Primjena teorije ekoloških sustava u radu s djetetom s ADHD-om

Velki, Tena; Cimer, Renata

Source / Izvornik: **Klinička psihologija, 2011, 4, 71 - 87**

Journal article, Published version
Rad u časopisu, Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:141:067466

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**



Repository / Repozitorij:

FOOZOS Repository - Repository of the Faculty of Education





Klinička psihologija 4 (2011), 1-2, 71-87

Stručni članak - UDK

PRIMJENA TEORIJE EKOLOŠKIH SUSTAVA U RADU S DJETETOM S ADHD-OM

Tena Velki
Učiteljski fakultet
Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku
Cara Hadrijana b.b., 31000 Osijek
tena.velki@gmail.com

Renata Cimer
Filozofski fakultet Osijek
Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku
Lorenza Jägera 9, 31000 Osijek
renata.cimer@gmail.com

Sažetak

ADHD (poremećaj pažnje/hiperaktivni poremećaj) jedan je od najčešćih poremećaja ponašanja u djetinjstvu i adolescenciji. Teškoće u učenju, slabi školski rezultati, problemi u međuvršnjačkim odnosima, problemi s kontrolom ponašanja svakodnevica su djece s ADHD-om. Nerazumijevanje samog poremećaja, djetetovih osjećaja i nemogućnosti da se adekvatno nosi sa svakodnevnim zahtjevima rijetko su prepoznati na vrijeme. Roditelji i učitelji nedovoljno su upoznati sa simptomima poremećaja i načinima pomoći i pružanja podrške ovakvoj djeci. Cilj ovog rada je prikazati na primjeru sedmogodišnjeg dječaka s ADHD-om različite načine rada kako bi mu se osigurala adekvatna podrška i pomoć nužna za njegov napredak. Ono što ovaj primjer prikazuje je rad na 3 razine ekološkog sustava: na individualnoj (sa samim djetetom, njegovim osobinama, nedostacima, snagama i potencijalima), na mikrosustavu (rad s obitelji djeteta) i na egzosustavu (rad s učiteljicom i asistenticom u nastavi). Na taj način zahvaćaju se najvažnije sfere djetetova života te djeluje na jačanje zaštitnih i na smanjenje rizičnih faktora, čime omogućavamo djetetu da optimalno iskoristi svoje potencijale te napreduje.

Ključne riječi: teorija ekoloških sustava, ADHD, prikaz slučaja, rizični i zaštitni faktori

UVOD

Poremećaj pažnje/hiperaktivni poremećaj (ADHD) je razvojni poremećaj samokontrole. Kod ovog poremećaja dominantni su problemi s nedostatkom pažnje,

© "Naklada Slap", 2011. Sva prava pridržana.

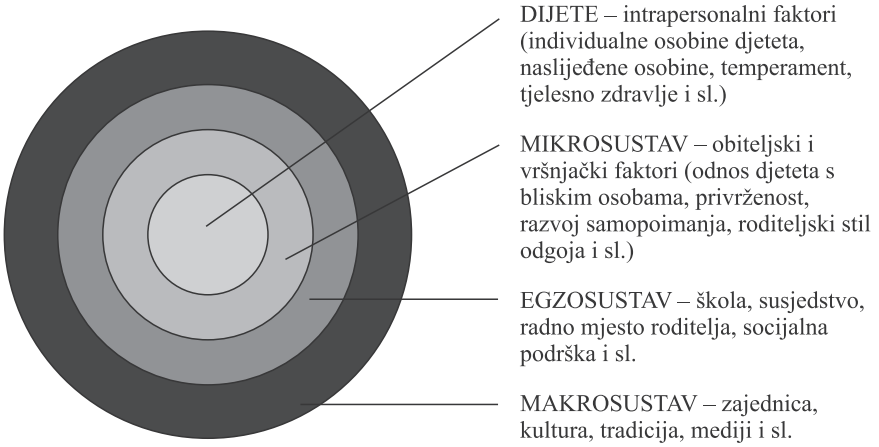
impulzivnošću i hiperaktivnošću (Kocijan-Hercigonja, Buljan-Flander i Vučković, 1997). U novije vrijeme hiperaktivnost se dijagnosticira zajedno s deficitom pažnje (kao deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj ili hiperkinetski poremećaj) jer se smatra da imaju zajedničku osnovu i često se zajedno javljaju (Barkley, 2000; Kocijan-Hercigonja i sur., 1997).

Dijagnozu obaju poremećaja teško je postaviti prije četvrte ili pete godine života, jer osim što je uobičajeno ponašanje mlađe djece varijabilnije, postavlja im se i manje zahtjeva za trajnijim održavanjem pažnje i kontrolom ponašanja (Barkley, 2006, 2000; McGoey, Eckert i Dupaul, 2002). Najčešće se ipak dijagnoza postavlja kada dijete krene u školu ili prelaskom u peti razred osnovne škole, jer su u tim periodima zahtjevi za prilagodbom u djece najveći. Da bi se taj poremećaj dijagnosticirao, moraju biti zadovoljeni sljedeći kriteriji: pojavljivanje simptoma prije 7. godine života i trajanje najmanje 6 mjeseci, simptomi moraju biti mnogo jači nego kod djece iste dobi i iste razvojne razine, moraju značajno ometati sposobnost funkcioniranja u svakodnevnom životu te moraju biti prisutni u više situacija (u školi, u obitelji, u društvenim situacijama i sl.).

U djece kojoj je dijagnosticiran ADHD narušeno je funkcioniranje kod kuće, u školi i s vršnjacima. Takva djeca imaju teškoće sa sjedenjem na mjestu i praćenjem nastave, u stvaranju prijateljstva, ponekad su i agresivna, a zbog takva ponašanja često osjećaju negativne posljedice. Poremećaj pažnje/hiperaktivni poremećaj ima dugoročan utjecaj na školovanje djeteta, njegov uspjeh i društveno-emocionalni razvoj. Osnovni simptomi i prateći obrasci ponašanja zadržavaju se godinama, iako kod oko polovine djece s ovim poremećajem simptomi u velikoj mjeri nestaju kako se oni približavaju odrasloj dobi. Problemi s koncentracijom i stalnim nemirom sa sazrijevanjem se postupno smanjuju, iako se mogu javiti druge vrste problema. Odrastanje podrazumijeva i preuzimanje veće odgovornosti, ali i rješavanje složenijih zadataka i problema te postavljanje većih zahtjeva pred dijete, što često dodatno otežava rad s hiperaktivnom djecom. Ako se djeca s tim poremećajem ne liječe, ulaskom u pubertet te u kombinaciji s problematičnim ponašanjem postoji veća vjerojatnost da se neće ponašati u skladu s društvenim normama. Kod takve djece postoji veća vjerojatnost da će se navedeni poremećaj nastaviti i u odrasloj dobi.

U posljednje vrijeme istraživanja u ovom području usmjerena su na otkrivanje rizičnih i zaštitnih faktora za pojavu ADHD-a u djece. Ekološki pristup (Bronfenbrenner i Morris, 1988) u razvoju normalnog i patološkog ponašanja i doživljavanja uzima u obzir karakteristike okruženja u kojem dijete živi te pretpostavlja postojanje četiri razine djelovanja. Individualna razina obuhvaća odnose između djeteta (njegovih bioloških, psiholoških i genetskih osobina), razina mikrosustava uključuje utjecaj djetetove neposredne okoline (roditelja, braće i sestara, obiteljskih odnosa, vršnjaka), ali i specifične načine na koji ti faktori djeluju i oblikuju jedan drugoga u funkciji razvoja (Vulić-Prtorić, 2001). Posredni utjecaj, preko navedene dvije razine, imaju egzosustav (škola, susjedstvo, zaposlenje roditelja) i makrosustav (zajednica, kultura, tradicija, mediji).

 © "Naklada Slap", 2011. Sva prava pridržana.



Slika 1. Bronfenbrennerov model ekološke integracije

Istraživanja jasno pokazuju kako poremećaj pažnje/hiperaktivni poremećaj ima svoju biološku osnovu. Kod jednog dijela djece utvrđena je genetska predispozicija za razvoj ADHD-a (Gilger, Pennington i DeFries, 1992), dok su kod manjeg broja djeca (5-10% djece s dijagnozom ADHD-a) utvrđena oštećenja mozga (Rutter, 1977). U novije vrijeme velik broj istraživanja usmjerio se na funkcioniranje mozga u djece s ADHD-om. Kod djece s ADHD-om utvrđena je određena nezrelost u funkcioniranju različitih područja mozga (Kendall, 2000), a najčešće se spominje disfunkcija u sustavu inhibiranja odgovora, što je u osnovi impulzivnosti (Barkley, 2006; Tannock, 1998). Kod djece koja su dominantno nepažljivi tip postoji disfunkcija u brzini obrade informacija te imaju slabije sposobnosti usredotočavanja pažnje (Barkley, 2006).

Mnoga istraživanja pokušala su opisati individualne karakteristike djece i adolescenata s poremećajem pažnje/hiperaktivnim poremećajem. Neki rezultati upućuju na nedostatak empatije (Barkley, 2006), vanjski lokus kontrole, agresivnost, anksioznost i depresiju (Thompson i Walker, 2004). Drugi rezultati naglašavaju emocionalne teškoće kao što su pomanjkanje pozitivnog raspoloženja i provale bijesa (Whalen, Jamner, Henker, Delfino i Lozano, 2002). Navedene osobine, ako ih dijete posjeduje, predstavljaju rizik za pojačavanje intenziteta simptoma poremećaja pažnje/hiperaktivnog poremećaja i razvoj dodatnih teškoća u odnosu djeteta s okolinom. Slabije psihosocijalno funkcioniranje, koje obilježavaju nisko samopoštovanje, smanjena kvaliteta školskog i socijalnog života te muški spol (jer je učestalost poremećaja četiri puta češća u dječaka nego u djevojčica) također su rizični čimbenici za razvoj hiperaktivnosti i impulzivnosti (Bastiaansen, Koot, Ferdinand i Verhulst, 2004; Escobar, Soutullo, Hervas, Gastaminza, Polavieja i Gilaberte, 2005; Klassen, Miller, i Fine, 2004; Thompson i Walker, 2004; Topolski, Edwards, Patrick, Varley, Way i Buesching, 2004). Nedostatak samoregulacije, koja

© "Naklada Slap", 2011. Sva prava pridržana.

uključuje probleme u kontroli impulsa, smirivanju samog sebe, inicijativi, upornosti, strpljivosti i inhibiciji, pokazao se kao jedan od najznačajnijih rizičnih čimbenika za razvoj kasnije hiperaktivnosti u djece (Barkley, 1997; Hampel, Manhal, Roos i Desman, 2008; Teeter, 1998). Uz ADHD su vezani i brojni neuropsihološki deficiti koji dodatno otežavaju svakodnevni život djeteta i dovode do brojnih posljedica (Barkley, 2006). Na kognitivnom planu djeca s ADHD-om češće imaju blage deficite u području inteligencije (7 do 10 bodova niže od prosječnog djeteta), poteškoće u učenju (čitanju, slovkanju, pisanju i matematici), poteškoće u procjeni vremena potrebnog za izvođenje zadatka i općenito u planiranju aktivnosti, imaju slabije verbalno radno pamćenje te smanjenu osjetljivost na pogreške, što naravno vodi k slabijem školskom uspjehu. S usvajanjem jezika također se mogu javiti problemi. Kasnije usvajaju jezik, imaju manje razvijen rječnik, slabiju verbalnu fluentnost, slabije i nelogično izražavanje ideja, poteškoće u verbalnom rješavanju problema, zakašnjelu internalizaciju govora, poteškoće sa slušanjem i slijeđenjem verbalnih uputa te zakašnjeli razvoj moralnog rasuđivanja. Ako dijete s ADHD-om ima neke od navedenih problema u jezičnom području, to se vrlo često odražava na njegov slabiji uspjeh u školi te na probleme u odnosima s vršnjacima. Također djeca s ADHD-om češće mogu imati i poteškoće u motoričkom razvoju, posebice fine motorike, što također otežava učenje pisanja i utječe na djetetov školski uspjeh (Barkley, 2006). S druge strane, strpljiva djeca, uporna, spremna preuzeti inicijativu te djeca koja su dobra u samokontroli ponašanja, i još su k tome ženskog spola, posjeduju zaštitne čimbenike za razvoj ADHD-a te je kod njih puno manja vjerojatnost pojave hiperaktivnosti (Barkley, 1997; Teeter, 1998). Djeca s ADHD-om razlikuju se od ostalih vršnjaka i u strategijama koje koriste u stresnim međuljudskim odnosima. Posebice dječaci koriste manje strategija usmjerenih na rješavanje problema i više strategija koje se temelje na emocijama (Hampel i sur., 2008). Takav rezultat potvrđuje prijašnje spoznaje da djeca s poremećajem pažnje/hiperaktivnim poremećajem imaju teškoća u regulaciji emocionalno nabijenih situacija, pogotovo kada je riječ o negativnim emocijama. Zbog toga je zaštitni faktor postavljanja pravovremene dijagnoze vrlo važan za djecu s ADHD-om jer im pomaže u shvaćanju svojih teškoća i davanju smisla iskustvima. Također omogućuje i pravovremenu intervenciju i terapiju kako djeteta, tako i cijele obitelji te na taj način utječe na smanjenje intenziteta pojedinih simptoma te djeluje preventivno na razvoj dodatnih pratećih teškoća (npr. problemi u odnosu s vršnjacima, problema u domeni učenja i izvršavanja školskih zadataka i sl.).

Obitelj je vrlo važan kontekst u kojem se djeca nauče odnositi prema drugima, održavati veze, rješavati probleme, postavljati ciljeve, svladavati tenzije između vlastitih želja i socijalnih očekivanja (Grenwald-Mayes, 2002). Način na koji roditelji djecu s ADHD-om poučavaju željenom ponašanju, nose se s neželjenim ponašanjem, postavljaju granice i očekivanja, stvaraju obiteljski identitet i emocionalnu klimu može djelovati i kao rizični i kao zaštitni faktor za razvoj simptoma i dodatnih poteškoća kod djece s ADHD-om (Bernier i Siegel, 1994; Hechtman,

 © "Naklada Slap", 2011. Sva prava pridržana.

1996; Kendall, 1998). Sigurno je da negativna i kaotična obiteljska klima predstavlja rizični faktor, dok je pozitivna i dobro strukturirana obitelj zaštitni faktor u razvoju dodatnih simptoma ADHD-a kod djece (Clarke, Ungerer, Chahoud, Johnson i Stiefel, 2002). Važno je reći da simptomi ADHD-a utječu negativno na obiteljsku klimu koju u takvim slučajevima karakteriziraju konflikti, veći broj bračnih problema, više odgojnih metoda temeljenih na kaznama, negativnija emocionalna klima, viša razina stresa te manje pozitivnosti (Brown i Pacini, 1989; Hechtman, 1996; Johnston, 1996). Isto tako, karakteristike i ponašanja djece s poremećajem pažnje/hiperaktivnim poremećajem mogu biti temelj negativne interakcije između roditelja i djeteta. Ta negativna interakcija može dovesti do nesigurne privrženosti između djeteta i roditelja, što također je rizik za pojačavanje simptoma poremećaja pažnje/hiperaktivnog poremećaja (Clarke i sur., 2002). U toj perspektivi impulzivnost, hiperaktivnost i negativno traženje pažnje mogu biti samo načini za pridobivanje pažnje kod roditelja koji ne znaju optimalno pristupiti djetetovim potrebama, a zapravo ne predstavljaju sam poremećaj. Stoga je kod dijagnosticiranja poremećaja bitno razlučiti radi li se samo o negativnom načinu pridobivanja pažnje ili su navedeni simptomi dio ADHD sindroma, jer će o tome ovisiti i sama terapija djeteta i obitelji. Zaštitnu ulogu u prevenciji razvoja emocionalnih i ponašajnih problema u srednjem djetinjstvu i pozitivnih ishoda u adolescenciji imaju prilagodba roditelja na djetetove potrebe i sam poremećaj te roditeljske sposobnosti (Latimer, August, Newcomb, Realmuto, Hektner i Mathy, 2003).

Velik broj studija istražuje utjecaj školske klime i kulture izolirano od ostalih konteksta, iako svaki kontekst direktno utječe na razvoj ponašajnih problema kod mladih ljudi. Grupa vršnjaka, obitelj i zajednica igraju važnu ulogu u oblikovanju karakteristika škole i iskustva njezinih učenika, ali isto tako i samo školsko okruženje može utjecati na kvalitetu odnosa roditelja i djece, na pripadnost grupi kod mladih ljudi i njihovu razinu interesa i uključivanja u aktivnosti zajednice (Bronfenbrenner i Morris, 1998; Coleman, 1996). Specifično za djecu s ADHD-om, rezultati istraživanja pokazuju da je percepcija učenika o negativnoj kulturi škole pozitivno povezana s poremećajem pažnje i hiperaktivnosti. Ta povezanost može biti direktna i indirektna, gdje nisko samopoštovanje, slabije učenje i vršnjačko odobravanje devijantnog ponašanja imaju medijacijsku ulogu (DeWit, Offord, Sanford, Rye, Shain i Wright, 2000). U mnogim istraživanjima pozitivni aspekti školske okoline povezani su s raznim pozitivnim psihosocijalnim ishodima kao što su učenička percepcija samoefikasnosti, motivacija i trud, učenje i sl., koji djeluju kao zaštitni faktori, odnosno smanjuju jačinu intenziteta simptoma u djece s ADHD-om te potiču razvoj pozitivnog ponašanja, npr. suradnju s učenicima, razvoj prijateljskih odnosa i dr. (Entwistle, Kozeki i Tait, 1989; Goodenow, 1993; Roser, Midgley i Urdan, 1996). Nadalje, rezultati drugih studija pokazuju da kod djece koja imaju nedostatke ili poteškoće u ovim područjima postoji veći rizik za nastanak cijelog niza akademskih, emocionalnih i ponašajnih problema (McCarthy i Hoge, 1984).

© "Naklada Slap", 2011. Sva prava pridržana.

Iako neka djeca s ADHD-om imaju sasvim normalne odnose sa svojim vršnjacima, mnoga istraživanja pokazuju da su djeca s ADHD-om odbačenija od svojih vršnjaka (Hinshaw i Melnick, 1995; Hodgens, Cole i Boldizar, 2000; Mrug, Hoza, Gerdes, Hinshaw, Arnold, Hechtman i Pelham, 2009). Velik broj istraživanja (Roser i sur., 1996; Mikami i Hinshaw, 2003) pokazuju da dominacija, agresivno verbalno i fizičko ponašanje, nepažnja, kršenje pravila i teškoće u učenju dovode do odbijanja od strane vršnjaka te stoga predstavljaju rizične faktore za pojačavanje simptoma ADHD-a. Druga istraživanja smatraju da prvotno odbijanje od strane vršnjaka povećava razinu agresivnog i depresivnog/anksioznog ponašanja, što onda predstavlja rizik za razvoj dodatnih poteškoća i pojačavanje simptoma (posebice hiperaktivnosti i impulzivnosti) kod djece s ADHD-om (Mikami i Hinshaw, 2003). Slabo socijalno funkcioniranje i problemi s vršnjacima jednako su prisutni kod dječaka i djevojčica s ADHD-om, a mogu se protegnuti i do adolescencije te mogu biti i prediktor nastanka poremećaja ophođenja i konzumiranja alkohola i droga kasnije u životu, pa se zbog toga ubrajaju u rizične faktore razvoja.

Makrosustav se odnosi na zajednicu odnosno susjedstvo u kojem dijete živi, kulturu i tradiciju unutar koje je odgajano te medije i javnu politiku koja utječe na organizaciju sustava (npr. zaposlenja roditelja, politiku unutar škola i sl.) unutar kojeg dijete odrasta. On nema direktan utjecaj na razvoj djeteta, pa tako ni na razvoj ADHD-a, već on preko egzo- i mikrosustava utječe na dijete. Istraživanja su pokazala kako su opasno susjedstvo, koje ne pokazuje brigu za dijete (Caspi, Taylor, Moffitt i Plomin, 2000) te nizak socioekonomski status i siromašno susjedstvo rizični za razvoj dodatnih poteškoća (agresivno i devijantno ponašanje) i pojačavanje postojećih simptoma (posebice impulzivnosti) u djeteta s ADHD-om (Kim-Cohen, Moffitt, Caspi i Taylor, 2004).

Dosadašnje intervencije kod nas u radu s djecom s ADHD-om uglavnom su se odnosile na rad s obitelji ili na rad u školi. Cilj ovog rada je prikazati rad sa sedmogodišnjim dječakom s ADHD-om, polazeći od 3 razine ekološkog sustava, individualna (rad sa samim djetetom, njegovim osobinama, nedostacima, snagama i potencijalima), mikrosustav (rad s obitelji djeteta) i egzosustav (rad s učiteljicom i asistenticom u nastavi).

METODE

Anamneza

Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta odobrilo je projekt „Asistent u nastavi“ udruzi, koja se bavi djecom s ADHD-om, u sklopu kojeg su pomoć mogli dobiti roditelji djeteta s ADHD-om te samo dijete. Pomoć roditeljima očitovala se kroz psihološko savjetovanje i kraće terapijske intervencije, dok je njihovo dijete dobilo asistenticu u nastavi kako bi mu pomagala u prilagodbi i radu u školi. Kako su Petar i majka bili članovi udruge, nakon postavljanja dijagnoze, uključeni su u tretman.

 © “Naklada Slap”, 2011. Sva prava pridržana.

Petar i njegova majka uključili su se u tretman početkom drugog polugodišta. Petar je tada imao 7 godina i pohađao 1. razred osnovne škole. Kako je majka nezaposlena, čuvala je Petra kod kuće te on nije pohađao vrtić. Majka navodi da je Petar oduvijek bio nezreliji i življi, ali da do polaska u školu to nije bio problem. Polaskom u 1. razred osnovne škole učiteljica je primijetila poteškoće u radu s Petrom, a također je i majka primijetila probleme s izvršavanjem školskih obveza. Petar je upućen na procjenu kod dječje psihijatrice. Također je svoje mišljenje dala i psihologinja koja je radila na odjelu dječje psihijatrije. Dijagnoza je bila ADHD-kombinirani tip, što je bio i jedan od uvjeta da se Petar i majka uključe u tretman.

U trenutku kada su se uključili u projekt Petar je imao dijagnosticiran ADHD te je u tijeku bio postupak za rješenje o pohađanju nastave po prilagođenom ili individualiziranom programu. Za vrijeme trajanja projekta stiglo je rješenje o individualiziranom programu.

Petar živi u stanu s bakom, ujakom i majkom, a oca viđa jednom mjesečno. Roditelji su se rastali kada je Petar imao 2 godine, tako da se Petar i ne sjeća zajedničkog života s ocem. U obitelji glavni autoritet je majka, dok je ujak glavni muški autoritet kojeg Petar doživljava kao glavni i jedini muški uzor. Majka i ujak su detaljno upoznati sa simptomima ADHD-a. Otac nije svjestan da dijete ima ADHD te za probleme krivi loš odgoj majke. Iz razgovora s majkom saznajemo da je otac sklon fizički kažnjavati Petra.

Asistentica je prije upoznavanja s Petrom bila adekvatno educirana za rad s hiperaktivnom djecom. Učiteljica i stručni tim škole složili su se da je asistentica potrebna kao pomoć pri radu.

Rezultati početne procjene

Tijekom prva dva tjedna napravljena je i početna procjena djeteta od strane učiteljice, asistentice i majke djeteta.

Učiteljica je popunila Conners ljestvicu procjene (verzija za nastavnike). Petar je imao simptome iz sve tri skupine karakteristične za ADHD: impulzivnost (npr. razdražljiv, eksplozivan), hiperaktivnost (npr. stalno se vrpolji) i nepažnja (npr. kratkotrajne pažnje). Također je i asistentica popunila Conners ljestvicu procjene (verzija za nastavnike), koja se velikim dijelom poklapala s procjenama učiteljice. Asistentica je dodatno procijenila intenzitet (na ljestvici od 1 do 10, gdje je 10 najjači mogući intenzitet) i trajanje (u minutama) pojedinačnih problematičnih ponašanja Petra. Problematična ponašanja koja su se procjenjivala prikazana su u tablici 1.

Tijekom prva dva susreta obavljen je razgovor s majkom, u kojem smo saznali kakva je obiteljska situacija u kojoj Petar živi te koji su najveći problemi s kojima se njegova majka svakodnevno susreće kao roditelj. Majka je također popunila Conners ljestvicu (verziju za roditelje). Rezultati su pokazali da majka ni jedan od navedenih simptoma nije smatrala toliko intenzivnim kao asistentica i učiteljica, ali

© "Naklada Slap", 2011. Sva prava pridržana.

Tablica 1. Procjena problematičnih ponašanja

Problematično ponašanje	intenzitet (od 1 do 10)	trajanje (u minutama)
Pad koncentracije	9	40
Preokupacija drugim aktivnostima nevezanim uz nastavu	9	30
Odbijanje da se radi zadani školski zadatak	7	45 (cijeli školski sat)
Agresivni ispadi	8	10
Vikanje na asistenticu	8	30
Ignoriranje asistentice	8	30

također primjećuje simptome ADHD-a iz sve tri navedene skupine (npr. razdražljiv i impulzivan, neprekidno ustaje i hoda, prisutno je neprekidno kolebanje pažnje). Majka navodi da joj je najteže kada Petar odbija suradnju, što se posebno očitovalo u situacijama pisanja zadaće. Problem koji je bio prisutan od samog početka je uspostavljanje i održavanje autoriteta. Petar teško prestaje sa započetom nepoželjnom aktivnosti te ga je potrebno nekoliko puta upozoriti. On je iznimno osjetljivo dijete, vrlo lako se rastuži, ali isto tako i razveseli, nije zlonamjeran i u svakom trenutku je voljan pomoći drugome. Često se osjeća odbačenim od vršnjaka, niskog je samopoštovanja, te ponekad krivo shvaća odnose.

Petru je testirano i trajanje pažnje kroz 5 različitih subtestova (labirint, crtanje, bojenje, računanje, diktat), koje smo zbog uobičajenih problema s koncentracijom morali obaviti u 2 susreta. Rezultati su pokazali probleme u koncentraciji i održavanju pažnje. Zadatke je izvršio u cijelosti, ali uz stalno komentiranje i traženje potvrde i poticaja. Najduža koncentracija u cjelini (bez ikakvih prekida i komentara) bila je na zadatku crtanja i trajala je 60 sekundi, dok se na ostalim zadacima kretala između 30 i 45 sekundi.

Ciljevi

U dogovoru s mamom i asistenticom postavljeni su sljedeći ciljevi tretmana:

1. Petar treba sam spremiti sve stvari u svoju školsku torbu za idući školski dan;
2. vraćanje Petrove pažnje i koncentracije na zadatak nakon prve opomene asistentice;
3. Petar samostalno treba izvršiti jedan zadani zadatak u cjelini bez prekidanja (i kod kuće i u školi) - odnosi se na pisanje zadaće i rješavanje zadataka za vrijeme nastave;
4. smanjenje impulzivnosti (Petar treba brojiti do 3 u sebi prije nego reagira);
5. stvaranje prijateljstava (Petar se treba sprijateljiti barem s jednim dječakom i jednom djevojčicom u razredu).

 © "Naklada Slap", 2011. Sva prava pridržana.

Ovi ciljevi su trebali omogućiti samostalnije funkcioniranje Petra. Petar je bio prisutan pri dogovaranju ciljeva.

Tretman

U periodu od 4 mjeseca praćeno je dijete, rad majke s djetetom, rad asistentice u nastavi i učiteljice.

S učiteljicom smo se individualno sastali 3 puta. Pri tim susretima bila je prisutna psihologinja, asistentica u nastavi i, naravno, učiteljica. S asistenticom u nastavi održano je ukupno 16 susreta, svaki tjedan tijekom 4 mjeseca. S majkom i djetetom održano je ukupno 8 susreta, svaka 2 tjedna po jedan susret u trajanju između 60 do 90 minuta.

Metode i tehnike u okviru kognitivno-bihevioralnog pristupa

Savjetovanje i edukacija

Psiholog je s majkom provodio savjetovanje i edukaciju o poremećaju te konkretnim i aktualnim poteškoćama u odgoju Petra. Najviše se radilo na postizanju njezine dosljednosti u odgoju te na strukturiranju Petrove okoline. U tu svrhu rađen je i raspored aktivnosti s majkom i Petrom. Na velikom papiru zajednički su crtali i bilježili dnevne aktivnosti koje Petar treba obaviti za svaki dan u tjednu. Npr. kada je vrijeme za ustajanje, doručak, odlazak u školu, da li nakon škole prvo slijedi igra ili učenje i sl. Taj su raspored trebali postaviti na vidljivo mjesto u kući, a Petar je po dogovorenim pravilima bio nagrađivan ako se pridržavao rasporeda aktivnosti. Dogovoreno je i nekoliko obiteljskih pravila (npr. kad uđem u kuću, prvo izujem obuću i sl.) kojih su se svi ukućani trebali pridržavati. Ta su se pravila također trebala postaviti na vidno mjesto. Dogovorene su i određene kazne za nepridržavanje pravila koje su se jednako odnosile na sve (npr. ubaciti jednu kunu u kasicu-prasicu ako kažeš ružnu riječ).

Uvedena je komunikacijska bilježnica u koju je asistentica pisala sve događaje u školi i svaki dan slala majci na pregled i potpis. Asistentica je svaki dan, osim putem komunikacijske bilježnice i osobno razgovarala s Petrovom majkom.

Sustav nagrađivanja – metoda žetoniranja

U dogovoru s Petrom, majkom i psihologinjom razvijen je i sustav nagrađivanja koji je asistentica primjenjivala u radu s Petrom. Petar je skupljao sličice (nagrada) za svako poželjno ponašanje (npr. napisao je zadatak do kraja, nije se umiješao u tučnjavu i sl.) koje je asistentica na kraju dana lijepila u komunikacijsku bilježnicu, a majka mu je u skladu s tim dodjeljivala nagrade. Posebno su se nagrađivala

© "Naklada Slap", 2011. Sva prava pridržana.

ponašanja vezana uz školski rad i izvršavanje zadataka u vezi sa spremanjem stvari za školu, a posebno za poželjna socijalna ponašanja. Nagrade (sličice) slijedile su nakon svakog poželjnog ponašanja i kod kuće i u školi. Ako nagradu nije odmah dobio, objašnjeno mu je da ju je zaslužio i ponovno naglašeno za što i kada će biti nagrađen (npr. ako nisu odmah otišli u kino, zabilježili su za koje je sličice ta nagrada i sl., tako da je i asistentica mogla pratiti koja je nagrada bila koji put). Pravila koja su vrijedila kod asistentice, vrijedila su i kod majke.

Dnevnik opažanja

Od ulaska u razred do kraja školske godine asistentica je vodila dnevnik opažanja, u kojem je bilježila sva problematična ponašanja, promjene, ali i uspjehe i napredak u djetetovu radu. Ova metoda se pokazala vrlo uspješnom. Asistentica je na superviziju donosila bilješke iz dnevnika koje su joj pomogle pri praćenju poticaja koji su imali najbolji učinak, kao i pri kasnijem lakšem predviđanju potencijalnih problematičnih zadataka. Na supervizijama je prema bilješkama iz dnevnika opažanja asistentica dobivala i konkretne savjete u daljnjem radu s djetetom. Bilješke su pomogle i samoj asistentici u radu s Petrom, osobito za vrijeme perioda prilagodbe i u situacijama koje su bile stresne za Petra, jer su joj pomagale u odabiranju pravilne strategije rješavanja nastalog problema.

REZULTATI

Na kraju školske godine ponovo je procijenjeno ponašanje dječaka od strane asistentice, majke i nastavnice.

Asistentica je ponovno popunila Conners ljestvicu procjene (verzija za nastavnike) i procijenila Petrova problematična ponašanja. Rezultati su pokazali značajan napredak i to za sve tri skupine simptoma, a samo su nepažljivost i distraktibilnost ostali intenzivni. Što se tiče procjene intenziteta i trajanja pojedinačnih problema-

Tablica 2. Procjena problematičnih ponašanja na kraju školske godine (4 mjeseca nakon uvođenja asistentice u nastavu)

Problematično ponašanje	Intenzitet na početku	Intenzitet nakon 4 mjeseca	Trajanje na početku	Trajanje nakon 4 mjeseca
Pad koncentracije	9	6	40	30
Preokupacija drugim aktivnostima nevezanim uz nastavu	9	9	30	30
Odbijanje da se radi zadani školski zadatak	7	4	45	35
Agresivni ispadi	8	5	10	2
Ignoriranje asistentice	8	1	30	2
Vikanje na asistenticu	8	4	30	15

 © "Naklada Slap", 2011. Sva prava pridržana.

tičnih ponašanja djeteta od strane asistentice primijećen je značajan napredak, što je prikazano u tablici 2.

I učiteljica je ponovno procijenila Petrovo ponašanje Conners ljestvicom procjene (verzija za nastavnike). Rezultati su vrlo slični onima koje je dala asistentica. Učiteljica je procijenila da su problemi pažnje ostali intenzivni, dok su se simptomi hiperaktivnosti i impulzivnosti smanjili.

Također je i majka ponovno popunila Conners ljestvicu procjene (verziju za roditelje) te je primijetila značajno poboljšanje, iako slabije nego asistentica i učiteljica. Poboljšanje je vidljivo u socijalnim situacijama, u povećanju Petrove samostalnosti, iako su i dalje prisutni problemi koncentracije. Intenzivni su ostali problemi u ophođenju, odgoju te je Petar i dalje nezreo.

Petru je ponovo testirano i trajanje pažnje, gdje je također došlo do poboljšanja. Trajanja pažnje povećalo se na zadacima diktata (s 30 na 45 sekundi), bojanja (s 30 na 45 sekundi) i računanja (s 45 na 60 sekundi), dok je ostao isti za crtanje i labirint. Ovaj put je testiranje obavljeno za jednog susreta (a ne dva kao na početku), što nam je još jedan pokazatelj pozitivnog pomaka. No problemi koncentracije i održavanja pažnje su i dalje prisutni, uz stalno komentiranje i traženje potvrde i poticaja. Pozitivan pomak nam govori da dijete ima kapaciteta i da se s njim treba raditi, no dobiveni pomak trenutno nije od velike važnosti za samo praćenje nastave učenika.

U posljednjem razgovoru s asistenticom i učiteljicom došli smo do sljedećih zaključaka. Najveći je uspjeh postignut kod rada na zadacima (smanjeno odustajanje nakon poteškoća, dovršavanje započetog više nego na početku i sl.). Petar pokazuje puno veću samostalnost, osobito kod pisanih zadataka, kada sam zahtijeva da ih riješi bez pomoći. Problem je ostao kod usmenih zadataka (npr. slušanje objašnjenja tijekom sata, praćenje u knjizi) i održavanja pažnje. Iako su problemi s usmjeravanjem pažnje i dalje intenzivni, asistentica ga uz dodatne poticaje uspijeva usmjeriti i vratiti mu pažnju na školske zadatke. U odnosu s vršnjacima više nema poteškoća te se uspio sprijateljiti. S učiteljicom i asistenticom više nema problema u komuniciranju (vikanje, ignoriranje, posebice asistentice), iako zbog problema s pažnjom ne čuje svaki put zadatak koji se očekuje da napravi. Kao daljnji ciljevi postavljeni su rad na pažnji i koncentraciji te nastavak rada na osamostaljivanju.

Na posljednjem susretu s majkom i asistenticom došli smo do idućih zaključaka. Prvi cilj koji je Petar trebao ostvariti je djelomično ostvaren. Petar je uspijevao samostalno spremati školsku torbu, iako ga je u većini slučajeva trebala majka dodatno opomenuti. Drugi cilj je također djelomično ostvaren. U većini slučajeva nije bila dovoljna samo jedna opomena asistentice kako bi Petar usmjerio pažnju na potrebni zadatak, no nakon nekoliko opomena Petar bi uspio usmjeriti pažnju. Treći cilj je ostvaren. Petar je uspijevao samostalno riješiti jedan zadatak u cijelosti (npr. jedan zadatak iz matematike ili jedan zadatak iz hrvatskog). Četvrti cilj je također u potpunosti ostvaren. Petar je uz asistentičinu pomoć naučio kontrolirati vlastito ponašanje. To je posredno dovelo i do poboljšanja na socijalnoj razini. Peti cilj je također u potpunosti ostvaren. Petar se sprijateljio s većinom učenika u razredu.

© "Naklada Slap", 2011. Sva prava pridržana.

Nakon što je uspio smanjiti impulzivnost, a time i poneke agresivne ispade koje je imao, stvaranje prijateljskih odnosa nije bilo problem.

Kako su ovi ciljevi trebali omogućiti Petru samostalnije funkcioniranje, zaključili smo da smo djelomično uspjeli u tome. Nisu svi ciljevi u potpunosti ostvareni, iako je vidljiv značajan pomak. Potrebno je dodatno raditi na problemima usmjeravanja pažnje te posebice s majkom i Petrom na odnosu i odgojnim problemima.

RASPRAVA

U opisanoj intervenciji primijenili smo neke spoznaje iz područja istraživanja rizičnih i zaštitnih faktora na rad s djetetom s ADHD-om i to na 3 razine: dijete (individualna razina), mikrosustav (obitelj) i egzosustav (škola). Kako je intervencija trajala kratko, bili smo u stanju obuhvatiti samo trenutno najproblematičnija ponašanja i to u najvećoj mjeri u školskoj domeni te se nismo uspjeli baviti mnogobrojnim drugim problemima koji su se pokazali bitni u djetetovu životu i koji su mogli značajno utjecati na sam ishod tretmana.

Na individualnoj razini najviše smo djelovali na smanjenju impulzivnosti, na povećanju pažnje te na povećanju kvalitete školskog i socijalnog života djeteta, što je bilo u skladu s rizičnim faktorima otkrivenim u brojnim istraživanjima (Bastiaansen i sur., 2004; Escobar i sur., 2005; Klassen i sur., 2004). Iako je došlo do povećanja samostalnosti u radu djeteta, problemi pažnje ostali su intenzivni i na njima je potrebno dodatno raditi. Pravilno postavljena dijagnoza također je značajan zaštitni faktor, što nam je u ovom slučaju bio problem. Početna dijagnoza postavljena od strane dječjeg psihijatra, koju je potvrdio i klinički psiholog, bila je samo ADHD, kombinirani tip. Iz četveromjesečnog rada s majkom i djetetom jasno je da postoje i drugi problemi. Dijete je pokazivalo probleme u ophođenju te je potrebno razmisliti i o komorbiditetu. Nadalje, psiholog nije radio direktno, s djetetom što bi svakako bila preporuka u nastavku rada.

Na obiteljskoj razini najviše smo radili s majkom, budući da je ona najviše uključena u odgoj djeteta. Osim majke i ujak je bio prisutan na nekoliko susreta te se aktivno uključio u odgoj djeteta. Na ovoj smo razini najviše radili na poučavanju djeteta željenom ponašanju, što može postati zaštitni faktor za smanjenje intenziteta simptoma, posebice u domeni impulzivnosti (Bernier i Siegel, 1994; Hechtman, 1996; Kendall, 1998). Faktor održavanja problema koji nam se javio na ovoj razini je negativna obiteljska klima (vezana uz razvod braka roditelja). Također su se javili i drugi problemi u odgoju dječaka. Dječak živi s majkom, dok je otac odsutan. Majka ne primjećuje u značajnoj mjeri simptome ADHD-a, ali zamjećuje probleme u ponašanju djeteta. Otac također primjećuje iste probleme, ali isključivo krivi majku za loš odgoj te ne prihvaća da dijete ima ADHD. Rijetko je prisutan u djetetovu životu te nije bio uključen u sam tretman. Prema riječima majke otac je grub, sklon fizičkom kažnjavanju te je loš model ponašanja, koji je moguće da dijete usvaja.

 © "Naklada Slap", 2011. Sva prava pridržana.

Majka je pokazala prilagodljivost na djetetova ponašanja te određene pozitivne roditeljske sposobnosti, što se pokazalo kao modulirajući pozitivni faktor za razvoj ADHD-a (Latimer i sur., 2003). Ipak problemi u ponašanju nisu se posebno smanjili nakon tretmana. Najveći problem ostaje popustljivost i nekonzistencija majke u odgoju, što pridonosi održavanju problema u ponašanju djeteta. Na majčinim odgojnim kompetencijama svakako treba dodatno raditi. U daljnjem radu bilo bi poželjno uključiti i oca u tretman. Zbog poremećenih obiteljskih odnosa i neprimjerenih postupaka u odgoju djeteta potreban je intenzivniji rad s cijelom obitelji.

Na školskoj razini postojao je specifičan način rada, koji se većim dijelom odvijao posredstvom asistentice u nastavi. Asistentica je bila zadužena za pomoć djetetu u školskim zadacima, ali isto tako i u uspostavljanju međuvršnjačkih odnosa. Do dolaska asistentice, učiteljica je većinu vremena morala posvetiti Petru, što je vodilo zaostajanju cijelog razreda u gradivu. Asistentica je preuzimanjem brige oko Petra (npr. oko izvršavanja zadataka, praćenja nastave, sprječavanja ometanja druge djece i sl.) omogućila učiteljici da se jednako posveti ostaloj djeci te da nemaju zaostatke u gradivu. Na taj je način postignuta pozitivna školska klima, koja se pokazala kao zaštitni faktor za razvoj dodatnih teškoća vezanih uz ADHD (Maehr i Midgley, 1996). Rješenje o individualiziranom pristupu u radu s Petrom, dodatno je potaknulo asistenticu i učiteljicu na prilagođavanje gradiva djetetovim sposobnostima, što je pozitivno djelovalo na njegov trud i motivaciju. Problemi s impulzivnošću i povremenom agresivnošću utjecali su na nešto slabije odnose s pojedinim vršnjacima u razredu, što je bio rizični faktor za pojačavanje simptoma ADHD-a i razvoj dodatnih poteškoća kao što su anksioznost i agresivno ponašanje. Asistentica je na ovom problemu radila od samog početka te se na kraju intervencije ovaj problem znatno smanjio. Impulzivnost je bila prisutna u manjoj mjeri, agresivnosti gotovo da nije bilo, dok problema s vršnjacima uopće više nije bilo. U početku je asistentica pomogla Petru u uspostavljanju prijateljskih odnosa s vršnjacima, a pred sam kraj intervencije Petru u ovom području nije više bila potrebna pomoć. Ostali učenici su vrlo dobro prihvatili asistenticu u nastavi te su je povremeno tražili za pomoć u objašnjenju školskih zadataka. Učiteljica je ostala glavni autoritet u razredu, koji je i Petar poštovao. Na ovoj razini trebalo bi se dodatno raditi na edukaciji učiteljice, posebice u području prilagođavanja nastavnog gradiva djetetovim sposobnostima te uvođenju dodatnih metoda motiviranja. Također bi se trebalo educirati i raditi s ostalim nastavnicima koji predaju u razredu u kojem se Petar nalazi (npr. nastavnica engleskog i vjeroučiteljica) jer one nisu prolazile nikakvu edukaciju niti su dobile posebno upute za rad s Petrom, iako je navedeno da Petar pohađa nastavu prema individualiziranom programu. Stručni suradnici u školi bili su samo upoznati s činjenicom da će se kod njih provoditi projekt te da će Petar dobiti asistenticu u nastavi, s čime su bili suglasni. No tijekom cijele četveromjesečne intervencije nisu ni u jednom trenutku bili uključeni u rad s djetetom niti su se posebno interesirali za napredak Petra. Ovo može u budućnosti izazvati dodatne poteškoće, posebice u višim razredima osnove škole kada bi stručni suradnici trebali informirati nastavni-

© "Naklada Slap", 2011. Sva prava pridržana.

ke o individualiziranom pristupu u radu. Stoga je vrlo bitno u daljnjoj intervenciji uključiti i edukaciju stručnih suradnika te i njih aktivno uključiti u rad s djetetom.

Opisana intervencija tek se u novije vrijeme provodi kod nas, i to isključivo u obliku projekata odobrenih od strane Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta. Kako je navedena intervencija tek u začetku, još uvijek ne postoji sistematska evaluacija o efektima boravka asistenta u nastavi. Iako smo u navedenoj intervenciji imali isključivo pozitivna iskustva s uvođenjem asistentice u nastavi, prijašnja iskustva iz prakse pokazuju da to nije uvijek slučaj. Javljaju se razni problemi. Npr. u različitom mišljenju nastavnika i roditelja o potrebi uvođenja asistenta u nastavi, problemi u komunikaciji između asistentice i nastavnika te asistentice i roditelja, dijete odbija prihvatiti pomoć asistenta, izoliranje djeteta od strane vršnjaka zbog prisutnosti asistenta i sl. Zbog toga je nužno da psiholog prilikom uvođenja asistenata u razred procijeni moguće koristi i štete za dijete, procijeni početno stanje u razredu te nakon određenog vremena napravi evaluaciju o efektima boravka asistenta u razredu.

Kako je prikazani način rada pokazao pozitivne pomake u relativno kratkom vremenu, daje nam dobru osnovu za izradu dugoročnih programa intervencije kada su u pitanju djeca s razvojnim poteškoćama, posebice ADHD-om. Potrebna su dodatna istraživanja koja će evaluirati efekte sličnih intervencija te posebno boravak asistenta u razredu.

ZAKLJUČAK

Navedeni prikaz slučaja opisuje efikasnost primjene teorije ekoloških sustava u radu s ADHD djetetom te daje dobru podlogu za izradu cjelovitog programa intervencije. U konkretnom tretmanu djelomično su ostvareni postavljeni ciljevi. Postignuto je smanjenje ometajućih i agresivnih ponašanja intervencijom u školskom i obiteljskom okruženju. Najveći problem je ostao u području pažnje. U nastavku rada s djetetom preporuča se ponoviti dijagnostiku zbog mogućeg komorbiditeta, uvesti individualni rad psihologa s djetetom, uključiti oca u tretman, uvesti intenzivniji rad s cijelom obitelji te educirati nastavnike i stručne suradnike za rad s djecom s poteškoćama u razvoju.

LITERATURA

Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin, 121,* 65-94.

Barkley, R.A. (2006). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment.* New York: The Guilford Press.

Barkley, R.A. (2000). *Taking charge of ADHD*. New York: The Guilford Press.

Bastiaansen, D., Koot, H.M., Ferdinand, R.F., Verhulst, F.C. (2004). Quality of life in children with psychiatric mental disorders: Self-, parent, and clinician report. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*, 221-230.

 © "Naklada Slap", 2011. Sva prava pridržana.

Bernier, J.C., Siegel, D.H. (1994). Attention-deficit hyperactivity disorder: A family and ecological systems perspective. *The Journal of Contemporary Human Services, 49,* 142-151.

Bronfenbrenner, U., Morris, P.A. (1998). The ecology of developmental processes. U: W. Damon, R.M. Lerner (ur.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (*Vol 1.,* str. 993-1028). New York: Wiley.

Brown, R.T., Pacini, J.N. (1989). Perceived family functioning, marital status, and depression in parents of boys with attention deficit disorder. *Journal of Learning Disabilities, 22*, 581-587.

Caspi, A., Taylor, A., Moffitt, T.E., Plomin, R. (2000). Neighbourhood deprivation affects children's mental health: environmental risks identified in a genetic design. *Psychological Science, 11*, 338–342.

Clarke, L., Ungerer, J., Chahoud, K., Johnson S., Stiefel I. (2002). Attention deficit hyperactivity disorder is associated with attachment insecurity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *7*, 179-190.

Coleman, M.C. (1996). *Emotional and behavioral disorders: Theory and practice.* Needham Heights, MA: Simon & Schuster.

DeWit, D.J., Offord, D.R., Sanford, M., Rye, B.J., Shain, M., Wright, R. (2000). The effect of school culture on adolescent behavioural problems: self-esteem, attachment to learning, and peer approval of deviance as mediating mechanisms. *Canadian Journal of School Psychology*, *16,* 15-34.

Entwistle, N., Kozeki, B., Tait, H. (1989). Pupils' perceptions of school and teachers II - Relationships with motivation and approaches to learning. *British Journal of Educational Psychology, 59,* 340-350.

Escobar, R., Soutullo, C.A., Hervas, A., Gastaminza, X., Polavieja, P., Gilaberte, I. (2005). Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Pediatrics, 116,* 364-369.

Gilger, J.W., Pennington, B.F., DeFries, J.C. (1992). A twin study of the etiology of comorbidity: Attention-deficit/hyperactivity disorder and dyslexia. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31,* 343-348.

Goodenow, C. (1993). The psychological sense of school membership among adolescents: Scale development and educational correlates. *Psychology in the Schools, 30*, 79-90.

Grenwald-Mayes, G. (2002). Relationship between current quality of life and family of origin dynamics for college students with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Attention Disorders, 5*, 211-222.

Hampel, P., Manhal, S., Roos, R., Desman, C. (2008). Interpersonal coping among boys with ADHD. *Journal Attenton Disorder*, *11*, 427-450.

Hechtman, L. (1996). Families of children with attention deficit hyperactivity disorder: A review. *Canadian Journal of Psychiatry, 42*, 350-360.

Hinshaw, S.P., Melnick, S.M. (1995). Peer relationships in boys with attention-deficit hyperactivity with and without comorbid aggression. *Development and Psychopathology, 7*, 627-647.

Hodgens, J.B., Cole, J., Boldizar, J. (2000). Peer-based differences among boys with ADHD. *Journal of Clinical Child Psychology. 29*, 443-452.

© "Naklada Slap", 2011. Sva prava pridržana.

Johnston, C. (1996). Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24*, 85-104.

Kendall, J. (1998). Outlasting disruption: The process of reinvestment in families with ADHD children. *Qualitative Health Research, 8*, 839-857.

Kendall, P.C. (2000). *Childhood disorders.* London: Psychology Press.

Kim-Cohen, J., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, A. (2004). Genetic and environmental processes in young children's resilience and vulnerability to socioeconomic deprivation. *Child Development, 75*, 651-668.

Klassen, A.F., Miller, A., Fine, S. (2004). Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics 114,* 541-547.

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

Latimer, W.W., August, G.J., Newcomb, M.D., Realmuto, G.M., Hektner, J.M., Mathy, R.M. (2003). Child and familial pathways to academic achievement and behavioral adjustment: A prospective six-year study of children with and without ADHD. *Journal of Attention Disorder*, *7*, 101-115.

Maehr, M.L., Midgley, C. (1996). *Transforming school cultures*. Boulder, CO: Westview Press.

McCarthy, J.D., *Hoge,* D.R. (*1984*). The dynamics of self-esteem and delinquency. *American Journal of Sociology, 90,* 396-410.

McGoey, K.E., Eckert, T.L., Dupaul, G.J. (2002). Early intervention for preschool-age children with ADHD: A literature review. *Journal of Emotional and Behavioral Disorder, 10*, 14-29.

Mikami, A.Y. i Hinshaw, S.P. (2003). Buffers of peer rejection among girls with and without ADHD: The role of popularity with adults and goal-directed solitary play. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *31*, 381-397.

Mrug, S., Hoza, B., Gerdes, A.C., Hinshaw, S., Arnold, L.E., Hechtman L., Pelham, W.E. (2009). Discriminating between children with ADHD and classmates using peer variables. *Journal of Attention Disorder*, *12*, 372-389.

Roser, R.W., Midgley, C., Urdan, T.C. (1996). Perceptions of the school psychological environment and early adolescents psychological and behavioral functioning in school: The mediating role of goals and belonging. *Journal of Educational Psychology, 88,* 408-422.

Rutter, M. (1977). Brain damage syndromes in childhood: Concepts and findings. Journal of child psychology and psychiatry, 139, 21-33.

Tannock, R. (1998). AD/HD: advances in cognitive, neurobiological and genetic research. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39, 65-99.

Teeter, P.A. (*1998*). *Interventions for ADHD: Treatment in developmental context.* New York: Guilford Press.

Thompson, S.D., Walker, A.C. (2004). Satisfaction with parenting: A comparison between adolescent mothers and fathers. *Sex Roles, 50*, 677-687.

Topolski, T.D., Edwards, T.C., Patrick, D.L., Varley, P., Way, M., Buesching, D.P. (2004). Quality of life of adolescent males with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders, 7,* 163-173.

 © "Naklada Slap", 2011. Sva prava pridržana.

Vulić-Prtorić, A. (2001). Razvojna psihopatologija: normalan razvoj koji je krenuo krivim putem. *Radovi Filozofskog fakulteta u Zadru*, *40*, 161-186.

Whalen, C.K., Jamner, L.D., Henker, B., Delfino, R.J., Lozano, J.M. (2002). The ADHD spectrum and everyday life: Experience sampling of adolescent moods, activities, smoking, and drinking. *Child Development, 73,* 209-227.

THE APPLICATION OF THE ECOLOGICAL SYSTEMS THEORY IN WORKING WITH A CHILD WITH ADHD

Summary

ADHD (attention disorder/hyperactive disorder) is one of the most common behavioral disorders in childhood and adolescence. Learning difficulties, poor school performance, peer relationship difficulties, problems with behavior control are issues which a child with ADHD has to deal with on a daily basis. The lack of understanding of the very disorder as well as for the child's feelings and the inabilities of the child to adequately cope with everyday demands, are rarely recognized in time. The parents and teachers are insufficiently acquainted with the symptoms of the disorder and ways to help and provide support for such children. The goal of this study was to show, on an example of a seven- year- old boy, different ways of working to ensure adequate support and the help that is needed for his progress. What this example shows is work on three levels of the ecological system: the individual level (the child with its traits, flaws, strengths and potentials), the microsystem level (work that is done with the child's parents), and the exosystem level (working with the teacher and the teaching assistant). In this way we encompass the most important spheres of the child's life and we have an effect on the strengthening of the protective and lessening of the risk factors by which we enable the child to optimally use his potentials and to prosper.

Key words: ecological systems theory, ADHD, case study, risk and protective factors

© "Naklada Slap", 2011. Sva prava pridržana.