

**ДР ШПЕЛА ГОЛУБОВИЋ**

Учитељски факултет

Сомбор

**ДР БОРИС ГОЛУБОВИЋ**

Клинички центар Нови Сад

Институт за психијатрију Нови Сад

**ПРЕГЛЕДНИ ЧЛАНАК**

UDK: 159.922.76–056.14

BIBLID: 0353-7129,9(2003)2-3, p.253-262

Примљено: 05. 12. 2003.

## СИНДРОМ ХИПЕРАКТИВНОГ ДЕТЕТА

**Резиме:** Један од најчешћих проучаваних развојних поремећаја јесте хиперкинетски синдром. Значајан је због своје велике учесталости и што је то проблем који траје кроз цео живот мењајући само своје манифестације. Ономогућава складно функционисање и уобичајен развој детета. То није само развојна фаза коју ће дете прерастати, није узрокован родитељским неуспехом у васпитању, нити је знак дететовог безобразлука. Такозвана хиперактивност је реални поремећај, проблем, а често и извор забринутости родитељима, учитељима, а највише самој деци код које је поремећај уочен. Основу клиничке слике хиперкинетског синдрома чини триас: моторна хиперактивност, импулзивност, неспаљња. Њима се још придружују: неуспех у школи, неприлагођено понашање, неуклапање у друштво.

**Кључне речи:** хиперактивност, развојни поремећаји.

---

Хиперактивна деца су због својих поступака и понашања у сталном конфликту са околином, вршњацима или одраслима. Наизглед пре одају утисак безобразног и васпитно запуштеног детета него ли детета са сметњом која је узрок његовој неефикасности. Дете задржава начине задовољавања радозналости, који су карактеристични у трећој-четвртој години живота, и касније – када одрасте. Ово се манифестује као развојни поремећај самоконтроле. Деца су стално у покрету, врпоље се, реагују на различите дражи, да би убрзо једну радњу заменила нека нова под утицајем друге дражи. Хиперкинетичко понашање је “само карикатура понашања које би било одређено јасним хтењем и планом који одговарају узрасту детета” (Бојанин).

Терминологија разноликост која се среће последица је нејединственог концепта те се зато и данас налази на различита имена: МЦД – минимална церебрална дисфункција, хиперкинетичко-импулсивни поремећај, АДД (Attention

Deficit Disorder), хиперкинетичка реакција у дечијем узрасту, синдром хиперактивног детета, нестабилност психомоторике...

У савременим класификацијама болести и здравствених проблема прихваћен је назив дефицит пажње/хиперактивни поремећај. Барклеу (1981) дефинише хиперактивност као “Поремећај пажње очекиване за узраст и понашање у складу са правилима (послушност, самоконтрола и савлађивање проблема) који настаје у предшколском добу (пре 4 год.) первазиван је (јавља се у свим ситуацијама) и није удружен са већим сензорним, моторним, психијатријским или неуролошким поремећајима или менталном ретардацијом”.

Прве описе хиперактивности наилазимо још 1800. године где се спорадично описују случајеви деце која се врпоље, не могу да се смире, хватају све што им је на видiku. Почетком 1900. године се наслућује органска подлога у овом синдрому, нарочито после I светског рата када се после епидемије енцефалита у Европи као најчешће секвеле запајају: импулсивност, дистрактибилност, хиперактивност које су и данас основа клиничке слике хиперкинетског синдрома. У последње време упоредо са развојем неуронаука доминирају теорије о функционалном когнитивном дефициту. Када говоримо о учесталости овог синдрома можемо рећи да је то један од најчешћих неуробихевиоралних поремећаја, али због нејединственог концепта у дефинисању и преваленца је различита у различитим земљама и код различитих аутора. Можемо рећи да се хиперактивност среће код 3–5 % деце из опште популације. Чешћи је код дечака 2:1 у “корист” дечака. Сматра се да су хиперактивне девојчице мање упадљивог понашања од дечака те мање долазе у сукоб са друштвеном средином. Девојчице имају слабију пажњу и когнитивне проблеме и мање испољавају агресивно и импулсивно понашање. Ово може бити узрок постојања веће могућност идентификације поремећаја код дечака јер су дечаки чешће насилни па се њихово лоше понашање пре уочава.

Етиологија је још увек непозната. Јасно је да су бројни фактори одговорни за његов настанак и то тако да у патогенези учествује више фактора у међусобном и узајамном дејству. Разликујемо биолошке факторе и факторе средине.

Биолошки фактори су: генетички, неурофизиолошки, биохемијски и фармаколошки.

Фактори средине су: егзогена интоксикација, дијететски фактори, социоекономска ситуација, породично окружење.

Достигнућа молекуларне генетике усмерена су ка објашњавању многих поремећаја па и хиперкинетског синдрома. Могуће је да се ради о мутацији неког гена, уочена је повезаност хиперактивности код деце са фрагилним X, затим у породицама хиперактивне деце наилазимо на податак да су и родитељи имали сличне проблеме или на присутност рођака са истом симптоматологијом. Студије на усвојеној деци показују да се овај поремећај јавља као урођен, а не као научен. Чешћи је код деце мајки са хистеријом и очева алкохоличара и асоцијалног понашања.

Све смо сигурнији да овај синдром представља облик мождане дисфункције, мада неурофизиолошки модел овог поремећаја још није пронађен.

Постоје претпоставке да су проблеми у десној хемисфери која је специјализована за процесе пажње, затим у односима коре мозга - базалних ганглија и таламуса, као и савременом магнетном резонанцом је показано да ова деца имају абнормални фронтални лобус (смањен волумен рострума и ростралног дела корпуса калозума) који су у вези са поремећајем премоторне организације.

Од физичких фактора хронично тровање оловом у малим дозама проузрокује енцефалопатију код деце, супстанце које уносимо храном – вештачке боје, адитиви су исто “угрожавајући агенси”. Остали фактори су мала порођајна тежина, пренатално излагање алкохолу, вирусне инфекције.

Основу клиничке слике хиперкинетског синдрома чини триас:

- моторна хиперактивност,
- импулзивност,
- непажња.

Уз њих се још придружују:

- неуспех у школи,
- неприлагођено понашање,
- неуклапање у друштво.

*Моторика* ове деце показује одређене специфичности. Ова деца су неурморна у трчању и скакању, али када се од њих тражи да ураде неку организовану активност она се брзо замарају и одустају. Нису овладали способношћу за вршење прецизних манипулативних радњи. Хиперактивност се понекад дијагностикује и код деце млађе од 4–5 година. Покрети ових малишана су увек усмерени ка некоме, да некога додирну, да скрену пажњу, некоме нешто кажу не бирајући ни место ни време. Мерењем повећане моторне активности код хиперактивне деце и остале деце нису нађене квантитативне разлике већ се разлике испољавају у несврхисходности покрета.

*Импулсивност* представља посебан проблем и најизраженији је у социјалним реакцијама. Ова деца реагују по принципу “одмах и сада” и имају закаснили развој способности одлагања награда.

У социјалним релацијама ова деца су најчешће осујећена, неуспешна и често се сукобљавају са другом децом. Због свега тога бивају одбачени и неприхваћени од стране других.

Њихов осећајни живот није у складу са експресијом осећања нити са ситуацијом у којој се налазе. Не показују осцилације осећања нити их прате. У свакој ситуацији су присутна на исти начин. Делују увек насмејано, мада сами то не препознају као осећање среће, као и када су љути, они се ретко када растуже. Не успевају да одрже осећајни континуитет и у томе је основа немоћи да нађу идентификациони узор. Деца с овим проблемом доживљавају сталне потешкоће због реаговања на сигнале, подражаје или догађаје без размишљања.

Често су то дешавања која су неважна за обављање текућих задатака, а да при томе они сами не опажају своје понашање “Кажу да сам несташан, безобразан”.

Импулзивност може исто тако ометати и социјалне односе детета. Врло често импулзивна деца имају потешкоћа са стварањем и одржавањем пријатељстава. У њиховој средини развија се и “синдром околине хиперактивног детета” који постаје дежурни кривац за све несташлуке који се дешавају.

*Пажња* представља битну димензију коју описују одрасли и обично за око 30% деце из опште популације кажу да имају лошу пажњу. Пажња има свој тенацитет (способност одржавања пажње) и вигилност (селективност пажње). Немогућност одржавања пажње испољава се као немогућност истрајавања и брзо одустајање. Селективност пажње испољава се у могућности да особа занемари шумове и друге дистракторе пажње и да се усмери на дати стимулус. Хиперактивна деца су подложнија дистракторима пажње. Покушаји да се испразни соба, редукују ометајући фактори нису увек побољшавали резултате код хиперактивне деце.

Због проблема с пажњом, ова деца врло тешко уче те због тога могу имати потешкоћа у школовању, али и с усвајањем практичних и моторичких вештина. Из истог разлога, могу настати проблеми у учењу говора што ће имати за последицу закаснили развој говора и језика и отежану комуникацију.

Иако хиперактивна деца често имају способност да науче потребне вештине, због проблема пажње и концентрације, потребна им је помоћ да би успели да то и науче.

Поремећај пажње се може испољити и без хиперактивности. Постоји одређен број деце, посебно девојчица, која нису изражено хиперактивна нити импулсивна, али имају озбиљних потешкоћа због великог дефицита пажње и способности концентрације.

И *учење* хиперкинетичног детета има својих специфичности. И поред нормалних интелектуалних потенцијала ова деца имају проблема са савладавањем школског градива, посебно испољавају тешкоће у читању и писању. Хиперкинетичност не треба мешати са сметњама учења јер су у њиховим основама неуролошки поремећаји другачијег порекла. Код хиперкинетичности проблем је узрокован дефицитом неуротрансмитера у можданим путевима док је код сметњи учења проблем у “спојевима” у кори мозга због чега долази до проблема у процесу процесирања различитих информација. Ипак можемо напоменути да 30–40% деце са сметњама учења испољава хиперкинетички синдром (Силвер, 2002). С обзиром да се образовни систем темељи на способности читања и писања те да је успешно читање и писање неопходно за учествовање и савладавање наставе било ког предмета, хиперактивна деца често имају проблема са оценама и због тога заостају за својим вршњацима. Осим дефицита пажње и концентрације (бука и покрети око њих им врло лако скрећу пажњу, врло често пропусте важне

информације или упутства које им даје учитељ) ова деца испољавају дефицит егзекутивних функција као што су планирање стратегије и анализа задатка. Иако учење може бити пасивно, спонтано и аутоматско оно захтева активан, промишљен и организован приступ. Хиперкинетичка деца нису овладала способношћу учења и изгледа да је то разлог њиховим лошим школским постигнућима. Хиперкинетична деца атипично реагују на поткрепљење: оно погоршава њихов учинак јер представља још један стимулус. То је, уз проблеме у понашању, још један од разлога због којих им се деца ругају и због којих их родитељи кажњавају. Хиперактивна деца због својих потешкоћа у школи могу развити осјећај одбачености од вршњака, што само додатно погоршава ситуацију.

Деца проблеме решавају на различите начине у зависности од тога који когнитивни стил користе. Уколико у решавању преовладава импулсивност, они решавају задатке брзо и погрешно, док ако преовладава рефлексивност, деца решавају задатке споро и тачно. Деца код које је импулсивност карактеристика стила независно од интелигенције и вербалних способности постижу слабији успех у школи. Она почињу да решавају задатак одмах, не сагледавајући његове делове.

Пажња се годинама мења не у смислу концентрације већ у смислу повећања селективности и флексибилности пажње.

Из овога произилази да су хиперкинетична деца лошија у школи јер:

1. имају слабу пажњу (слаба селективност и флексибилност)
2. немају добар концепт и план савладавања задатака тј. когнитивну стратегију
3. неусклађеног су понашања и често у сукобу с ауторитетом, што такво дете додатно узнемирава и осујећује (М. Веселиновић–Јовановић).

По неким проценама 40% популације која је активнија од просека има повишену дистрактивност, мали обим пажње. Који су критеријуми, колико активно и непажљиво треба да буде дете да би смо га прогласили хиперактивним? Дијагнозу хиперактивности не треба давати ни несташним дечацима јер они немају проблем понашања и непажње. Но, да би симптоми за хиперактивност били клинички значајни и задовољавали дијагностичке критерије, морају бити израженији од оног што се сматра нормалним с обзиром на дететов узраст и развојни ниво и битно нарушавати функционисање у различитим аспектима дететовог живота (нпр. функционисање у школи, вртићу, слободним активности-ма детета, социјалним односима).

У зависности од тога да ли су податке давали родитељи или наставници наилазимо на 30–50% деце опште популације означене као хиперкинетичне, непажљиве, немирне. Ово иде у прилог томе да је хиперактивност у раном школском узрасту посебно међу дечацима, развојни феномен а да дијагнозу добијају само она деца која имају озбиљне проблеме концентрације, инхибиције неадекватних одговора и уклапања у свакодневицу.

## КАРАКТЕРИСТИЧНА ПОНАШАЊА ХИПЕРКИНЕТИЧНОГ ДЕТЕТА

Хиперкинетично дете испољава карактеристичне облике понашања која се манифестују кроз:

- дете посматра другу децу док нешто раде али при томе не покушава да уради само;
- почиње да ради пре него што је добило упутства и схватило шта треба;
- ради пребрзо и прави непотребне погрешке, а не грешке везане за незнање;
- није у стању да следи упутства која се дају целој групи;
- не памти упутства иако при томе нема потешкоћа са памћењем;
- има проблема са разумевањем налога;
- брзоплето одговара на питања, и прелази на другу активност;
- стално је у покрету, не може дуже време седити на једном мјесту;
- поводљив и сугестибилан на неред;
- има тешкоћа у организирању писмених радова: они су обично збркани;
- лако посрне и падне, неспретно баца предмете или му они падају из руку;
- говори, пева и шапуће непрестано.

Хиперкинетски синдром је често удружен са два или више поремећаја. Наводи се да око 44% деце има неки удружени поремећај (Кендал, 2000). Пре свега то су тешкоће учења, поремећај понашања, тикови... Тешкоће учења као и хиперкинетски синдром имају исту последицу – немогућност савладавања академских знања. Али код првих је проблем когниције а код других проблем само пажње. Поремећај понашања може да буде удружен са хиперкинетским синдромом с тим да се само код поремећаја понашања ради о психосоцијалном поремећају, док се код хиперкинетског синдрома ради о моторној дезорганизованости са проблемима пажње.

Открића у области хиперактивности у последњој деценији указују да овај поремећај не ишчезава у пубертету. Можемо рећи да се већ код бебе могу навестити елементи будућег хиперактивца. Беба плаче или вришти, дете је хипертонично, иритабилно, никад задовољно, има поремећен ритам спавања и храњења. Та деца су неуобичајено активна, стално у покрету, не могу мирно седети, све дирају, стално нешто запиткују, пажња им је непримерена узрасту, теже се сама играју. Због немира хиперактивна деца су у већој опасности од повреда. Иако врло често рано проходају, често су неспретнија од друге деце, пуно падају, лоше планирају и не предвиђају последице својих активности.

Страх од одвајања није карактеристика ове деце и она су некритична у прилажењу непознатим особама. Ради потешкоћа у предвиђању последица понашања често су таква деца неустрашива и изложена опасностима.

У предшколском периоду дете је деструктивно, са ниском фрустрационом толеранцијом, непослушно и склоно опасним ситуацијама. Најчешће овакво понашање настаје око четврте године, а као проблем региструје се приликом укључивања детета у предшколску установу. Често прекидају рад у групи, упадају у реч и ометају друге у извршавању задатака или активности. Хиперактивна деца имају потешкоћа у организацији, често заборављају понети књиге, свеске, прибор, а склони су у губљењу својих ствари.

У адолесценцији нестаје моторни немир али се јавља проблем “лутајућег ума”. Моторни немир се смирује али мисли, идеје и даље настављају да се смењују пребрзо. Запажа се смањена концентрација у односу на вршњаке, проблем организованог понашања, проблем социјалног функционисања, лош успех у школи. У животу постижу нижи социоекономски статус и имају више психијатријских проблема у поређењу са нормалном групом.

Описују се 3 могућа исхода хиперкинетског синдрома:

1. developmental delay – 1/3 ових малишана у адолесценцији више не испољава знаке поремећаја.
2. continual display око 40% хиперкинетичара задржава одлике синдрома. Испољавају се проблеми пажње, истрајности, контроле импулса, емоционалне и социјалне тешкоће.
3. developmental decay 30% случајева, симптоми су стално присутни и развија се озбиљна психопатологија и социјална патологија.

Због проблема које ова деца испољавају и немогућности да уче, не само из књига него и из живота, они захтевају много више бриге и пажње. Заслужују свеобухватан програм подршке, помоћи и у кући и у школи. Деца показују боље резултате када им се задатак издели у неколико целина и када га одговарају усмено, него писмено. Наставник мора да буде топао, јак, енергичан, толерантан и стрпљив, особа која ће мудро усмеравати дете. Подстицај и гратификација су неопходни исто као критика и укор.

Чланови породице имају пуне руке посла око ове деце. Често се догађа да су родитељи преморени и исцрпљени сталним причањем, буком, скакањем, уништавањем играчака, оловака, бојица. Укућани су неиспавани јер ова деца немају потребу за дужим сном. Понекад су и сами родитељи одбачени од стране својих пријатеља и родбине који избегавају сусрете са њима и њиховим дететом. Није ретко да се родитељима пребацује да нису добри родитељи и да нису способни за родитељство.

Родитељима и наставницима је потребно објаснити да ово дете има поремећај – урођени дисбаланс материја у дететовом мозгу. Детету је потребна мирна, стабилна, организована породична средина, једноставне инструкције, добро исплањено време, адекватан однос подршке и помоћи у развијању дететове одговорности.

Хиперактивна деца морају видети последице свог понашања и добијати повратну информацију чешће и брже него остала деца. Похвала и награда има

већи утицај него казна, али при томе похвала мора непосредно следити и бити повезана са пожељним понашањем. Детету је потребно јасно објаснити због чега, за који поступак је похваљен, и требало би бити праћено смешком, погледом, миловањем.

Дете треба хвалити и пред другима па ће и понашање које желимо постати учесталије или снажније пошто доводи до позитивних последица.

За успешно школовање хиперактивног детета од изузетног је значаја сарадња родитеља и наставника. Међусобна подршка родитеља и наставника је важна, и обе стране могу научити једна од друге. Родитељи ће се упознати са захтевима који се постављају пред дете, организацији школе, договарају се о начинима решавања неких непожељних понашања, док се наставници упознају са снагама детета и позитивним странама, мотивацији детета.

Правила у учењу:

- обезбедити одговарајућу средину за учење;
- давати посебна упутства ученицима са хиперкинетским синдромом;
- правилно га оценити (не оцењивати пажњу него знање, дати само један задатак, а не више одједанпут, пратити дете, посматрати, омогућити му додатно време, не фрустрирати га);
- обезбедити помоћ и дисциплину;
- договорити награду и казну.

Хиперактивна деца боље савладавају јасно структурисане захтеве. Детету се може помоћи тако да се с дететом договори свакодневни распоред и рутина у извршавању школских задатака. Деца показују боље резултате када им се задатак издели у неколико целина и када га одговарају усмено, него писмено.

Корисно је од деце захтевати да бележе своје обавезе и оно што се од њих тражи и повремено проверавати да ли су то учинили.

Хиперактивно дете треба да седи у првој клупи и омогућити му да има што мање ствари на столу. Наиме, у првој клупи дете је јаче фокусирано на наставника и мања је могућност интеракције с другом децом у току часа.

Пожељно је да дете не седи покрај прозора или врата, јер ће дешавања изван учионице снажно утицати на пажњу детета.

У току часа потребно је чешће прилазити детету, похваљивати успешно завршене задатке, постављати више једноставнијих питања и усмеравати га да прати наставу.

Дете треба упознати са правилима понашања. Корисније је истицати пожељна правила него негативна. Позитивна понашања потребно је охрабрити и похвалити, док негативна игнорисати или применити раније договорену санкцију.

За хиперактивно дете неопходно је испред њега поставити остварљиве циљеве. Помоћи детету у планирању и јасном структурирању имаће за резултат позитивне резултате, Градиво је неопходно поделити у мање целине, проверавати

да ли је дете запамтило шта се од њега тражи, да ли је разумело налог. Успешнији су у усменом одговарању и зато треба избегавати писмене процене.

Хиперактивна деца често имају ниско самопоштовање које доводи до избегавања рада у школи због страха од неуспеха.

Често таква деца имају погешкоћа с учењем, не због недостатка способности, већ због емоционалних потешкоћа. Код хиперактивне деце може се смањити фрустрација током наставе омогућавањем кратких пауза или излазака из разреда. Такође, такво дете може добити и неке посебне обавезе: да буде стално редар, да носи књигу обавештења. Социјални живот ове деце није богат. Често су у центру пажње када направе проблем и неред, међутим деца се нерадо друже са њима и не бирају их за пријатеља. Децу треба усмеравати на заједничко дружење и бити модел према којем деца могу учити добре социјалне вештине.

Хиперактивна деца могу бити изузетно захтевни ученици. За наставнике је важно имати на уму да та деца имају озбиљан проблем. Хиперактивно дете ће успешно учити у средини која уважава индивидуалне разлике док ће претерано скретање пажње на разлике довести до стигматизације и осамљивања хиперактивног детета. Хиперактивна деца добро реагују на брижан став наставника и као последица тога високо су мотивисана и постижу сјајне резултате.

### ЛИТЕРАТУРА:

1. Barkley, R. A. (1981): *Specific guidelines for defining hyperactivity in children* In: *Advances in Clinical Child Psychology* 4, New York, Plenum Press.
2. Bauer, M. A., Keefe, H. C., Shea, M. T. (2001): *Students with Learning Disabilities or Emotional Behavioral Disorders*, Merrill Prentice Hall, 355–375.
3. Бојанин, С.: *Неуропсихологија развојног доба и општи редукативни метод*, Београд: Завод за уџбенике и наставна средства, 304–311.
4. Веселиновић–Јовановић, М. (2001): *Хиперактивно дете*, Београд: Задужбина Андрејевић.
5. Kendall, C. P. (2000): *Childhood Disorders*, Psychology Press, UK, 65–81.
6. <http://www.ldonline.org/>

---

**Summary:** Hyperkinetic syndrome is one of the most studied developmental disturbances. This syndrome is importantly significant due to its frequency and duration, the problem lasts for the whole life although changes in manifestations. It prevents harmonized functioning and normal development of a child. This is not the developmental phase only, which will pass; this is not the result of parents' failure in upbringing, nor a sign of child disobedience. So-called hyperactivity represents a true disturbance, a problem, which often worries parents, teachers, and mostly children who suffer from this disturbance.

**Key Words:** Hyperkinetic syndrome, developmental disturbances.

**Резюме:** Одним из наиболее часто изучаемых отклонений в развитии является гиперкинетический синдром. Он значителен по своей частоте и тем что это проблема которая продолжается

всю жизнь, меняющая только свои признаки. Правильное функционирование и обычное развитие ребенка становятся невозможными. Это не является только периодом развития который ребенок преодолит, он не вызван неудачами родителей в воспитании, и не признак плохого поведения ребенка. Так называемая гиперактивность реальное отклонение, проблема, и она часто становится причиной заботы родителей, учителей, но больше всех самых детей у которых отмечено отклонение.

**Ключевые слова:** гиперактивный синдром, отклонения в развитии