiti treba li djetetu pomoć.

Zabacivanje glave pri hranjenju treba izbjegavati jer se zabacivanjem glave unazad povećava opasnost od gušenja.



Postoji mogućnost da će biti potrebne dvije ili tri osobe za navedene radnje. Dodatnu pomoć mogu pružiti vršnjaci koji su osjetljivi na djetetovo stanje i kojima je pokazano kako se treba postupati s djetetom.

Iznimno je važno sljedeće: napadaj koji je počeo nije moguće zaustaviti, a to znači da je najstrože zabranjeno povlačenje djece da se probude, stavljanje predmeta u usta (donedavno se smatralo da je djetetu potrebno staviti remen ili špatulu u usta da se ne bi ugrizlo za jezik, no kada napadaj započne, čeljust je u grču pa svako guranje predmeta tijekom napadaja može rezultirati slomljenom čeljusti) te ostavljanje djece da budu bez nadzora za vrijeme napadaja!



Zbog oštećenja moždanih struktura u djece s cerebralnom paralizom često kao dodatnu teškoću nalazimo i epilepsiju. Iako se javlja u različitom obliku i intenzitetu, kod djece kod koje je oštećenje nastalo u najranijoj ili prenatalnoj dobi manifestira se najčešće u obliku velikih epileptičkih napadaja (grand mal). Nekoliko sati prije napadaja dijete često pokazuje određene promjene u raspoloženju, bilo da se radi o prekomjernoj euforiji ili potištenosti. Neposredno pred napadaj u polovice djece s epilepsijom javlja se takozvana aura, kao vidna ili slušna halucinacija, vrtoglavica, lažni osjeti ili trnci. Dijete se ponaša drugačije od uobičajenog, npr. čini se odsutno, gleda „kroz“ druge, nije zainteresirano za razgovor ili aktivnost. U toj fazi dijete je potrebno pomno pratiti i ako je moguće staviti ga u zasebnu prostoriju gdje će imati veći mir i tišinu, tj. gdje neće biti izloženo buci i intenzivnim podražajima. Potrebno je staviti ga u ležeći položaj na bok tako da je koljeno na strani na kojoj dijete leži svinuto, a ruka na kojoj leži ispružena ispred djeteta. Prema savjetu liječnika ili roditelja treba dati određenu terapiju. Bilo bi poželjno da terapiju daje učitelj/razrednik ili stručni suradnik pedagog, psiholog ili rehabilitator, no moguće je da će to raditi i pomoćnik. O terapiji je potrebno voditi evidenciju. Idealno bi bilo da dijete možemo smjestiti u ležeći položaj jer nakon aure dijete često padne te počinje prva faza epileptičkog napada. Dijete se ukoči, prestane disati, a koža lica poprimi modru ili sivkastu boju. Oči su većinom otvorene, no zjenice ne reagiraju na svjetlost. Ta (tonička) faza može trajati od nekoliko sekundi do jedne minute. Potom slijedi druga (klonička) faza u obliku ritmičnih trzaja cijelog tijela uz pojavu pjene na ustima koja zbog ugriza za jezik može biti krvava, a dijete se često pomokri ili isprazni crijeva. Ta faza može trajati od desetak sekundi do nekoliko minuta, a završava dubokom nesvijesti te spavanjem iz kojeg se spontano budi najkasnije za sat vremena (Grbavac, 1997). Nakon buđenja dijete će biti iscrpljeno, osjećat će umor, glavobolju, malaksalost i najčešće će se sjećati samo aure. Dijete koje ima epilepsiju moralo bi izbjegavati stanja gladi, umora, neispavanosti, stresa, ambijent koji je bučan i izvore bljeskajuće svjetlosti.



Kada napadaj započne, moguće je učiniti sljedeće:

- 😊 razmaknuti druge i/ili otvoriti prozore da dijete dobije što više zraka;
- 😊 ako je moguće, staviti mu pod glavu jastuk ili ga staviti u svoje krilo (sjesti kraj njega) kako ne bi udaralo glavom o pod za vrijeme napadaja. To je rijetko kada moguće učiniti jer su grčevi iznimno jaki, intenzivni i kratkotrajni pa je preporučljivo čim prije pozvati hitnu pomoć (i obavijestiti roditelje). Osobama koje nikada prije nisu vidjele napadaj, napadaj grand mal tipa može biti zastrašujuće iskustvo pa je nužno, nakon što se zbrine dijete s napadajem, obaviti razgovor s ostalim učenicima koji su prisustvovali napadaju.

Ljubica je učenica sedmog razreda osnovne škole koju pohađa po posebnom programu. Još kao beba imala je tumor na mozgu koji se hitno morao odstraniti. Kao posljedica toga ostale su motoričke teškoće (djelomična oduzetost desne strane tijela) i epilepsija. Ljubica gotovo svakodnevno ima epileptičke napadaje kojima prethodi tzv. inicijalni krik – djevojčica vrisne i nakon toga ima napadaj. Nastavnici se uvijek boje da Ljubica ne bi pala sa stolice za vrijeme napadaja. Nakon napadaja Ljubica je pospana i razdražljiva, zbog čega razrednica obično pozove roditelje da dođu po nju. S obzirom na učestalost napadaja, Ljubica ima značajnijih problema u svladavanju gradiva i boravku u školi općenito. Dakle, dijete koje ima epilepsiju zahtijeva kontinuiranu podršku i praćenje, ne samo tijekom napadaja, već za vrijeme cijelog boravka u školi, kao i odlaska i dolaska u školu. Zato je iznimno važna kvalitetna suradnja s roditeljima i postojanje mreže podrške u razredu i izvan razreda.

Dijete koje ima epilepsiju češće dobiva napadaje u stresnim situacijama (ispitivanja, odgovaranja, svađe s vršnjacima, problemi u obiteljskoj dinamici ili odnosima s okolinom općenito), pojave bolesti (prehlade, upale i sl.), a kod djevojčica u razdoblju prije ili tijekom mjesečnice. To znači da se u vremenu predpuberteta i puberteta stanje pogoršava zbog čega je bitno pomno praćenje djetetova stanja i suradnja s roditeljima.



ZA ONE KOJI ŽELE ZNATI VIŠE:

Više o tehnikama postupanja s djecom s cerebralnom paralizom predškolske i osnovnoškolske dobi može se naći na internetu. Ovdje izdvajamo priručnik udruge roditelja „Oko“:

http://www.udrugaoko.hr/_images/documents/_1_baby_handling_round_finale.pdf

Hrvatska udruga za epilepsiju: www.epilepsija.hr

8. Nužnost suradnje s obiteljima i stručnjacima

Činjenica je kako je za uspješan razvoj i napredak djeteta nužna suradnja s obiteljima, točnije roditeljima. Djetetu je potrebna pomoć vlastite obitelji budući da je ona najvažnije okruženje u kojemu dijete odrasta. Kao odgojno-obrazovni stručnjaci, učitelji i pomoćnici trebaju razumjeti specifičnosti dinamike odnosa u obitelji djece s teškoćama u razvoju. Što se tiče konkretne suradnje s roditeljima, oni mogu dati značajne podatke o djetetovim potrebama, prenijeti ono što vide kod kuće, dati savjete za strategije koje bi kod njihove djece mogle najbolje djelovati itd. Za uspješnu suradnju ne postoje recepti i točne upute, neke obitelji trebaju više podrške nego druge. Zbog toga je potrebno prilagoditi se svakoj obitelji i upoznati individualno obiteljsku situaciju. U tome nam mogu pomoći i prethodna iskustva suradnje s obiteljima, ali i razmjena iskustava s drugim sustručnjacima i kolegama. Krajnji cilj kvalitetne suradnje svakako je dobrobit djeteta ali i pomoć roditeljima.

Autori Kostelnik, Onaga, Rohde i Whiren (2004) navode preporuke za promicanje dobrih odnosa između obitelji i odgojno-obrazovne ustanove:

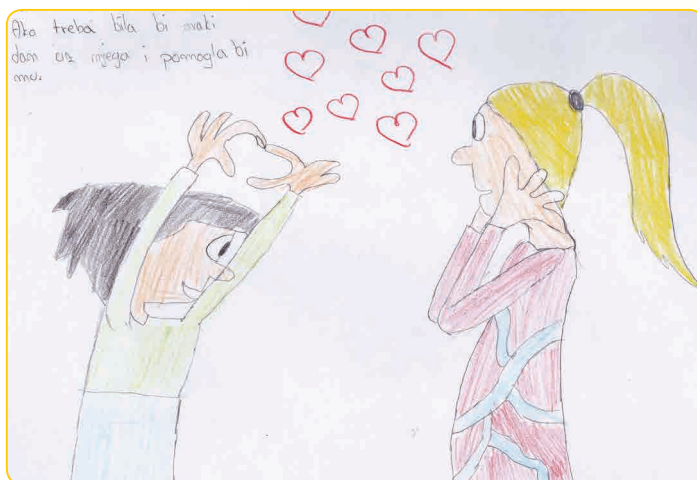
1. stvoriti okruženje u kojem će se članove obitelji cijeniti kao one koji imaju najviše utjecaja u životima svoje djece te kao ključne partnere u odgoju i obrazovanju djece;
2. uvažiti činjenicu kako je samopoštovanje roditelja i užih članova obitelji sastavni dio djetetova razvoja te ga treba jačati pozitivnim odnosom obitelji prema školovanju djeteta;
3. što više uključiti članove obitelji u odlučivanje o djetetu i o cjelokupnom školovanju;
4. omogućiti članovima obitelji prisutnost u školi kada god je to moguće u radu s djetetom;
5. promicati razmjenu informacija i ideja između članova obitelji i učitelja/asistenta jer bi dijete od toga moglo imati višestruku korist (primjerice, saznati kako dijete kod kuće komunicira, s kim se druži, što voli i ne voli, što ga ljuti i sl.) te
6. osigurati djeci koja se tek uključuju u odgojno-obrazovni sustav lagan prijelaz iz obiteljske u školsku sredinu.

Mnoge obitelji traže pomoć u obliku informacija o njezi i radu sa svojom djecom. Potrebno je pomoći roditeljima što je više moguće kako ne bi bili ovisni isključivo o stručnjacima rehabilitatorima. Autorice Stafford i Daniels (2003) navode savjete za uspješnu suradnju, a smatraju kako je za početak nužno roditeljima omogućiti različite oblike komunikacije. S nekim roditeljima bit će lakše ostvariti pisanu komunikaciju (bilo SMS-om, pismom, e-poštom i sl.) dok je drugima draža neposredna komunikacija sa stručnjacima i učiteljima koji provode vrijeme u odgojno-obrazovnoj ustanovi s njihovim djetetom. Kako god bilo, potrebno je prilagoditi se roditeljima i njihovim potrebama. Kada je komunikacija intenzivnija (redovita i česta), roditelji se osjećaju bolje i kompetentnije za rad sa svojom djecom, a time jačaju i samopouzdanje djece. Ono što je također važno jest donošenje odluka vezanih za dijete uvijek u dogovoru s roditeljima. Oni najbolje poznaju svoje dijete i ostvarivanjem dobre suradnje s njima možemo saznati više o djetetu (njegove strahove, frustracije, raspoloženja) i definirati vrste i obim podrške. Nadalje, ako pozitivno i otvoreno razmišljamo o obitelji, bez pritiska i osuđivanja, oni će postati partneri u odgoju i obrazovanju njihove djece te neće doći do otuđivanja od škole. Tako Bizjak Igrec i sur. (2014) navode kako partnerski odnos treba biti temeljen na:

- ✓ jasno postavljenim ciljevima i očekivanjima
- ✓ jasno istaknutim pravima i obvezama
- ✓ dvosmjernoj komunikaciji (odnosno trosmjernoj kada imamo i pomoćnika u nastavi uključenog u proces odgoja i obrazovanja djeteta)
- ✓ međusobnoj potpori i poštovanju
- ✓ razumijevanju i priznanju za trud (nastojanje)
- ✓ priznavanju različitosti i međuovisnosti
- ✓ uvažavanju roditelja
- ✓ zajedničkom donošenju odluka i zajedničkom snošenju odgovornosti te
- ✓ uključenosti roditelja u rad škole.

S obzirom na to da su djeca s teškoćama u razvoju često uključena u neke oblike terapije i rehabilitacije, kvaliteta odgojno-obrazovnog procesa može se podići i integriranjem određenih terapijskih postupaka u svakodnevni pedagoški rad. Informacije i upute koje se tiču terapije i rehabilitacije moguće je dobiti upravo od ljudi koji ju i provode, tj. liječnika, rehabilitatora, terapeuta i sl. Važno je da kontakti ne budu roditelju „iza leđa“, tj. roditelji moraju znati da ćete stupiti u kontakt sa stručnjacima. Suradnja s drugim stručnjacima omogućit će nam bolje upoznavanje djeteta s teškoćama u razvoju i razradu strategija i metoda rada s njim te prilagodbu isključivo njemu i njegovim potrebama, sposobnostima i mogućnostima.

Za kraj bitno je naglasiti da, kada se donose konkretni planovi za rad s djetetom, kao i kad se postavljaju konkretni ciljevi koje bi dijete trebalo postići, svi sudionici moraju biti uključeni u proces (Velki, 2012). To znači da mora postojati suglasnost i jasan dogovor oko podjele zadataka i odgovornosti između roditelja, učitelja i pomoćnika u nastavi. Ako želimo da dijete napreduje i postigne uspjeh, onda jednaka pravila ponašanja, kao i druge odgojne metode, treba slijediti u školi, u radu s pomoćnikom u nastavi i učiteljicom, kao i kod kuće. Također je vrlo važno uključiti i samo dijete u cijeli proces. Često smo skloni donositi odluke za koje smatramo da su u djetetovom najboljem interesu, a da pritom nismo dijete pitali o njegovim ciljevima, njegovom viđenju određene situacije i/ili problema, kao i o njegovim željama i interesima. Ako prethodno razgovaramo s djetetom o njegovim potrebama i ciljevima te ga aktivno uključimo u stvaranje plana rada, metoda poticanja i motiviranja i sl., dijete će osjetiti veću kontrolu nad svojom situacijom, kao i veću odgovornost i uključenost u sam proces, što će rezultirati time da će biti spremnije na suradnju. Iako se djeca s određenim razvojnim teškoćama mogu ponašati na sličan način, bitno je zapamtiti da je svako dijete posebno, individua za sebe, sa svojim željama, interesima, motivima, i ako mu pristupimo na takav način, sigurno ćemo imati više uspjeha u radu.



Iva D., 5. r.



ZA ONE KOJI ŽELE ZNATI VIŠE:

Besplatne aplikacije za pomoć u učenju i komunikaciji djece s teškoćama i posebnim komunikacijskim potrebama:

Kompetencijska mreža zasnovana na informacijsko-komunikacijskim tehnologijama za inovativne usluge namijenjene osobama sa složenim komunikacijskim potrebama (ICT-AAC)

<http://www.ict-aac.hr/index.php/hr/pocetna>

9. Umjesto zaključka

Rad s djecom s teškoćama u razvoju u školskom okruženju: priručnik za pomoćnike u nastavi predstavlja samo kratak prikaz najučestalijih teškoća u razvoju kao i osnovnih savjeta kako primjereno organizirati školsko okruženje. Smatramo ga praktičnim početnim nastavnim materijalom za osobe koje se prvi put u životu susreću s problematikom rada s djecom s teškoćama u razvoju. Ono što želimo naglasiti to je da je ovaj priručnik samo „prva pomoć“ koja pomaže u prepoznavanju i trenutačnom ublažavanju nastalih problema. To podrazumijeva da će osobe uključene u ovako složenu problematiku nastaviti proces edukacije i savjetovanja sa stručnjacima kako bi osigurali optimalne uvjete za razvoj djeteta s kojim rade.

Ono što za kraj želimo istaknuti potencijalni su problemi i teškoće s kojima smo se susrele u radu na ovom projektu, a koje nužno moraju prepoznati osobe koje će se nastaviti baviti ovom tematikom. Postojeći projekt nastao je nakon dugog niza godina apeliranja i traženja pomoći od strane roditelja, raznih udruga i nastavnika za rad s učenicima s teškoćama u razvoju. Svakome tko je trenutačno uključen u ovaj proces jasno je da ovaj i slični projekti predstavljaju svojevrsnu intervenciju, odnosno „gašenje požara“ kad je situacija već poprilično eskalirala. Cilj nam je u budućnosti, osim intervencijskih programa koji su nužni, razviti i različite programe preventivnog djelovanja. Mnoge od spomenutih teškoća u razvoju pojavljuju se vrlo rano u djetinjstvu i često ostaju neprepoznate do polaska u školu, a ako ih se i prepozna, ne postoji primjeren način integracije i rada s takvom djecom. Posebice su problem predškolske ustanove koje zbog svoje organizacijske strukture nemaju ustrojene mehanizme rješavanja problema suspektosti na teškoće u razvoju. Kako dječji vrtić nije obavezan niti propisan zakonom (izuzev nekoliko mjeseci predškole), nerijetko se djeca s teškoćama u razvoju ispisuju iz svoje vrtićke grupe jer odgojiteljice nisu dovoljno kompetentne, a nemaju ni potporu (u vidu pomoćnika u vrtićima i savjetovanja od strane stručnih suradnika) za rad s djecom s teškoćama u razvoju. Upravo djeca s teškoćama u razvoju koja su u toj dobi najranjivija za razvoj komorbiditeta i dodatnih komplikacija ostaju uskraćena za stručnu pomoć, rad i rehabilitaciju. Stoga su u budućnosti nužni kvalitetni programi prevencije, screeninga i rane intervencije koji će se ciljano baviti ovom skupinom djece od njihovih najranijih dana. Nadalje, dodatnu poteškoću stvara prijelaz djeteta iz vrtića u osnovnu školu te prijelaz iz osnovne u srednju školu, odnosno pitanje tranzicije iz jednog u drugi odgojno-obrazovno kontekst. U sadašnjoj praksi ne postoji kontinuitet u radu s djecom s teškoćama u razvoju. Dokumentacija koju dijete zbog razvojnih teškoća posjeduje u osnovnoškolskoj ustanovi ne odlazi s njim u srednjoškolsku ustanovu i nije dostupna za nove nastavnike koji će s tim djetetom raditi. Informacije o kakvoj se teškoći radi, koje su se metode pokazale uspješne u radu s djetetom, koje su preporuke stručnjaka i sl. srednjoškolski nastavnici dobivaju ako su roditelji voljni

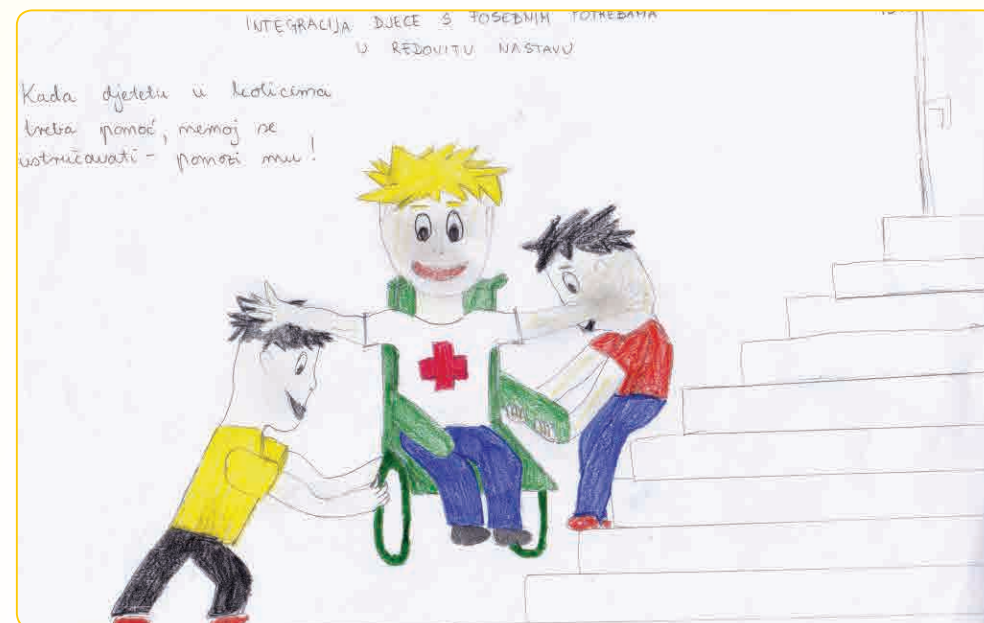
dati takve informacije i prateću dokumentaciju. Ovakve situacije dodatno otežavaju rad i napredak djeteta jer se mnogo vremena i energije troši kako bi se uopće utvrdilo koje su specifične djetetove potrebe kao i koje su prikladne metode rada. Nadalje, profesionalna orijentacija, koja nije obvezna, a trebala bi pomoći pri odabiru budućeg zanimanja učenika s teškoćama u razvoju, često se temelji samo na iskazanim interesima i željama učenika te školskom uspjehu, a ne uzimaju se u obzir realne prepreke s kojima se takav učenik svakodnevno susreće u životu i koje mu onemogućuju kvalitetno obavljanje određenih zanimanja. Dodatni se problem javlja jer u srednjim školama nije predviđeno uključivanje pomoćnika u nastavi kao oblik podrške učenicima, a također i velik broj srednjih škola na području Osječko-baranjske županije nema zaposlene stručne suradnike. Nastavnici su često prepušteni da se sami nose sa situacijom te ovisno o njihovim kompetencijama, dodatnim edukacijama, usavršavanju i sl. sposobni su manje ili više uspješno obrazovati navedenu skupinu učenika. U takvim okolnostima postoji nekoliko mogućih rješenja. Jedno je od njih povećanje broja zaposlenih stručnih suradnika na svim razinama (dječji vrtići, osnovne škole i srednje škole), kao i uvođenje novog radnog mjesta u navedenim ustanovama, a to je pomoćnik u dječjem vrtiću, odnosno pomoćnik u nastavi, koji će biti educiran i kompetentan za individualni rad s djecom s teškoćama u razvoju. Također su i dodatne edukacije nastavnika, posebice u školama gdje nema stručnih suradnika, nužan preduvjet za osiguranje kvalitetnog obrazovanja učenika s teškoćama u razvoju. Još je jedno moguće rješenje osnivanje mobilnih stručnih timova za srednje škole, koji će onda u skladu s potrebama škole i, naravno, njezinih učenika dati podršku i pomoći u postizanju kriterija inkluzivnog obrazovanja.

Ono što u ovom trenutku možemo zaključiti to je da nužna reforma postojeće prakse i sustava odgoja i obrazovanja djece, i to kontinuiranim praćenjem odgoja i obrazovanja djece s teškoćama u razvoju kao i osiguranje dodatne odgojno-obrazovne pomoći (u vidu uvođenja pomoćnika u nastavi i povećanja broja stručnih suradnika) kako bismo im omogućili da ostvare svoje pravo na primjereno obrazovanje, odnosno obrazovanje, koje u najvećoj mogućoj mjeri razvija djetetovu osobnost, talente te mentalne i tjelesne sposobnosti.

Stoga ovaj priručnik predstavlja naš doprinos poboljšanju odgojno-obrazovnog procesa i poticanju socijalne inkluzije djece s teškoćama u razvoju.

**Želimo Vam uspjeh u radu s djecom
s teškoćama u razvoju u školskom okruženju!**

Doc. dr. sc. Tena Velki i dr. sc. Ksenija Romstein



Antonija D., 7. r.

**ZAHAVLJUJEMO SVIM UČENICIMA
ŠTO SU NAM USTUPLILI SVOJE
PREDIVNE CRTEŽE ZA POTREBE
OVOG PRIRUČNIKA!**

Literatura

1. Afrić, M. (2002). *Edukacija roditelja djeteta s cerebralnom paralizom: program aktivnosti svakodnevnog života*. Zagreb: ERF (diplomski rad).
2. Američka psihijatrijska udruga (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
3. Ayres, A. J. (2002). *Dijete i senzorna integracija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
4. Barkley, R. A. (2000). *Taking charge of ADHD*. New York: The Guilford Press.
5. Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
6. Bell-Dolan, D. J., Last, C. G. i Strauss, C. C. (1990). Symptoms of anxiety disorders in normal children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 759 – 765.
7. Bernstein, G. A. i Borchardt, C. M. (1991). Anxiety disorders in childhood and adolescence: A critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 519 – 532.
8. Biondić, I. (1993). *Integrativna pedagogija*. Zagreb: Školska knjiga.
9. Bjelica, J., Galić-Jušić, I, Pavlić-Cottiero, A., Posokhova, I., Prvčić, I. i Rister, M. (2005). *Priručnik o disleksiji, disgrafiji i sličnim teškoćama u čitanju, pisanju i učenju*. Zagreb: HUD.
10. Bouillet, D. (2010). *Izazovi integriranog odgoja i obrazovanja*. Zagreb: Školska knjiga.
11. Bujas Petković, Z. (1995). *Autistični poremećaj: dijagnoza i tretman*. Zagreb: Školska knjiga.
12. Buysse, V., Skinner, D. i Grant, S. (2001). Toward a definition of quality inclusion: perspectives of parents and practitioners. *Journal of early intervention*, 24, 146 – 161.
13. Crick, N. R. i Dodge, K. A. (1996). Social information – processing mechanisms in reactive and proactive aggression. *Child development*, 67, 993 – 1002.



14. Davison, G. C. i Neale, J. M. (1996). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
15. Državni zavod za statistiku RH (2011). Izvješće br. 1442: *Osnovne škole i dječji vrtići i druge pravne osobe koje ostvaruju programe predškolskog odgoja, kraj šk. g. 2009/2010. i početak šk. g./ped. g. 2010/2011*. Preuzeto 10. 4. 2015. s http://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2011/SI-1442.pdf
16. Državni zavod za statistiku RH (2014). Izvješće br. 1520: *Osnovne škole i dječji vrtići i druge pravne osobe koje ostvaruju programe predškolskog odgoja, kraj šk. g. 2012/2013. i početak šk. g./ped. g. 2013/2014*. Preuzeto 10. 4. 2015. s http://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2014/SI-1520.pdf
17. Dulčić, A. i Kondić, Lj. (2002). *Djeca oštećena sluha: priručnik za roditelje i udomitelje*. Zagreb: Alinea.
18. Earls, F. (1994). Oppositional defiant and conduct disorders. U M. Rutter, E. Taylor i L. Hersov (ur.), *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches* (str. 308 – 329). Oxford: Blackwell Scientific Publications.
19. Essau, C.A. i Conradt, J. (2006). *Agresivnost u djece i mladeži*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
20. Gardner, W. (2002). *Emocionalni i edukacijski razvoj djece s poremećajem pažnje i hiperaktivnosti*. Zagreb: Hrvatska udruga za stručnu pomoć djeci s posebnim potrebama IDEM (interni materijal).
21. Grbavac, Ž. (1997). *Neurologija*. Zagreb: A. G. Matoš.
22. Hallahan, D. P. i Kauffman, J. M. (1994). *Exceptional children: introduction to special education*. Boston: Allyn & Bacon.
23. Ivančić, Đ. i Stančić, Z. (2013). *Stvaranje inkluzivne kulture škole*. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 49, 139 – 157.
24. Jensen, E. (2004). *Različiti mozgovi, različiti učenici: Kako doprijeti do onih do kojih se teško dopire*. Zagreb: Educa.
25. Kazdin, A. E. i Marciano, P. L. (1998). Childhood and adolescent depression. U: E. J. Mash i R. A. Barkley (ur.). *Treatment of Childhood Disorders* (str. 211 – 248). New York, London: The Guilford Press.
26. Kazdin, A. E. (1990). *Childhood depression*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 121 – 160.
27. King, N. J., Gullone, E., Tonge, B. J. i Ollendick, T. H. (1993). Self-reports of panic attacks and manifest anxiety in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 111 – 116.
28. Kocijan-Hercigonja, D. (2000). *Mentalna retardacija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
29. Kocijan-Hercigonja, D. (2008). *Poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću (ADHD)*. Preuzeto 15. 4. 2009. s www.psihonet.com
30. Kocijan-Hercigonja, D., Buljan-Flander, G. i Vučković, D. (1997). *Hiperaktivno dijete: uznemireni roditelji i odgajatelji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
31. Kostelnik, M. J., Onaga, E., Rohde, B. i Whiren, A. (2004). *Djeca s posebnim potrebama: priručnik za odgajatelje, učitelje i roditelje*. Zagreb: Educa.
32. Kudek Mirošević, J. i Granić, M. (2014). *Uloga edukacijskog rehabilitatora – stručnog suradnika u inkluzivnoj školi*. Zagreb: Alfa.
33. Lebedina Manzoni, M. (2006). *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
34. Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M. i Reeve, A. (2002). *Mental retardation: definition, classification, and system of support*. Washington DC: AAMR.
35. Mash, E. J. i Barkley, R. A. (2006). *Treatment of childhood disorders* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
36. McGee, R. Feehan, M., Williams, S. M., Partridge, F., Silva, P. A. i Kelly, J. L. (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 611 – 619.
37. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi (2011). *Program prevencije samoubojstava kod djece i mladih, za razdoblje od 2011. do 2013. godine*. Zagreb.
38. Mrđen, L. J. i Puhovski, S. (2006). *Hiperaktivno dijete*. Zagreb: Poliklinika za zaštitu djece grada Zagreba.
39. Mrug, S., Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S., Arnold, L. E., Hechtman L. i Pelham, W. E. (2009). Discriminating between children with ADHD and classmates using peer variables. *Journal of Attention Disorder*, 12, 372 – 389.
40. Muris, P. (2007). *Normal and abnormal fear and anxiety in children and adolescents*. Oxford: Elsevier.
41. Mustać, V. i Vicić, M. (1996). *Rad s učenicima s teškoćama u razvoju u osnovnoj školi*. Zagreb: Školska knjiga.
42. MZOŠ (2005). *Hrvatski nacionalni obrazovni standard*. Preuzeto 15. 2. 2015. s <http://public.mzos.hr/fgs.axd?id=14193>
43. MZOŠ (2010). *Nacionalni okvirni kurikulum za predškolski odgoj i obrazovanje te opće obvezno i srednjoškolsko obrazovanje*. Preuzeto 24. 8. 2010. s <http://public.mzos.hr/Default.aspx?sec=2685>



44. MZOŠ (2015). *Nacrt prijedloga Pravilnika o pomoćnicima u nastavi i stručnim komunikacijskim posrednicima*. Preuzeto 20. 3. 2015. s <http://public.mzos.hr/Default.aspx?art=13670>
45. Ollendick, T. H. (1995). Cognitive-behavioral treatment of panic disorder with agoraphobia in adolescents: A multiple baseline design analysis. *Behavior Therapy*, 26, 517 – 531.
46. Patterson, G. R. i Yoerger, K. (2002). A developmental model for early and late-onset delinquency. U: J. B. Reid, G. R. Patterson i J. Snyder (ur.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (str. 147 – 172). Washington, DC: American Psychological Association.
47. Petz, B. (ur.) (2005). *Psihologijski rječnik*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
48. Rapee, R. M. (1991). Generalized anxiety disorder: A review of clinical features and theoretical concepts. *Child Psychology Review*, 11, 419 – 440.
49. Schwartz, D., Dodge, K. A., Coie, J. D., Hubbard, J. A., Cillessen, A. N. H., Lemerise, E. A. i Bateman, H. V. (1998). Social-cognitive and behavioral correlates of aggression and victimization in boys' play groups. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 431 – 440.
50. Sharma, M. C. (2001). *Matematika bez suza*. Zagreb: VBZ.
51. Shearer, J., Butcher, C. i Pearce, A. (2006). *Quality Educational Practices for Students with Asperger Syndrome*. Sydney: MAC.
52. Stafford, K. i Daniels, E. (2003). *Kurikulum za inkluziju: razvojno-primjereni program za rad s djecom s posebnim potrebama*. Zagreb: Korak po korak.
53. Stančić, V. (1991). *Oštećenja vida: biopsihosocijalni aspekti*. Zagreb: Školska knjiga.
54. Stančić, Đ. i Ivančić, Z. (2002). Didaktičko-metodički aspekti rada s učenicima s posebnim potrebama. U: L. Kiš-Glavaš i R. Fulgosi-Masnjak (ur.), *Do prihvaćanja zajedno: integracija djece s posebnim potrebama u redovnoj školi* (str. 132 – 180). Zagreb: Hrvatska udruga za stručnu pomoć djeci s posebnim potrebama IDEM.
55. Šimleša, S. i Ljubešić, M. (2009). Aspergerov sindrom u dječjoj dobi. *Suvremena psihologija*, 12, 373 – 389.
56. Tarczay, S. (2007). Gluhosljepoća – jedinstveno oštećenje. *Ljetopis socijalnog rada*, 14, 143 – 153.
57. UN (1989). *Konvencija o pravima djeteta*. Preuzeto 27. 4. 2010. s <http://www.public.mzos.hr/fgs.axd?id=16889>
58. UN (2007). *Konvencija o pravima osoba s invaliditetom*. Preuzeto 30. 4. 2010 s www.mspm.hr/content/download/8270/65125/file/Konvencija_UN.pdf
59. UNESCO (2008). *EFA Global Report: Education for All by 2015: Will we make it?* Paris; UNESCO.
60. Uzelac, S. (1995). *Socijalna edukologija – osnove socijalne edukologije mladih s poremećajima u socijalnom ponašanju*. Zagreb: Sagena.
61. Velki, T. (2012). *Priručnik za rad s hiperaktivnom djecom u školi*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
62. Vlada Republike Hrvatske (2007). *Nacionalna strategija izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom od 2007. do 2015. godine*. Preuzeto 27. 4. 2010. s <http://public.mzos.hr/fgs.axd?id=16886>
63. Vulić-Prtorić, A. (2006). Anksiozna osjetljivost: fenomenologija i teorije. *Suvremena psihologija*, 9, 171 – 193.
64. Vulić-Prtorić, A. (2004). *Depresivnost u djece i adolescenata*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
65. Vulić-Prtorić, A. (2002). Strahovi u djetinjstvu i adolescenciji. *Suvremena psihologija*, 5, 271 – 293.
66. Vulić-Prtorić, A. (2001). Razvojna psihopatologija. *Radovi Filozofskog fakulteta u Zadru*, 40, 161 – 186
67. Warren, D.H. (1994). *Blindness and children: an individual differences approach*. Cambridge: Cambridge University Press.
68. Wenar, C. (2003). *Razvojna psihopatologija i psihijatrija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
69. WHO (2008). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneve: WHO.
70. Zergollern, Lj. (ur.) (1994). *Pedijatrija 2*. Zagreb: Naprijed.

Zakoni i pravilnici:

1. XXX (2014). *Zakon o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi*. NN 152/14.
2. XXX (2014). *Pravilnik o postupku utvrđivanja psihofizičkog stanja djeteta, učenika te sastavu stručnih povjerenstava*. NN 67/14
3. XXX (2015). *Pravilnik o osnovnoškolskom i srednjoškolskom odgoju i obrazovanju učenika s teškoćama u razvoju*. NN 24/15.



Prilog

POPIS UDRUGA I INSTITUCIJA KOJE SKRBE ZA DJECU I MLADE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU NA PODRUČJU OSJEČKO-BARANJSKE ŽUPANIJE

Naziv	Djelatnost	Adresa	Telefon, e-adresa	Mrežna stranica
Poliklinika za rehabilitaciju slušanja i govora SUVAG	Rehabilitacija govora i sluha; Rana intervencija; ORL ambulanta	Ulica J. J. Strossmayera 6, 31 000 Osijek	031/283-738 poliklinika.suvag@os.t-com.hr	www.poliklinika-suvag.hr
Centar za odgoj i obrazovanje „Ivan Štark“ Osijek	Odgoj i obrazovanje djece s težim teškoćama u razvoju	Drinska 12 B, 31 000 Osijek	031/274-811 centar@centar-istark-os.skole.hr	www.centar-istark-os.skole.hr
Škola za osposobljavanje i obrazovanje Vinko Bek	Odgoj i obrazovanje slijepe i slabovidne djece, mladeži i odraslih	Vinkovačka 3, 31 000 Osijek	031/201-850	----
Dom za odgoj djece i mladeži	Javna ustanova socijalne skrbi	Vinkovačka 61, 31 000 Osijek	031/274-272 dom-mladezi-uprava@os.t-com.hr	http://domzaodgoj-osijek.hr/wp/
Psihorehabilitacijski centar za djecu i mlade, Osijek	Rad s djecom, mladima i njihovim obiteljima	Ribarska 4, 31 000 Osijek	031/328-508 095/596-4702 psihorehabilitacijski. centar@gmail.com	http://www.pcdm. hr/
Centar za socijalnu skrb, Beli Manastir	Ustanova socijalne skrbi s javnim ovlastima	K. Tomislava 37, 31 300 Beli Manastir	031/705-155 czssbm@email.t-com.hr	----
Centar za socijalnu skrb, Donji Miholjac	Ustanova socijalne skrbi s javnim ovlastima	Vukovarska 7, 31 540 Donji Miholjac	031/631-525 czss.dm@email.t-com.hr	http://www.czss-donjimiholjac.hr/
Centar za socijalnu skrb, Đakovo	Ustanova socijalne skrbi s javnim ovlastima	P. Preradovića 2a, 31 400 Đakovo	031/813-331	http://www.czss-djakovo.hr/
Centar za socijalnu skrb, Našice	Ustanova socijalne skrbi s javnim ovlastima	A. Mihanovića bb, 31 500 Našice	031/615-533 031/613-411 czssnasice@gmail.com	----
Centar za socijalnu skrb, Osijek	Ustanova socijalne skrbi s javnim ovlastima	Gundulićeva 22, 31 000 Osijek	031/212-400	http://czss-osijek.hr/
Centar za socijalnu skrb, Valpovo	Ustanova socijalne skrbi s javnim ovlastima	Matije Gupca 11, 31 550 Valpovo	031/651-123 031/651-920 czssvalpovo@gmail.com	----
Savjetnik pravobraniteljice za djecu – samostalni izvršitelj u Osijeku	Zaštita prava i interesa djece	Šetalište Petra Preradovića 7/I, 31 000 Osijek	031/213-098 031/213-072 info@djete.hr	----
Zavod za javno zdravstvo Osječko-baranjske županije, Služba za školsku medicinu	Ostvarivanje temeljne svrhe javnog zdravstva	F. Krežme 1, 31 000, Osijek	Osijek: 031/225-751 Đakovo: 031/815-118 Belišće: 031/665-106 Našice: 031/615-681 Beli Manastir: 031/705-173	http://www.zjzjosijek.hr/
Udruga gluhooslijepe osoba Grada Osijeka i Osječko-baranjske županije	Pomoć gluhooslijepe osobama	J. J. Strossmayera 1, 31 000, Osijek	031/283-676 091/152-2157 ugso.os@gmail.com	http://ugso.blogger. index.hr
Udruga za pomoć osobama s mentalnom retardacijom	Pomoć djeci i odraslima s teškoćama u razvoju	Trg F. Tuđmana 4, 31 400 Đakovo	031/812-326 031/840-428	http://www.uzmrdj.hr/

Udruga za poremećaj pozornosti (ADD) i poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću (ADHD) Živo Srebro	Pomoć djeci s poremećajem pažnje i poremećajem pažnje s hiperaktivnošću	J. J. Strossmayera 1/I, 31 000 Osijek	zivo.srebro@net.hr	https://www.facebook.com/zivo.srebro
Udruga za rad s mladima Breza	Savjetovalište za obitelj i mlade	L. Jägera 12, 31000 Osijek	031/272-583 udruga.breza@gmail.com	http://www.breza.hr/portal/
Udruga slijepih Osječko-baranjske županije	Pomoć slijepim osobama	Sv. Ane 55, 31 000, Osijek	031/373-010 udruga.slijepih.osijek@gmail.com	http://www.udruga-slijepih-osijek.hr/
Udruga Novi dan	Klub roditelja i djece s teškim invaliditetom	Ćelijska 40, 31 000 Osijek	091/930-1931 udruga.novidan@gmail.com	https://novidan.fullbusiness.com
Udruga obitelji djece s autizmom „Dar“	Klub obitelji djece s autizmom	Krbavska 1, 31 000 Osijek	031/629-170	----
Udruga za Down sindrom Osječko-baranjske županije i grada Osijeka	Pomoć djeci i obiteljima s Down sindromom	Zagrebačka 10, 31000 Osijek	099/222-9191	http://www.udruga-down-obz.hr/
Udruga djece i mladih s poteškoćama u razvoju „Zvono“	Unaprjeđenje života djece i mladih s poteškoćama u razvoju te pomoć roditeljima	Hebranga 12, 31 551 Belišće	031/662-535 zvono@os.t-com.hr	http://udrugazvono.hr/zvono/
Udruga Mogu	Terapijsko, rekreacijsko i sportsko jahanje	Pampas bb, P.P. 622, 31 106 Osijek	031/307-300 098/372-651	www.mogu.hr
Udruga roditelja djece oboljele i liječene od malignih bolesti Moje dijete	Pomoć roditeljima i zaštita djece	T. Smičiklase 2, 31 000 Osijek	098/921-9007 mojedijete@mojedijete.hr	http://www.mojedijete.hr/index.html
Udruga osoba s invaliditetom, Našice	Pomoć osobama s invaliditetom	K. Tomislava 6, 31 500 Našice	031/611-452 udruga.osoba.s.invaliditetom@os.t-com.hr	http://uosin.hr/
Društvo za pomoć mentalno retardiranim osobama	Podrška, pomoć i samopomoć osobama s intelektualnim poteškoćama	Solarski trg 2, 31 000 Osijek	031/283-999 091/517-6563 društvo.mro.osijek@gmail.com	www.drustvomro.hr
Društvo invalida cerebralne i dječje paralize	Pomoć osobama s cerebralnom i dječjom paralizom	M. Divalta 163, 31 000 Osijek	031/530-530 dicidp@os.t-com.hr	----
Baranjski leptirici Udruga roditelja djece s posebnim potrebama	Unapređivanje kvalitete života, medicinske i socijalne zaštite djece s posebnim potrebama i njihovih obitelji	Kralja Zvonimira 81, 31 300 Beli Manastir	099/639-74-98 baranjski.leptirici@gmail.com	www.baranjski-leptirici.hr



Životopisi

Urednice

Doc. dr. sc. Tena Velki, psiholog

Rođena je u Osijeku 8. srpnja 1984. godine gdje je završila osnovnu školu i III. gimnaziju. Studij psihologije završila je 2008. kao najbolja studentica na Filozofskom fakultetu u Osijeku te je za izvrstan uspjeh primila i Dekanovu nagradu. Za osobito vrijedan psihologijski diplomski rad primila je Bujasovu zlatnu psihologijsku značku. Iste godine upisala je Poslijediplomski doktorski studij psihologije na Filozofskom fakultetu u Zagrebu. Tijekom 2011. godine primila je stipendiju Zaklade Adris kao najbolja doktorandica u državi. Doktorirala je 2012. na Filozofskom fakultetu u Zagrebu s temom Provjera ekološkoga modela dječjega nasilničkoga ponašanja prema vršnjacima. Sudjelovala je na više od 30 međunarodnih i domaćih znanstveno-stručnih skupova. Objavila je više znanstvenih i stručnih radova te autorsku knjigu Priručnik za rad s hiperaktivnom djecom u školi. Od 2013. godine radi kao docentica iz područja razvojne psihologije na Fakultetu za odgojne i obrazovne znanosti u Osijeku te kao vanjska suradnica na Elektrotehničkom i Filozofskom fakultetu u Osijeku. Voditeljica je projekta Pomoćnici u nastavi na Fakultetu za odgojne i obrazovne znanosti (koji je partner u projektu Osječko-baranjskoj županiji i stručni suradnik Gradu Osijeku), kao i nositeljica Programa osposobljavanja pomoćnika za djecu s teškoćama u razvoju i osobe s invaliditetom.

Dr. sc. Ksenija Romstein, prof. rehabilitator

Rođena je u Osijeku 4. svibnja 1977. gdje je završila osnovnu školu i srednju Medicinsku školu, smjer medicinska sestra. Završetkom srednje škole upisuje studij Predškolskog odgoja na Pedagoškom fakultetu u Osijeku, nakon čega upisuje studij Edukacijske rehabilitacije na Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Doktorirala je 2014. na Filozofskom fakultetu u Zagrebu s temom Dimenzije inkluzivne prakse u institucijskom predškolskom odgoju (polje društvenih znanosti, područje pedagogija, grana posebna pedagogija). Ima višegodišnje iskustvo u izravnom radu s djecom s teškoćama u razvoju, a od 2006. zaposlena je na Fakultetu za odgojne i obrazovne znanosti u Osijeku. Objavila je više od 30 znanstvenih i stručnih radova na temu inkluzivnog odgoja i obrazovanja.

Autorice

Ivana Duvnjak, prof. psihologije

Završila je Filozofski fakultet Osijek, smjer diplomirani psiholog/profesor psihologije. Sudjelovala je na više znanstveno-stručnih domaćih i međunarodnih skupova te ima nekoliko objavljenih znanstvenih i stručnih radova. Radila je kao asistent u nastavi za djecu s teškoćama u razvoju te više od pet godina kao stručni suradnik – psiholog u osnovnim školama. Trenutačno je upisna na Poslijediplomskom doktorskom studiju psihologije na Filozofskom fakultetu u Rijeci te radi kao asistentica na Filozofskom fakultetu u Osijeku, na mjestu asistentice iz područja opće psihologije.

Jelena Soudil-Prokopec, prof. defektolog

Završila je Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet u Zagrebu, smjer profesor defektolog/rehabilitator, smjer rehabilitator za područja intelektualnih teškoća, poremećaja iz autističnog spektra, oštećenja vida, motoričkih oštećenja i kroničnih bolesti. Trinaest godina radila je na poslovima koordinacije u organizaciji koja pruža usluge smještaja, podrške u svakodnevnom životu i na radnom mjestu za 42 odrasle osobe s intelektualnim teškoćama različitog stupnja, s udruženim motoričkim, psihičkim i neurološkim teškoćama, u deset stambenih zajednica. Trenutačno radi kao koordinatrica psihosocijalne rehabilitacije odraslih osoba s intelektualnim teškoćama, koji su uključeni u redovnu socijalnu i radnu sredinu.

Svijetlana Škrobo, mag. pedagogije

Završila je Učiteljski fakultet u Osijeku, smjer odgojitelj djece predškolske dobi, nakon čega upisuje i završava Filozofski fakultet u Zagrebu, smjer pedagogija. Radila je kao asistentica u nastavi djetetu s posebnim potrebama te kao školski pedagog. Trenutačno radi kao regionalna koordinatrica udruge Proinkluzija za istočnu Hrvatsku.



Osječko-baranjska županija
Trg A. Starčevića 2, 31000 Osijek
Tel: +385 31 221 637
Fax: +385 31 221 601
www.obz.hr
drustveni@obz.hr

Udruga djece i mladih s poteškoćama „Zvono“ Belišće
www.udrugazvono.hr

Udruga osoba s invaliditetom Našice
www.uosin.hr

Udruga za pomoć osobama
s mentalnom retardacijom Đakovo
www.uzmrdj.hr

Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti
www.foozos.hr

Regionalna razvojna agencija Slavonije i Baranje d.o.o.
www.slavonija.hr

posredničko tijelo razine 1
Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta
esf@mzos.hr
www.mzos.hr

posredničko tijelo razine 2
Agencija za strukovno obrazovanje i obrazovanje odraslih
defco@asoo.hr
www.asoo.hr

Ministarstvo regionalnog razvoja i fondova EU
www.strukturnifondovi.hr

Sadržaj ove publikacije isključivo je odgovornost
Osječko-baranjske županije.

Iz recenzije

Izv. prof. dr. sc. Gordana Kuterovac Jagodić

„Stručna knjiga UČIMO ZAJEDNO: Priručnik za pomoćnike u nastavi za rad s djecom s teškoćama u razvoju urednica Velki i Romstein vrlo je korisno djelo koje je došlo u pravi čas jer postoji velika društvena potreba za njom u trenutku kada se otvaraju natječaji za asistente u nastavi, a i društvena je klima povoljna za njezin prijem. Urednicama treba odati priznanje što su skupile relevantne aktere koji rade s djecom u školama te reagirale na aktualne potrebe svoje zajednice. Uz pomoć ovog priručnika osobe će, koje će pripremati kandidate za asistente, imati po čemu raditi, a sami kandidati moći će učiti o djeci s kojom rade i tako uspješnije pomagati. Osim toga, opremljeni znanjima iz ove knjige asistenti će se osjećati sigurnijima i opuštenijima na korist i radost djece s teškoćama, njihovih nastavnika i roditelja.“

Doc.dr.sc. Slavka Galić

“U Hrvatskoj je tek u zadnjem desetljeću zaživjela praksa osiguravanja asistenata u nastavi, koji se regrutiraju iz različitih profesija i koji često tijekom svog ranijeg obrazovanja nisu imali prilike susresti se s temama koje obrađuje ovaj priručnik a koje su izuzetno važne za rad s djecom s teškoćama u razvoju. Ovaj priručnik ima izuzetnu stručnu važnost za asistente u nastavi, učitelje pa i stručne suradnike u školama. Obiluje nizom praktičnih naputaka kako komunicirati i koje metode koristiti u radu s djecom s posebnim potrebama. Nudi osnovne informacije o nizu razvojnih poremećaja i praktične smjernice o postupcima nužnim u radu s ovom djecom. Osobito vrijednim smatram preporuke o tome što ne treba činiti u postupku s djecom s teškoćama u razvoju. Osim toga, priručnici poput ovog posredno pridonose širenju filozofije inkluzije, koja desetljećima određuje pristup djeci s teškoćama u razvijenim zemljama, a koja je tek u zadnjem desetljeću zaživjela kod nas.”

ISBN 978-953-6965-44-1



9 789536 965441