**Rad s djecom s posebnim obrazovnim potrebama**

**Učenici s ADD-om i ADHD-om**

**Dijagnostički kriteriji ADHD-a (DSM-V):**

* **Nepažnja** (min 6 ili više od 9, za starije adolescente i odrasle 5/9 u trajanju od najmanje 6 mj.
* **Hiperaktivnost i impulzivnost –** 6 i više simptoma od 9, za starije adolescente i odrasle 5/9 u trajanju od najmanje 6 mj

**Dodatni dijagnostički kriteriji:**

Trajanje: simptomi moraju biti prisutni

 barem šest mjeseci

Početak simptoma: neki simptomi moraju biti

 prisutni i prije 12 godine (prije u DSM IV je bilo 7 godine)

Pervazivnost: prisutna u dvije ili više

 situacije (npr. škola, kuća, posao …)

**Temeljni simptomi:**

* Nepažnja – dijete se ne može koncentrirati, skače sa zadatka na zadatak, zaboravlja upute i neorganizirano je, istovremeno ga interesira više stvari ali niti jedna do kraja.
* Hiperaktivnost – dijete je nemirno, vrti se, uvijek prebire po svemu I dodiruje stvari.
* Impulzivno ponašanje – dijete govori i djeluje bez razmišljanja i ne može dočekati svoj red, može imati napade ljutnje.

**Etiologija:**

Genetski:

* visoka prevalencija kod članova obitelji pacijenta
* podudarnost za ADHD simptome: MZ > DZ

Fiziološki:

* Oštećenje vida, sluha, metaboličke abnormalnosti, poremećaje spavanja, manjkavosti prehrane, epilepsija koji mogu imati utjecaj na simptome

Okolinski:

* Porođajna težina ispod 1500g (2 do 3 puta veći rizik), izloženost neurotoksinima (olovo), infekcije, izloženost alkoholu in utero

**Pojavnost prema DSM V: 5% djece i oko 2,5% odraslih osoba.**

**Postavljanje dijagnoze:**

* **Prije dobi od 4 god. teško je razlikovati simptome od jako varijabilnih normativnih ponašanja**
* ADHD se najčešće prepoznaje u OŠ kada nepažnja postaje više istaknuta, u predšk. doba je glavna manifestacija hiperaktivnost
* Kod adolescenata se najčešće reduciraju simptomi hiperaktivnosti dok nepažnja, impulzivnost i slabije planiranje perzistiraju

**Mogući komorbiditet (važno zbog diferencijalne dijagnostike):**

* Alergije, astma, respiratorni problemi: teškoće sa disanjem mogu prekinuti koncentraciju djeteta
* Dijabetes/hipoglikemija: ova stanja vezana su uz razinu šećera u krvi, što može uzrokovati promjene u koncentraciji i razini aktivnosti
* Problemi sa sluhom i vidom: nemogućnost da se dobro čuje i vidi što se dešava u razredu može uzrokovati probleme u ponašanju, naročito hiperaktivnost
* Anemija zbog nedostatka željeza: može dovesti do impulzivnosti i poremećaja pažnje
* Otrovanje olovom: može dovesti do hiperaktivnosti
* Lijekovi: ako vaše dijete uzima lijekove, provjerite ne izazivaju li ponašanja koja liče na ADHD
* Neurološki problemi: epilepsija tipa petit mal – simptomatologija slična poremećaju pažnje
* Drugi psihijatrijski problemi: ponekad simptomi stresa, dosade, depresije ili anksioznosti mogu ličiti na ADHD
* Neuspjeh u školi ili teškoće učenja: ako je dijete pod prevelikim pritiskom, frustrirano zbog teškoća učenja ili traži pažnju, može izgledati kao da ima ADHD
* Problemi sa štitnjačom: štitnjača (tireoidna žlijezda) proizvodi hormone koji utječu na san, emocije i aktivnost. Promjene u tim hormonima mogu proizvesti ponašanje slično ADHD-u.

**EEG neurofeedback**

* Na tom polju učinjeno je **najviše istraživanja**, počevši od kasnih 1970-tih godina.
* Istraživanja na polju neurofeedbacka i klinički rad **Dr. Joel Lubara** i drugih (npr., Lubar, 1995) pokazala su da je **moguće „trenirati“ mozak**.
* Novije studije i dalje dokazuju učinkovitost ove metode **posebice u redukciji simptoma impulzivnosti i povećanja fokusirane pažnje (Gevensleben, et al., 2009).**
* Theta je „marker“ za poremećaj te je asociran sa tzv. «**isključivanjem» (tuning out**).
* Osobito je važan omjer valova **theta/beta gdje** osobe s ADHD pripadaju grupi od  7% onih koji imaju >- 1,5 SD odstupanja u tom omjeru.
* Smatra se da netko ima EEG marker za ADHD ukoliko se pojavi takvo odstupanje (Monastra et al., 2001).
* Otprilike 90% osoba s dijagnozom ADHD-a je pozitivno za ovaj EEG marker.

**Selektivni mutizam**

* **Selektivni mutizam** je poremećaj koji se pojavljuje tijekom djetinjstva.
* Možemo ga prepoznati u situacijama kada dijete ne govori u barem jednoj socijalnoj interakciji.
* Najčešće se pojavljuje prije djetetove 5 godine, te se najčešće i najviše očituje kad dijete krene u školu.
* Incidencija: 0,71 % Bergman i sur. (2002 ); do 1,9% ovisno o različitim studijama.
* Češći se javlja kod djevojčica (2-2,5 : 1)
* Strah i anksioznost su psiholoških fenomeni koji se najčešće pojavljuju u djetinjstvu i adolescenciji, međusobno su vrlo isprepleteni i teško ih je razlikovati.
* Novija istraživanja pokazuju da se u zemljama zapadne civilizacije kod približno 10% djece i mladih može govoriti o depresivnom poremećaju, od 2 do 9% djece pokazuje specifične fobije, a kod 2 do 5% djece nalaze se klinički značajni anksiozni simptomi (Oatley i Jenkins, 2003)
* Kod djece, manifestacija anksioznog poremećaja zavisi od uzrasta i stadija razvoja djeteta.
* U najranijim uzrastima se javlja separacijska anksioznost, te selektivni mutizam
* Porastom KD manifestacije sve više približavaju onima koje se susreću kod odraslih (specifične fobije, generalizirane anksioznost, socijalne fobije, panični poremećaji, opsesivno kompulzivni, te sindrom posttraumatskog stresa.)
* **DSM-V Selektivni mutizam** klasificira kao anksiozni poremećaj

**Kako prepoznati selektivni mutizam?**

* konzistentna nemogućnost da se govori u nekim situacijama (situacije u kojima se očekuje da dijete govori, npr.u školi)
* traje najmanje 1 mjesec
* nemogućnost govora nije povezana sa manjkom znanja govornog jezika koji se koristi u situaciji
* nije povezan sa teškoćama u komunikaciji (npr. mucanje što za posljedicu može imati logofobiju)

**Etiologija Selektivnog mutizma:**

* Siguran uzrok tog poremećaja još uvijek nije definiran.
* Neki autori ističu kako u većine djece sa selektivni mutizmom postoji genetska predispozicija za anksioznost.
* Drugi navode kako se neka djeca rađaju s inhibiranim temperamentom, što znači da su se već kao novorođenčad bojala novih i nepoznatih situacija.
* Neka istraživanja pokazuju biološke promjene u određenim područjima mozga (amigdala).
* Uz genetske i biološke čimbenike, mnogi autori navode važnost utjecaja okoline i situacija koje djeca tumače izrazito stresnima.

**Dijagnoza pretpostavlja:**

* Uredno razumijevanja jezika;
* razinu sposobnosti jezičnog izražavanja koje je dovoljan za socijalnu komunikaciju ,
* dokazanu mogućnost da osoba može govori normalno ili skoro normalno u nekim situacijama.

**Isključuje:** pervazivni razvojni poremećaj , shizofrenija , specifični razvojni poremećaji govora

**Simptomatologija:**

* U tipičnim slučajevima razgovaraju s roditeljima i još nekoliko odabranih osoba.
* Djeca razumiju što im netko govori i mogu normalno govoriti u situacijama u kojima se osjećaju ugodno, sigurno i opušteno.
* Zna se dogoditi i da ne razgovaraju s određenim pojedincima kod kuće.
* Neka djeca će čak vrlo lako razgovarati preko telefona sa osobama sa kojima ne razgovaraju u svakodnevnim situacijama.

**Terapija:**

* Djeca s tim poremećajem vrlo često komuniciraju ne-verbalno, primjerice kimanjem glavom, pokazivanjem ili čekajući bez reakcije da netko pogodi što žele.
* kognitivno-bihevioralne tehnike u kombinaciji ili bez farmakoterapijom
* in vivo flooding” – postepeno povećavati zahtjevnost situacije (postepeno s gradi iskustvo uspjeha)

Na taj način i učitelj prihvaća da se dijete mora podržavati u nastojanjima da prihvati verbalnu komunikaciju, ne dozvoliti povlačenje iz verbalnih interakcija, ali poštivati važnost “malih koraka”.