

**Dr Emilija LAZAREVIĆ**  
Institut za pedagoška istraživanja  
Beograd

Pregledni naučni rad PEDAGOGIJA LXVII, 2, 2013. UDK: 159.922.76-056.49- 053.5 ; 616.89-008.43-053.5
---

---

## PREPOZNAVANJE I RAZUMEVANJE DEFICITA PAŽNJE I HIPERAKTIVNOSTI KOD UČENIKA U OSNOVNOJ ŠKOLI<sup>1</sup>

---

**Rezime:** *Specifični razvojni poremećaj koji je po mišljenju brojnih autora poslednjih godina u porastu jeste hiperkinetski poremećaj sa poremećajem pažnje. Učenici sa ovim razvojnim poremećajem ispoljavaju slabost pažnje, hiperaktivnost, impulsivno ponašanje, kao i posledično funkcionalna oštećenja u porodičnom funkcionisanju i funkcionisanju u školi (teškoće učenja), u odnosima s vršnjacima i učiteljima/nastavnicima. Iako učenici sa ADHD-om ispoljavaju veliki broj različitih problema još u najranijem detinjstvu, priroda njihovih problema prepoznata se tek sa polaskom u školu. Nalazi mnogih istraživanja ukazuju na to da smetnje iz spektra ADHD razvojnog poremećaja kod učenika visoko koreliraju sa neuspehom u školi, sa neprikladnim ponašanjem i neuklapanjem u društvo. S obzirom na to da je ADHD dugoročno, hronično stanje, ukoliko se ne prepozna i ne tretira na odgovarajući način, poremećaj može da bude prisutan ne samo tokom školskih godina nego i u odraslom životnom dobu. U naučnoj i stručnoj literaturi aktuelna su i otvorena brojna pitanja koja se odnose na terapiju i pristup u radu sa ovom decom. Veoma značajno pitanje za ovu decu jeste blagovremeno prepoznavanje i razumevanje prirode njihovih smetnji od strane učitelja/nastavnika, čime se stvaraju uslovi za pružanje adekvatne pomoći i za prevenciju nastajanja sekundarnih posledica. U radu ćemo dati kratki teorijski prikaz ove razvojne smetnje, navesti uzročnike i ukazati na teškoće koje se nalaze u osnovi ovog poremećaja, s ciljem boljeg razumevanja i blagovremenog prepoznavanja. Rano prepoznavanje, dijagnostikovanje i adekvatan tretman i terapija pružaju veće mogućnosti da se dete izleči ili da se smanje simptomi vezani za ovaj poremećaj.*

**Ključne reči:** *ADHD poremećaj, učenici, prepoznavanje, razumevanje, dijagnostika.*

---

<sup>1</sup> Članak predstavlja rezultat rada na projektima *Od podsticanja inicijative, saradnje, stvaralaštva u obrazovanju do novih uloga i identiteta u društvu* (br. 179034) i *Unapređivanje kvaliteta i dostupnosti obrazovanja u procesima modernizacije Srbije* (br. 47008), koje finansira Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije (2011–2014).

---

Jedan od glavnih zadataka škole jeste da svim učenicima pruži uslove u kojima će se optimalno aktivirati njihov razvojni potencijal (Havelka, 1990). S obzirom na činjenicu da deca sa specifičnim razvojnim poremećajima nisu u stanju da na adekvatan način odgovore na zahteve u vaspitno-obrazovnom procesu, nije iznenađujuće što se njihovi problemi nalaze u fokusu istraživača poslednjih nekoliko decenija. Specifični razvojni poremećaj, specifične smetnje razvoja, razvojna disharmonija ili, ponekad, smetnje u učenju, predstavljaju široke termine kojima se definiše posebna grupa teškoća vezanih za detinjstvo koju karakteriše, pre svega, usporenost ili nedostatak u sazrevanju određenih sposobnosti ili veština, odnosno, odstupanje od očekivanog, tipičnog razvojnog toka<sup>2</sup>. Specifični razvojni poremećaji mogu se javiti kod dece prosečnih ili čak natprosečnih intelektualnih potencijala, pa se upravo po tome oni razlikuju od onih oblika razvojnih smetnji koji se javljaju kod dece sa sniženim intelektualnim sposobnostima. Američko ministarstvo zdravlja, obrazovanja i socijalne pomoći navodi 10 karakteristika koje su povezane sa teškoćama u učenju: hiperkinetičnost; perceptivno-motorni poremećaji; poremećaji koordinacije; poremećaji pažnje; teškoće u pamćenju i mišljenju; specifične teškoće u učenju, čitanju (disleksija), pisanju (disgrafija), računanju (diskalkulija) i izgovaranju, oštećenje sluha i govora, suspektni neurološki nalazi i nenormalan EEG, emocionalna labilnost i impulsivnost.

Sticanje školskih znanja predstavlja veoma složen proces, koji se zasniva na učešću bazičnih kognitivnih funkcija, pre svega pažnje, percepcije, pamćenja, mišljenja, jezika i praksije. Pažnja predstavlja važan uslov za uspešno učenje i aktivno upamćivanje kao i za prizivanje zapamćenih informacija u specifičnoj egzistencijalnoj situaciji (Milovanović, 2001). Hiperkinetski poremećaj sa poremećajem pažnje (u daljem tekstu ADHD/Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) predstavlja najčešći neurobihevioralni poremećaj u detinjstvu (Holtmann et al., 2003; Faraone et al., 2005), koji je po mišljenju brojnih autora poslednjih godina u porastu (Jovanović, 2007). Ovaj poremećaj karakterišu simptomi nepažnje, impulzivnosti i hiperaktivnosti koji mogu varirati po intenzitetu i imati hronični tok (Quintero et al., 2009).

Iako deca sa ADHD-om ispoljavaju veliki broj različitih problema još u najranijem detinjstvu, priroda njihovih problema prepoznata se tek sa polaskom u školu. Ova deca ispoljavaju brojne smetnje u svakodnevnom funkcionisanju, a sa aspekta školskog funkcionisanja najznačajnije posledice su neuspeh u školi, neprilagođeno ponašanje i neuklapanje u društvo. U naučnoj i stručnoj literaturi aktuelna su i otvorena brojna pitanja koja se odnose na terapiju i pristup u radu sa ovom decom. Veoma značajno pitanje za ovu decu jeste prepoznavanje i razumevanje prirode njihovih smetnji blagovremeno i na pravi način od strane učitelja i nastavnika, čime se stvaraju uslovi za pružanje adekvatne pomoći. S obzirom na to da podaci brojnih istraživanja pokazuju da bihevioralni problemi udruženi sa deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem ostaju da perzistiraju i u odrasloj dobi kod 40–60 odsto dece sa ovim poremećajem (Biederman et al., 1994; Wender, 2001), mislimo da ovom problemu treba posvetiti značajnu pažnju radi sprečavanja nastajanja svih negativnih posledica.

---

<sup>2</sup> Denckla, M. B. (1979) Childhood learning disabilities; in Heilman K. M., & Valenstein, E. (eds), *Clinical Neuropsychology* (535–573). New York: Oxford University Press.

---

## Teorijske odrednice ADHD

Postoje brojne teorijske odrednice kojima se označavaju teškoće koje mogu ispoljavati deca sa ADHD-om. Poremećaj deficita pažnje sa hiperaktivnošću jeste specifični razvojni poremećaj koji sadrži slabosti u sposobnostima održavanja i usmeravanja pažnje i koncentracije na neki zadatak uz prisustvo i pridruživanje drugih simptoma, poput impulsivnosti, motoričkog nemira, nemogućnosti odlaganja gratifikacije i poremećaja ponašanja. Termini kojima se ranije označavao ovaj razvojni poremećaj jesu: minimalna cerebralna disfunkcija (MCD), hiperkinetičko-impulsivni poremećaj, ADD (Attention Deficit Disorder), hiperkinetička reakcija u dečjem dobu. Prema ICD-10 klasifikaciji (1992), koristi se termin hiperkinetski poremećaj, a američka DSM-IV klasifikacija (1994) poremećaj naziva deficit pažnje/hiperkinetički poremećaj (ADHD) i ovaj termin se nalazi najčešće u upotrebi za imenovanje ovog razvojnog poremećaja.

Razvojni hiperkinetički sindrom jeste neurorazvojni sindrom dečje dobi karakterisan slabošću pažnje, hiperaktivnošću, impulsivnim ponašanjem, kao i posledičnim funkcionalnim oštećenjima u porodičnom funkcionisanju i funkcionisanju u školi (teškoće u učenju), u odnosima s vršnjacima i vaspitačima/nastavnicima (Bojanin, 1985). Ovaj razvojni poremećaj karakteriše udruženo prisustvo preterane i nesvrshodne motorne aktivnosti, insuficijentne pažnje i impulsivnog ponašanja (Krstić, 1999). Berkli definiše hiperkinetski sindrom kao poremećaj pažnje očekivane za uzrast i ponašanja u skladu sa pravilima (poslušnost, samokontrola i savlađivanje problema), odnosno kao razvojni poremećaj nedostatka inhibicije ponašanja. On nastaje u predškolskom dobu (pre četvrte godine), pervazivan je (javlja se u svim situacijama) i nije udružen s većim senzornim, motornim, psihijatrijskim ili neurološkim poremećajima ili sa mentalnom retardacijom (Barkley, 1981; 2000). Ovaj poremećaj se manifestuje tako što je dete znatno nemirnije, teško se koncentriše, naglo je u svojim reakcijama, teško se organizuje i orijentise u odnosu na budućnost i zahtevnije je od druge dece svog uzrasta. Prema neuropsihološkom pristupu ova smetnja predstavlja disharmoničan razvoj koji se zasniva na neusklađenoj zrelosti između: sposobnosti koordinacije motorike; nivoa razvijenosti inteligencije; emocionalne zrelosti i nivoa orijentisanosti u vremenu<sup>3</sup> (Bojanin, 1985). Kod dece su ugrožene izvršne funkcije, kao što su: planiranje, održavanje pažnje, radna memorija, potiskivanje nebitnih stimulusa i samokontrola ponašanja, što se manifestuje sledećim simptomima: haotičnim i neorganizovanim ponašanjem, teškoćama u koncentraciji, u praćenju uputstava, odsutnošću, impulsivnošću i hiperaktivnošću (Barkley, 1997.a; Castellanos & Tannock, 2002; Rapport et al., 2000).

Postoje pretpostavke o velikom broju različitih mogućih uzročnika ovog razvojnog poremećaja, kao što su: stečeni biološki faktori, neuroanatomski, neurofiziološki, neuropsihološki, psihosocijalni i dr. (Mitrović i sar., 2008). U literaturi se često kao mogući uzročnici ovog poremećaja navode neurološka oboljenja ili izvesna oštećenja neuralnih funkcija. U patogenezi ADHD-a kao mogući uzrok navode se razlike u strukturi mozga, u njegovoj električnoj aktivnosti i u moždanoj povezanosti dve hemisfere. Brojne studije su pokazale da mozgovi dece sa ADHD-om funkcionišu drugačije, i ukazuju na disfunkciju fronto-supkortikalnih puteva koji kontrolišu pažnju i motoriku (Kolb & Whishaw, 1996). Berkli (1997.b) predlaže jedinstvenu teoriju o ADHD-u koja

---

<sup>3</sup> Bojanin, S. (1985). *Neuropsihologija razvojnog doba i opšti reedukativni metod*, Beograd: ZUNS.

---

podrazumeva centralni deficit inhibicije moždane kore. Takođe se kao značajni faktori rizika navode i kasnije traume glave sa većim oštećenjima moždanog tkiva, pri čemu 19 odsto takve dece razvije hiperaktivno ponašanje sa deficitom pažnje (Barkley, 2007). Prema dosadašnjim istraživanjima, neravnoteža u domenu neurotransmitera dovodi do poteškoća filtriranja podražaja iz okoline i zbog toga oni ne mogu odvojiti bitne od nebitnih podražaja. Infekcije majke za vreme trudnoće, fetalni distres, komplikacije pri porođaju, prematuritet i sl., takođe se navode kao značajni faktori uzročnika ADHD-a (Maher et al., 1999). Ovaj razvojni poremećaj može se javiti nakon dečjih bolesti, ili može biti uzrokovan toksinima, psihičkom traumom, prenatalno ili postnatalno, a može biti povezan i s razvojnim problemima (Barkley, 2007). Savremeni psihodinamički orijentisani autori tumače objektivne relacije<sup>4</sup> i teoriju o emocionalnom vezivanju<sup>5</sup> u skladu sa primarnim neurokognitivnim performansama odojčeta, kao eventualne uzročnike ovog poremećaja (Kolar i Bojanin, 2000). ADHD nastaje kombinacijom različitih gena, od kojih mnogi utiču na transport dopamina. Međutim, neka istraživanja su pokazala da nivo transportovanog dopamina nije taj koji uzrokuje ADHD, već smanjena sposobnost mozga da sam proizvede dopamin. Dopamin ima dominantnu ulogu u motivacionim procesima, u sistemu nagrađivanja, ali istovremeno utiče i na više kognitivne funkcije moždane kore frontalnog režnja. Značaj hereditarnih, genetskih faktora još uvek je nedovoljno jasan iako se nasleđe dovodi u vezu sa uzročnikom kod tri četvrtine celokupne ADHD populacije. Neke studije blizanaca koje su analizirale značaj genetskih uticaja kao i uticaja faktora okruženja pokazale su da se radi o visoko hereditarno uslovljenom ponašanju (70–90 odsto) u dečjem uzrastu (Curran & Taylor, 2000).

Dijagnoza ADHD-a postavlja se na osnovu informacija dobijenih od roditelja, učitelja i na osnovu pregleda deteta<sup>6</sup>. Da bi se postavila dijagnoza, simptomi moraju biti prisutni najmanje šest meseci, moraju se javiti pre sedme godine života, i moraju biti prisutni u najmanje dva različita okruženja (kod kuće i u školi), uz jasno postojanje dokaza o klinički otežanom funkcionisanju u društvenoj, akademskoj i/ili profesionalnoj sferi života (loše slaganje s vršnjacima, slabe ocene u školi). U dijagnostičkoj proceduri procenjuje se i eventualno prisustvo drugih psihijatrijskih poremećaja (npr. anksiozni poremećaj, poremećaj raspoloženja, poremećaj ponašanja, autizam, itd.). ADHD grupa poremećaja veoma je heterogena. Postoje brojni varijeteti, oblici ispoljavanja, različite kombinacije osobina, stepena zastupljenosti osobina itd. Prema DSM-IV klasifikaciji (1994), postoje sledeća tri podtipa ADHD-a: 1. ADHD/I – primarno postoji deficit pažnje (prisutno 6 od 9 simptoma nepažnje); 2. ADHD/HI – primarno hiperaktivno-impulsivni tip (prisutno 6 od 9 simptoma hiperaktivnosti i impulsivnosti) i 3. ADHD/C – kombinovani tip (prisutno 6 od 9 simptoma u obe kategorije – nepažnja i hiperaktivnost-impulsivnost). Dijagnostički kriterijumi za deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj jesu:

---

<sup>4</sup> U ranim objektivnim odnosima *attachment* teorija predstavlja psihoanalitičarima objašnjenje za razne psihopatološke pojave, pa prema tome i za hiperkinetski poremećaj (Kolar i Bojanin, 2000).

<sup>5</sup> Emocionalno vezivanje jeste jedna od najvažnijih faza u psihološkom razvoju čoveka i nesposobnost majke da oseti i razume potrebe svog deteta, da empatiše s njim i da kontejnira sve one neprijatne i zastrašujuće sadržaje, može da emocionalno »hendikepira« dete i da ozbiljno opstruira normalan psihološki razvoj. No, da bi se to desilo, mora prethodno da postoji određena biološka disfunkcija kod deteta, koja bi ga učinila vulnerabilnim za nepovoljne uticaje okoline (Kolar i Bojanin, 2000).

<sup>6</sup> Na osnovu kliničke slike, prema kriterijumima iz Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-10/ICD-10) koje je postavila Svetska zdravstvena organizacija i prema DSM-IV klasifikaciji.

---

1. Šest (ili više) navedenih simptoma slabosti pažnje, koji traju najmanje 6 meseci i maladaptivni su i nekonzistentni sa stepenom razvoja: a) ne posvećuje pažnju detaljima ili pravi greške zbog nemara u školskom radu, poslu ili drugim aktivnostima; b) često ima problema sa održavanjem pažnje pri obavljanju školskih zadataka ili u igri; c) često se čini da ne sluša i kada mu se direktno obraća; d) često ne prati uputstva i ne završava školske zadatke, kućne poslove ili poslove na radnom mestu (ali ne zbog prkosa ili nerazumevanja uputstva); e) često ima teškoće sa organizovanjem zadataka ili aktivnosti; f) često izbegava, ne voli ili odbija zadatke koji zahtevaju trajniji mentalni napor (kao što je školski ili domaći zadatak); g) često gubi stvari potrebne za izvršavanje zadataka ili aktivnosti; h) često ga ometaju spoljašnji nadražaji; i) često zaboravlja dnevne aktivnosti.

2. Šest ili više od sledećih simptoma hiperaktivnosti-impulsivnosti, koji traju najmanje 6 meseci i maladaptivni su i nekonzistentni sa stepenom razvoja:

- hiperaktivnost – a) često tresu rukama ili nogama i vrpolti se na stolici; b) ustaje sa stolice u razredu ili na nekom drugom mestu gde se od njega očekuje da ostane miran; c) često preterano trči ili se penje u situacijama u kojima je to neprimereno; d) često ima teškoća ako treba da se mirno i tiho igra ili obavlja slobodne aktivnosti; e) često je »u pogonu« ili kao da ga »pokreće motor«; i f) često preterano priča;
- impulsivnost – g) često »istrčava« s odgovorima i pre nego što je postavljeno pitanje; h) često ima teškoće sa čekanjem reda; i) često prekida ili ometa druge (npr. upada u razgovor ili igru).

Brojna istraživanja naučnih i zdravstvenih institucija u svetu ukazuju na to da je sve veći procenat dece kod koje je dijagnostifikovan deficit pažnje. U literaturi nailazimo na različite podatke, a procenat može varirati u zavisnosti od ispitivane populacije i primenjene metodologije ispitivanja, pa se u literaturi može sresti opseg prevalence od 2 do 18 odsto (Rowland et al., 2001; Rowland et al., 2002). U izveštajima američkih i kanadskih zdravstvenih organizacija taj procenat se sa 2,8 odsto 1990. godine popeo na 5 odsto 1995, a po novijim istraživanjima, od 7 do 10 odsto dece uzrasta od 5 do 18 godina ima dijagnozu ADD ili ADHD (Jovanović, 2007). Na osnovu DSM-IV/Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1994) dijagnostičkih kriterijuma prevalance, u školske dece varira od 4 odsto do 12 odsto, a prema novijim istraživanjima zastupljenost u populaciji dece školskog uzrasta jeste od 3 do 5 odsto (Paule et al., 2000). Odnos poremećaja između dečaka i devojčica je različit i kreće se od 3:1 do 9:1 u korist dečaka (Elia et al., 1999). Veća učestalost ADHD-a kod dečaka prema mišljenju nekih autora može da se tumači i činjenicom da se simptomi ovog razvojnog poremećaja često kod devojčica ne dijagnostikuju. Simptomi ADHD-a kod devojčica nisu procenjivani kao problematični od strane roditelja, nastavnika i drugih, na primer one su manje prkosne, agresivne i usklađenije su od dečaka. Kod njih je uobičajenije prisutna tendencija internalizacije ponašanja (više su usmerene ka sebi), za razliku od dečaka čije je ponašanje eksternalizovano (usmereni su na druge), pa njihovo ponašanje uključuje fizičku agresiju, udaranje, vikanje itd. (Pliszka, 2007). Prema Svetskoj zdravstvenoj organizaciji (World Health Organization/WHO, 1997), procenjuje se da skoro deset miliona ljudi ima poremećaj pažnje i hiperaktivnost bez uspostavljene dijagnoze.

---

## Kako prepoznati ADHD razvojni poremećaj kod dece školskog uzrasta

Iako su simptomi ADHD-a prisutni kod dece ranog uzrasta (već od 2–3 godine), dijagnoza se najčešće postavlja pri polasku u školu zato što zbog većih zahteva školske sredine klinička slika postaje očiglednija. Simptomi ADHD-a vrlo su upečatljivi i lako uočljivi, međutim to ponekada predstavlja i otežavajuću okolnost, pa se često dešava u vaspitno-obrazovnoj praksi da su neki učenici pogrešno označeni od strane učitelja/nastavnika kao deca sa ADHD poremećajem. S druge strane, mnogi učenici koji imaju ADHD ostaju nedijagnostikovani. Često se dešava da se učenici sa hiperkinetskim poremećajem determinišu kao loši, nemotivisani, drugačiji, nevaspitani, tvrdoglavi, agresivni, nepažljivi, impulsivni, uz objašnjenje da je to nedostatak kućnog vaspitanja. Nепрепознавање i nerazumevanje prave prirode problema koji se nalazi u osnovi ovog specifičnog razvojnog poremećaja može imati negativne posledice ne samo na njihov celokupni razvoj, nego i na razvijanje sekundarnih posledica ovog poremećaja. Iako često učenici sa ovim poremećajem žele da budu dobri đaci, impulsivno ponašanje i teškoće održavanja pažnje na času osujećuju im tu želju i uzrokuju probleme. Svako dete povremeno može pokazivati nepažnju, rastrojenost, impulsivnost ili pojačanu aktivnost, ali kod deteta sa ADHD-om ovi simptomi i ponašanja su češći i jači u odnosu na drugu decu istog uzrasta ili razvojnog nivoa. Osnovne karakteristike ponašanja učenika sa ADHD problemima jesu: selektivna pažnja, rasejanost, impulsivnost i hiperaktivnost.

*Selektivna pažnja.* Za razliku od drugih učenika kod kojih se pažnja ne koleba mnogo i obično je negde u sredini, za ADHD učenika karakterističan je kratak raspon pažnje, te teško može sam da održi pažnju duže od 5–10 minuta. Njihova pažnja osciluje tokom dana, ali i po danima (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2004). Teškoće u pažnji izraženije su u »monotonim« i »dosadnim« situacijama. Za ovaj poremećaj su upadljiva dva ekstrema pažnje: izražena odsutnost i nepažljivost tokom aktivnosti koje su im dosadne (školske aktivnosti) i intenzivni fokus, »hiperfokus« pažnje na stvari koje su im interesantne. Hiperfokus može biti prednost kada rade nešto kreativno, ali i nedostatak kada ih hiperfokus u jednoj oblasti sprečava da obrate pažnju na stvari koje drugi smatraju važnim. Takav učenik, na primer, može provesti duže vreme crtajući kreativnu ilustraciju za neki zadatak, a da, pri tome, ne obrati pažnju na sam sadržaj zadatka (na pravopis, gramatiku, tačno rešenje). Ako je u pitanju matematički problem, može ga rešiti »u glavi«, bez postavljanja zadatka, pa nastavnik ne može videti postupnost, može »naškrabati« zadatak da izgleda nepregledno i često, na kraju, kad je rešio za svoju dušu ono što ga interesuje (problem, način rešavanja zadatka, zagonetku), može sabrati pogrešno 2 i 2 (Jovanović, 2007). Malo je nastavnika koji će zanemariti ove »objektivne« pokazatelje znanja, s obzirom na to da je krajnji rezultat netačan. Kod ovih učenika prisutna je i selektivnost u domenu memorije. Kada je u pitanju tekst koji treba da pročitaju, za njih je karakteristično da pamte stvari koje su njima zanimljive, koje većina drugih učenika ne zapamti, a da pri tome ne zapamte ključne stvari u vezi sa tekстом. Njihova karakteristika je i veoma kratkotrajna koncentracija. Veliki broj ovih učenika pokazuje problem koncentracije koja se direktno odražava na usvajanje akademskih znanja i veština (Veselinović Jovanović, 2001). Prilikom čitanja, oni obično prelete preko teksta, a čitaju više zbog toga da bi odradili to što se od njih traži nego da bi obradili pročitane informacije. Za njih su čitanje i pamćenje onoga što se čita dve odvojene stvari. Tokom časa oni uglavnom gledaju kako rade

---

druga deca umesto da rade sami. Prebrz rad utiče na pravljenje nepotrebnih greška, koje nisu prouzrokovane neznanjem (Jovanović, 2007). Takođe, na pitanja prebrzo odgovaraju, ne razmišljajući pre odgovaranja. Nisu u stanju da zapamte uputstva iako nemaju probleme sa pamćenjem. Njihove teškoće se ogledaju i u organizovanju i izvođenju pismenih radova i veoma lako odustaju od novih zadataka, a da pri tome nisu ni pokušali da ih reše (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2004).

*Rasejanost.* Ovi učenici se ne mogu usmeriti na detalje. Oni reaguju na svaki stimulus, a često ih ometaju nevažne stvari jer nisu u stanju da razlikuju bitno od nebitnog. Započinju veliki broj aktivnosti, ali ne završavaju nijednu. U koncentraciji na zadatak ometaju ih spoljašnji (svaki zvuk, ili pokret, predmet...) i unutrašnji (bujica ideja, sećanja, misli koje lutaju) podsticaji (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2004). Na primer: na putu do škole svašta ih može zavesti da krenu za stimulusom koji im je privukao pažnju i da zaborave da čas počinje za nekoliko minuta. Nisu u stanju da postave prioritete i da ih stalno imaju na umu. Ako su prekinuti u radu, sporo i teško se vraćaju na započetu aktivnost zato što su odsutni i rastreseni (Jovanović, 2007). Izuzetno su zaboravni, zaboravljaju dnevne aktivnosti i gube pribor (zaborave u školi jaknu ili čak cipele, knjige, sveske, šta imaju za domaće) (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2004). Njima je potrebna stalna pomoć u obavljanju školskih zadataka. Oni ne mogu da se drže teme, mešaju se u razgovore drugih, prekidaju druge, previše pričaju i teško rade u tišini. Često su razdražljivi, imaju nisku toleranciju na frustracije, neprimereno i prejako reaguju na draži (Pejović Milovančević, 2011; Popović Deusić, 1999). Za ove učenike su karakteristične velike oscilacije, jedan dan mogu biti »super« u školi, dok drugi dan mogu biti totalno rasejani i nepažljivi, i nesposobni da ponove za dvojku ono što su prethodnog dana znali za peticu. Ove učenike odlikuju ekstremna kolebanja pažnje, nivoa uzbuđenja, osećanja i radnih sposobnosti.

*Impulsivnost.* Za ADHD učenike karakteristično je da reaguju vrlo brzo bez prethodnog promišljanja o akciji. Oni ne povezuju akciju sa posledicama koje iz nje mogu da proizađu, odnosno njima nije svojstvena refleksija pre akcije, a planiranje i predviđanje mogućih posledica akcije retko uključuju kao mentalne operacije. Neoprezni su, brzopleti i nepromišljeni te često izvode opasne zahvate ne razmišljajući o posledicama tako da se često povređuju i prave disciplinske probleme. Nakon toga, oni se osećaju loše jer to nisu želeli. Impulsivnost se posebno ispoljava u socijalnim situacijama, na primer nisu u stanju da odlože zadovoljenje neke potrebe, da sačekaju da negde dođu na red, da saraduju, da dele stvari (Daniels & Stafford, 2001). Odrasle osobe, ali i njihovi vršnjaci, teško prihvataju takve osobine, pa su deca sa ovim poremećajem u poziciji da teško stiču i održavaju prijateljstva, imaju malo prijatelja i lošu reputaciju među vršnjacima. Oni su društveno nezreli, a uglavnom se druže sa mlađima od sebe. Često pribegavaju impulsivnim lažima. Oni ne promišljaju svoje laži, već kažu brzopleto bilo šta da bi se izvukli iz neprilike, ili zbog toga što nisu u stanju da odlože zadovoljenje svojih potreba. Takve impulsivne laži lako se otkrivaju jer nisu promišljene, a oni i ne osećaju krivicu jer nisu planirali da slažu (Jovanović, 2007).

Impulsivnost ispoljavaju i u načinu na koji rade zadatke u školi. Govore u neprikladno vreme i u neprimerenim situacijama, i često nepromišljeno »bubnu« odgovore. U želji da što pre završe obavezu, neće proveriti dva puta rezultat, i napisaće prvo što im padne na pamet. Sabraće kada treba oduzimati, deliće kada treba množiti, čak i kada znaju kako se rešavaju takvi zadaci. Odgovaraće impulsivno kada ih nastavnik ne

---

pita, bez podizanja prstiju, ili neće dići ruku kad nešto znaju ako u tom trenutku njihovom pažnju okupira nešto drugo, kao što i podizanje ruke nema veze sa njihovim znanjem (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2004). Ovi učenici nikada neće spontano ponuditi odgovor ili dići ruku ako znaju a nastavnik ih ne pita. Naretko će odgovoriti i pre nego što nastavnik postavi pitanje, pretpostavljajući šta će da pita. Nemaju strpljenja da saslušaju, da isprate višestruke zahteve.

*Hiperaktivnost.* Učenici sa ADHD-om izražavaju nesposobnost da regulišu nivo aktivnosti koji je usklađen sa zahtevima situacije. Oni su preterano aktivni u neprikladno vreme i u neprikladnim situacijama, naročito u situacijama koje zahtevaju relativan mir. Neorganizovanost i nesvishodnost njihovih aktivnosti ogleda se u sledećem: trčanje ili skakanje naokolo, ustajanje sa mesta kada bi trebalo da se sedi, često se kreću po učionici i izlaze iz nje, nemirni su na stolici, sede na ivici stolice, klate nogama, penju se po nameštaju, preterano su pričljivi i galame, vrpolje se ili vrte, meškolje, ustaju, skaču, vrte predmete po rukama (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2004). U njihovom ponašanju dominira nemir, potreba za aktivnošću i kretanjem, skloni su povredama, »ničeg se ne boje«. U grupi učenika oni uvek prednjače, u centru su pažnje, nametljivi su, fizički ili verbalno agresivni, kvare igru druge dece, spontano menjaju pravila igre. U stanju su da se najduže nekoliko minuta ponašaju na očekivan način, bez obzira na to da li se radi o igri, zadatku ili očekivanju željenog događaja (Daniels & Stafford, 2001).

Pored navedenih ključnih karakteristika, prateće osobine učenika sa ADHD-om jesu i: preterana emotivnost – nad njihovim rasuđivanjem dominiraju osećanja (teško odvajaju svoja trenutna osećanja od sadržaja koji je potrebno da im se prenese); sklonost ka preteranom reagovanju – minimalni povodi izazivaju preterane reakcije (dete može, »iz čista mira«, da dođe do emotivne erupcije, a da se, za pet minuta, opet ponaša kao da se ništa nije desilo; oprečne emocije mogu da se brzo smenjuju). Za njih je karakteristično i to da imaju reakcije u momentu dešavanja – oni su vođeni samo onim što se dešava u sadašnjosti. Vođenost momentom, osećanjem sadašnjosti, dovodi ih i do brzih promena fokusa od jedne do druge aktivnosti, od kojih se svaka radi kratko i sa velikim intenzitetom (Jovanović, 2007). Učenici sa ADHD-om imaju i loš rukopis i pored toga što mogu imati odličnu motoričku koordinaciju, i što su u stanju da odlično crtaju. Početak teksta je uobičajeno čitak, ali ubrzo se rukopis pretvori u »švrakopis«. Kod svakog učenika povremeno može biti prisutan utisak dosade, ali kod učenika sa ADHD strukturom taj utisak se javlja u gotovo svakoj aktivnosti. Oni ne podnose stvari koje se odvijaju sporo, za njih je čitanje suviše sporo, a kada naiđu na tekst u kojem ima previše opisa, obično ostavljaju knjigu. Imaju loš osećaj za vreme, vreme mere prema svom interesovanju a ne prema satu, i veoma slabo razvijen osećaj za to koliko je vremena stvarno prošlo u određenoj aktivnosti (Barkley, 2000), a još slabiji im je smisao za uvremenjenost neke aktivnosti. Obično sve rade u pogrešno vreme, na primer: gledaće televiziju onda kada treba da se oblače i spremaju za školu ili da rade domaće zadatke. Nemaju predstavu o tome koliko vremena im treba da završe pismeni zadatak, pa ga često i ne dovrše. Kod njih je prisutan i egocentrizam. Često će se žaliti da neko prema njima nije bio fer (vršnjaci, nastavnici ili roditelji). Kada saslušate njihove žalbe, jasno možete videti da je dete doživelo tuđe ponašanje kao nekorektno zato što je očekivalo da i drugi misle i osećaju isto što i ono. To ne znači da je dete sebično, već da živi u svom svetu i da očekuje da i drugi dele isti svet, ideje i ideale (Jovanović, 2007).

---

## Značaj rane detekcije, dijagnostike i tretmana

Kada je u pitanju ADHD razvojni poremećaj, za postizanje željenih efekata i za prevenciju nastajanja sekundarnih posledica, koje mogu progresivno obuhvatati sve oblasti detetove ličnosti i ponašanja, veoma je značajno pravovremeno prepoznavanje i razumevanje ovog poremećaja, kao i adekvatna dijagnostika koja bi omogućila i blagovremeno započinjanje multidisciplinarnog tretmana. Ovo je posebno značajno zato što, s jedne strane, disharmonični razvoj sposobnosti za dete predstavlja značajan izvor intrapsihičkih konflikata, kao i utroška sopstvene psihičke energije. S druge strane, nerazumevanje od strane sredine – na primer, tumačenje smetnji kao otpor deteta, kao lenjost ili neposlušnost, podsmeh ili odbacivanje od strane vršnjaka, odsustvo adekvatnog edukativnog usmerenja itd. – neretko direktno vode u poražavajući razvojni i egzistencijalni bilans (Krstić, 2002).

Rano prepoznavanje, dijagnostikovanje i adekvatan tretman i terapija pružaju veće mogućnosti da se dete izleči ili da se smanje simptomi vezani za ovaj poremećaj. Nalazi mnogih istraživanja ukazuju na to da smetnje iz spektra ADHD razvojnog poremećaja kod učenika visoko koreliraju sa neuspehom u školi, sa neprilagođenim ponašanjem i neuklapanjem u društvo (Veselinović Jovanović, 2001). Mnoge studije ukazuju na to da su bez pravovremnog prepoznavanja i adekvatnog tretmana učenici sa ADHD razvojnim poremećajem u daleko većem riziku od: neuspeha u školi, ili uspeha ispod njihovih intelektualnih sposobnosti, ponavljanja razreda i izbacivanja iz škole. Kod 60 odsto učenika sa ADHD-om prisutne su smetnje u učenju, smanjena produktivnost u školi, a loš uspeh ima čak 90 odsto ovih učenika (Kolar i Bojanin, 2000). Ovi učenici ispoljavaju smetnje u čitanju i pisanju, a priroda njihovih teškoća koja se dovodi u vezu sa smetnjama u čitanju i pisanju rezultat je pre »nepažnje« nego hiperaktivnosti i impulsivnosti. Istraživanja su pokazala da je povezanost ADHD simptoma i smetnji u čitanju i pisanju slična kao i povezanost ADHD simptoma sa ostalim aspektima školskih veština. Poremećaji čitanja prisutni su kod 20 odsto učenika sa ADHD poremećajem (Maughan & Carroll, 2006), a poremećaji pisanja kod 60 odsto (Greven et al., 2011). Uočeno je da 45 odsto ovih učenika ima neki oblik govorno-jezičkog poremećaja, a najčešće su prisutni deficiti poremećaja socijalnih aktivnosti, redukovane sposobnosti auditivnog procesiranja i selekcije informacija (Minchon, 1999; Tiroch & Cohen, 1998; prema: Golubović, 2004).

Hiperkinetički poremećaj ima znatan uticaj na socijalno funkcionisanje deteta tokom razvoja. Kod učenika sa ADHD-om javljaju se problemi u socijalnim interakcijama. Neuspeh u školi kod ovih učenika može da se odražava na motivaciju, na mentalno zdravlje i može da produbi neprihvatljive oblike ponašanja. Oni gube poverenje u sopstvene snage i pojavljuje se osećanje manje vrednosti, zato što u odnosu na druge oni zaostaju, povlače se u sebe, izdvajaju se iz društva, stiču odbojnost prema školi, čime se i onemogućava njen pozitivni vaspitni uticaj. Pojava nesporazuma između učenika i nastavnika kao i između učenika i roditelja otežava moguću saradnju porodice i škole u otklanjanju uzroka koji su doveli do pojave neuspeha, nezadovoljstvo i osećanje neprijatnosti zbog neuspeha kao i osećanje nepripadanja sredini u kojoj učenik živi. Ovo su samo neke od sekundarnih posledica koje se mogu javiti ako se ovaj poremećaj ne otkrije na vreme i ako se ne preduzmu adekvatne mere koje bi pomogle ovim učenicima da prevaziđu primarne teškoće (Lazarević i Plećević, 2011). U školskoj situaciji, podsticajni ili ometajući faktori od strane nastavnika i vršnjaka i ranije uspostavljeni

---

obraci ponašanja u složenijim situacijama u kojima se proverava nečija sposobnost, najčešće predstavljaju osnovu za formiranje trajnih svojstava ličnosti učenika – anksioznost, depresija, gnev – koja ometaju proces prilagođavanja školskim uslovima života i rada (Krnjajić, 2005).

Veliki problem kod dece i adolescenata sa ADHD poremećajem jeste komorbiditet, jer čak dve trećine dece imaju barem još jedan dijagnostikovan psihijatrijski poremećaj, poremećaj učenja, poremećaj raspoloženja, Tourettov sindrom ili tikove (Juretić i sar., 2011). Najčešće su prisutni: poremećaj sa suprotstavljanjem i prkošenjem sa prevalencom od 35,2 odsto; komunikacioni poremećaji sa 25,7 odsto; anksiozni poremećaji sa prevalencom 25,8 odsto i depresivni poremećaj sa prevalencom od 18,2 odsto (American Academy of Pediatrics, 2000). Prisustvo komorbidnih dijagnoza znatno otežava proces lečenja i pogoršava ishod i prognozu poremećaja (Kolar i Bojanin, 2000).

Zbog ozbiljnosti prisutnih smetnji kod učenika sa ADHD razvojnim poremećajem neophodno je intervenisanje u bar dve različite oblasti. Jedna od njih obuhvata postupke vezane za sam problem, odnosno, sve one oblike tretmana čiji je cilj da poboljšaju uspešnost deteta u onim domenima ponašanja u kojima se »disfunkcija« ili »deficit« ispoljavaju (Krstić, 2002). Druga oblast predstavlja intervencije u okviru detetovog okruženja. Ovo podrazumeva da roditelji i škola pre svih moraju biti svesni prirode određenog problema, realnih ograničenja koje on nameće, kao i repertoara spoljnih uticaja kroz koje se njegove posledice u svakodnevnom ponašanju i komunikaciji mogu umanjiti. Kroz ovakve intervencije okolina nudi kvalitetniju podršku detetovom razvoju, preuzima na sebe bar deo korektivnih uticaja i, konačno, formira pozitivni ambijent u kome je interakcija između deteta i značajnih osoba u njegovom svetu lišena dodatnih nesporazuma (Krstić, 2002).

Kada su u pitanju učenici sa ADHD poremećajem, pitanje adekvatnog tretmana veoma je kompleksno i aktuelno u naučnoj i stručnoj literaturi. Prema saznanjima iz literature, terapijski pristup je multimodalan i odnosi se na primenu: biheviornog terapijskog pristupa (za decu sa ADHD-om, ali i za njihove roditelje), farmakoterapije, kombinovanog farmakoterapijskog i biheviornog terapijskog pristupa, psihološkog savetovanja, logopedskog tretmana, specijalnopedagoških metoda, neurofidbek treninga, praktične pomoći u svakodnevnom životu (ADHD trening kojim se omogućavaju prioriteta, organizacija i razvijaju se svakodnevne životne veštine kod ove dece). Nosioci osnovnih uloga u podršci detetu treba da budu oni koji ga i normalo neposredno okružuju: pre svega profesionalci koji rade u školi, ali i sami roditelji. Pri tome, u sveukupnom ciklusu procena i intervencija vezanih za ovaj razvojni poremećaj podrazumeva se neophodnost bliske saradnje između različitih profila subjekata koji rade sa detetom, podjednako dijagnostičara i terapeuta, školskog i zdravstvenog tima, profesionalaca i roditelja (Krstić, 2002). S obzirom na to da je ADHD dugoročno, hronično stanje, ukoliko se ne prepozna i ne tretira na odgovarajući način, poremećaj može da bude prisutan ne samo tokom školskih godina nego i u odraslom životnom dobu. Nalazi longitudinalnih studija pokazali su da problemi ove dece u 70 odsto slučajeva ne nestaju sa odrastanjem, samo se produbljuju i usloznavaju, mada se hiperaktivnost smanjuje nakon puberteta (McCracken, 2000). Istraživanja su pokazala da je 20 do 30 odsto takve dece imalo sukob sa zakonom, a nakon punoletstva imaju daleko veći broj saobraćajnih prekršaja u kojima je neko povređen. Kod ove dece u odrasloj dobi često dolazi do razvoja antisocijalnog poremećaja ličnosti i zloupotrebe/zavisnosti od psihoaktivnih supstanci

---

(McCracken, 2000). Deca koja imaju komorbidno hiperkinetski poremećaj i afektivni poremećaj, tokom adolescencije imaju loš ishod i povećan rizik od pokušaja suicida (Biederman, Newcorn & Sprich, 1991). Oko polovine dece sa ADHD-om i dalje će imati problematične simptome nepažnje ili impulsivnosti i u odraslom dobu, međutim, odrasli su često u stanju da kontrolišu ponašanje i da maskiraju teškoće. Hroničan tok i uticaj na kvalitet života ukazuju na značaj blagovremenog prepoznavanja i započinjanja tretmana (Lakić, 2008). Od toga da li će se prepoznati prava priroda problema kod učenika sa ovim razvojnim poremećajem zavisi i način na koji će učenik sa tim osobinama biti oblikovan od strane roditelja, terapeuta i učitelja/nastavnika. S obzirom na činjenicu da ovi učenici uče i ponašaju se drugačije u odnosu na vršnjake, potrebno ih je vaspitavati i učiti drugačije. Način vaspitavanja nije uzrok ADHD-a, ali jeste rešenje.

Kreiranje podsticajnih uslova za razvoj dece sa specifičnim smetnjama u razvoju veoma je kompleksno. Školi i učiteljima/nastavnicima, kao ključnim akterima, postavljaju se novi zahtevi za velike i značajne promene u odnosu na postojeću praksu. Uloga učitelja/nastavnika u inkluzivnom obrazovanju bila bi ne samo da realizuju predviđeni nastavni plan i program, već i da ovim učenicima kreiraju najoptimalnije uslove za razvoj koji bi odgovarali njihovim specifičnim razvojnim i obrazovnim potrebama (Lazarević, 2012). Prepoznavanje prave prirode problema koji imaju učenici sa ovim razvojnim poremećajima, omogućava učiteljima i prepoznavanje njihovih potencijala. Učenici sa ADHD-om poseduju mnoge prirodne talente. Sposobnost da misle na mnoge stvari odjednom omogućavaju im da se realizuju i budu uspešni u životu (Coperland & Love, 1992). Samo saradnja svih onih koji brinu o detetu može dovesti do uspešnog smanjenja simptoma ADHD-a i prevenirati potencijalne ozbiljne poteškoće koje ovaj poremećaj nosi za pojedinca, porodicu i društvo u celini.

## Literatura

1. American Academy of Pediatrics (2000). Clinical Practice Guideline. Diagnosis and evaluation of the child with attention deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 5(5), 80–70.
2. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed (DSM-IV), American Psychiatric Association, Washington, DC.
3. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2004): [http://www.aacap.org/cs/root/member\\_information/practice\\_information/practice\\_parameters/practice\\_parameters](http://www.aacap.org/cs/root/member_information/practice_information/practice_parameters/practice_parameters)
4. Barkley, R. A. (1981). *Specific guidelines for defining hiperactivity in children*. New York: Advances in Clinical Child Psychology 4.
5. Barkley, R. A. (1997.a). *ADHD and the Nature of Self-Control*. New York: Guilford Press.
6. Barkley, R. A. (1997.b). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, No. 121, pp. 65–94.
7. Barkley, R. A. (2000). *Taking charge of ADHD*. New York City: Guilford Press.
8. Barkley, R. A. (2007). School interventions for attention deficit hyperactivity disorder: Where to from here?. *School Psychology Review*, 36(2), 279–286.
9. Biederman, J., Newcorn, P. J. & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am J Psychiatry*, 148, pp. 564–577.
10. Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T. et al. (1994). Gender differences in a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Res*, Vol. 53, pp. 13–29.
11. Castellanos, F. X. & Tannock, R. (2002). Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: The search for endophenotypes. *Nature Reviews Neuroscience*, No. 3, pp. 617–628.
12. Curran, S. & Taylor, E. A. (2000). Attention deficit-hyperactivity disorder: biological causes and treatments. *Curr Opin Psychiatry*, Vol. 13, pp. 397–402.

- 
13. Daniels, E., Stafford, K. (2001). *Integracija dece sa posebnim potrebama*. Beograd: Centar za interaktivnu pedagogiju.
  14. Elia, J., Ambrosini, P. J. & Rapaport, J. L. (1999). Treatment of attention-deficithy peractivity disorder, *The New England Journal of Medicine*, 340, pp. 780–788.
  15. Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A. & Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1313–1323.
  16. Golubović, S. (2004). *Pervazivna i psihogena patologija komunikacije*. Beograd: Savez defektologa Zajednice Srbija i Crna Gora.
  17. Greven, C. U., N. Harlaar, P. S. Dale & R. Plomin (2011). Genetic Overlap between ADHD Symptoms and Reading is largely Driven by Inattentiveness rather than Hyperactivity-Impulsivity. *Journal Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 20(1), 6–14.
  18. Havelka, N. (1990). Socijalnopsihološki aspekti uspeha učenika u osnovnoj školi. *Nastava i vaspitanje*, br. 1–2, 37–56.
  19. Holtmann, M., K. Becker, B. Kentner-Figura & M. H. Schmidt (2003). Increased frequency of rolandic spikes in ADHD children. *Epilepsia*, 44(9), 1241–1244.
  20. ICD-10 – Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja (1992). Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
  21. Jovanović, N. i sar. (2007). ADD/ADHD – Deficit pažnje i hiperaktivnost dece. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju.
  22. Juretić, Z., Z. Bujas Petković i N. Ercegović (2011). Poremećaj pozornosti/hiperkinetski poremećaj u djece i mladeži. *Paediatrica Croatica*, 55(1), 61–66.
  23. Kolar D. i S. Bojanin (2000). Razvojni hiperkinetički sindrom u savremenoj stručnoj literaturi. *Psihijatrija danas*, 32(2–3), 181–201.
  24. Kolb, B. & I. Q. Whishaw (1996). *Fundamentals of Human Neuropsychology*, 4 th ed. New York: Freeman.
  25. Krnjajić, S. (2005). Posledice učenikovog stresa. *Nastava i vaspitanje*, LIV(4–5), 395–405.
  26. Krstić, N. (1999). *Osnove razvojne neuropsihologije*. Beograd: Zavod za mentalno zdravlje.
  27. Krstić, N. (2002). Specifični razvojni poremećaj: otkrivanje i intervencije. *Psihijatrija danas*, 34(3–4), 215–236.
  28. Lakić, A. (2008). *Terapijske smernice za lečenje hiperkinetskog poremećaja (poremećaja pažnje sa hiperaktivnošću)*. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu.
  29. Lazarević, E. (2012). Pristup stvaralačkom radu, saradnji i inicijativi kod dece sa smetnjama u razvoju u inkluzivnom obrazovanju. U: J. Šefer i J. Radišić (ur.), *Stvaralaštvo, inicijativa i saradnja – Implikacije za obrazovnu praksu, II deo* (329–364), Beograd: Institut za pedagoška istraživanja.
  30. Lazarević, E. i V. Plečević (2011). Primena metode neurofidebeka kod dece sa specifičnim smetnjama u učenju. *Pedagogija*, LXVI(4), 562–571.
  31. Maher, B. S., M. L. Marazita, H. B. Moss et al. (1999). Segregation analysis of attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Med Genet Neuropsychiatr Genet*, No. 88, pp. 71–78.
  32. Maughan, B. & J. Carroll (2006). Literacy and mental disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 350–354.
  33. McCracken, J. T. (2000). Attention deficit hyperactivity disorder; in I. H. Kaplan & J. B. Sadock (eds), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7th Edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
  34. Milovanović, R. (2001). *Pažnja i učenje – neuropsihološka studija odnosa pažnje i školskog učenja*. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju.
  35. Mitrović, D., S. Ivanović Kovačević, J. Marković, B. Stokin, V. Šobot i J. Srdanović (2008). *Hiperkinetski poremećaj*. Novi Sad: Institut za javno zdravlje.
  36. Paule, M. G., A. S. Rowland, S. A. Ferguson, J. J. Chelonis, R. Tannock, J. M. Swanson & F. X. Castellanos (2000). Attention deficit/hyperactivity disorder: characteristics, interventions and models. *Neurotoxicology and Teratology*, 22(5), 631–651.
  37. Pejović Milovančević, M. (2011). *Poremećaj ponašanje dece i omladine*. Beograd: Zadužbina Andrejević.
  38. Pliszka, S. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(7), 894–921.

- 
39. Popović Deusić, S. (1999). *Problemi mentalnog zdravlja dece i adolescenata*. Beograd: Institut za mentalno zdravlje.
  40. Quintero, J., Navas, M., Fernandez, A. & Ortiz, T. (2009). Advances in attention deficit hyperactivity disorder. What does neuroimaging provide us with? *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(6), 352–358.
  41. Rapport, M. D., Chung, K. M., Shore, G., Denney, C. B. & Isaacs, P. (2000). Upgrading the science and technology of assessment and diagnosis: Laboratory and clinic-based assessment of children with ADHD. *Journal of Clinical Child Psychology*, No. 29, pp. 555–568.
  42. Rowland, A. S., Umbach, D. M., Catoe, K. E., Stallone, L., Long, S., Rabiner, D. et al. (2001). Studying the epidemiology of attention-deficit hyperactivity disorder: screening method and pilot results. *Can J Psychiatry*, 46(10), 931–940.
  43. Rowland, A. S., Lesesne, C. A. & Abramowitz, A. J. (2002). The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A public health view. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*, 8(3), 162–170.
  44. Veselinović Jovanović, M. (2001). *Hiperaktivno dete*, Beograd: Zadužbina Andrejević.
  45. Wender, P. (2001). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults*. Oxford: Oxford University press.
  46. World Health Organization (1997). *ICIDH 2 – International Classification of Impairments*, Geneva.

\* \* \*

#### RECOGNISING AND UNDERSTANDING ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY OF CHILDREN IN THE PRIMARY SCHOOL

**Summary:** *Specific developmental impairment, which, according to many authors, has been growing recently, is hyper-kinaesthetic impairment with attention deficit. Students with this developmental impairment show low attention, hyper activity, impulsive behaviour, and consequently functional impairments in family function and school functioning (difficulties in learning), in relation with peers and teachers. Although students with ADHD express a great number of different problems, nature of their problems is recognised only with starting schooling. Results of research point at the fact that impairments from the ADHD spectre of developmental impairment of students highly correlate with bad achievement at school, unsocial behaviour and inability to be fit into society. Although ADHD is long-term, chronicle state, if it is not recognised and treated in a proper way, this impairment can be present not only during school years, but also in adulthood. In scientific and reference books, there are many issues, which are actual, referring to therapy and approach to work with these children. A very important issue for these children is on-time recognising and understanding nature of their impairment by teachers/parents and in this way conditions for offering adequate help are created and for prevention of appearance of negative consequences. In this paper, we are going to give short theoretical review of this developmental impairment, we shall state some causes and point at the difficulties which are the basis of this impairment, with the aim of better understanding and on-time recognising. Early recognising, diagnosing and adequate treatment and therapy offer more possibilities for a child to be treated or to lessen symptoms connected to this impairment.*

**Key words:** *ADHD impairment, students, recognising, understanding, diagnostic procedures.*

\* \* \*

#### РАСПОЗНАВАНИЕ И ПОНИМАНИЕ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У УЧАЩИХСЯ НАЧАЛЬНЫХ ШКОЛ

**Резюме:** *Гиперкинетическое расстройство и синдром дефицита внимания являются специфической проблемой развития, которая, по мнению многочисленных авторов, в последние годы, увеличивается. Учащиеся, с такого рода возрастным расстройством, проявляют слабость внимания, гиперактивность, импульсивность в поведении, и, следовательно, функциональные нарушения, такие как: функционирование в семье, функционирование в школе / труд-*

---

ности в обучении/, в отношениях со сверстниками и учителями/преподавателями. Хотя учащиеся с АДХД синдромом, даже в раннем возрасте, имеют разнообразные проблемы, характер этих проблем можно распознать только после поступления в школу. Результаты многих исследований показывают, что нарушения у учащихся, из спектра АДХД возрастного расстройства, тесно связаны с неуспехом в школе, вызывающим поведением и трудностью включения в общество. Учитывая данное, что АДХД является долгосрочным, хроническим состоянием, если оно не распознается и не ставится, соответствующим образом, под контроль, расстройство может просуществовать не только в течение учебы, но и в зрелом возрасте. В научной и профессиональной литературе, актуальны многие открытые вопросы, связанные с лечением и подходом к работе с такими детьми. Очень важным вопросом, для этих детей, является своевременное, со стороны учителя/преподавателя, распознавание и понимание характера их нарушения, тем самым, создаются условия для обеспечения адекватной поддержки и предотвращения наступления вторичных последствий. В настоящей статье мы предлагаем краткий теоретический обзор развития расстройства, перечисляем причины и указываем на трудности, которые лежат в основе заболевания, с целью лучшего понимания и раннего распознавания. Раннее распознавание, диагностика и соответствующее лечение и терапия обеспечивают больше возможностей вылечить ребенка или уменьшить симптомы, связанные с этим заболеванием.

**Ключевые слова:** АДХД расстройство, учащиеся, распознавание, понимание, диагностика.