



UNIVERZITET U NOVOM SADU
FILOZOFSKI FAKULTET
ODSEK ZA PSIHOLOGIJU

**KOMORBIDITET U OKVIRU GRUPE
POREMEĆAJA SA NASILNIČKIM
PONAŠANJEM: JEDAN ILI VIŠE
POREMEĆAJA**

DOKTORSKA DISERTACIJA

Mentor: Prof. dr Ivan Jerković

Kandidat: mr Rade Damjanović

Novi Sad, 2017. godine

**UNIVERZITET U NOVOM SADU
FILOZOFSKI FAKULTET**

KLJUČNA DOKUMENTACIJSKA INFORMACIJA

Redni broj: RBR	
Identifikacioni broj: IBR	
Tip dokumentacije: TD	Monografska dokumentacija
Tip zapisa: TZ	Tekstualni štampani materijal
Vrsta rada (dipl., mag., dokt.): VR	Doktorska disertacija
Ime i prezime autora: AU	Rade Damjanović
Mentor (titula, ime, prezime, zvanje): MN	prof. dr Ivan Jerković, redovni profesor
Naslov rada: NR	Komorbiditet u okviru grupe poremećaja sa nasilničkim ponašanjem: jedan ili više poremećaja
Jezik publikacije: JP	Srpski jezik
Jezik izvoda: JI	srp. / eng.
Zemlja publikovanja: ZP	Republika Srbija
Uže geografsko područje: UGP	AP Vojvodina
Godina: GO	2017.
Izdavač: IZ	autorski reprint
Mesto i adresa: MA	Novi Sad, Dr Zorana Đinđića 2

Fizički opis rada: FO	(broj poglavlja 11/ stranica 213/ grafikona 1/ tabela 39/ referenci 233/ priloga 8)
Naučna oblast: NO	Psihologija
Naučna disciplina: ND	Klinička psihologija razvojnog doba
Predmetna odrednica, ključne reči: PO	Poremećaji sa nasilničkim ponašanjem, komorbiditet, ADHD, Poremećaj ponašanja, Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa
UDK	159.922.7:616.89(043.3)
Čuva se: ČU	Centralna biblioteka Filozofskog fakulteta u Novom Sadu
Važna napomena: VN	
Izvod: IZ	<p>Za poremećaje iz grupe koja je u DSM-IV označena pod nazivom Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem, a to su Deficit pažnje/Hiperaktivni poremećaj (ADHD), Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa (ODD) i Poremećaj ponašanja (CD), može se reći da kao jedno od svojih osnovnih obeležja imaju i međusobni komorbiditet. I istraživačka praksa i iskustva kliničara ukazuju na to da je za ova tri poremećaja karakteristična tendencija da se javljaju mnogo češće u kombinaciji, nego kao zasebni psihopatološki entiteti.</p> <p>Imajući u vidu čest komorbiditet, a uzimajući u obzir i činjenicu da među autoritetima na području bavljenja problematikom vezanom za poremećaje iz ove grupe ne postoji saglasnost po pitanju međusobnog odnosa ova tri poremećaja (ni u poslednjim izdanjima DSM i ICD klasifikacionih sistema ovi poremećaji ne tretiraju se na isti način), ovim istraživanjem nastojalo se utvrditi u kojoj meri su ADHD, ODD i CD zaista tri jedinstvena i nezavisna složaja ponašanja, ili se pre mogu tretirati kao jedan opštiji psihopatološki fenomen.</p> <p>Na uzorku od 1471 deteta dve uzrasne kategorije, a prosečnog uzrasta od 9 godina i 4 meseca, primenjene su skale procene prisustva ponašanja karakterističnih za ADHD, Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa i Poremećaj ponašanja. Skale su popunjavali učitelji dece. Od instrumenata je korišćena i skraćena forma treće revizije Konersove skale koju su popunjavali i učitelji, ali i deca iz starije grupe (sve tri skale korišćene u istraživanju visoke su kriterijumske validnosti). Na osnovu pravila za skorovanje, izdvojena je grupa od 373 dece koja manifestuju bihevioralne indikatore nekog od tri navedena psihopatološka fenomena ili više njih istovremeno. Na osnovu analize međusobnih preklapanja ispitivanih entiteta, može se zaključiti da je deficit</p>

pažnje, posmatran kao zasebna dimenzija, najmanje komorbidan od svih ispitivanih fenomena. Hiperaktivnost, posmatrana samostalno ili u kombinaciji sa deficitom pažnje, mnogo više je povezana sa ostalim problemima, nego što je to deficit pažnje. Poremećaj ponašanja i Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa gotovo su uvek povezani, ili međusobno ili sa kombinovanim ADHD podtipom, odnosno sa izdvojenom dimenzijom hiperaktivnosti.

Rezultati konfirmatorne faktorske analize pokazali su da je model sa najboljim indeksima podesnosti bifaktorski model sa 4 faktora (deficit pažnje, hiperaktivnost, prkosno i suprotstavljajuće ponašanje i problemi u ponašanju), što bi značilo da četiri izdvojena faktora predstavljaju fenomene koje karakterišu ponašanja specifična za svaki od njih posebno, ali su ta ponašanja istovremeno i zajednički indikatori jednog generalnog faktora. Hiperaktivnost je u najvećoj meri zajednički fenomen sva tri poremećaja koja su predmet proučavanja u ovom radu, dok je nepažnja u najmanjoj meri zajednička svim poremećajima. U daljem toku statističke obrade podataka, primenjena je analiza latentnih profila. Rezultati ove analize saglasni su sa rezultatima dobijenim na osnovu analize komorbidnih stanja, kao i sa rezultatima konfirmatorne faktorske analize. Deficit pažnje, hiperaktivnost, prkosno i suprotstavljajuće ponašanje i problemi u ponašanju predstavljaju bihevioralne dimenzije koje su često povezane, pri čemu je komorbiditet svih navedenih problema zajedno posebno čest, kao i kombinacija hiperaktivnosti i deficita pažnje. Na osnovu svih sprovedenih analiza nameće se zaključak da ADHD, ODD i Poremećaj ponašanja pre predstavljaju različite dimenzije jednog generalnog psihopatološkog fenomena, nego što ih možemo posmatrati kao entitete potpuno nezavisne jedan od drugog.

Suprotno postavljenoj hipotezi, uzrast se nije pokazao kao značajan faktor za manifestovanje ponašanja koja su tipična za Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa i Poremećaj ponašanja. Potvrđena je pretpostavka o tome da deficit pažnje tokom vremena perzistira kod dece i ispoljava se u istoj meri, ali ne i pretpostavka o tome da dolazi do redukcije motornog nemira kako dete biva starije. Deca sa ponašanjima koja karakterišu svaki od tri poremećaja imaju značajno slabije školsko postignuće u odnosu na kontrolnu grupu dece, pri čemu je saznanje o školskom uspehu deteta značajnije povezano sa učiteljskom procenom ponašanja dece nego sa samoprocenom samih učenika. Gradska sredina pokazala se kao značajan faktor za manifestovanje ponašanja karakterističnih samo za kombinovani ADHD podtip. Kao varijabla od značaja za ispoljavanje problematičnih ponašanja, pokazao se obrazovni nivo roditelja, i oca i majke. Što su roditelji višeg obrazovnog nivoa, deca u manjoj meri manifestuju ponašanja koja su tipična za neki od tri poremećaja.

	<p>Rezultati dobijeni ovim istraživanjem jasno ukazuju na neophodnost posmatranja tri poremećaja iz grupe Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem kroz drugačiju prizmu, a ne samo uzimajući u obzir kategorijalni pristup. U daljim istraživanjima problematike deficita pažnje i poremećaja sa nasilničkim ponašanjem u našoj sredini, bilo bi poželjno uzorkom obuhvatiti decu iz više od dve uzrasne kategorije, kao i decu iz velikih gradova, a svakako da bi uključivanje kliničkog uzorka dece u značajnoj meri doprinelo daljem rasvetljavanju međusobnog odnosa ADHD-a, Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa i Poremećaja ponašanja.</p>
Datum prihvatanja teme od strane NN veća: DP	19.3.2010.
Datum odbrane: DO	
Članovi komisije: (ime i prezime / titula / zvanje / naziv organizacije / status) KO	predsednik: član: član:

University of Novi Sad
Faculty of Philosophy

Key word documentation

Accession number: ANO	
Identification number: INO	
Document type: DT	Monograph documentation
Type of record: TR	Textual printed material
Contents code: CC	PhD thesis
Author: AU	Rade Damjanović
Mentor: MN	Ivan Jerković, PhD, Professor
Title: TI	Comorbidity in the context of Disruptive Behavior Disorders: one or more disorders
Language of text: LT	Serbian
Language of abstract: LA	Serbian/English
Country of publication: CP	Republic of Serbia
Locality of publication: LP	Autonomous Province of Vojvodina
Publication year: PY	2017.
Publisher: PU	Author's Reprint
Publication place: PP	dr Zorana Đinđića 2, Novi Sad

Physical description: PD	(11 chapters / 213 pages/ 39 tables/ 1 graphs/ 233 references/ 8 appendices)
Scientific field SF	Psychology
Scientific discipline SD	Developmental Clinical Psychology
Subject, Key words SKW	Disruptive Behavior Disorders, comorbidity, ADHD, Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder
UC	159.922.7:616.89(043.3)
Holding data: HD	Library of Faculty of Philosophy of Novi Sad
Note: N	
Abstract: AB	<p>One of the main features for the DSM-IV <i>Attention Deficit and Disruptive Behavior Disorders</i> (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder) is their mutual comorbidity. Both research and clinical practice showed that ADHD, ODD and CD typically occur in combination and that noncomorbid ODD, ADHD or CD are fairly rare. The overlap between those diagnosis is very well established. Regarding the frequent comorbidity, together with the fact that there is no consensus among authorities in the field (the specific criteria for diagnosing ADHD, ODD or CD vary between the guidelines adopted in the United States – DSM, and those used in Europe and in other international communities - ICD), one of the aims of this study was to determine whether ADHD, ODD and CD are really three unique and independent behavioral psychopathological entities, or those three can be treated as one more general psychopathological phenomenon.</p> <p>The research was conducted on a convenience sample of N=1471 children (N=760 boys), with an average age of 9 years and 4 months. The presence of characteristics of ADHD, Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder was measured with three scales – IVJER, CDRS-IV and ODDRS. These scales have been administrated to teachers. Third revision of the Conners Rating Scale (CRS) was also used in this study – both teacher report short form and self-report short form. Based on the rules for scoring the rating scales used in this research, a group of 373 children, who exhibit behavioral indicators of one of the three psychopathological phenomena listed above or several of them simultaneously are identified. On the basis of an analysis of the mutual overlapping of the examined entities, it can be concluded that the attention deficit, observed as a separate dimension, is the least comorbid of all the investigated phenomena. Hyperactivity, observed alone or in combination with attention deficit, is much more associate with other problems than attention deficit</p>

alone. Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder are almost always in correlation, either with each other or with a combined ADHD subtype, or with a separate dimension of hyperactivity.

The results of the Confirmatory Factor Analysis (CFA) showed that the model with the best goodness-of-fit indices is the bifactor model with 4 factors (attention deficit, hyperactivity, defiant and oppositional behaviors and behavioral problems), which means that four separate factors represent phenomena which are characterized by behaviors specific to each of the factors, but, at the same time, these behaviors are the common indicators of the general factor. Hyperactivity is largely a common characteristic of all three disorders from the group, while attention deficit is at least common to all disorders. The results of the Latent Class Analysis (LCA) are consistent with the results obtained from the analysis of the mutual overlapping of the examined entities, as well as with the CFA results. Attention deficit, hyperactivity, defiant and oppositional behaviors and severe conduct problems are behavioral dimensions which are often in correlation, with the comorbidity of all these problems together being particularly common, along with the combination of hyperactivity and attention deficit. The research findings showed that ADHD, ODD and Conduct Disorder are more likely to represent the different dimensions of a general psychopathological phenomenon, than being the entities completely independent of each other.

In contrast to the hypothesis, age did not prove to be a significant factor in the manifestation of behavior that is typical of Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder. It is confirmed that attention deficit persists over time in children and is demonstrated to the same extent, but it is not confirmed that there is a reduction in hyperactivity as the child gets older. Children with behaviors that characterize each of the three disorders have significantly lower school achievement than the control group of children, whereby the knowledge about the child's school achievement is significantly more associated with the teacher's assessment of the child's behavior rather than with the self-evaluation of the students themselves. The urban environment proved to be a significant factor in the manifestation of behavior typical only of the combined ADHD subtype. As a variable of significance for the manifestation of problematic behaviors, the educational level of parents has been demonstrated. It is less likely for children to manifest behaviors that are typical of one of the three disorders, if the parents' educational level is higher.

The research findings clearly point to the necessity of observing three disorders from the group *Attention Deficit and Disruptive Behavior Disorders* through a different prism, not just taking into account the categorical approach. The further research in the field of problem behaviors in our community, should include children from more than two age categories, as well as children from

	large cities. Clinical samples of children will significantly contribute to further clarification of the relation between ADHD, ODD and Conduct Disorder.
Accepted on Scientific Board on: AS	March 19th, 2010
Defended: DE	
Thesis Defend Board: DB	president: member: member:

REZIME

Za poremećaje iz grupe koja je u DSM-IV označena pod nazivom Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem, a to su Deficit pažnje/Hiperaktivni poremećaj (ADHD), Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa (ODD) i Poremećaj ponašanja (CD), može se reći da kao jedno od svojih osnovnih obeležja imaju i međusobni komorbiditet. I istraživačka praksa i iskustva kliničara ukazuju na to da je za ova tri poremećaja karakteristična tendencija da se javljaju mnogo češće u kombinaciji, nego kao zasebni psihopatološki entiteti.

Imajući u vidu čest komorbiditet, a uzimajući u obzir i činjenicu da među autoritetima na području bavljenja problematikom vezanom za poremećaje iz ove grupe ne postoji saglasnost po pitanju međusobnog odnosa ova tri poremećaja (ni u poslednjim izdanjima DSM i ICD klasifikacionih sistema ovi poremećaji ne tretiraju se na isti način), ovim istraživanjem nastojalo se utvrditi u kojoj meri su ADHD, ODD i CD zaista tri jedinstvena i nezavisna složaja ponašanja, ili se pre mogu tretirati kao jedan opštiji psihopatološki fenomen.

Na uzorku od 1471 deteta dve uzrasne kategorije, a prosečnog uzrasta od 9 godina i 4 meseca, primenjene su skale procene prisustva ponašanja karakterističnih za ADHD, Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa i Poremećaj ponašanja. Skale su popunjavali učitelji dece. Od instrumenata je korišćena i skraćena forma treće revizije Konersove skale koju su popunjavali i učitelji, ali i deca iz starije grupe (sve tri skale korišćene u istraživanju visoke su kriterijumske validnosti). Na osnovu pravila za skorovanje, izdvojena je grupa od 373 dece koja manifestuju bihevioralne indikatore nekog od tri navedena psihopatološka fenomena ili više njih istovremeno. Na osnovu analize međusobnih preklapanja ispitivanih entiteta, može se zaključiti da je deficit pažnje, posmatran kao zasebna dimenzija, najmanje komorbidan od svih ispitivanih fenomena. Hiperaktivnost, posmatrana samostalno ili u kombinaciji sa deficitom pažnje, mnogo više je povezana sa ostalim problemima, nego što je to deficit pažnje. Poremećaj ponašanja i Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa gotovo su uvek povezani, ili međusobno ili sa kombinovanim ADHD podtipom, odnosno sa izdvojenom dimenzijom hiperaktivnosti.

Rezultati konfirmatorne faktorske analize pokazali su da je model sa najboljim indeksima podesnosti bifaktorski model sa 4 faktora (deficit pažnje, hiperaktivnost, prkosno i suprotstavljajuće ponašanje i problemi u ponašanju), što bi značilo da četiri izdvojena faktora predstavljaju fenomene koje karakterišu ponašanja specifična za svaki od njih posebno, ali su ta ponašanja istovremeno i zajednički indikatori jednog generalnog faktora. Hiperaktivnost je u najvećoj meri zajednički fenomen sva tri poremećaja koja su predmet proučavanja u ovom radu, dok je nepažnja u najmanjoj meri zajednička svim poremećajima. U daljem toku statističke obrade podataka, primenjena je analiza latentnih profila. Rezultati ove analize saglasni su sa rezultatima dobijenim na osnovu analize komorbidnih stanja, kao i sa rezultatima konfirmatorne faktorske analize. Deficit pažnje, hiperaktivnost, prkosno i suprotstavljajuće ponašanje i problemi u ponašanju predstavljaju bihevioralne dimenzije koje su često povezane, pri čemu je komorbiditet svih navedenih problema zajedno posebno čest, kao i kombinacija hiperaktivnosti i deficita pažnje. Na osnovu svih sprovedenih analiza nameće se zaključak da ADHD, ODD i Poremećaj ponašanja pre predstavljaju različite dimenzije jednog generalnog psihopatološkog fenomena, nego što ih možemo posmatrati kao entitete potpuno nezavisne jedan od drugog.

Suprotno postavljenoj hipotezi, uzrast se nije pokazao kao značajan faktor za manifestovanje ponašanja koja su tipična za Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa i Poremećaj ponašanja. Potvrđena je pretpostavka o tome da deficit pažnje tokom vremena perzistira kod dece i ispoljava se u istoj meri, ali ne i pretpostavka o tome da dolazi do redukcije motornog nemira kako dete biva starije. Deca sa ponašanjima koja karakterišu svaki od tri poremećaja imaju značajno slabije školsko postignuće u odnosu na kontrolnu grupu dece, pri čemu je saznanje o školskom uspehu deteta značajnije povezano sa učiteljskom procenom ponašanja dece nego sa samoprocenom samih učenika. Gradska sredina pokazala se kao značajan faktor za manifestovanje ponašanja karakterističnih samo za kombinovani ADHD podtip. Kao varijabla od značaja za ispoljavanje problematičnih ponašanja, pokazao se obrazovni nivo roditelja, i oca i majke. Što su roditelji višeg obrazovnog nivoa, deca u manjoj meri manifestuju ponašanja koja su tipična za neki od tri poremećaja.

Rezultati dobijeni ovim istraživanjem jasno ukazuju na neophodnost posmatranja tri poremećaja iz grupe Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem kroz drugačiju prizmu, a ne samo uzimajući u obzir kategorijalni pristup. U daljim istraživanjima problematike deficita pažnje i poremećaja sa nasilničkim ponašanjem u našoj sredini, bilo bi poželjno uzorkom obuhvatiti decu iz više od dve uzrasne kategorije, kao i decu iz velikih gradova, a svakako da bi uključivanje kliničkog uzorka dece u značajnoj meri doprinelo daljem rasvetljavanju međusobnog odnosa ADHD-a, Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa i Poremećaja ponašanja.

Ključne reči: Poremećaji sa nasilničkim ponašanjem, komorbiditet, ADHD, Poremećaj ponašanja, Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa

ABSTRACT

One of the main features for the DSM-IV *Attention Deficit and Disruptive Behavior Disorders* (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder) is their mutual comorbidity. Both research and clinical practice showed that ADHD, ODD and CD typically occur in combination and that noncomorbid ODD, ADHD or CD are fairly rare. The overlap between those diagnosis is very well established. Regarding the frequent comorbidity, together with the fact that there is no consensus among authorities in the field (the specific criteria for diagnosing ADHD, ODD or CD vary between the guidelines adopted in the United States – DSM, and those used in Europe and in other international communities - ICD), one of the aims of this study was to determine whether ADHD, ODD and CD are really three unique and independent behavioral psychopathological entities, or those three can be treated as one more general psychopathological phenomenon.

The research was conducted on a convenience sample of N=1471 children (N=760 boys), with an average age of 9 years and 4 months. The presence of characteristics of ADHD, Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder was measured with three scales – IVJER, CDRS-IV and ODDRS. These scales have been administrated to teachers. Third revision of the Conners Rating Scale (CRS) was also used in this study – both teacher report short form and self-report short form. Based on the rules for scoring the rating scales used in this research, a group of 373 children, who exhibit behavioral indicators of one of the three psychopathological phenomena listed above or several of them simultaneously are identified. On the basis of an analysis of the mutual overlapping of the examined entities, it can be concluded that the attention deficit, observed as a separate dimension, is the least comorbid of all the investigated phenomena. Hyperactivity, observed alone or in combination with attention deficit, is much more associate with other problems than attention deficit alone. Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder are almost always in correlation, either with each other or with a combined ADHD subtype, or with a separate dimension of hyperactivity.

The results of the Confirmatory Factor Analysis (CFA) showed that the model with the best goodness-of-fit indices is the bifactor model with 4 factors (attention deficit,

hyperactivity, defiant and oppositional behaviors and behavioral problems), which means that four separate factors represent phenomena which are characterized by behaviors specific to each of the factors, but, at the same time, these behaviors are the common indicators of the general factor. Hyperactivity is largely a common characteristic of all three disorders from the group, while attention deficit is at least common to all disorders. The results of the Latent Class Analysis (LCA) are consistent with the results obtained from the analysis of the mutual overlapping of the examined entities, as well as with the CFA results. Attention deficit, hyperactivity, defiant and oppositional behaviors and severe conduct problems are behavioral dimensions which are often in correlation, with the comorbidity of all these problems together being particularly common, along with the combination of hyperactivity and attention deficit. The research findings showed that ADHD, ODD and Conduct Disorder are more likely to represent the different dimensions of a general psychopathological phenomenon, than being the entities completely independent of each other.

In contrast to the hypothesis, age did not prove to be a significant factor in the manifestation of behavior that is typical of Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder. It is confirmed that attention deficit persists over time in children and is demonstrated to the same extent, but it is not confirmed that there is a reduction in hyperactivity as the child gets older. Children with behaviors that characterize each of the three disorders have significantly lower school achievement than the control group of children, whereby the knowledge about the child's school achievement is significantly more associated with the teacher's assessment of the child's behavior rather than with the self-evaluation of the students themselves. The urban environment proved to be a significant factor in the manifestation of behavior typical only of the combined ADHD subtype. As a variable of significance for the manifestation of problematic behaviors, the educational level of parents, both father and mother, has been demonstrated. It is less likely for children to manifest behaviors that are typical of one of the three disorders, if the parents' educational level is higher.

The research findings clearly point to the necessity of observing three disorders from the group *Attention Deficit and Disruptive Behavior Disorders* through a different prism, not just taking into account the categorical approach. The further research in the

field of problem behaviors in our community, should include children from more than two age categories, as well as children from large cities. Clinical samples of children will significantly contribute to further clarification of the relation between ADHD, ODD and Conduct Disorder.

Keywords: Disruptive Behavior Disorders, comorbidity, ADHD, Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder

SADRŽAJ

I TEORIJSKA RAZMATRANJA

1. ZNAČENJE I SMISAO PROBLEMATIČNOG PONAŠANJA DECE	1
2. SPORNA PITANJA I PROBLEMATIČNI ASPEKTI	6
2.1 Ponašanje i poremećaj	7
2.2 Kontroverze oko inkluzije	8
2.3 Dijagnostička uzdržanost	10
2.4 Polna pristrasnost aktuelnih dijagnostičkih kriterijuma	13
2.5 Upotreba psihostimulansa na dečijem uzrastu	15
3. DIJAGNOSTIČKE KLASIFIKACIJE I POREMEĆAJI SA NASILNIČKIM PONAŠANJEM	19
4. DEFICIT PAŽNJE/HIPERAKTIVNI POREMEĆAJ – ADHD	34
4.1. Istorijski osvrt na promene u terminologiji i na razvoj koncepta ADHD dijagnoze	34
4.2 Osnovna obeležja	36
4.2.1 Deficit pažnje	44
4.2.2 Hiperaktivnost	47
4.2.3 Impulsivnost	49
4.3 Epidemiološki podaci	51
4.4 Etiologija	57
4.4.1 Psihološke teorije	57
4.4.2 Biološke teorije	59
4.5 Specifičnosti kliničke procene ADHD	64
4.6 Tretman	68
4.6.1 Kognitivno-bihevioralni psihoterapijski postupci	69
4.6.2 Savetovanje i edukacija roditelja	71
4.6.3 Reedukacija psihomotorike	76
4.7 Nedoumice u konceptualizaciji ADHD-a i tretmanu dece sa ADHD-om	77

4.7.1 Pervazivna nasuprot situacionoj hiperaktivnosti	77
4.7.2 Uzrast početka	79
4.7.3 Ishodi u odraslom dobu	81
4.7.4 Efikasnost psihostimulansa u tretmanu ADHD-a	83
5. POREMEĆAJ PONAŠANJA	87
5.1 Osnovna obeležja Poremećaja ponašanja	87
5.2 Mehanizmi nastanka i razvoja Poremećaja ponašanja	90
5.3 Faktori održavanja Poremećaja ponašanja	94
5.4 Protektivni faktori i prevencija Poremećaja ponašanja	97
5.5 Tretman Poremećaja ponašanja	99
5.5.1 Psihoterapijske intervencije	99
5.5.2 Centri za decu sa ozbiljnijim problemima u ponašanju	100
6. POREMEĆAJ U VIDU PROTIVLJENJA I PRKOSA	102
6.1 Osnovna obeležja	102
6.2 Razvoj koncepta Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa i veza sa Poremećajem ponašanja	106
7. PROBLEM PREKLAPANJA PONAŠANJA I KOMORBIDITETA	109

II ISTRAŽIVAČKI DEO

1. METOD	120
1.1 Problem, ciljevi i zadaci istraživanja	120
1.2 Osnovne hipoteze istraživanja	122
1.3 Varijable istraživanja	127
1.4 Merni instrumenti	129
1.5 Uzorak	137
1.6 Organizacija i tok istraživanja	141
1.7 Priprema podataka i metode statističke obrade	142
2. REZULTATI I ANALIZA	146
2.1 Osnovni deskriptivni pokazatelji i interkorelacije varijabli u istraživanju	146

2.2 Međusobna preklapanja ispitivanih fenomena i njihovih indikatora	148
2.3 Konfirmatorna faktorska analiza	151
2.4 Analiza latentnih profila	157
2.5 Razlike u pogledu zastupljenosti ponašanja karakterističnih za poremećaje iz grupe Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem s obzirom na mesto stanovanja	162
2.6 Provera značajnosti razlike u školskom postignuću između dece koja manifestuju ponašanja tipična za poremećaje iz grupe Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem i kontrolne grupe dece	164
2.7 Povezanost ponašanja koja karakterišu ADHD, ODD i Poremećaj ponašanja i uzrasta kod dece koja zadovoljavaju kriterijume na osnovu primenjenih skala procene	165
2.8 Povezanost obrazovnog nivoa roditelja sa manifestovanjem ponašanja tipičnih za ADHD, ODD i Poremećaj ponašanja	167
2.9 Povezanost procene ponašanja i školskog postignuća, u zavisnosti od izvora informacija	169
3. DISKUSIJA	171
4. ZAKLJUČAK	181
LITERATURA	183
PRILOZI	202

I TEORIJSKA RAZMATRANJA

1. ZNAČENJE I SMISAO PROBLEMATIČNOG PONAŠANJA DECE

Bez obzira na činjenicu da je prva psihološka klinika koju je osnovao Lightner Witmer 1896. godine u SAD imala za cilj pružanje psihološke pomoći deci sa teškoćama u učenju i problemima u ponašanju, što bi značilo da klinička psihologija ima svoje korene u ispitivanju, procenjivanju i tretmanu psihopatoloških fenomena na dečijem i adolescentnom uzrastu, psihički poremećaji karakteristični za ovaj uzrast bili su tokom najvećeg dela XX veka zanemarivani, a njihovo proučavanje dugo vremena predstavljalo je samo ekstrapolaciju dostignuća iz područja psihopatologije odraslih (Davison & Neale, 2002; Nietzel, Bernstein, & Milich, 2002). Prve verzije dijagnostičkih klasifikacija psihičkih poremećaja zanemarivale su posebne aspekte psihopatologije razvojnog doba. Tek 1980. godine, objavljivanjem DSM-III (treće izdanje Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje Američkog udruženja psihijatarata), nakon što su nadležne institucije u Sjedinjenim Američkim Državama jasno iznele svoje nezadovoljstvo i kritikovale dotadašnji klasifikacioni sistem (Davison & Neale, 2002), pojavljuju se detaljniji opisi psihičkih poremećaja karakterističnih za razvojno doba i više pažnje se posvećuje specifičnim odlikama psihopatoloških pojava na dečjem uzrastu, odnosno objavljena je razvojno usmerena dijagnostička klasifikacija specifično za poremećaje karakteristične za detinjstvo i adolescenciju. Kondić-Beloš (1990b) kao osnovne specifičnosti psihopatologije razvojnog doba navodi „značaj uzrasta, relativno i specifično značenje simptoma, patnje i oštećenja funkcija, značaj progresije, odnosno regresije i mogućnosti razrešenja sukoba i izlaženje na kraj sa strepnjom i, na kraju, značaj realne porodične, odnosno šire socijalne sredine“ (str. 146).

Poremećaji sa nasilničkim ponašanjem smatraju se jednim od najčešćih razloga za obraćanje profesionalcima na području zaštite mentalnog zdravlja dece i omladine (Althoff, Rettew, and Hudziak, 2003; Karnik and Steiner, 2005; Lindhiem, Bennett, Hipwell, and Pardini, 2015; Waschbusch, 2002). Ponašanja koja karakterišu poremećaje

iz ove grupe mogu da budu i simptomi nekog drugog problema, ali, isto tako, u velikom broju slučajeva, mogu da predstavljaju manifestaciju dečije psihopatologije. U vezi sa navedenim, pred kliničare se postavlja zadatak ne samo da razlikuju ponašanje koje bi moglo da bude percipirano kao uzrasno očekivano i primereno situaciji od onog koje prevazilazi pomenute kriterijume, već i da prepoznaju koja ponašanja bi mogla da budu primarni problem, a koja samo pratilac nekog drugog ozbiljnijeg procesa (Karnik & Steiner, 2005). Poremećaji sa nasilničkim ponašanjem kod dece podrazumevaju tipična ponašanja kao što su hiperaktivnost, impulsivnost, nepažnja, suprotstavljajuće ponašanje, prkos, agresivnost i nepoštovanje prava drugih. Epidemiološke studije pokazuju da navedene probleme ima od 5% do 10% dece i omladine, a od jedne trećine pa do više od 50% onih koji se upućuju na klinike za zaštitu mentalnog zdravlja dece i adolescenata jesu upravo deca sa poremećajima sa nasilničkim ponašanjem (Carr, 2003; Raudino, Woodward, Fergusson, and Horwood, 2012; Waschbusch, 2002). Jedno od obeležja ovih poremećaja jeste da su, naročito kada su u pitanju mlađa deca, roditelji i drugi odrasli koji su u kontaktu sa detetom više pogođeni nepoželjnim ponašanjima deteta nego samo dete, a često je teško obezbediti detetovu kooperativnost tokom sprovođenja postupka procene i tokom tretmana (Karnik & Steiner, 2005).

Među najpostojanijim rezultatima istraživanja koja su se bavila izučavanjem specifičnosti u vezi sa psihopatologijom dece i omladine jeste preklapanje dijagnoza, odnosno istovremeno egzistiranje dva ili više različitih poremećaja – kod otprilike 55% dece kod kojih je dijagnostikovao neki od psihičkih poremećaja, pojavljuju se dva ili više dodatnih poremećaja (Essau & Conradt, 2006). Prema istim autorima, tri četvrtine dece sa Poremećajem ponašanja manifestuju i simptome koji su karakteristični za ADHD. Impulsivnost i hiperaktivnost, koji su, uz deficit pažnje, osnovna obeležja ovog poremećaja, smatraju se faktorom koji generiše rane poremećaje u ponašanju. S druge strane, česta je i veza između Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa i ADHD-a, što je i očekivano, uzimajući u obzir snažnu povezanost ovog poremećaja sa Poremećajem ponašanja. Barkley (2006) navodi da oko 50% dece sa ADHD dijagnozom zadovoljava i dijagnostičke kriterijume ili za Poremećaj ponašanja ili za Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa. Prema ovom autoru, veza ova dva poremećaja sa ADHD-om varira u odnosu na uzrast. Deca mlađa od 12 godina koja su ili sa dijagnozom Poremećaja ponašanja ili sa

dijagnozom Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa, u najvećem broju slučajeva zadovoljavaju i kriterijume za ADHD dijagnozu. S druge strane, nakon uzrasta od 12 godina tj. u periodu adolescencije isključiva dijagnoza Poremećaja ponašanja je mnogo češća i samo oko jedne trećine adolescenata sa dijagnozom Poremećaja ponašanja ima dijagnostikovan i komorbidni ADHD.

Imajući u vidu da postoji preklapanje u ponašanjima koja karakterišu svaki od navedenih poremećaja, pojedini autori dovode u pitanje nezavisnost ovako koncipiranih dijagnostičkih kategorija. U brojnim istraživanjima, sa longitudinalnim nacrtom, veliki problem prilikom interpretacije rezultata predstavlja upravo često preklapanje između Poremećaja ponašanja i ADHD dijagnoze. Naime, mnogi od učesnika u takvim istraživanjima, u vreme kada su ispitivani kao deca, manifestovali su simptome oba poremećaja, što veoma otežava zaključivanje o tome u kojoj meri rezultati dobijeni ispitivanjem učesnika u odraslom dobu, reflektuju kontinuitet između antisocijalnog ponašanja na dečjem uzrastu i antisocijalnog ponašanja u odrasloj dobi (Farrington, 1995). S druge strane, u dva vodeća klasifikaciona sistema, odnosno dijagnostičke klasifikacije (ICD-10 i DSM-5), *Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa* ne zauzima jednako mesto po važnosti.

Kada je u pitanju veza između Poremećaja ponašanja i Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa, vlada nesaglasnost među autoritetima na polju proučavanja ovih poremećaja o tome da li ova dva poremećaja predstavljaju samo tačke na kontinuumu jačine i ozbiljnosti, gde bi Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa bio samo blaža forma, odnosno preteča Poremećaja ponašanja, ili su u pitanju dve nezavisne dijagnostičke kategorije (Lebedina Manzoni, 2007; Svetska zdravstvena organizacija, 1992; Wilmshurst, 2005). Granične vrednosti simptoma na osnovu kojih se prema DSM-IV dijagnostikuje Poremećaj ponašanja, odnosno Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa, određene su prilično proizvoljno, te ostaje nejasno od koje je tačke učestalosti ili intenziteta neko ponašanje dovoljno jako izraženo da bi moglo da bude posmatrano kao simptom. Navedena nejasnoća čini upitnom opravdanost kriterijuma za opisivanje dva navedena poremećaja (Essau & Conradt, 2006). Iako oko 75% dece sa dijagnozom Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa neće razviti Poremećaj ponašanja, čak 90%

mladih sa Poremećajem ponašanja su imali kao raniju dijagnozu ODD (Wilmshurst, 2005).

Kako je za Poremećaje sa nasilničkim ponašanjem, između ostalog, karakteristična i agresivnost u različitim oblicima i formama, a imajući u vidu eskalaciju nasilja kojoj smo svakodnevno svedoci, vrednost ovog istraživanja bila bi u tome što bi, pružanjem doprinosa u rasvetljavanju odnosa ova tri poremećaja, njihovih zajedničkih karakteristika i distinktivnih obeležja, kliničarima i stručnjacima na području zaštite mentalnog zdravlja dece i adolescenata bili dostupni aktuelni rezultati koji se odnose na decu u našoj sredini. Dobijeni rezultati dalje mogu da se reflektuju na proces dijagnostike, diferencijalne dijagnostike i, indirektno, adekvatnog i pravovremenog tretmana. U tom smislu, istraživanje koje je sprovedeno u okviru ovog rada, ima i svoj teorijski i svoj praktični značaj.

Grupa poremećaja koju čine *Deficit pažnje/Hiperaktivni poremećaj* (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder - ADHD), *Poremećaj ponašanja* (Conduct Disorder - CD) i *Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa* (Oppositional Defiant Disorder - ODD) u četvrtoj reviziji Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje Američkog udruženja psihijatara DSM-IV (Američka psihijatrijska udruga, 1998) razmatraju se u okviru poglavlja *Poremećaji koji se obično prvi put dijagnostikuju u dojenačkoj dobi, detinjstvu ili adolescenciji* kao grupa poremećaja pod nazivom *Deficit pažnje i Poremećaji sa nasilničkim ponašanjem* (*Attention-Deficit and Disruptive Behavior Disorders*). U literaturi na srpskom i hrvatskom govornom području u upotrebi su i drugi prevodi za *Disruptive Behavior Disorders* kao npr. Poremećaji sa remetilačkim ponašanjem, Poremećaji sa rušilačkim ponašanjem, Disruptivni poremećaji, Destruktivni poremećaji ponašanja i sl. Peta revizija DSM koja je objavljena 2013. godine, a prevedena na hrvatski jezik godinu dana kasnije (Američka psihijatrijska udruga, 2014), donela je promene u vezi sa razvrstavanjem određenih poremećaja u grupe, te se tako ADHD pojavljuje u grupi pod nazivom *Neurorazvojni poremećaji*, a Poremećaj ponašanja i Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa (ODD) u grupi *Disruptivni poremećaj, poremećaj kontrole poriva i poremećaj ophođenja*, pri čemu je u potpunosti izostavljeno klasifikovanje poremećaja s obzirom na početak manifestovanja simptoma (detinjstvo i adolescencija). Prema Međunarodnoj statističkoj klasifikaciji bolesti i udruženih

zdravstvenih problema, u okviru grupe *Poremećaja ponašanja i emocija sa početkom obično u detinjstvu i adolescenciji*, jasno su razdvojeni *Hiperkinetički poremećaj* i *Poremećaji ponašanja*, dok *Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa* predstavlja samo podvrstu *Poremećaja ponašanja* (Svetska zdravstvena organizacija, 1992; Svetska zdravstvena organizacija, 1998).

U ovom radu biće korišćena sintagma „Poremećaji sa nasilničkim ponašanjem“, a za pojedinačne poremećaje biće upotrebljavani ili nazivi poremećaja u celini ili akronimi nastali od početnih slova originalnih engleskih naziva poremećaja (ADHD, ODD i CD).

2. SPORNA PITANJA I PROBLEMATIČNI ASPEKTI

Poremećaj ponašanja, Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa i ADHD predstavljaju poremećaje sa kojima se stručnjaci na području zaštite mentalnog zdravlja dece i adolescenata najčešće susreću u svojoj kliničkoj praksi (Greene, 2006; Karnik & Steiner, 2005; Steiner & Remsing, 2007; Tung & Lee, 2014; Wilmshurst, 2005). Istovremeno egzistiranje poremećaja karakterističnih za razvojno doba i adolescenciju predstavlja jedan od najznačajnijih izazova za razumevanje psihopatologije dece i mladih. Bez obzira na to koliko su kategorije opisane u aktuelnim dijagnostičkim klasifikacijama korisne za svakodnevnu praksu kliničara, i dalje ostaje otvoreno pitanje u kojoj meri su postojeće dijagnostičke kategorije zaista specifične. Brojne su nedoumice i nejasnoće kada se govori o dijagnostičkim kategorijama, odnosno psihopatološkim fenomenima karakterističnim za razvojno doba. Značajne poteškoće u diferenciranju i jasnom razdvajanju poremećaja razvojnog doba, naročito tri poremećaja koji su predmet istraživanja u ovom radu, perzistiraju i dalje, uprkos višedecenijskoj istraživačkoj praksi i nastojanjima da se utvrde distinktivna obeležja svakog od ova tri poremećaja. U vezi sa upravo navedenim, nije retko da se dovodi u pitanje opravdanost razdvajanja ova tri poremećaja, odnosno umnožavanja dijagnoza, a isto tako i da se negira postojanje navedenih dijagnostičkih kategorija. Iako se kao krajnji ishod nameće činjenica da su poteškoće u diferenciranju tri poremećaja iz grupe Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem evidentne, ovakav ishod zapravo generišu ozbiljni konceptualni problemi o kojima će biti više reči u narednim poglavljima, ali je važno na samom početku izneti osnovna sporna mesta koja nisu samo predmet rasprava autoriteta na području bavljenja psihopatološkim fenomenima karakterističnim za razvojno doba i adolescenciju (kliničara i teoretičara), već i roditelja dece sa dijagnostikovanim poremećajima, pa i šire javnosti. Da li se, kada govorimo o Poremećaju ponašanja, Poremećaju u vidu protivljenja i prkosa i o ADHD-u zaista radi o bolestima u medicinskom smislu ili je samo reč o medikalizaciji životnih teškoća, odnosno problema življenja? Čemu vodi stalno umnožavanje dijagnostičkih kategorija i kome ono ide u prilog? U kojoj meri se kliničkoj proceni pristupa kao ozbiljnom i kompleksnom

postupku, kakav bi trebalo da bude, a koliko je procena svedena samo na klinički utisak procenjivača, što svakako može da generiše brojne pogrešno postavljene dijagnoze i posledičnu upotrebu medikamenata koja neće dovesti do poboljšanja. Ili je baš (zlo)upotreba medikamenata sama po sebi cilj? Da li je sve evidentnije tretiranje kao poremećaja individualnih razlika koje u društvu postaju nepoželjne, zbog nekih novih društvenih standarda i ideala, te promovisanje i blago odstupajućih ponašanja u poremećaje, u interesu „pacijenta“ ili farmaceutske industrije, kojoj su nove dijagnoze neophodne, kako bi se proizvodili novi lekovi? Kolika je korist i koliko je opravdano uzimanje medikamenata u periodu detinjstva i adolescencije, imajući u vidu da je tretman medikamentima simptomatski, a ne rešava problem, tj. ne utiče na uzrok samog problema. Ako govorimo o uzroku, nameće se uloga porodice i odgovornost porodice deteta, a isto tako i škole, odnosno učitelja i nastavnika koji često previđaju da bi njihova uloga mogla da bude mnogo značajnija i delotvornija od medikamentozne terapije. Da li su postojeći dijagnostički kriterijumi polno pristrasni, odnosno da li bi, možda, trebalo izraditi takve klasifikacije gde bi postojali posebni dijagnostički kriterijumi za dečake, a posebni za devojčice? Dakle, pozadinu problema koji se tiče diferenciranja poremećaja iz grupe Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem, kao što je upravo navedeno, čine ozbiljna konceptualna pitanja na koja se još uvek traže odgovori, i sporna mesta koja i dalje zahtevaju objašnjenje.

2.1 Ponašanje i poremećaj

Ponašanja koja karakterišu ADHD često se smatraju upitnim, a u vezi sa opravdanošću tretiranja takvih oblika ponašanja kao simptoma nekog psihičkog poremećaja. Nisu retke ni tvrdnje da ponašanjima koja definišu ADHD ne bi trebalo da se pristupa kao simptomima poremećaja u smislu psihijatrijske konceptualizacije. Kao argument za ovakvo gledište obično se navodi da sva deca u određenom razvojnom periodu ne mogu da održavaju pažnju na sadržajima koji im se prezentuju onoliko dugo koliko bi to odrasli želeli, manifestuju motorni nemir kada bi odrasli želeli da su deca mirna, i, kao treća karakteristika, deca reaguju na nešto, a da prethodno nisu razmislila o

posledicama koje takva impulsivna reakcija može da generiše. Drugim rečima, deca se ponašaju spontano, što i jeste karakteristika dečjeg ponašanja (Damjanović, Đorđić i Mandić, 2016). Pored toga, brojna su medicinska stanja koja mogu da prouzrokuju kliničku sliku sličnu onoj karakterističnoj za ADHD – nepažnja, hiperaktivnost i impulsivnost, pa se dešava da se u istraživanja koja se tiču ADHD-a uključuju i takvi ispitanici. Rezultati istraživanja u kojima su potencijalni ispitanici koji zadovoljavaju dijagnostičke kriterijume za ADHD prethodno bili podvrgnuti detaljnom, sveobuhvatnom medicinskom pregledu, pokazuju da otprilike 5% onih koji su u istraživanje uključeni kao pojedinci sa ADHD dijagnozom zapravo budu dijagnostikovani kao neko drugo medicinsko stanje, zbog kog i manifestuju simptome nepažnje, hiperaktivnosti i impulsivnosti (Monastra, 2008). Jerković (2008b) razmatra nekoliko tzv. kontroverznih stavova u vezi sa ADHD dijagnozom, oko kojih se vodi intenzivna diskusija, a koji su relevantni kako za teoretičare i kliničare, tako i za roditelje dece sa ADHD dijagnozom. Između ostalih, pominje i stanovište koje se tiče prethodno navedene sumnje u postojanje ADHD-a kao zasebnog psihopatološkog fenomena. Ostala sporna stanovišta, odnosno mitovi kako ih autor naziva, zagovaraju, na primer, da se na postojanju ADHD dijagnoze zapravo insistira od strane radikalnih feministkinja kako bi ponašanje koje se smatra tipičnim za dečake, odnosno muškarce, postalo što sličnije ženskom ponašanju, ili iz razloga da bi obrazovno-vaspitni sistem prebacio odgovornost za školski neuspeh pojedine dece sa učitelja, odnosno nastavnika, na samu decu. Kao razlog za priču o poremećaju, navodi se često i tumačenje da ponašanje dece sa ADHD-om zapravo predstavlja samo varijaciju normalnog ponašanja u detinjstvu, ali takvu varijaciju na koju roditelji i učitelji koji ne raspolazu efikasnim i odgovarajućim veštinama ne umeju da odgovore na adekvatan način, a što, s druge strane, zloupotrebljava farmaceutska industrija.

2.2 Kontroverze oko inkluzije

Uključivanje dece sa problemima u ponašanju i sa deficitom pažnje u odeljenja u školama za decu tipičnog razvoja (tzv. redovne škole) i pokušaji da se upotrebom

različitih metoda i strategija redukuju ili modifikuju nepoželjni oblici ponašanja, jesu poseban izazov s kojim se suočavaju učitelji i nastavnici u savremenom školstvu. Sve veći broj dece sa različitim smetnjama u razvoju koja se uključuju u obrazovno-vaspitni sistem uticao je na to da se u mnogim zemljama, uključujući i Republiku Srbiju, zvanično prihvati i zakonski reguliše opredeljenje za inkluzivno obrazovanje (Cooley, 2010; Nikolić, 2014). Ono što je od posebne važnosti u razumevanju inkluzivnog obrazovanja jeste prihvatanje stajališta da je inkluzivno obrazovanje, i inkluzija uopšte, proces, a ne stanje. U vezi sa navedenim, naglasak se stavlja na napredak koji određena škola postiže postajući inkluzivnijom. Naime, najveći broj škola za decu tipičnog razvoja imaju ograničene kapacitete za zadovoljavanje obrazovnih potreba svih učenika koji su u njihovim lokalnim sredinama, a kojima je neophodna dodatna podrška. Iz toga proizilazi da škole treba da rade na jačanju i proširenju svojih kapaciteta, kako bi vremenom bile u mogućnosti da zadovolje obrazovne potrebe što većeg broja učenika (Hughes & Cooper, 2009). Razumevanje inkluzije kao procesa, a ne kao stanja, te uvažavanje stavova i onih koji ukazuju na teškoće i ograničenja obrazovno-vaspitnih ustanova u ovoj oblasti i prikazuju logičko-filozofsku dekonstrukciju ključnih ideja inkluzije (Subotić, 2014), može da rezultira realnijim sagledavanjem mogućnosti „redovnih“ škola za uključivanje dece sa smetnjama u razvoju u obrazovno-vaspitni proces (Nikolić, 2014).

Inkluzija u obrazovanju postoji u različitim oblicima u većini zemalja sveta koje, u okviru svojih obrazovnih sistema, uspostavljaju i razvijaju standarde i kriterijume kojima bi obezbedili najoptimalniji nivo pravednosti i dostupnosti obrazovnog sistema u odnosu na marginalizovane grupe dece i učenika (Nikolić, 2014). Uzimajući u obzir vrstu smetnje u razvoju tj. konkretan problem u ponašanju ili u emocionalnom funkcionisanju konkretnog deteta, u školi se planira dodatna podrška i realizuju se odgovarajuće mere podrške. U vezi sa navedenim, u većini praktičnih priručnika za podučavanje učenika u inkluzivnom okruženju navode se opšta uputstva koja važe za učitelje, nastavnike i saradnike koji rade sa detetom kome je dijagnostikovani određeni poremećaj, pa tako i sa detetom kome je dijagnostikovani ADHD, Poremećaj ponašanja ili Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa, a koja se tiču nastavnih strategija, načina provere znanja, ocenjivanja (Hannah, 2007; Hrnjica, Rajović, Čolin, Krstić i Kopunović, 2007; Nikolić, Gačić Bradić i Trkulja, 2016; Shapiro, 2012), te opštih uslova koje bi bilo poželjno

ostvariti u učionici, i uopšte u školskom okruženju (Barkley, 2006; Bloomquist, 2006; Cooley, 2010; Venalainen i Jerotijević, 2010; Woolfolk, Hughes, & Walkup, 2014). U Republici Srbiji deci sa smetnjama u razvoju, kao i deci sa različitim problemima u ponašanju, obezbeđuju se različite mere dodatne podrške, ili kroz isključivi angažman samih aktera školskog života, ili tek na osnovu pribavljenog mišljenja nadležnih interesornih komisija (Damjanović i Đorđić, 2014a; Damjanović i Đorđić, 2014b). Neke od tih mera podrške su odlaganje upisa u osnovnu školu uz preporučivanje odgovarajućih tretmana kojima bi dete trebalo da bude obuhvaćeno do polaska u školu, angažovanje pratioca za ličnu pomoć, izrada individualnog obrazovnog plana koji podrazumeva prilagođavanje i izmenu sadržaja obrazovno-vaspitnog rada, standarda i ishoda postignuća, podrška defektologa odgovarajućeg usmerenja u redovnom obrazovno-vaspitnom sistemu i sl. (Damjanović i Đorđić, 2014c; Damjanović i Đorđić, 2015). Ono što svakako može da bude predmet rasprave jeste to da li je detetu sa ADHD dijagnozom ili sa dijagnozom Poremećaja ponašanja zaista neophodna dodatna podrška, u smislu angažovanja pratioca za ličnu pomoć detetu ili izrade individualnog obrazovnog plana koji se oslanja na izmenu standarda (naročito ako je dete intelektualno očuvano, ne potiče iz socio-kulturno deprivirane sredine i ima odgovarajuću obrazovnu podršku u kućnim uslovima), ili se, na ovaj način, dete zapravo etiketira i time dovodi u još neravnopravniji položaj u odnosu na drugu decu, a učitelj, odnosno nastavnik biva zadovoljan jer je oslobođen odgovornosti za lošije školsko postignuće učenika i sumnje da nešto u njegovom pristupu učeniku nije bilo u redu.

2.3 Dijagnostička uzdržanost

Postoje brojne nedoumice u vezi sa pitanjem kada ćemo neko dete okarakterisati kao hiperaktivno, kao dete sa problemom deficita pažnje ili kao dete sa problematičnim ponašanjem. Kako navode Hrnjica i sar. (2007), pojedini učitelji imaju tendenciju da svakog učenika koji pokazuje radoznalost ili je nemirnog ponašanja smatraju hiperaktivnim detetom. Ovi autori navode i primere nedovoljno senzibilisanih i nedovoljno strpljivih nastavnika koji su pola dece iz odeljenja okarakterisali kao

hiperaktivne učenike, pri čemu gotovo sve dečake iz odeljenja. Takvi nastavnici ili učitelji u radu sa decom koja manifestuju problematične oblike ponašanja koriste se neodgovarajućim metodama, pokušavaju da promene dete, kažnjavaju ga, a posledično dete počinje da biva negativistično, ponekada i agresivno i nije retko da pruža otpor svakom narednom pokušaju saradnje učitelja, odnosno nastavnika sa njim. S druge strane, i kliničari, kako navodi Anić (1990), treba da ulože maksimalan trud kako bi uspeali da ne zapadnu u tzv. zamku isuviše brzog donošenja zaključaka kada im je na raspolaganju vrlo mali broj podataka iz nedovoljnog broja izvora, a neophodno je i da budu obazrivi da njihovo lično teorijsko opredeljenje ne generiše pogrešnu procenu. Dečija psihijatrija, kako navode Divac Jovanović i Švrakić (2016), naročito u zapadnim kulturama potpomaže tzv. socijalni inženjering, prema kome se socijalno poželjan fenotip lakše i češće reprodukuje i varijante gena socijalno poželjnog fenotipa se šire u populaciji. Naime, prema ovim autorima, dečija psihijatrija veoma rano u razvoju promovira socijalno poželjne ishode – samo deca koja kao izraženu crtu temperamenta imaju zavisnost od nagrade (pri čemu većina modernih društava favorizuje profil ličnosti sa razvijenom zavisnošću od nagrade) vrlo verovatno da neće dobiti neku od dijagnoza mentalnih poremećaja. S druge strane, preostali tipovi temperamenta često su dijagnostikovani kao mentalni poremećaji: visoko izražena crta izbegavanja opasnosti dijagnostikuje se kao stanje straha ili depresije kod dece, niska zavisnost od nagrade kao autizam ili dečija psihoza, a visoko izražena crta traganja za nečim novim kao ADHD.

Efikasnost tretmana problematičnih oblika ponašanja (ponašanja karakterističnih za ADHD, ODD i Poremećaj ponašanja) u uskoj je vezi sa preciznošću i tačnošću postupka kliničke procene. Prema Kondić-Beloš (1990a), klinička procena poremećaja razvojnog doba definisana je sledećim opštim specifičnostima – motivacija deteta, aktivno uključivanje roditelja i razvojne odlike komunikacionih sposobnosti deteta. Jerković i Kondić (2003) ističu povezanost fenomena kojima se bavi psihopatologija detinjstva i mladosti sa kontekstom, kao njenu najvažniju specifičnost. Iz navedenog sledi da je kontekst od posebnog značaja i u postupku kliničke procene. Prema ovim autorima, tri konteksta igraju naročito značajnu ulogu – kalendarski uzrast kada se pojavljuje neki od razvojnih poremećaja (kontekst razvoja); zavisnost koju dete manifestuje u odnosu na svoje neposredno okruženje (pre svega porodični kontekst) i karakteristike šireg

socijalnog okruženja u kome dete odrasta i kulture koja je karakteristična za dato podneblje (tzv. superordinirani kontekst).

U kliničkoj praksi nisu retke situacije da detetu biva dijagnostikovano ADHD bez obzira što ponašanja koja dete manifestuje ne zadovoljavaju u potpunosti objektivne dijagnostičke kriterijume. Tako postavljena dijagnoza generiše poteškoće prilikom provere efikasnosti terapijskih intervencija. Ponašanja koja predstavljaju simptome ADHD dijagnoze mogu da se manifestuju kod pojedinaca sa dijagnostikovanim nekim drugim poremećajem za koji je potvrđeno da drugačiji oblici tretmana od onih koji se primenjuju kod ADHD-a daju bolje rezultate (npr. neki od specifičnih razvojnih poremećaja školskih veština, opsesivno-kompulzivni poremećaj, psihotični poremećaj itd.). Ponekad se dešava da dete dobije ADHD dijagnozu isključivo zbog toga što živi i odrasta u takvoj sredini za koju je specifična izrazito niska tolerancija prema ponašanjima koja su na bilo koji način različita od uobičajenih, odnosno u datom društvu prihvatljivih i poželjnih obrazaca ponašanja (Haviland, 2004; Kecmanović, 2010; Sun, 2008). Nije retko da deca reaktivno manifestuju neke od simptoma koji karakterišu ADHD usled akutnog stresa koji doživljavaju u porodici ili u školskom okruženju. Upravo zbog svega navedenog, veoma je važno da se postupak kliničke procene sprovede u celosti, uvažavajući specifičnosti sredine u kojoj se sam postupak procene sprovodi (Svetska zdravstvena organizacija, 2003). Kliničar se u situaciji procene jednog ovako kompleksnog fenomena nalazi pred zadatkom koji podrazumeva da je u obavezi da načini jasnu distinkciju između „normalne, adaptirane reakcije deteta na neadaptirane, nenormalne okolnosti sredine“ (Anić, 1990, str. 169), s jedne, i poremećaja, sa druge strane. Imajući u vidu da ADHD predstavlja poremećaj koji je kompleksan ne samo po svojoj simptomatologiji, već i kada su u pitanju i etiologija i geneza, te da ADHD dijagnoza utiče na razvoj deteta, socijalne relacije sa vršnjacima, dinamiku porodice deteta, školovanje i šire okruženje, nameće se zaključak da samo jedan stručnjak na području zaštite mentalnog zdravlja dece i mladih nije dovoljan da bi se precizno dijagnostikovao ADHD, odabrao odgovarajući vid tretmana i započelo sa sprovođenjem istog. Kocijan-Hercigonja i sar. (2004) predlažu timski pristup problemu – dečiji psihijatar, klinički psiholog, socijalni radnik, pedijatar i psihoterapeut treba zajedničkim radom da doprinesu najboljem rešenju u smislu dijagnostike, te odabira i sprovođenja najadekvatnijeg

tretmana. Prilikom sprovođenja postupka procene, posebnu pažnju treba posvetiti informacijama i zapažanjima učitelja i nastavnika. ADHD se obično ne dijagnostikuje pre nego što dete započne sa pohađanjem škole, jer u školi dete može da ima koristi ukoliko se od starta primenjuju individualizovana uputstva, a ne treba zanemariti ni činjenicu da povećana struktura koja karakteriše učionicu i generalno školu, može takođe da bude od značaja po ponašanje deteta. Pored toga, neke izmenjene okolnosti u porodičnom okruženju – podržavajući stav roditelja deteta kome je dijagnostikovano ADHD, svodenje roditeljskih očekivanja prema detetu na realnu meru, te početak rada na rešavanju problema koji generišu konflikte u porodici – mogu u značajnoj meri da rezultiraju redukcijom simptoma koji su karakteristični za ADHD (Svetska zdravstvena organizacija, 2003).

2.4 Polna pristrasnost aktuelnih dijagnostičkih kriterijuma

Na osnovu empirijskog pristupa dijagnostikovanju psihopatoloških fenomena na dečjem i adolescentnom uzrastu, primenom statističkog postupka faktorske analize na podacima prikupljenim od velikog broja roditelja i učitelja koji su procenjivali dečije ponašanje na skalama procene, može se govoriti o postojanju dva faktora koja zahvataju najveći deo problema i simptoma psihičke prirode na dečjem uzrastu. Prvi faktor opisuje eksternalizovane, a drugi internalizovane probleme. Eksternalizovani domen reflektuje probleme u ponašanju, dok se internalizovani domen odnosi na emocionalne probleme (Achenbach, 1978, prema prema Nietzel et al., 2002). Eksternalizovani i internalizovani problemi zapravo čine jezgro dečije psihopatologije. Na jednom polu su deca sa psihičkim poteškoćama koja internalizuju svoje konflikte i manifestuju simptome kao što su ekscesivna inhibiranost, povlačenje, izbegavanje, strahovi, žaljenje na fizičke tegobe, a na drugom su deca koja eksternalizuju svoje konflikte, sklona su agresivnim ispoljavanjima, destruktivna su, naglašeno motorno aktivna i manifestuju ponašanja koja se odlikuju antisocijalnošću (Popov, 2004). U terminima dijagnostičkih kategorija, termin „eksternalizovani problemi“ koristi se kako bi se njime označile karakteristike ponašanja dijagnostičkih kriterijuma za *Deficit pažnje/Hiperaktivni poremećaj, Poremećaj u vidu*

protivljenja i prkosa i Poremećaj ponašanja. Eksternalizovani problemi se najčešće dele u dve velike grupe: prvu grupu čine problemi u vezi sa nepažnjom, impulsivnošću i hiperaktivnošću, koji su primarne karakteristike ADHD dijagnoze; drugu grupu čine ponašanja koja odlikuju prkos, suprotstavljanje i kršenje pravila, a koja su primarne karakteristike Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa i Poremećaja ponašanja (Waschbusch & Willoughby, 2008). *Poremećaj ponašanja, Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa i Deficit pažnje/Hiperaktivni poremećaj* javljaju se i kod dečaka i kod devojčica, ali je njihova zastupljenost različita, baš kao što su različite i karakteristike i sekvele svakog od ova tri poremećaja u zavisnosti od pola. Tačnije, ne manifestuju se uvek svi simptomi (navedeni u dijagnostičkim kriterijumima za svaku od tri dijagnostičke kategorije) istim intenzitetom, istom učestalošću i na isti način kod dečaka, odnosno kod devojčica. Uzimajući u obzir razlike u zastupljenosti, tj. prevalenciji poremećaja iz grupe Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem u odnosu na pol, brojni autori počeli su da predlažu i zastupaju tezu o neophodnosti razvoja polno specifičnih dijagnostičkih kriterijuma. Pardini, Frick, & Moffitt (2010), razmatrajući područja koja zahtevaju detaljnija i dalja istraživanja, a u kontekstu tada aktuelne pripreme za izdavanje pete revizije DSM-a, postavljaju pitanje jednake kliničke upotrebljivosti postojećih dijagnostičkih kriterijuma za Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa i Poremećaj ponašanja kod dečaka, s jedne, i kod devojčica, s druge strane. Waschbusch & King (2006) istraživali su da li se, uz upotrebu polno specifičnih normi, identifikuje veći broj dece sa ponašanjima karakterističnim za ADHD i ODD. Rezultati su pokazali da se izdvaja grupa devojčica (ali ne i dečaka) koje ne zadovoljavaju kriterijume za ODD ili ADHD prema DSM-IV klasifikacionom sistemu, ali imaju povišene skorove na skalama procene prisustva simptoma navedenih poremećaja za koje su korišćene polno specifične norme (devojčice su manifestovale značajna oštećenja u različitim oblastima funkcionisanja u odnosu na devojčice tipičnog razvoja). Istraživači zaključuju da postojeći dijagnostički kriterijumi za ADHD i ODD, ne identifikuju sve devojčice koje manifestuju simptomatologiju karakterističnu za navedene dijagnoze.

Keenan, Wroblewski, Hipwell, Loeber, & Stouthamer-Loeber (2010) ističu osnovna problematična mesta kada je u pitanju konceptualizacija dijagnoze Poremećaja ponašanja, a u vezi sa neophodnošću postojanja polno specifičnih pravila: postojanje

praga za postavljanje dijagnoze, a koji podrazumeva prisustvo minimum 3 simptoma; izostanak simptoma koji jesu karakteristični za Poremećaj ponašanja, ali su više specifični za devojčice, kao što su indirektna agresija usmerena ka vršnjacima (širenje glasina, odbacivanje iz grupe, manipulativni odnosi koji štete i prouzrokuju patnju drugih); sledeći problematični aspekt tiče se pitanja da li je opravdano da se tzv. ograničene prosocijalne emocije (*callous-unemotional traits*) uključe u dijagnostičke kriterijume i da važe za oba pola.

U studiji u kojoj je ispitivano u kojoj meri su tada aktuelni dijagnostički kriterijumi za ADHD, ODD i Poremećaj ponašanja polno odgovarajući, majke dece sa i bez dijagnostikovanog nekog od tri navedena poremećaja, procenjivale su u kojoj meri su tipični za određeni pol i problematični (1) tada aktuelni dijagnostički kriterijumi iz DSM klasifikacionog sistema, (2) simptomi ADHD, ODD i Poremećaja ponašanja koje su osmislili autori za potrebe istraživanja, a koji su bili više prikladni za ženski pol, kao i (3) indirektna agresija usmerena ka vršnjacima i tzv. otvorena agresija. Majke su procenile DSM-IV simptome i otvorenu agresiju kao više specifične za dečake, a posebno osmišljene simptome i indirektnu agresiju usmerenu ka vršnjacima kao više specifične za devojčice. Dalje, majke koje su učestvovalе u istraživanju, smatrale su da su simptomi koje su osmislili istraživači, a koji su bili više prikladni za ženski pol, manje problematični u odnosu na simptome opisane u DSM-IV. Autori zaključuju da navedeni rezultati ukazuju na važnost neprevidanja mogućih polnih razlika u manifestovanju simptomatologije koja je u vezi sa deficitom pažnje i problemima u ponašanju (Ohan & Johnston, 2005).

2.5 Upotreba psihostimulansa na dečijem uzrastu

Od samog početka korišćenja psihostimulansa u svrhu tretmana dece kojoj je dijagnostikovan ADHD, reakcije stručne i šire javnosti bile su dvojake – dok su na jednoj strani bili oni koji zauzimaju stanovište da je ovakav tretman neophodan kako bi se efikasno kontrolisali naglašeni motorni nemir i problemi u vezi sa usmeravanjem i održavanjem pažnje, na drugoj strani bile su pristalice antipsihijatrijskog pokreta, kritičari

aktuelnih društvenih dešavanja i značajan broj naučnika. Prema Nigg, Hinshaw, & Huang Pollock (2006), u momentu kada neko problematično područje postane deo nadležnosti medicine, dolazi i do pojave medikalizacije ponašanja, pa čak i ako je reč o takvim stanjima ili problemima koji egzistiraju u životima velikog broja pojedinaca. Kako navode ovi autori, upravo je medikalizacija ponašanja koja karakterišu ADHD – motorni nemir, deficit pažnje i sklonost impulsivnom reagovanju – generisala da ne mali broj stručnjaka u oblasti bavljenja zaštitom i unapređenjem mentalnog zdravlja, kao i šira javnost, počne da sumnja u valjanost ADHD-a kao dijagnostičke kategorije i veruje u tumačenje da ADHD dijagnoza zapravo ne doprinosi zaštiti mentalnog zdravlja nego ide u prilog održavanju društvene kontrole.

Rasprostranjenost i popularnost lečenja ADHD-a psihostimulansima, koje mnogi pripisuju izuzetno dobro osmišljenom farmaceutskom marketingu, dovele su do brojnih debata i različitih, međusobno suprotstavljenih, stavova, ne samo među stručnjacima, već i kada su u pitanju roditelji dece kojoj je dijagnostikovano ADHD. Američka farmaceutska industrija jeste jedna od najprofitabilnijih industrija u istoriji. Za takvo stanje stvari kao posebno značajna navodi se 1980. godina, kada je Američko udruženje psihijatarata izdalo DSM-III, u kom je skoro udvostručen broj opisanih dijagnostičkih kategorija u odnosu na prvo izdanje iz 1952. godine. U isto vreme, biomedicinski model postaje dominantan u psihijatriji, a što traje i danas. Iako u tom periodu nije zabeležen porast broja ljudi sa dijagnostikovanim psihičkim poremećajima, psihofarmaci počinju da se prepisuju pacijentima više nego ikada do tada (Kecmanović, 2008). Zaslužni za ovakvo stanje stvari jesu oni koji isključivo zastupaju medicinski model u psihijatriji, kao i sveprisutno nekritičko promovisanje psihofarmaka od strane farmaceutskih kuća, a iza koga stoje najjače marketinške agencije u industrijski razvijenim zemljama (Kecmanović, 2008; Živkov-Starčević i Tadić, 1992). Sa umnožavanjem broja psihičkih poremećaja, odnosno dijagnostičkih kategorija, nastavljeno je i u narednim izdanjima DSM-a. Ne bi bilo iznenađujuće da se i sama ADHD dijagnoza (iako DSM-5 pretpostavlja postojanje 3 ADHD podtipa) uskoro „raščlani“ na nekoliko nezavisnih dijagnostičkih kategorija, naročito imajući u vidu da se u novijim istraživanjima (Barkley, 2012; Bauermeister, Barkley, Bauermeister, Martinez, & McBurnett, 2012) navodi da se pored dve dimenzije koje karakterišu ADHD dijagnozu, a to su slaba pažnja ili deficit pažnje, i

hiperaktivnost/impulsivnost, kao nezavisna dimenzija izdvaja i tzv. usporeni kognitivni tempo (*sluggish cognitive tempo*), koji se odlikuje sanjarenjem, sniženom aktivnošću, letargičnim ponašanjem, sporim pokretima, pospanošću, zagledanjem u jednu tačku, te mentalnom maglovitošću i zbunjenošću. Ovde je reč o distinktivnom setu simptoma deficita pažnje koji nisu navedeni u DSM klasifikacionom sistemu, a egzistiraju kod dece sa nepažljivim podtipom ADHD-a, kod koje se gotovo uopšte ne zapažaju simptomi hiperaktivnosti i impulsivnosti. Ova grupa simptoma korelira umereno do visoko sa „tradicionalnim“ ADHD simptomima nepažnje, a u daleko manjoj meri sa simptomima hiperaktivnosti i impulsivnosti. Pored već pomenutog naziva „usporeni kognitivni tempo“, ova grupa simptoma ponekada se naziva i poremećaj deficita pažnje (Attention-Deficit Disorder) iako kao takav još nije prepoznat u zvaničnim klasifikacionim sistemima (Barkley, 2012). Vezano za simptome nepažnje, istraživači su i ranije nastojali da dokažu da nepažljivi podtip ADHD-a, odnosno ADHD podtip sa dominirajućim deficitom pažnje predstavlja nezavisnu dijagnostičku kategoriju i poremećaj koji nema zajedničke karakteristike sa kombinovanim tipom ADHD-a, ali u to vreme nisu upotrebljavali izraz „usporeni kognitivni tempo“ za simptome koji su ranije nabrojani (npr. Barkley, 2001; Milich, Balentine, & Lynam, 2001). Prema ovim autorima, podtip sa dominirajućim deficitom pažnje karakterišu potpuno drugačiji set simptoma, drugačija komorbidna stanja (pri čemu je smanjen rizik za razvoj prkosnog ponašanja i problema u ponašanju), drugačiji odnosi sa vršnjacima i kognitivne posledice, a samim tim i značajno drugačiji razvojni tok i ishodi u odraslom dobu.

Thomas Szasz, po pozivu psihijatar koji je decenijama bio jedan od najpoznatijih kritičara psihijatrije, isticao je da je broj osoba koje su obuhvaćene sistemom zaštite mentalnog zdravlja od kraja Drugog svetskog rata bio u stalnom porastu, kao i iznos sredstava neophodnih da bi se podmirili troškovi lečenja onih koji su smatrani psihički obolelim. On je bio zagovornik viđenja mentalne bolesti kao mita, smatrajući da se izraz mentalna bolest često koristi za probleme življenja, te da se pojam mentalne bolesti najčešće upotrebljava kako bi se prikrila činjenica da za većinu ljudi svakodnevni život predstavlja neprekidnu borbu za više društvene vrednosti (Szasz, 2008). Pojavom petog izdanja Dijagnostičkog i statističkog priručnika (DSM-5) 2013. godine, daljem povećanju incidencije psihičkih poremećaja doprinosi spuštanje dijagnostičkih kriterijuma, odnosno

dijagnostičkog praga jednog broja poremećaja, između ostalog i dijagnostičkih kriterijuma za ADHD čija se incidencija u poslednjih petnaest godina utrostručila (Kecmanović, 2014a). Češće dijagnostikovanje ADHD-a u Sjedinjenim Američkim Državama praćeno je povećanom proizvodnjom i prepisivanjem psihostimulansa u cilju medikamentoznog tretmana dece sa ovom dijagnozom. Podaci o broju prepisanih lekova ove vrste u Velikoj Britaniji zaštićeni su i nedostupni javnosti, ali ako se pretpostavi da je taj broj sličan onom u SAD-u, moglo bi da se zaključi da je jedno od 25-oro dece pod medikamentoznom terapijom psihostimulansima (Roy, 2008). Kako navodi Kecmanović (2014b), patologizacija nepatoloških pojava, odnosno psihijatrizacija nepsihijatrijskih pojava, ističe se kao jedna od najvećih mana DSM-V. Psihijatrizaciju, prema mišljenju ovog autora, pojačavaju, s jedne strane, nedostatak opšteprihvaćene definicije psihičkog poremećaja, a s druge strane, zloupotreba očiglednih nedostataka psihijatrijske dijagnostike od strane ili samih psihijatara ili različitih institucija (npr. proizvođača lekova iz finansijskih razloga ili od strane vlasti iz političkih razloga). Divac Jovanović i Švrakić (2016) koji razmatraju ADHD i druge poremećaje karakteristične za razvojno doba kroz prizmu tzv. socijalne selekcije, iznose da se dijagnostikovanjem ADHD-a na ranom uzrastu deca nepotrebno etiketiraju kao bolesna od ranih dana, te se posledično započinje sa medikamentoznom terapijom, mnogo pre nego što je njihov mentalni razvoj završen.

3. DIJAGNOSTIČKE KLASIFIKACIJE I POREMEĆAJI SA NASILNIČKIM PONAŠANJEM

Klasifikovanje omogućava pojedincu da koristi informacije u svrhu komunikacije, predviđanja i objašnjenja. Kada je reč o dečijoj i adolescentnoj psihopatologiji, aktuelni klasifikacioni sistemi najviše doprinose komunikaciji, kako u kliničke, tako i u istraživačke svrhe. Po pitanju predviđanja i objašnjenja, uloga aktuelnih klasifikacionih sistema prilično je ograničena, iako je često pogrešno shvatanje da „etiketiranje“, odnosno postavljanje određene dijagnoze, istovremeno znači i objašnjavanje pojave (Volkmar, Schwab-Stone, & First, 2002). Klasifikovanje predstavlja jedan od osnovnih interesa svake nauke i u osnovi je bilo koje konceptualne procene, jer podrazumeva razvrstavanje pojedinačnih slučajeva u unapred definisane obrasce opšte prirode (Roy, 2008). U ovom poglavlju, biće razmatran položaj psihopatoloških fenomena, koji su predmet proučavanja ovog rada, u dva zvanična i najviše upotrebljavana klasifikaciona sistema – ICD i DSM. Na samom početku, u kratkim crtama biće predstavljen klasifikacioni sistem koji se bavi poremećajima mentalnog zdravlja i teškoćama u razvoju tokom prve četiri godine života – Diagnostic Classification: 0-3.

Američki Nacionalni centar za odojčad, decu do treće godine i porodice (National Center for Infants, Toddlers and Families – Zero to Three) objavio je posebnu dijagnostičku klasifikaciju mentalnih i razvojnih poremećaja u periodu odojčeta i u ranom detinjstvu kao početni vodič kliničarima i istraživačima u cilju lakšeg postavljanja kliničke dijagnoze i planiranja, komunikacije i daljeg istraživanja. Dijagnostičkim okvirom koji se izlaže u ovoj publikaciji nastojalo se zadovoljiti potrebe za sistematskim pristupom koji je zasnovan na razvoju i na klasifikaciji poremećaja mentalnog zdravlja i razvojnih teškoća od rođenja do navršene četvrte godine života deteta. Značaj rane detekcije i ranog tretmana u cilju rehabilitacije ili rehabilitacije, te stvaranja povoljnih uslova za razvoj malog deteta i njegovog mentalnog zdravlja bili su podsticaj za multidisciplinarni tim vodećih kliničara i istraživača iz centara za malu decu širom SAD-a, Kanade i Evrope da sačini ovakvu klasifikaciju. Samo pravovremena procena i precizna dijagnostika mogu da posluže kao temelj za efikasnu ranu intervenciju, a ovakav

vid intervencije može da onemogući da se rana odstupanja učvrste i razviju u maladaptivne obrasce funkcionisanja deteta (Nacionalni centar za odojčad, decu do treće godine i porodice, 1999). Sheridan (1998) govori o tzv. timu za dečiji razvoj, odnosno o multidisciplinarnom timu stručnjaka, koji bi zajednički trebalo da se bave potrebama dece sa smetnjama u razvoju i poremećajima koji su karakteristični za najraniji uzrast, a da se pritom i roditelji dece aktivno uključuju u terapijski proces. Takvi timovi postoje u Republici Srbiji u razvojnim savetovalištimu u okviru domova zdravlja. Međutim, kako navodi Hrnjica (2011), veliki broj razvojnih savetovališta je zatvoren, te iznosi da bi rad ovakvih savetovališta trebalo obnoviti u cilju sistematskog unapređenja položaja dece sa različitim teškoćama u razvoju. Na ovom mestu važno je napomenuti da onipotentnost određenih stručnjaka na području zaštite mentalnog zdravlja može vrlo lako da generiše loše međuljudske odnose među onima koji zajednički treba da pomognu detetu, a što može da se odrazi i na kvalitet očekivane pomoći. Baš kao što i Wenar (2003) primećuje, „stručnjaci su ljudi sa svojim vlastitim interesovanjima, sujetom i finansijskim očekivanjima, koji se razlikuju po iskustvu, kao i po želji za saradnjom sa drugim stručnjacima, a njih skupiti u kooperativni tim, pravi je poduhvat“ (str. 177).

DSM-IV and ICD-10 su višeosni klasifikacioni sistemi koji se koriste u Sjedinjenim Američkim Državama i Evropi da bi olakšali kliničku praksu, komunikaciju i istraživačku delatnost. Prednosti ovih klasifikacionih sistema su u tome što su oba višeosni sistemi, uključuju dijagnostičke kriterijume i omogućavaju šifriranje psihosocijalnih stresora i nivoa adaptivnog funkcionisanja. S druge strane, i DSM-IV i ICD-10 odlikuje nedovoljna pokrivenost (zbog uskih dijagnostičkih kategorija), visok nivo komorbiditeta kada je u pitanju osa 1, i, u većini slučajeva, niska pouzdanost i validnost. Navedeni problemi (loša pokrivenost, učestala komorbidna stanja i niska pouzdanost) mogu da se tumače kao posledica dimenzionalne distribucije većine bihevioralnih problema u opštoj populaciji. Sledeći problem oba klasifikaciona sistema tiče se davanja prednosti pojedincu u odnosu na porodicu ili socijalnu mrežu kao primarne jedinice analize (Carr, 2003).

Za razliku od DSM-IV, DSM-5 nije višeosni klasifikacioni sistem. DSM-5 pretpostavlja dijagnostikovanje, tj. postavljanje dijagnoze (što su nekada bile I, II i III

osa), uz posebno navođenje važnih psihosocijalnih i kontekstualnih činioca (nekadašnja osa IV) i onesposobljenja (nekadašnja osa V).

U četvrtom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje Američkog udruženja psihijata (DSM-IV iz 1994. godine), ADHD, Poremećaj ponašanja i Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa su razvrstani zajedno u grupu poremećaja pod nazivom *Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem* (u okviru poglavlja Poremećaji koji se obično prvi put dijagnostikuju u dojenačkom dobu, detinjstvu ili adolescenciji). U petom izdanju DSM-a dolazi do premeštanja ADHD dijagnoze u grupu poremećaja pod nazivom *Neurorazvojni poremećaji*, dok se Poremećaj ponašanja i Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa sada obrađuju, zajedno sa još nekoliko poremećaja, u okviru posebne grupe pod nazivom *Disruptivni poremećaj, poremećaj kontrole impulsa i poremećaj ponašanja*. Neurorazvojni poremećaji predstavljaju grupu poremećaja sa početkom u razvojnom periodu. Ono što je tipično za ove poremećaje jeste da se manifestuju rano u razvoju, često pre nego što dete započne sa pohađanjem škole, a razvojni deficiti koji karakterišu poremećaje iz ove grupe uzrokuju oštećenja u ličnom, socijalnom, akademskom ili profesionalnom funkcionisanju. Obim ovih razvojnih deficita kreće se od vrlo specifičnih ograničenja u učenju ili u kontroli egzekutivnih funkcija do opštih oštećenja socijalnih veština ili intelektualnih sposobnosti. Prema DSM-5, ADHD je neurorazvojni poremećaj određen oštećujućim nivoima nepažnje, dezorganizacije i/ili hiperaktivnosti/impulsivnosti. ADHD u detinjstvu se često preklapa sa eksternalizovanim poremećajima (Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa i Poremećaj ponašanja). Često se nastavlja i u odraslom dobu što kao posledicu ima oštećenja u socijalnom, akademskom i profesionalnom funkcionisanju, na klinički značajnom nivou (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Grupa pod nazivom *Disruptivni poremećaj, poremećaj kontrole impulsa i poremećaj ponašanja* uključuje stanja sa otežanom samokontrolom emocija i/ili ponašanja, pri čemu problemi u vezi sa kontrolom emocija i/ili ponašanja ugrožavaju prava drugih ili dovode osobu sa dijagnozom u značajan sukob sa socijalnim normama i sa autoritetima.

Osim navedenih razlika između DSM-IV i DSM-5 klasifikacionih sistema, a koje se tiču opštih mesta u smislu grupisanja, tj. razvrstavanja svakog od tri poremećaja koji su predmet proučavanja u ovom radu, u petom izdanju DSM-a došlo je do promena i

kada je u pitanju konceptualizacija samih dijagnostičkih kriterijuma koji važe za ova tri poremećaja. U Tabeli 1 prikazani su dijagnostički kriterijumi za ADHD prema DSM-IV.

Tabela 1: Dijagnostički kriterijumi za Deficit pažnje/Hiperaktivni poremećaj – ADHD prema DSM-IV (Američka psihijatrijska udruga, 1998)

A (1) ili (2)

(1) NEPAŽNJA: Najmanje 6 od sledećih simptoma nepažnje traju najmanje 6 meseci i izraženi su do te mere da su neprilagođeni i nekonzistentni sa razvojnim nivoom deteta:

- a) često ne obraća pažnju na detalje ili greši dok rešava školske zadatke, u radu ili nekim drugim aktivnostima
- b) često ne može da održi pažnju dok radi neke zadatke ili se igra
- c) često deluje kao da ne čuje ono što mu se govori, čak i u situacijama direktnog obraćanja
- d) često ne sledi data uputstva i ne privodi kraju školske zadatke, kućne poslove ili obaveze na radnom mestu, a što nije u vezi sa suprotstavljanjem ili nerazumevanjem uputstava
- e) često ima teškoće da isplanira zadatak ili aktivnost
- f) često se trudi da izbegne, ne voli ili aktivno odbija da obavlja aktivnosti koje zahtevaju duži mentalni napor – školski i domaći zadaci, izvršavanje kućnih poslova
- g) često gubi stvari koje su mu neophodne za rad na nekom zadatku ili za izvršavanje određenih aktivnosti – npr. pribor za školu, udžbenike, sveske, alat ili igračke
- h) lako ga od aktivnosti na koju bi trebalo da je usmeren „odvlače“ draži iz okoline
- i) često zaboravlja na aktivnosti koje inače svakodnevno izvršava

(2) HIPERAKTIVNOST/IMPULSIVNOST: Najmanje 6 od sledećih simptoma hiperaktivnosti/impulsivnosti traju najmanje 6 meseci i izraženi su do te mere da su neprilagođeni i nekonzistentni sa razvojnim nivoom deteta:

Hiperaktivnost:

- a) često ispoljava nemir u vidu pokreta rukama ili nogama ili se vrpolti dok sedi
- b) često ustaje sa stolice u situaciji u kojoj se očekuje da sedi duže vreme (npr. u učionici)
- c) često trčkara po prostoriji ili se penje na stvari onda kada je takvo ponašanje neprikladno (kod adolescenata i odraslih ovaj simptom zamenjuje subjektivni osećaj nemira)
- d) obično mu je teško mirno da se igra ili tiho da obavlja određenu aktivnost
- e) često je u pokretu, odnosno ostavlja utisak na druge kao da ga „pokreće motor“
- f) često preterano priča

Impulsivnost:

- g) često odgovara na pitanja pre nego što poslušaju ista do kraja
- h) često ima izražene teškoće da čeka u redu u situacijama u kojima se to od njega očekuje
- i) često prekida druge (npr. u razgovoru, u igri) ili ometa druge u aktivnostima kojima se bave

B Neki od simptoma nepažnje i simptoma hiperaktivnosti/impulsivnosti bili su prisutni kod deteta pre navršene 7. godine života

C Oštećenja izazvana simptomima postoje u dva ili više okruženja (npr. u školi, na poslu, kod kuće)

D Moraju da postoje jasni podaci o oštećenjima u socijalnom ili profesionalnom funkcionisanju ili funkcionisanju u školi, na klinički značajnom nivou

E Simptomi se ne pojavljaju isključivo tokom pervazivnog razvojnog poremećaja, shizofrenije ili drugih psihotičnih poremećaja i ne mogu bolje da se objasne nekim drugim mentalnim poremećajem (npr. poremećajem raspoloženja, anksioznim poremećajem, disocijativnim poremećajem ili poremećajem ličnosti).

U odnosu na DSM-IV, a u vezi sa ADHD dijagnozom, u petom izdanju DSM-a, promenjen je kriterijum koji se odnosi na uzrast početka manifestovanja simptoma poremećaja. Umesto ranijih 7 godina, sada je neophodno da su neki od simptoma nepažnje ili hiperaktivnosti/impulsivnosti postojali pre navršene 12. godine života. Iako je i DSM-IV pretpostavljao da ADHD može da traje tokom čitavog života, u DSM-5 se mnogo veći značaj pridaje tome da je ADHD zapravo poremećaj celoživotnog razvoja, te da nije karakterističan i specifičan samo za razvojno doba i adolescenciju. U vezi sa navedenim pri opisu simptoma tj. dijagnostičkih kriterijuma, DSM-5 mnogo veću pažnju posvećuje navođenju specifičnih ponašanja koja bi mogla da se manifestuju kod odrasle osobe koja zadovoljava određeni dijagnostički kriterijum. Dok je za dijagnostikovanje poremećaja kod dece i mlađih adolescenata neophodno prisustvo minimum 6 simptoma nepažnje i/ili 6 simptoma hiperaktivnosti/impulsivnosti, za starije adolescente i odrasle osobe (uzrast od 17 godina i stariji) potrebno je minimum 5 simptoma. Dijagnozu je moguće postaviti ako su prisutni ili samo simptomi deficita pažnje (podtip ADHD-a sa dominirajućim deficitom pažnje), ili samo simptomi hiperaktivnosti/impulsivnosti (podtip ADHD-a sa dominirajućom hiperaktivnošću/impulsivnošću) ili i simptomi nepažnje i simptomi hiperaktivnosti/impulsivnosti (kombinovani ADHD podtip). Kao napomena u DSM-5 klasifikacionom sistemu, navodi se da navedeni simptomi nisu isključivo manifestacija suprotstavljajućeg ponašanja, prkosa, hostilnosti ili neuspeha u razumevanju zadataka ili uputstava. Pored toga, potrebno je odrediti da li je reč o kombinovanom podtipu ili o podtipovima sa dominirajućim deficitom pažnje, odnosno hiperaktivnošću/impulsivnošću, da li se može govoriti o delimičnoj remisiji, kao i sadašnju težinu poremećaja (blag, umeren, težak).

Sledi prikaz dijagnostičkih kriterijuma za ADHD prema DSM-5 klasifikacionom sistemu (Tabela 2).

Tabela 2: Dijagnostički kriterijumi za Deficit pažnje/Hiperaktivni poremećaj - ADHD prema DSM-5 (Američka psihijatrijska udruga, 2014)

A (1) i/ili (2)

(1) NEPAŽNJA: Šest ili više od sledećih simptoma traju najmanje 6 meseci i izraženi su do te mere da su nekonzistentni sa razvojnim nivoom i direktno negativno utiču na socijalne i akademske/radne aktivnosti:

- a) često ne obraća pažnju na detalje ili nepromišljeno greši u školskim zadacima, na poslu ili u drugim aktivnostima
- b) često mu je teško da održava pažnju dok rešava školske zadatke ili dok se igra
- c) često ostavlja utisak na druge kao da ne čuje kada mu se neko direktno obraća
- d) često ne sledi uputstva do kraja i ne uspeva da privede kraju rad na školskim zadacima, kućne poslove ili obaveze na radnom mestu
- e) često mu je teško da isplanira i organizuje zadatke ili aktivnosti
- f) često se trudi da izbegne, ne voli ili aktivno odbija da obavlja aktivnosti koje zahtevaju dužu kontinuiranu mentalnu usredsređenost
- g) često gubi stvari koje su mu neophodne za neki zadatak ili za obavljanje nekih aktivnosti – npr. školski pribor, udžbenike, alat, novčanik, ključeve, naočare, mobilni telefon
- h) često ga od aktivnosti na koju bi trebalo da je usmeren lako ometaju nebitne draži (kod starijih adolescenata ili odraslih osoba – nepovezane misli)
- i) često zaboravlja na dnevne aktivnosti (npr. obavljanje kućnih poslova, aktivnosti van kuće, a kod starijih adolescenata i odraslih osoba uzvraćanje telefonskih poziva, plaćanje računa, dolaženje na dogovorene sastanke)

(2) HIPERAKTIVNOST I IMPULSIVNOST: Šest ili više od sledećih simptoma traju najmanje 6 meseci i izraženi su do te mere da su nekonzistentni sa razvojnim nivoom i direktno negativno utiču na socijalne i akademske/radne aktivnosti:

- a) često ispoljava nemir u vidu pokreta rukama ili nogama ili se vrpolti dok sedi na stolici
- b) često ustaje sa stolice u situacijama gde se očekuje da sedi duže vreme
- c) često trči ili se penje po stvarima u situacijama u kojima je to neprikladno (kod adolescenata ili odraslih osoba – osećaj nemira)
- d) često nije u stanju mirno da se igra ili da mirno učestvuje u slobodnim aktivnostima
- e) često je u pokretu i na druge ostavlja utisak kao da ga „pokreće motor“
- f) često preterano priča
- g) često odgovara na pitanja, a da ih nije poslušao do kraja
- h) često nije u stanju da čeka u redu u situacijama kada se takvo ponašanje očekuje
- i) često ometa ili prekida druge (npr. prekida razgovor, meša se u igre drugih ili u aktivnosti u koje nije uključen od starta; za adolescente i odrasle: mogu da ometaju druge u aktivnostima ili da preuzimaju na sebe izvršavanje aktivnosti koje su namenjene nekom drugom)

B Neki od simptoma nepažnje ili simptoma hiperaktivnosti/impulsivnosti bili su prisutni **pre navršene 12. godine života**

C Neki od simptoma nepažnje ili simptoma hiperaktivnosti/impulsivnosti postoje u dva ili više okruženja (u školi, na poslu, kod kuće; s prijateljima ili rođacima; u drugim aktivnostima)

D Postoje jasni podaci da navedeni simptomi značajno ometaju ili smanjuju kvalitet socijalnog, radnog ili akademskog funkcionisanja

E Simptomi se ne pojavljaju isključivo tokom shizofrenije ili drugih psihotičnih poremećaja i ne mogu bolje da se objasne nekim drugim mentalnim poremećajem (npr. poremećajem raspoloženja, anksioznim poremećajem, disocijativnim poremećajem, poremećajem ličnosti, intoksikacijom psihoaktivnom supstancom ili apstinencijalnim sindromom)

Kada je u pitanju Poremećaj ponašanja, osnovna novina u DSM-5 dijagnostičkoj klasifikaciji, u odnosu na DSM-IV, jeste što se, pored neophodnosti prisustva minimum 3 od navedenih 15 simptoma razvrstanih u četiri grupe (ispoljavanje agresivnosti prema ljudima i prema životinjama; prevara i krađa; uništavanje imovine; ozbiljno kršenje pravila) u poslednjih godinu dana, i mogućnosti klasifikovanja poremećaja prema uzrastu početka i težini, sada pruža mogućnost kliničaru da odredi da li je poremećaj sa ili bez tzv. ograničenih prosocijalnih emocija (*callous-unemotional traits*, što bi moglo da se prevede kao neosetljivost i zanemarivanje u odnosu prema drugima, tj. bezosećajnost). Ova obeležja treba da odražavaju tipičan obrazac interpersonalnog i emocionalnog funkcionisanja, a ne samo povremene pojave u nekim situacijama, te je, za procenjivanje zadovoljenja ovog kriterijuma, neophodno prikupiti informacije iz različitih izvora. Da bi ovaj kriterijum bio zadovoljen, neophodno je da su kod osobe u poslednjih godinu dana bila evidentna minimum dva od sledeća četiri obeležja – nepostojanje osećanja krivice ili griže savesti, nedostatak empatije, nezainteresovanost za postizanje uspeha i površan afekat.

Na kliničku upotrebljivost koncepta tzv. ograničenih prosocijalnih emocija ukazivali su brojni autori još pre objavljivanja petog izdanja DSM-a, a zbog povezanosti sa otvoreno agresivnim oblicima ponašanja i drugim oblicima vršnjačkog nasilja (npr. Barry, Golmaryami, Rivera-Hudson, & Frick, 2013; Thornton, Frick, Crapanzano, & Terranova, 2013), te u cilju razlikovanja mladih sa naročito ozbiljnim formama antisocijalnog ponašanja od mladih sa specifičnim neurološkim, kognitivnim, emocionalnim i socijalnim karakteristikama (Pardini, Frick, & Moffitt, 2010). Ograničene prosocijalne emocije (*callous-unemotional traits*) predstavljaju samo jednu od dimenzija tzv. psihopatskih crta ili karakteristika (*psychopathic traits*) koje mogu da postoje već na ranom uzrastu i da predstavljaju značajne prediktore kasnijih ozbiljnih problema u ponašanju i socijalnim relacijama, a koji se u literaturi često označavaju kao adolescentna psihopatija (Lopez-Romero, Romero, & Luengo, 2012). Deschamps, Schutter, Kenemans, & Matthys (2015) su ispitivali da li se deca sa poremećajima sa nasilničkim ponašanjem razlikuju od dece tipičnog razvoja u prosocijalnom ponašanju koje je indukovano empatijom (nakon čitanja epizoda tužnih priča), a kao odgovor na tugu i žalost. Rezultati studije pokazuju da deca sa dijagnostikovanim nekim od

poremećaja sa nasilničkim ponašanjem manifestuju manje prosocijalnih ponašanja kao odgovor na tugu i žalost u poređenju sa decom tipičnog razvoja. Na osnovu ovakvih nalaza, autori zaključuju da bi intervencije koje za cilj imaju poboljšanje odnosa sa vršnjacima kod dece sa problemima u ponašanju, trebalo da se fokusiraju na razvijanje prosocijalnih bihevioralnih obrazaca ove dece.

U Tabeli 3 prikazani su dijagnostički kriterijumi za Poremećaj ponašanja prema DSM-IV, a koji su istovetni kriterijumima za Poremećaj ponašnja u DSM-5.

Tabela 3: Dijagnostički kriterijumi za Poremećaj ponašanja – Conduct Disorder prema DSM-IV (Američka psihijatrijska udruga, 1998)

A	Ponavljajući i trajni model ponašanja kojim su povređena osnovna prava drugih ili važnije društvene norme ili pravila primerena uzrastu, a manifestuje se kroz tri ili više od sledećih kriterijuma tokom poslednjih 12 meseci, pri čemu najmanje jedan kriterijum mora da postoji tokom poslednjih 6 meseci:
	Agresija prema ljudima i životinjama
	1) često izazivaju, prete ili zastrašuju druge
	2) često započinju tuče
	3) upotreba oružja kojim drugima može da se nanese ozbiljna fizička povreda (npr. cigla, razbijena flaša, nož, pištolj)
	4) fizička okrutnost/surovost prema ljudima
	5) fizička okrutnost/surovost prema životinjama
	6) krađa uz suočavanje sa žrtvom (napad uz pljačku, iznuđivanje, oružane pljačke, otimanje torbi)
	7) primoravanje druge osobe na seksualnu aktivnost
	Uništavanje imovine
	8) podmetanje požara sa namerom izazivanja ozbiljne štete
	9) namerno uništavanje tuđe imovine tj. stvari (ovde se ne uključuje podmetanje požara)
	Prevara ili krađa
	10) provala u tuđu kuću, stan ili automobil
	11) često laganje u cilju pribavljanja određene koristi za sebe ili izbegavanja obaveza
	12) krađa vrednih predmeta bez suočavanja sa žrtvom (krađe bez obijanja, krađe po prodavnicama, falsifikovanje)
	Ozbiljno narušavanje pravila
	13) često, pre navršene 13. godine, ostajanje napolju do kasno uveče uprkos roditeljskim zabranama
	14) bežanje od kuće tokom noći, najmanje dva puta u toku života u kući roditelja ili staratelja (ili samo jednom ali duže od jedne noći)
	15) često izostajanje iz škole pre navršene 13. godine života
B	Problematici oblici ponašanja uzrokuju oštećenja u socijalnom, akademskom ili radnom funkcionisanju na klinički značajnom nivou
C	Ako je osoba stara 18 godina ili je starija nisu zadovoljeni kriterijumi za Antisocijalni poremećaj ličnosti

Odredi tip prema uzrastu početka: s početkom u detinjstvu, s početkom u adolescenciji
Odredi težinu: blag, umeren, težak

U Tabeli 4 navedene su novine u DSM-5 klasifikacionom sistemu, a u odnosu na DSM-IV. Reč je o novom kriterijumu koji omogućava kliničaru da odredi da li je Poremećaj ponašanja sa ili bez tzv. ograničenih prosocijalnih emocija.

*Tabela 4: Novine u dijagnostičkim kriterijumima za **Poremećaj ponašanja – Conduct Disorder** prema DSM-5 (Američka psihijatrijska udruga, 2014)*

Odredi ako je:

S ograničenim prosocijalnim emocijama (callous–unemotional traits - bezosećajne karakterisitike tj. obeležja): Da bi ova odrednica bila zadovoljena, kod osobe su u poslednjih 12 meseci od sledećih obeležja (nepostojanje osećanja krivice ili griže savesti; nedostatak empatije; nezainteresovanost za postizanje uspeha; površan afekat) bila evidentna minimum dva, i to u odnosima prema različitim osobama i u različitim situacijama, tj. sredinama. Ova obeležja odražavaju tipičan obrazac interpersonalnog i emocionalnog funkcionisanja tokom navedenog perioda, a ne samo povremene pojave u nekim situacijama. Za procenjivanje zadovoljenja ovog kriterijuma neophodno je prikupiti informacije iz različitih izvora. Pored onoga što osoba kaže sama o sebi, potrebno je uzeti u obzir i iskaze drugih osoba koje poznaju duži period osobu koja se procenjuje (npr. roditelji, nastavnici, kolege sa posla, članovi šire porodice, vršnjaci).

Nepostojanje osećanja krivice ili griže savesti: Ne osećaju krivicu kada učine nešto loše (ovde ne treba uzimati u obzir grižu savesti koja može da postoji kod pojedinca nakon što je uhapšen ili se suočava sa kaznom). Generalno, evidentna je nezainteresovanost i nedostatak brige zbog negativnih posledica svojih postupaka. Npr. ne kaju se nakon što su nekoga povredili ili ne mare za posledice koje mogu da nastanu zbog nepoštovanja pravila s njihove strane.

Nedostatak empatije: Zanimarivanje i nezainteresovanost za osećanja drugih. Drugi ih opisuju kao hladne i bez sažaljenja. Ostavljaju utisak da su više zabrinuti za sebe nego za druge čak i u situacijama kada svojim postupcima nanose značajnu štetu drugima.

Nezainteresovanost za uspeh: Ne manifestuju zabrinutost zbog lošeg uspeha u školi, na radnom mestu ili u drugim važnim aktivnostima. Ne ulažu potreban trud kako bi ostvarili neki rezultat, čak i kada su očekivanja potpuno jasna, a tipično će zbog svog slabog postignuća okriviti nekog drugog.

Površan afekat: Ne pokazuju emocije drugima. Kada to i čine, drugi to doživljavaju kao površno, neiskreno ili plitko (npr. ono što čine je u suprotnosti sa iskazanim emocijama; kao da “uključuju” ili “isključuju” emocije po potrebi). Mogu da se služe iskazivanjem određenih osećanja u svrhu ostvarivanja neke lične dobiti (radi manipulisanja drugima ili u cilju zastrašivanja drugih).

Koncept dijagnoze Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa takođe je pretrpeo izvesne promene u DSM-5 klasifikacionom sistemu. Te promene se ogledaju u sledećem: jasno se navodi da osobe prema kojima dete manifestuje ponašanja karakteristična za ovaj poremećaj ne mogu da budu isključivo brat ili sestra; preciznije je objašnjeno šta se podrazumeva pod trajnošću i učestalošću oblika ponašanja opisanih kroz simptome; simptomi su razdvojeni u tri podgrupe (ljutnja/razdražljivost, sklonost svađama/prkosno ponašanje, osvetoljubivost). Sledi prikaz dijagnostičkih kriterijuma za ODD prema DSM-IV, odnosno DSM-5 (Tabele 5 i 6).

*Tabela 5: Dijagnostički kriterijumi za **Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa – Oppositional Defiant Disorder** prema DSM-IV (Američka psihijatrijska udruga, 1998)*

A Model negativističkog, neprijateljskog i prkosnog ponašanja koji traje najmanje 6 meseci, a u toku kojih se javljaju četiri ili više od sledećih oblika ponašanja:

- 1) često se razbesne
- 2) često se svađaju/raspravljaju sa odraslima
- 3) često se aktivno suprotstavljaju ili odbijaju da se pokore zahtevima i pravilima odraslih
- 4) često namerno ometaju druge ljude
- 5) često krive druge za sopstvene greške ili loše postupke
- 6) često su razdražljivi i drugi ih lako razljute
- 7) često su ljuti i ogorčeni
- 8) često su zlobni i osvetoljubivi

B Navedene smetnje u ponašanju uzrokuju oštećenje socijalnog, akademskog ili radnog funkcionisanja na klinički značajnom nivou.

C Takva ponašanja ne javljaju se isključivo u toku Psihotičnog poremećaja ili Poremećaja raspoloženja.

D Nisu zadovoljeni kriterijumi za Poremećaj ponašanja ili, ako osoba ima 18 ili više godina, nisu zadovoljeni kriterijumi za Antisocijalni poremećaj ličnosti.

*Tabela 6: Dijagnostički kriterijumi za Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa –
Oppositional Defiant Disorder prema DSM-5 (Američka psihijatrijska udruga, 2014)*

A Bitna obeležja ovog poremećaja jesu ljutnja/razdražljivost, sklonost svađama/prkosno ponašanje ili osvetoljubivost, koja traju najmanje 6 meseci, uz prisustvo najmanje 4 simptoma iz neke od sledećih kategorija, a ispoljavaju se prema najmanje jednoj osobi koja nije brat ili sestra.

Ljutnja/razdražljivost

- 1) brzo uzrujavanje
- 2) česta osetljivost
- 3) česta ljutnja ili ogorčenost

Sklonost svađama/prkosno ponašanje

- 4) česte svađe sa autoritetima ili, kod dece i adolescenata, sa odraslim osobama
- 5) aktivno suprotstavljanje ili odbijanje pokoravanja zahtevima osoba od autoriteta ili pravilima
- 6) često namerno činjenje onoga što drugim ljudima smeta
- 7) okrivljavanje drugih za sopstvene greške ili loše postupke/ponašanje

Osvetoljubivost

- 8) zloba ili osvetoljubivost najmanje dva puta u toku poslednjih 6 meseci

Napomena: Za razlikovanje ponašanja koje je u granicama normalnog od ponašanja koje je simptomatsko treba uzeti u obzir trajnost i učestalost opisanih oblika ponašanja. Za decu mlađu od pet godina, ponašanje, ako se pojavljuje, treba da se pojavljuje većinu dana u proteklih 6 meseci, kako bismo mogli da ga posmatramo kao zadovoljeni dijagnostički kriterijum (osim ako nije drugačije određeno; npr. kriterijum A8). Za starije od 5 godina, ponašanje treba da bude manifestovano najmanje jednom nedeljno tokom poslednjih 6 meseci (osim ako nije drugačije određeno; npr. kriterijum A8). Dok navedeni kriterijumi učestalosti pružaju uputstva o minimalnoj učestalosti koja je neophodna da bismo određeno ponašanje mogli da posmatramo kao zadovoljeni dijagnostički kriterijum, neophodno je uzeti u obzir neke druge činioce. Npr. jesu li učestalost i intenzitet određenog ponašanja izvan opsega normativnog ponašanja za dostignuti razvojni nivo, pol i kulturu osobe.

B Navedene smetnje u ponašanju uzrokuju patnju kod same osobe ili ljudi iz njenog neposrednog okruženja (npr. porodica, vršnjaci, kolege na poslu) na klinički značajnom nivou, ili imaju negativan uticaj na socijalno, akademsko/školsko, radno ili neko drugo važno područje funkcionisanja.

C Takva ponašanja ne javljaju se isključivo u toku Psihotičnog poremećaja, Poremećaja uzimanja psihoaktivnih supstanci, Depresivnog ili Bipolarnog poremećaja. Takođe, nisu zadovoljeni dijagnostički kriterijumi za Disruptivni poremećaj regulacije raspoloženja.

Odredi sadašnju težinu:

Blagi: simptomi su ograničeni na samo jedno okruženje (npr. kod kuće, u školi, u kontaktu sa vršnjacima, na poslu)

Umereni: Neki simptomi su prisutni u najmanje dva okruženja

Teški: Neki simptomi su prisutni u tri ili više od tri okruženja

Na osnovu poglavlja V (F) – *Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja* - klasifikacionog sistema ICD-10 (Međunarodna statistička klasifikacija bolesti i udruženih zdravstvenih problema u izdanju Svetske zdravstvene organizacije), nastalo je nekoliko publikacija. Među njima su i *Klinički opisi i dijagnostička uputstva* i publikacija pod nazivom *Dijagnostički kriterijumi za istraživanje. Klinički opisi i dijagnostička uputstva* imaju opštu kliničku, obrazovnu i upotrebnu namenu. *Dijagnostički kriterijumi za istraživanje* su namenjeni istraživačima i zamišljeni su tako da se koriste zajedno sa prvom navedenom publikacijom (Svetska zdravstvena organizacija, 1992). Četvrta i peta revizija *Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje* su, po svojoj strukturi, sličnije *Dijagnostičkim kriterijumima za istraživanje ICD-10*.

ICD-10 razmatra poremećaj koji karakterišu naglašen motorni nemir, deficit pažnje i impulsivnost, pod nazivom *Hiperkinetički poremećaj*, a u okviru kategorije Poremećaja ponašanja i emocija sa početkom obično u detinjstvu i adolescenciji. ICD-10 razdvaja tri grupe osnovnih simptoma i za postavljanje dijagnoze je nužno da postoji minimum šest simptoma slabe pažnje, tri simptoma hiperaktivnosti i jedan od simptoma koji indikuju impulsivnost. S druge strane, u DSM-IV i u DSM-5, simptomi hiperaktivnosti i impulsivnosti su u istoj grupi, te se zahteva prisustvo najmanje šest simptoma nepažnje i najmanje šest simptoma hiperaktivnosti/impulsivnosti. Dok se u ICD-10 striktno zahteva prisutnost simptoma u sve tri dimenzije (nepažnja, hiperaktivnost i impulsivnost), prema DSM-IV i DSM-5, moguće je dijagnostikovati poremećaj kod deteta koji ispoljava simptome samo nepažnje, ili samo hiperaktivnosti/impulsivnosti. U tom smislu, DSM-IV razlikuje tri podtipa ovog poremećaja – podtip sa dominirajućom nepažnjom, podtip sa dominirajućom hiperaktivnošću/ impulsivnošću i tzv. kombinovani podtip, odnosno podtip sa kombinacijom nepažnje i hiperaktivnosti/impulsivnosti. Shodno navedenom, DSM-IV identifikuje više dece sa dijagnozom ADHD, nasuprot ICD-10, koji identifikuje manje dece sa dijagnozom Hiperkinetičkog poremećaja (Moffitt i Melchior, 2007).

Kada su u pitanju Poremećaj ponašanja i Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa, ICD-10 ne izdvaja Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa kao potpuno nezavisan psihopatološki fenomen, već ovaj poremećaj smatra podvrstom poremećaja u ponašanju. ICD-10 razlikuje nekoliko podvrsta poremećaja ponašanja: Poremećaj ponašanja

ograničen na porodičnu sredinu, Nesocijalizovan poremećaj ponašanja (kada postoje loši odnosi sa vršnjacima), Socijalizovan poremećaj ponašanja (kada su odnosi sa vršnjacima u granicama normalnog) i Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa. Dijagnostički kriterijumi za poremećaj u vidu protivljenja i prkosa su istovremeno i dijagnostički kriterijumi za Poremećaj ponašanja (u pitanju je prvih 8 od ukupno 23 simptoma navedena u prvom dijagnostičkom kriterijumu), pri čemu se dozvoljava da kod deteta postoje i ponašanja opisana simptomima od 9 do 23 (što su ozbiljniji problemi u ponašanju), ali ne više od dva navedena ozbiljnija simptoma. Proveravajući prediktivnu validnost Poremećaja ponašanja i Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa, onako kako su definisani u DSM-IV, Burke, Lahey, & Waldman (2010) ukazali su na to da ICD-10 identifikuje više dece sa dijagnozom Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa u odnosu na DSM-IV, upravo zbog toga što se simptomi Poremećaja ponašanja tretiraju kao simptomi Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa, u slučajevima kada nisu ispunjeni dijagnostički kriterijum za klinički ozbiljniju dijagnozu Poremećaja ponašanja.

ICD-10 ne zahteva prisustvo određenog broja simptoma za dijagnozu Poremećaja ponašanja, kao što je to slučaj u DSM-IV i DSM-5 klasifikacijama (gde se zahteva prisustvo minimum 3 simptoma), već se navodi da je neophodno da su u poslednjih šest meseci prisutni NEKI od simptoma. Za simptome koji predstavljaju ozbiljno kršenje socijalnih normi (fizička surovost, uništavanje imovine, izazivanje požara, zločin uz suočavanje sa žrtvom, primoravanje drugih na seksualne aktivnosti, provaljivanje na tuđi posed, upotreba oružja) dovoljno je da se pojave samo jednom, kako bi dijagnostički kriterijum bio zadovoljen. Imajući u vidu da se simptomi koji se smatraju indikatorima problema u ponašanju razlikuju značajno u stepenu u kome izazivaju probleme detetu koje manifestuje konkretno ponašanje (npr. laganje ili ulaženje u rasprave sa odraslima, s jedne, i primoravanje dugih na seksualne aktivnosti, sa druge strane) pojedini istraživači (Lindhiem, Bennett, Hipwell, & Pardini, 2015), ukazivali su na to da ozbiljnost, a ne broj simptoma koji se zahteva prema DSM klasifikaciji, jeste zapravo značajniji faktor za postavljanje dijagnoze, jer su deca koja su ispunjavala kriterijum koji se tiče broja simptoma, ispoljavala niže nivoe disfunkcionalnosti, nego deca koja nisu prelazila prag od 3 simptoma, ali su po svojim profilima simptoma bila značajno više disfunkcionalna i

narušavala su prava drugih i važeće socijalne norme (znači, više su se uklapala u teorijski koncept koji je u pozadini Poremećaja ponašanja).

Lee et al. (2008) su proveravali validnost dijagnostičkih kriterijuma za ADHD, prema DSM-IV, odnosno za Hiperkinetički poremećaj, prema ICD-10. Na uzorku od 419 dece uzrasta od 6 do 16 godina, koji su bili upućeni na kliniku zbog problema u ponašanju, na osnovu DSM-IV i ICD-10 dijagnostičkih kriterijuma, formirane su četiri grupe: grupa dece sa Hiperkinetičkim poremećajem, a sledeće tri grupe su činila deca sa tri ADHD podtipa (jedan podtip = jedna grupa). Ove grupe su poređene po kliničkim karakteristikama kao što su: ozbiljnost simptoma, celokupna disfunkcionalnost, izloženost psihosocijalnim i neurorazvojnim rizicima, porodična istorija poremećaja među najbližim srodnicima, stopa i tip komorbiditeta, inteligencija, školsko postignuće, laboratorijski testovi inhibicije motornog odgovora i radne memorije. Poređeni su međusobno, i sa kontrolnom grupom. Grupa dece sa Hiperkinetičkim poremećajem i grupa sa kombinovanim ADHD podtipom su demonstrirali značajno lošiju inhibitornu kontrolu u odnosu na druge dve kliničke grupe i u odnosu na kontrolnu grupu, a sve četiri kliničke grupe su pokazale deficit u inhibiciji u poređenju sa kontrolnom grupom. Grupe se nisu razlikovale među sobom u radnoj memoriji. U poređenju sa kontrolnom grupom dece, sve četiri kliničke grupe su imale višu stopu pojavljivanja poremećaja među bliskim srodnicima, značajno veće izlaganje psihosocijalnim rizicima, niže intelektualne sposobnosti i slabije školsko postignuće. Kliničke grupe se nisu razlikovale među sobom po navedenim karakteristikama. Istraživači zaključuju da ICD-10 i DSM-IV, kao i ranije verzije istih klasifikacija, nastavljaju da ističu dijagnostičke entitete sa značajnim razlikama u prevalenciji među kliničkim subjektima. Ipak, sve četiri dijagnostičke varijante poremećaja se značajno preklapaju po pitanju značajnih kliničkih karakteristika, iako bi se moglo reći da dijagnoza Hiperkinetičkog poremećaja i kombinovanog ADHD podtipa, predstavljaju klinički teža stanja u odnosu na preostale dve dijagnoze.

4. DEFICIT PAŽNJE/HIPERAKTIVNI POREMEĆAJ – ADHD

4.1 Istorijski osvrt na promene u terminologiji i na razvoj koncepta ADHD dijagnoze

Prvi zapisi o specifičnim simptomima koji su bili uočeni kod pojedine dece, a tiču se snižene sposobnosti za usmeravanje i održavanje pažnje, motornog nemira i sklonosti samopovređivanju i destruktivnosti datiraju već sa samog početka XX veka, ali, tek dvadesetih godina prošlog veka pažnja stručnjaka, kako kliničara, tako i istraživača, počinje intenzivnije da se usmerava ka deci sa problemima koji bi odgovarali kliničkoj slici poremećaja koji danas označavamo kao ADHD. Naime, u to vreme, nakon pandemije encefalitisa u SAD, mnoga deca iz te grupe počela su da se ponašaju drugačije u odnosu na period pre bolesti, a navedeno se manifestovalo u impulsivnosti, razdražljivosti, poremećaju pažnje, sklonosti ka agresivnim obrascima ponašanja i nekontrolisanom izražavanju emocija. U zaključcima najvećeg broja istraživačkih radova iz tog perioda kao uzrok takvog izmenjenog ponašanja isticana su tzv. minimalna moždana oštećenja. Nije postojao način za potvrđivanje tih navodnih oštećenja prilikom uobičajenih pregleda, a kliničari su dijagnostikovali minimalno moždano oštećenje uzimajući u obzir samo jedan kriterijum, a to je bilo ponašanje deteta. Od tada počinje da se upotrebljava naziv *Minimal Cerebral Dysfunction* (MCD) ili *Minimal Brain Dysfunction* (MBD) – minimalna cerebralna, odnosno moždana disfunkcija – za probleme u ponašanju dece koji odgovaraju današnjoj kliničkoj slici ADHD dijagnoze (Kocijan-Hercigonja, Buljan-Flander i Vučković, 2004), čime se nastojalo ukazati na organsku osnovu poremećaja (Reber & Reber, 2010). Minimalna cerebralna disfunkcija jeste termin kojim se označavao jasno definisan sindrom ili skup simptoma, pri čemu se svi tako podrazumevani simptomi često nisu pojavljivali zajedno, neki od njih su mogli da budu posmatrani samo kao deo prolaznih razvojnih faza, postojale su različite kombinacije simptoma od slučaja do slučaja, a pojedini simptomi su jasno bili uslovljeni socijalnim faktorima, pa je i to jedan od razloga zbog kojih se termin MBD nije dugo zadržao u upotrebi (Linn, 2006).

Pedesetih godina XX veka istraživači na području zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja dece i omladine počinju da istražuju neurološke mehanizme koji bi mogli da budu u osnovi specifičnih bihevioralnih simptoma i počinju sve više da upotrebljavaju termin *Hiperkinetičko impulsivni poremećaj (Hyperkinetic Impulse Disorder)*, te na taj način samim nazivom poremećaja započinje da se ukazuje na karakteristike kliničke slike. Od tog perioda, nazivi poremećaja koji su do tada podvođeni pod termin MBD, počinju da ukazuju na karakteristike dečijeg ponašanja i opis nedostataka, a ne na potencijalne etiološke mehanizme u vidu minimalnih moždanih oštećenja (Barkley, 2006). U poslednjoj reviziji Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje Američkog psihijatrijskog udruženja DSM-5 (Američka psihijatrijska udruga, 2014), premeštanjem ADHD dijagnoze u grupu neurorazvojnih poremećaja, među autoritetima na polju bavljenja ADHD dijagnozom, uočava se ponovna promena paradigme u konceptualizaciji ovog fenomena.

I među autorima sa srpskog govornog područja koji su se bavili izučavanjem ponašanja koja se danas smatraju osnovnim obeležjima ADHD dijagnoze, nalazimo različite nazive i različite pokušaje razvrstavanja istog poremećaja. Đorđević (1984) problem hiperaktivnog ponašanja obrađuje u okviru *specifičnih smetnji u učenju*, slično kao i Jurić-Šimunčić (1978) koja problem nestabilnosti motorike uz teškoće u vezi sa pažnjom označava kao *specifične teškoće u učenju i vladanju*. Eraković (1987) razmatra hiperaktivnost u sklopu poremećaja psihomotorike, dok Tadić (1990) govori o *hiperkinetičkom sindromu*, a u okviru grupe poremećaja koje označava kao poremećaji organizovanosti pokreta. Definiše ga kao „poremećaj organizacije kretanja čija su glavna obeležja preterana pokretnost, razdražljivost, slaba pažnja, naglost, saznajni poremećaji i nezadovoljavajući uspeh u školi“ (Tadić, 2000, str. 192). Bojanin (1985) upotrebljava termin *razvojni hiperkinetički sindrom ili nestabilnost psihomotorike*.

Davison and Neale (2002) razmatraju ADHD, uz Poremećaj ponašanja, kao poremećaj ponašanja koje je nedovoljno kontrolisano. „Dete sa nedovoljnom kontrolom vlastitog ponašanja nema kontrolu nad ponašanjem koje se očekuje od deteta određenog uzrasta u određenim okolnostima, ili je ta kontrola nedovoljna“ (str. 495).

U desetoj reviziji Međunarodne statističke klasifikacije bolesti i udruženih zdravstvenih problema (ICD-10), poremećaj koji karakterišu obeležja slabe pažnje,

hiperaktivnosti i impulsivnosti, a što su zapravo opšti kriterijumi koji moraju biti zadovoljeni da bi se postavila dijagnoza, nosi naziv *Hiperkinetički poremećaj*. Hiperkineza, kako navodi Hudolin (1963), označava preterani motorni nemir, mišićni nemir i naglašenu aktivnost. Trebješanin (2000), govoreći o nekontrolisanim i neprimerenim motornim pokretima, definiše hiperaktivnost kao „povišenu i neadekvatnu psihomotornu aktivnost, koja se javlja kod neke dece još na ranom uzrastu, što kasnije može da postane smetnja pri uklapanju u socijalne grupe. Takva deca ne mogu da miruju, isuvuše su živahna, nestašna, bučna, lako menjaju interesovanja i delatnost“ (str. 165).

Danas su u upotrebi dva naziva. Jedan, predložen od strane Svetske zdravstvene organizacije (*Hiperkinetički poremećaj*) i drugi, predložen od strane Američkog udruženja psihijatarata (*Deficit pažnje/Hiperaktivni poremećaj – ADHD*). U ovom radu najčešće će biti korišćen akronim ADHD.

4.2 Osnovna obeležja

„ADHD dijagnoza podrazumeva smetnje na području motorike, pažnje, emocija, socijalnih odnosa, na perceptivno-motoričkom planu i u vezi sa kognitivnim funkcijama. Navedene smetnje su zapravo manifestni oblici tri osnovna obeležja ili karakteristike ovog poremećaja, a to su slaba pažnja (deficit pažnje), impulsivnost i hiperaktivnost (naglašeni motorni nemir). Većina stručnjaka koja se bavi problematikom ADHD dijagnoze, kao teoretičari ili kliničari, navode ove tri karakteristike kao distinktivna obeležja, odnosno kao tri osnovna problema u vezi sa sposobnošću deteta da kontroliše svoje ponašanje“ (Damjanović, 2009, str 10). Barkley (2000) ističe dve dodatne karakteristike, koje označava kao dva dodatna osnovna obeležja: teškoće deteta u pridržavanju pravila i izvršavanju uputstava, i promenljivost u reakcijama na situacije, odnosno naglašena nepostojanost.

ADHD je jedan od najviše istraživanih poremećaja karakterističnih za razvojno doba (Gelder, Mayou, & Geddes, 2009; Hughes & Cooper, 2009), a istraživanja ovog fenomena bila su usmerena na ispitivanje različitih potencijalnih etioloških faktora, od neurobioloških istraživanja, preko genetskih istraživanja, istraživanja specifičnog

kognitivnog funkcionisanja, te istraživanja činilaca u socijalnom kontekstu. Iz navedenog sledi da je ADHD bio-psiho-socijalni fenomen, odnosno biološki predodređeno bihevioralno stanje, pri čemu su biološka predispozicija i posledično ponašanje pod uticajem faktora sredine i iskustva (Rutter, 2001).

Ozbilnosti problema koje imaju deca sa ADHD dijagnozom doprinosi i činjenica da deca i mladi sa poteškoćama koje se tiču problema sa pažnjom, preteranom aktivnošću i impulsivnošću, mogu da razviju veliki broj sekundarnih problema koji su u vezi, pre svega, sa školskim postignućem, odnosno sa sposobnošću ovladavanja predviđenim nastavnim sadržajima, te sa interpersonalnim odnosima. Impulsivnost i agresivnost lako generišu teškoće u uspostavljanju i održavanju zadovoljavajućih socijalnih relacija sa vršnjacima i u stvaranju vršnjačke grupe koja će biti podržavajuća prema detetu sa ADHD-om, što posledično vodi ka stigmatiziranosti. Poteškoće u vezi sa usmeravanjem i održavanjem pažnje mogu da dovedu do slabog školskog postignuća. Sve navedeno zajedno može da otežava mladima da se uklope u očekivanja roditelja, što za sekvelu može da ima razvijanje hronično konfliktnih odnosa dece sa ADHD dijagnozom sa roditeljima. U periodu adolescencije, impulsivnost može da vodi ka učestalim rizičnim oblicima ponašanja sa posledičnim komplikacijama kakve su zloupotreba psihoaktivnih supstanci, saobraćajne nesreće i izbacivanje iz škole. Vremenom, kako mladi sa ADHD dijagnozom postaju svesni svojih poteškoća u vezi sa upravljanjem pažnjom, aktivnošću i impulsivnošću i svojih neuspeha prouzrokovanih ovim deficitima u školi, na polju porodičnih odnosa i u grupi vršnjaka, mogu da razviju nizak doživljaj samoefikasnosti i depresivne simptome (Carr, 2003; Goffman, 2009; Vash & Crewe, 2010).

Barkley (1997) iznosi stajalište prema kome su tri osnovne grupe simptoma kojima se definiše ADHD povezani sa jednim širim problemom. Taj problem ogleda se u nedovoljnoj regulaciji i slaboj inhibiciji ponašanja, odnosno u vezi je sa neuspehom aktiviranja tzv. inhibitornog kontrolnog sistema. Ovako neurološki utemeljeni problemi inhibiranja ponašanja, vode ka sekundarnim deficitima u vezi sa neuropsihološkim sposobnostima, odnosno sa izvršnim tj. egzekutivnim funkcijama (planiranje, vremenska organizacija ponašanja, anticipacija cilja, započinjanje i nadgledanje aktivnosti, sposobnost inhibiranja ili odlaganja odgovora, evaluacija odgovora, kognitivna fleksibilnost i druge). Četiri glavne egzekutivne funkcije koje su od važnosti za

kontrolisanje samoregulacije, jesu radna memorija, internalizovani govor, motivaciona procena, odnosno samoregulacija motivacije, i rekonstitucija, odnosno bihevioralna analiza (Blair, Mitchell, & Blair, 2008; Duggan, & Garcia-Barrera, 2015; Hughes & Cooper, 2009). Deficiti egzekutivnih funkcija uz deficit inhibicije ponašanja, dovode do smanjene efikasnosti u motornoj, odnosno bihevioralnoj kontroli (Barkley, 1997). Istražujući da li specifični deficiti u izvršnim funkcijama mogu da diskriminišu decu sa ADHD dijagnozom od dece sa poremećajem čitanja, Marzocchi et al. (2008) zaključuju da je kod dece kojoj je dijagnostikovano ADHD evidentan deficit u vezi sa nekoliko egzekutivnih funkcija. Između ostalih, deca sa ADHD-om postizala su značajno lošije rezultate kada su u pitanju planiranje, radna memorija i verbalna fluentnost. Međutim, ova deca nisu manifestovala deficit kada je u pitanju generalizovana regulacija i inhibicija ponašanja na nivou koji bi ih značajno razlikovao od kontrolne grupe dece ili od dece sa poremećajem čitanja. Skowronek, Leichtman, & Pillemer (2008) su potvrdili deficit kada je u pitanju radna memorija dece sa ADHD-om. Dve grupe dečaka, sa i bez dijagnoze, rešavali su zadatke koji procenjuju efikasnost radne i dugotrajne memorije. Pored toga, i roditelji dece procenjivali su sposobnost pamćenja svoje dece na posebnoj skali. Rezultati ove studije upućuju na to da dečaci sa ADHD dijagnozom postižu značajno slabije rezultate na zadacima procene efikasnosti radne memorije. Takođe, roditelji ovih dečaka ocenili su svoju decu značajno lošije kada je u pitanju radna memorija, u odnosu na procene roditelja dečaka bez ADHD dijagnoze.

Snažna potreba za neposrednom gratifikacijom, kao karakteristika dece sa ADHD dijagnozom, isticana je od strane pojedinih autora kao jedno od ključnih obeležja ovog poremećaja (Barkley, 2000; Luman, Oosterlaan, Hyde, Van Meel, and Sergeant, 2007).

Barkley (2000) iznosi gledište prema kome se ADHD može svrstati u grupu pravih razvojnih poremećaja, samo pod uslovom da stručnjaci na području zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja dece i omladine, odnosno naučnici koji se bave izučavanjem fenomena razvojne psihopatologije, predoče jasno i nedvosmisleno da ADHD zadovoljava sledećih osam kriterijuma:

1. Simptomi poremećaja javljaju se na ranom dečjem uzrastu;
2. Postoji jasna i nedvosmislena distinkcija između dece sa ovim poremećajem i dece bez ovog poremećaja;

3. Karakteriše ga relativna pervazivnost – simptomi se ispoljavaju u mnogim različitim situacijama, ali ne uvek i u svim situacijama;
4. Utiče na kapacitet deteta da funkcioniše uspešno kada se nađe pred zahtevima i zadacima koji su tipični za decu određenog uzrasta;
5. Definiše ga relativna postojanost, tj. trajnost tokom vremena i razvoja;
6. Ne može se smatrati posledicom isključivo sredinskih uticaja;
7. U vezi je sa promenama u razvoju i funkcionisanju mozga;
8. U vezi je sa biološkim faktorima koji bi mogli da utiču na razvoj i funkcionisanje mozga (npr. genetski faktori, toksini itd.).

Phelan (2005) navodi listu koju čine osam karakteristika koje obično prate ADHD. On ih naziva listom karakteristika iz stvarnog života, od kojih su neke predstavljene i kao simptomi u okviru DSM dijagnostičkih kriterijuma. To su sledeće karakteristike: nepažnja ili rastresenost, impulsivnost, teškoće u odlaganju zadovoljstva (nestrpljivost), naglašeni motorni nemir (hiperaktivnost), prenaglašene emocionalne reakcije, neobuzdanost, problemi u socijalnim relacijama i dezorganizovanost. Prvo od navedenih obeležja, nepažnja, jeste ključni simptom. Sledeće četiri karakteristike (impulsivnost, nestrpljivost, hiperaktivnost i prenaglašene emocionalne reakcije) određuju, prema Phelanu, temperament deteta sa ADHD-om. Poslednja tri obeležja (neobuzdanost, problemi u socijalnim relacijama i dezorganizovanost) jesu posledice ili rezultat prethodno navedenih pet karakteristika.

Deca sa ADHD dijagnozom na testovima inteligencije postižu za 7 do 15 IQ jedinica niže rezultate od kontrolne grupe dece, ali ostaje otvoreno pitanje da li je ova razlika posledica zaista nižih intelektualnih sposobnosti ili oštećenja u sposobnosti rešavanja testova. Problemi u vezi sa pažnjom i impulsivnost svakako da sprečavaju dete da pruži svoj maksimum. S druge strane, ukoliko posmatramo samo grupu dece kojoj je dijagnostikovano ADHD, i među njima su zabeležene značajne razlike u intelektualnom funkcionisanju (Barkley, 2006; Damjanović, 2009). I Jovanović i sar. (2007) navode da je rezultat koji dete sa ADHD dijagnozom ostvari na testu inteligencije u najvećem broju slučajeva pogrešna procena njegovih intelektualnih kapaciteta, a više je refleksija detetovog aktuelnog funkcionisanja i odraz je nepažnje, impulsivnosti i hiperaktivnosti deteta. Kako se u Srbiji za procenu intelektualnog funkcionisanja dece najčešće koristi

srpska verzija Wechslerove skala, odnosno *REVISK*, ovi autori napominju da je za decu koja imaju poteškoće u vezi sa usmeravanjem i održavanjem pažnje i koja manifestuju hiperaktivnost, karakteristično da niže rezultate postižu na tačno određenim subtestovima. To su subtestovi *Ponavljanje brojeva*, *Aritmetika*, *Informacije* i *Šifra*. Prva dva navedena subtesta postavljaju velike zahteve pred radnu memoriju, a deca sa ADHD dijagnozom imaju značajne poteškoće upravo sa radnom memorijom. Subtest *Šifra* pretpostavlja usmerenost pažnje u ograničenom vremenskom trajanju, a na *Informacijama* hiperaktivna deca podbacuju jer ne obraćaju pažnju na one informacije i podatke koji nisu iz njihove sfere interesovanja. Dakle, iz navedenog može da se zaključi da je rezultat na testu procene intelektualnih sposobnosti koji postigne dete sa ADHD dijagnozom, u velikoj meri nedovoljno reprezentativan jer je odraz, pre svega, detetovog neodgovarajućeg funkcionisanja prouzrokovanog simptomima koji definišu sam poremećaj. Antshel et al. (2007) su istraživali da li je ADHD dijagnoza validna kod dece čiji su intelektualni kapaciteti procenjeni u domenu visoke inteligencije. Dobijeni rezultati upućuju na to da deca sa ADHD dijagnozom i sa visokim koeficijentom inteligencije (jednakim ili većim od 120) ispoljavaju jednak obrazac kognitivnih, psihijatrijskih i bihevioralnih obeležja kao i deca sa ADHD-om koja su prosečnih intelektualnih sposobnosti. Većina dece iz ove grupe zadovoljava kriterijume za postavljanje dijagnoze kombinovanog podtipa ADHD-a. U odnosu na kontrolnu grupu dece, kod njih su značajno više prisutna preklapanja sa drugim psihopatološkim fenomenima, među najbližim rođacima imali su značajno višu prevalenciju ADHD-a i manifestovali su više disfunkcionalnosti u značajnom broju različitih domena funkcionisanja. Ovakvi rezultati, kako iznose autori, jasno upućuju na zaključak da je ADHD dijagnoza validna i među decom sa visokim koeficijentom inteligencije (jednakim ili većim od 120).

Iako su deca sa ADHD-om obično prijateljski naklonjena i rado stupaju u kontakt sa drugom decom, često nisu sposobna tačno da protumače suptilne socijalne znake i sklona su misinterpretaciji namera vršnjaka, te na taj način čine nenamerne greške u relacijama sa njima. U stanju su da u hipotetičkim socijalnim situacijama prepoznaju primeren način postupanja, što bi značilo da kod njih nije narušena kognitivna sposobnost shvatanja perspektive, ali ta znanja kasnije ne primenjuju u svakodnevnim situacijama

kada su sa drugom decom. Upravo navedeno, u kombinaciji sa impulsivnošću, koju druga deca često tumače kao agresivnost, dovodi do toga da su deca sa ADHD-om najčešće neprihvaćena u vršnjačkoj grupi. Dok na najranijem uzrastu interakcije sa drugima uključuju, pre svega, roditelje, braću i sestre, i članove šire porodice, postepeno, odnosi sa vršnjacima dobijaju na važnosti kao socijalne determinante ličnosti. Sa razvojem vršnjačkih odnosa, povećavaju se zahtevi prema detetu u vezi sa ovladavanjem većim brojem socijalnih veština (kapacitet da se ostvari recipročno razumevanje sa drugima, kapacitet da se pregovara do obostrano zadovoljavajućih socijalnih ishoda), kao i u vezi sa kognitivnim sposobnostima (imitacija, socijalno poređenje i regulisanje ponašanja i emocija). Razvijajući navedene socijalne veštine, dete počinje da učestvuje u vršnjačkim razmenama koje mu pružaju emocionalnu podršku, te pristup socijalnim izvorima podrške poput prijateljstva, saradnje i prihvatanja. S druge strane, vršnjački odnosi dete stavljaju i pred izazove jer ono počinje da se suočava sa konfliktima koji su neizbežni u socijalnom životu, a koje dete mora da nauči da razreši. Upravo razvoj veština za njihovo konstruktivno razrešavanje generiše prihvatanje od strane vršnjačke grupe i razvoj prijateljstva (Caprara & Cervone, 2003). Vršnjačka grupa je od naročitog značaja kada je u pitanju prihvatanje novih pravila ponašanja i u njoj dete stiče iskustva koja će imati dugotrajan uticaj na razvoj ličnosti. Deca koja razviju prijateljstva koja odlikuje visok kvalitet interpersonalnih odnosa, imaju više pozitivnih socijalnih odnosa sa vršnjacima. Za razliku od njih, deca koja ne dožive kvalitetno prijateljstvo, već u odnosima sa vršnjacima preovlađuju svađe i sukobi, verovatnije je da će razviti neprijatne i neprijateljske stilove ponašanja u kasnijim socijalnim relacijama (Pervin, Cervone, & John, 2008). Dete sa ADHD dijagnozom manifestuje teškoće u učenju i razvijanju onih aktivnosti i sposobnosti koje se uče i razvijaju kroz odnose sa drugima – prilagođavanje agresivnog načina reagovanja, prilagođavanje potrebama drugih, deljenje sa drugom decom iz grupe, čekanje u aktivnostima i igrama u kojima učestvuje veći broj dece, različiti vidovi naizmeničnih aktivnosti i sl. Nezadovoljavajući odnosi sa vršnjacima uočavaju se rano u razvoju deteta sa ADHD-om. Ovakvo dete će na predškolskom uzrastu često da prekida igre vršnjaka, te će zbog toga biti odbacivano u vršnjačkoj grupi. Na školskom uzrastu, ovakvo dete sklono je da ometa druge, ispoljava agresivna ponašanja, mnogo priča, te često prekida drugu decu, zadirkuje ih i naziva pogrđnim

imenima. Deca sa ADHD dijagnozom doživljavaju se kao nepopularna i vršnjaci ih retko biraju za prijatelje (Campbell, 1990, prema Wenar, 2003). Sociometrijska ispitivanja koja su vršena među vršnjacima dece sa ADHD-om ukazuju na to njihovi vršnjaci smatraju da su deca sa ADHD-om ta koja izazivaju nevolje, neljubazna su prema drugima, sklona su manifestovanju ponašanja kojima druge mogu da dovedu u nevolje i često uznemiravaju drugu decu (Whalen i Henker, 1992, prema Rube i Reddy, 2005). Imajući u vidu da deca sa ADHD dijagnozom imaju snižene sposobnosti koje bi im omogućile da se prilagode grupi, a u isto vreme izraženu potrebu da dominiraju, često će da biraju mlađu decu za igru i zajedničko provođenje vremena. Kada je sa mlađom decom, hiperaktivno dete može da zadovolji svoju potrebu za dominacijom jer je fizički razvijenije od njih, a mlađoj deci odgovara da imaju starijeg zabavnog prijatelja, te mu je dozvoljena dominacija u socijalnim interakcijama. Pored toga, hiperaktivnom detetu odgovara društvo mlađe dece i zbog toga što je njegova zrelost obično na nižem nivou od uzrasno očekivane. Nije retko da hiperaktivna deca provode značajno više vremena u igri sa decom suprotnog pola baš iz razloga što ih vršnjaci istog pola odbacuju iz grupe. Sve navedeno ukazuje na to da su deca sa ADHD-om snižene sposobnosti prilagođavanja grupi dece svog uzrasta i istog pola, a upravo sposobnost deteta da se uspešno uključuje u aktivnosti takve grupe dece predstavlja pravu proveru nivoa razvijenosti socijalnih veština (Phelan, 2005).

Hughes & Cooper (2009) navode posebne obrazovne pristupe kojima se ne zanemaruju, već se nastoje iskoristiti karakteristike vezane za ADHD dijagnozu, čime se kognitivno funkcionisanje dece sa ADHD-om posmatra kao specifičan kognitivni stil, a ne kao nešto što podrazumeva deficit. Na ovaj način se indirektno doprinosi razvoju pozitivnih stavova učitelja i nastavnika prema učenicima sa ADHD-om. Takvi obrazovni pristupi podrazumevaju da nastavnik „iskoristi“ preteranu govorljivost deteta tako što će mu omogućiti veći broj situacija u kojima će verbalno da učestvuje u rešavanju zadataka ili će od njega zahtevati da u zadacima čitanja sa razumevanjem odlomke čita naglas, a ne u sebi. Dalje, naglašeni motorni nemir može biti iskorišćen u obrazovne svrhe tako što će se dete uključiti u učenje igranjem uloga ili kinestetičko učenje, a ovi oblici učenja u značajnoj meri pozitivno utiču na usmeravanje pažnje deteta na zadatak i redukuju impulsivno ponašanje. Potreba za dominacijom deteta sa ADHD-om, naročito za

dominacijom u verbalnoj interakciji, može se promeniti ako se učenici obučavaju da koriste tehnike postavljanja pitanja umesto iznošenja tvrdnji. Iako zbog poteškoća u vezi sa usmeravanjem i održavanjem pažnje, detetu sa ADHD dijagnozom treba najčešće više vremena da zadatak privede kraju, neophodno je omogućiti učeniku da gradivo savladava svojim tempom, a ne tempom koji zadaje nastavnik. Vlastiti tempo povezan je sa većom tačnošću u izvršavanju zadataka i sa većim zadovoljstvom u učenju (Zentall, 1995, prema Hughes i Cooper, 2009). Barkley (2006) naglašava ulogu programa sa „kompjuterom-posredovanim davanjem instrukcija“ (Computer-assisted Instruction - CAI) u radu sa decom sa problemima distraktibilne pažnje. Ovakvi programi podrazumevaju postavljanje jasnih ciljeva, isticanje najvažnijih sadržinskih celina, pojednostavljene zadatke i neposrednu povratnu informaciju u vezi sa uspešnošću u konkretnom zadatku. Može da ih karakteriše i format koji je nalik igri. Od dece sa ADHD-om se očekuje da obraćaju značajno više pažnje na ovakav vid nastavne metode nego na usmeno izlaganje učitelja.

U već pomenutom istraživanju (Skowronek et al., 2008) u kom su dve grupe dečaka, sa i bez ADHD dijagnoze, rešavali zadatke koji procenjuju efikasnost radne i dugotrajne memorije, nije zabeležena značajna razlika između dve grupe dečaka, kao ni u procenama roditelja, kada je u pitanju dugotrajna memorija. Hiperaktivni dečaci bili su ili podjednako dobri ili bolji od svojih nehiperaktivnih vršnjaka u zadacima u kojima je trebalo da upamte određene događaje, naročito lično doživljene događaje iz prošlosti. Ovi rezultati ukazuju na neophodnost da se uvide snage koje imaju deca sa ADHD-om kada je u pitanju sposobnost pamćenja – veoma lako se prisećaju specifičnih detalja nekih događaja iz prošlosti, a imaju izražen problem u vezi sa pamćenjem semantičkih informacija. Kada je u pitanju obrazovni sistem, nastava bi trebalo da sadrži mnogo više šala i anegdota, te da se češće izvodi u prirodi, jer bi se na taj način deca sa ADHD dijagnozom prisećala specifičnih događaja vezanih za školsko okruženje, odnosno pamtili bi više detalja, ali bez udaljavanja od centralne teme.

4.2.1 Deficit pažnje

Pažnju dece sa ADHD dijagnozom karakteriše kratkotrajnost i neselektivnost – dete nije u stanju dovoljno dugo da održi pažnju na određenom zadatku i svaka draž iz neposredne okoline za dete je važna i jednako privlačna. Ovakvo dete često ostavlja na druge utisak da ima problem sa pamćenjem jer obično ne ume da ponovi kod kuće šta ima za domaći zadatak i šta se od njega u konkretnom zadatku tačno traži. Deluju kao da ne slušaju ili čak uopšte ne čuju ono što im neko govori. Za decu sa ADHD-om karakteristično je da jednu aktivnost zamenjuju drugom, iako prethodnu nisu priveli kraju. Problem sa pažnjom u socijalnim interakcijama kod ove dece manifestuje se kroz sledeće: često nisu u mogućnosti da prate temu razgovora, te govore o nečemu što je van konteksta; ne obraćaju pažnju na ono o čemu drugi govore; u igrama se često ne pridržavaju pravila itd.

Pažnja predstavlja veoma složen psihički proces. Trebješanin (2000) je definiše kao „mentalnu usmerenost i usredsređenost na odabran mali broj relevantnih elemenata koji imaju središnje mesto u svesti... U opažanju, pažnja je usmerenost na neke draži u opažanom polju, u mišljenju, na određene predstave, simbole i odnose, u pamćenju i učenju, na izvesne sadržaje“ (str. 339). I Reber & Reber (2010) je slično definišu, navodeći da pažnja „označava selektivni aspekt percepcije, odnosno osobinu organizma da se u svakom momentu usredsredi na određene aspekte sredine, zanemarujući ostale“ (str. 407). Imajući u vidu složenost procesa pažnje, postavlja se pitanje koji su to aspekti pažnje deficitarni kod dece sa ADHD dijagnozom.

O *selektivnoj pažnji* govorimo kada se od brojnih poruka, odnosno informacija, odabira jedna koja se dalje procesira, a ostale se zapostavljaju, što implicira da se olakšava procesiranje relevantnih poruka, a istovremeno koči procesiranje irelevantnih informacija (Milošević, 2002). Vasta, Haith, and Miller (2005) definišu je kao „usredsređenost na neku draž ili događaj, pri čemu se druge draži ili događaji zanemaruju“ (str. 244). S druge strane, *kontinuirana pažnja (sustained attention)* ili budnost podrazumeva kontinuirano i konstantno održavanje ciljanog ponašanja. Douglas i sar. (1983, prema Wenar, 2003), sprovedli su veliku seriju istraživanja deficita pažnje kod hiperaktivne dece, došavši do zaključka da deca sa ADHD dijagnozom nisu deficitarna u selektivnosti pažnje, nego da

je osnovni deficit kod ovakve dece u sposobnosti održavanja pažnje. U istraživanjima koja je sprovodio sa saradnicima, a koja su uključivala testove vremena reakcije i zadatke kontinuiranog izvođenja, kao najbolje mere sposobnosti održavanja pažnje, hiperaktivna deca ne samo da su postizala značajno slabije rezultate od kontrolne grupe dece, već su njihovi rezultati vremenom bivali sve lošiji i lošiji. Međutim, rezultati Douglasa i saradnika u vezi sa održavanjem pažnje nisu se pokazali doslednima, jer nisu bili uvek potvrđeni u kasnijim istraživanjima, koja su indikovala da sposobnost održavanja pažnje zavisi od okolnosti i od samog zadatka (deca su postizala bolje rezultate u zadacima održavanja pažnje kada su zadatke ocenjivali kao zanimljive, kada su bili kažnjavani za greške, kada je brzina zadatka zavisila od njih samih, a ne od eksperimentatora, i kada je eksperimentator bio prisutan, a ne odsutan). Navedeno upućuje na to da se pre može govoriti o problemu motivacije, a ne o osnovnom deficitu u održavanju pažnje (Barkley, 2006).

Zbog očigledne nedoslednosti u rezultatima studija koje su se bavile istraživanjem sposobnosti održavanja pažnje, pojedini istraživači počeli su da tragaju za drugačijim i novim objašnjenjima deficita pažnje kod dece sa ADHD-om. Barkley (2000) je ponudio objašnjenje pozivajući se na nesposobnost dece sa ADHD-om da slede uputstva i pridržavaju se pravila. Takvo ponašanje koje je više kontrolisano uputstvima i instrukcijama nego onim što se zapravo dešava oko nas, u psihologiji se naziva „ponašanje vođeno pravilima“ (*rule-governed behavior*). Barkley polazi od toga da su deca sa ADHD dijagnozom deficitarna u učenju pravila i samim tim ispoljavaju nesposobnost da održavaju pažnju, pri čemu je neophodno da ih drugi podsećaju na aktivnosti koje bi u određenoj situaciji trebalo da rade.

Za decu sa ADHD-om karakteristična je izražena potreba za neposrednom gratifikacijom, odnosno ova deca imaju problem sa odloženom gratifikacijom. Naime, kako deca odrastaju, za njih odloženo počinje da biva mnogo privlačnije u odnosu na neposredno nagrađivanje, što znači da daleko više cene i pre će se opredeliti da izvršavaju aktivnosti koje će im obezbediti upravo takvu nagradu, nego neku manje vrednu nagradu koja će uslediti odmah nakon izvršene aktivnosti. S druge strane, deca koja manifestuju ponašanja koja karakterišu ADHD, pre će izabrati da rade vrlo malo i za nagradu koja je manje vredna ali neposredno sledi aktivnost koju izvršavaju, nego da se

potrude i rade duže vreme kako bi sebi obezbedili nagradu koja je vrednija i koju će dobiti nešto kasnije (Barkley, 2000). Luman et al. (2007) su, pošavši od rezultata ranijih istraživanja koji su upućivali na disfunkcionalan sistem potkrepljenja kod dece sa ADHD-om, sproveli istraživanje u kojem su grupi dece sa i grupi dece bez ADHD dijagnoze, uzrasta od 8 do 12 godina, merili srčanu frekvenciju nakon što bi dobili povratnu informaciju po završenom zadatku, i varijabilnost srčane frekvencije tokom zadatka, kao meru mentalnog napora. Rezultati ove studije pokazuju da se kod hiperaktivne dece uočava niža srčana frekvencija u odnosu na kontrolnu grupu kada dobijaju povratnu informaciju o tome kako su rešili zadatak. Pored toga, mera mentalnog napora kod hiperaktivne dece značajno se povećava kada tokom zadatka ili dobijaju nagradu za uspešno rešen deo zadatka ili gube deo već dobijene nagrade za neuspešno rešen deo zadatka, a u odnosu na situaciju kada dobijaju samo verbalnu povratnu informaciju. S druge strane, kod nehiperaktivne dece mera mentalnog napora bila je sličnih vrednosti u sve tri situacije (nagrada, oduzimanje dela do tada stečene nagrade, verbalna povratna informacija o učinku). Istraživači zaključuju da je za grupu dece sa ADHD-om karakterističan deficit u praćenju fidbek sistema, kao i motivacioni deficit u situacijama kada nije prisutno spoljašnje potkrepljenje.

Deficit pažnje kod dece sa ADHD dijagnozom, naročito kod nepažljivog podtipa, često se pogrešno tumači kao nedostatak motivacije. Problemi u održavanju pažnje, nedovoljno razvijene organizacione sposobnosti i distraktibilnost vode ka niskom školskom postignuću. Ova deca ostavljaju utisak kao da su za korak iza ostalih u odeljenju i sklona su da mislima odlutaju kada je njima zadatak monoton ili dosadan, pa su im domaći i školski zadaci često loše urađeni ili su nezavršeni. Veliki broj dece sa ADHD-om ne završi test u predviđenom vremenu i postižu veoma loše rezultate prilikom pisane provere znanja, ne samo zbog toga što previđaju važne detalje već i zbog nerazvijenog koncepta vremena i lošeg upravljanja vremenom u smislu procene, odnosno imaju loš osećaj za vreme. Deca sa ADHD-om veoma loše procenjuju koliko je vremena prošlo u obavljanju neke radnje, a pokazuju i insuficijentnost u vezi sa donošenjem odluke o tome kada bi bilo najbolje da započnu sa izvršavanjem određene aktivnosti (Damjanović, 2009).

4.2.2 Hiperaktivnost

„Hiperaktivnost, kao jedno od tri osnovna obeležja ADHD dijagnoze, podrazumeva preteran nemir, naročito u situacijama koje zahtevaju relativan mir. U zavisnosti od situacije, odnosno okolnosti, hiperaktivnost se manifestuje trčanjem ili skakanjem deteta naokolo, ustajanjem sa mesta onda kada bi trebalo da sedi, preteranom pričljivošću, galamom, bukom i vrpoljenjem. Kao standard za procenu moglo bi da posluži sledeće – aktivnost je isuviše velika u odnosu na ono što se očekuje u datoj situaciji i u odnosu na drugu decu istog uzrasta i koeficijenta inteligencije. Hiperaktivnost je najočiglednija u strukturisanoj, organizovanoj situaciji koja zahteva visok stepen samokontrole“ (Damjanović, 2009, str. 15).

Neka deca su neumorna i naglašeno aktivna, ali takva ponašanja, sama po sebi, ne predstavljaju problem koji bi bio značajan u kliničkom smislu. Istraživanja u kojima je posebnim mernim instrumentima merena aktivnost dece u toku dana pokazala su da, u većini slučajeva, ne postoji značajna razlika u nivou aktivnosti između grupe dece sa ADHD dijagnozom i grupe dece bez takve dijagnoze. Ono što predstavlja problem dece sa ADHD-om jeste to što su ona aktivna u vreme kada i u situacijama u kojima se aktivnost smatra neprikladnom. Iako nalazi istraživanja ukazuju na to da deca sa ADHD-om tokom 24 časa ispoljavaju značajno izraženiji nemir u vidu pokreta koji nisu vezani za konkretan zadatak, vrpoljenja na stolici i ustajanja sa mesta kada to ne bi trebalo da čine, a u poređenju sa kontrolnom grupom dece, ono što treba istaći jeste da su ove razlike najizraženije kod mlađe dece i smanjuju se sa uzrastom, a zavise i od okolnosti u kojima se dete nalazi (Damjanović, 2009). Kako navode Jovanović, Jovanović-Firevski i Jovanović (2007), „hiperaktivnost je nesposobnost da se reguliše nivo aktivnosti kako bi bio usklađen sa zahtevima situacije“ (str. 22).

„Roditelji hiperaktivne dece, često za svoju decu navode da ne mogu mirno da sede na mestu, da preterano pričaju, često mrmljaju i proizvode čudne zvuke, neprestano se meškolje, ne drži ih mesto, ponašaju se kao da ih pokreće motor. Neprekidno su u pokretu sa stalnom potrebom za novim sadržajima koji ih zanimaju vrlo kratko. U školi uvek rade nešto drugo umesto onoga čime se zanimaju ostala deca u odeljenju – okreću se na mestu, ustaju sa stolice, šetaju po učionici, zadirkuju ostalu decu, otvaraju školsku

torbu i vade pribor i stvari koje im u tom trenutku nisu potrebne itd. Nespretnost i nestabilnost naročito dolaze do izražaja na časovima fizičkog vaspitanja, a nespretnost i prilikom oblačenja. Takvo detetovo ponašanje rezultira nezadovoljstvom odraslih iz čega sledi i narušen odnos deteta sa okolinom. Zbog takvog svog ponašanja, hiperaktivno dete ima i veoma loš status u vršnjačkoj grupi što može da implicira genezu čitavog niza sekundarnih odstupanja u ponašanju“ (Damjanović, 2009, str. 15).

Posmatranja dece sa ADHD-om u školi ili prilikom rada na nekom zadatku, pokazala su da ova deca često ne sede na svom mestu prilikom rešavanja zadataka i u gotovo svim situacijama kada se od njih očekuje da sede mirno i ne ustaju sa mesta, šetaju po učionici, a da prethodno nisu dobili dozvolu nastavnika, nestrpljivo čine pokrete rukama i nogama dok su angažovani u rešavanju nekog zadatka, igraju se sa predmetima koji nisu u vezi sa zadatkom, odnosno nisu neophodni detetu za izvršavanje konkretnog zadatka. Motorni nemir značajno više se ispoljava u onim situacijama koje su samom detetu monotone i neinteresantne nego u situacijama koje podrazumevaju veći broj draži koje dete percipira kao zanimljive. Direktna posmatranja socijalnih interakcija dece sa ADHD-om upućuju na preteranu govornost kao karakteristiku ove dece, a govor prilikom igre i rešavanja nekog zadatka karakterišu česti komentari u vidu razgovora sa samim sobom (Barkley, 2006).

Istraživanja faktorskom analizom, iznosi Barkley (2006), najčešće ukazuju na to da tvrdnje iz skala procene koje se odnose na naglašeni motorni nemir i izraženu aktivnost formiraju zajednički faktor sa tvrdnjama koje su indikatori impulsivnog i dezinhibisanog ponašanja. Ovakvi rezultati upućuju na zaključak da izražena aktivnost nije odvojena i samostalna bihevioralna dimenzija u odnosu na slabu inhibiciju, tj impulsivnost kod dece sa ADHD-om. Upravo faktor koji predstavlja kombinaciju hiperaktivnosti i impulsivnosti, kako ističe autor, jeste faktor koji, pre nego problemi u vezi sa pažnjom, najbolje diferencira decu sa ADHD-om od drugih psihopatoloških fenomena, kao i od dece bez poremećaja. Ovo bi moglo da znači da bi, prilikom procenjivanja značaja osnovnih karakteristika poremećaja za kliničku dijagnozu, veća težina verovatno trebalo da se da bihevioralnim simptomima impulsivnosti i hiperaktivnosti nego deficitu pažnje. Indikatori hiperaktivnosti i impulsivnosti mogli bi, prema Barkleyu, da predstavljaju znake jednog šireg problema nedovoljne regulacije i

inhibicije ponašanja, a ovaj problem bi mogao da se posmatra kao distinktivno obeležje, odnosno kao ključni problem ADHD dijagnoze.

U nekim novijim istraživanjima (npr. Sarver, Rapport, Kofler, Raiker, & Friedman, 2015) naglašeni motorni nemir, odnosno hiperaktivnost, ne posmatra se kao jedno od osnovnih dijagnostičkih obeležja ADHD-a na dečijem uzrastu, već kao kompenzatorni mehanizam koji olakšava neurokognitivno funkcionisanje dece sa ADHD dijagnozom. U navedenoj studiji, istraživači su pokušali da utvrde vezu između nivoa motorne aktivnosti i rezultata u zadacima fonološke radne memorije, te nepažnje kod dečaka sa ADHD dijagnozom uzrasta od 8 do 12 godina, i kontrolne grupe dece tipičnog razvoja. Rezultati pokazuju da viša stopa motorne aktivnosti jeste prediktor značajno boljih rezultata na zadacima fonološke radne memorije kod dece sa ADHD dijagnozom, a nižih rezultata kod dece tipičnog razvoja. S druge strane, razlike u motornoj aktivnosti, nisu značajan prediktor promena u održavanju pažnje ni kod kontrolne grupe, ni kod grupe dečaka sa ADHD dijagnozom. Ovakve nalaze autori koriste kako bi naglasili neophodnost što veće preciznosti pri definisanju pojma hiperaktivnosti i pozivaju na oprez prilikom korigovanja ponašanja dece koja manifestuju naglašeni motorni nemir, jer isti može da bude vrlo funkcionalan za određenu decu sa ADHD dijagnozom. Autori dalje navode da bi rezultati njihovog istraživanja zapravo trebalo da utiču na to da se u učionicama, u kojima su i deca sa ADHD dijagnozom, obezbede uređaji ili sprave koje bi deca koristila kako bi mogla da manifestuju motorni nemir, ali uz minimiziranje njegove remetilacke prirode (npr. fiksni bicikli i sl.). Na taj način, motorna aktivnost bi generisala uzbuđenje relevantno za zadatak koji dete izvodi, a koje je neophodno za fonološku obradu u radnoj memoriji koja je u osnovi uspešnog završavanja velikog broja akademskih zadataka.

4.2.3 Impulsivnost

O impulsivnosti možemo da govorimo svaki put kada dete reaguje na nekog ili na nešto, a da pre toga nije razmislilo o tome koje su moguće posledice takvog načina reagovanja. Ponašanja kojima se definiše problem impulsivnosti podrazumevaju teškoće čekanja u redu, prekidanje drugih i nestrpljivost (Nietzel et al., 2002). „Na konkretnom

primeru, impulsivnost se ogleda u tome da će deca sa ADHD dijagnozom, u susretu sa nekim složenim zadatkom prihvatiti prvo rešenje koje im padne na pamet, bez razmišljanja o tome da li je ono najbolje ili odgovarajuće. Isto tako, hiperaktivno dete će da požuri sa davanjem netačnog odgovora, manifestovaće poteškoće da čeka na red u nekoj igri, a opet zbog smanjene sposobnosti kontrole impulsa ka akciji“ (Damjanović, 2009, str. 17). Kako navodi Wenar (2003), a što su potvrdili i brojni drugi autori, hiperaktivno dete je u nemogućnosti da se „zaustavi, pogleda, poslušati i, na kraju, razmisli“ (str. 162).

Deca sa ADHD dijagnozom pokazuju izražene teškoće kada treba da budu strpljiva i čekaju na nešto. Često negoduju kada treba da čekaju, i započinju sa aktivnošću za koju im je jasno rečeno da nije vreme i mesto da je izvršavaju. Kada im roditelji nešto obećaju, ovakva deca će da dosađuju roditeljima tokom čitavog perioda koji prethodi obećanom dešavanju. Sve ovo utiče na to da hiperaktivna deca na neutralnog posmatrača ostavljaju utisak veoma zahtevne i egocentrične dece. Impulsivnost je zapravo posledica snižene sposobnosti inhibicije i kontrole ponašanja (Barkley, 2000).

Zbog ponašanja koja su u vezi sa impulsivnošću, deca sa ADHD dijagnozom često se opisuju kao nepristojna, suviše gruba i sklona verbalnom vređanju drugih što posledično vodi ka odbacivanju iz vršnjačke grupe, a rezultira negativnim posledicama i u školskim uslovima. Od učitelja i nastavnika dobijaju se podaci da dete sa ADHD-om najčešće daje odgovore na postavljena pitanja, a da prethodno nije tražilo reč podizanjem ruke, i najčešće započinje da rešava zadatke na testu ili pisanoj proveru znanja, a da prethodno nije pročitalo uputstvo. Pored toga, školsko osoblje opisuje hiperaktivnu decu kao decu koja ne žele da dele ono što imaju sa drugom decom iz odeljenja, ali će, s druge strane, bez svesti da čine nešto što je pogrešno, da uzimaju stvari od drugih (Barkley, 2000).

Wenar (2003) iznosi da brojna istraživanja potkrepljuju stav da deca sa ADHD dijagnozom imaju problem sa impulsivnošću. Npr. na zadacima kontinuiranog izvođenja (zadaci u kojima se na monitoru pojavljuju slova za slovom, a detetu je ranije objašnjeno da pritiskom dugmeta reaguje na neko određeno slovo, ali samo kada mu prethodi neko drugo slovo), hiperaktivna deca reaguju na prethodno umesto na ciljano slovo, ili reaguju na nevažna slova. Na mnogo kompleksnijim zadacima, hiperaktivna deca ne samo da

odgovaraju veoma brzo, već daju odgovore koji nisu ni u kakvoj vezi sa zadatkom, ili neodgovarajuće odgovore, što sve upućuje na to da ona odgovaraju bez razmišljanja, odnosno impulsivno.

4.3 Epidemiološki podaci

„ADHD dijagnoza poznata je velikom broju ljudi, a ne samo stručnjacima na području zaštite mentalnog zdravlja, procene i tretmana problema mentalnog zdravlja i roditeljima dece sa ADHD dijagnozom. Procenjeno je da je, do 2003. godine, 4.4 miliona dece (uzrasta od 4 do 17 godina) u Sjedinjenim Američkim Državama dijagnostikovano kao ADHD, što je činilo 7.8% svih psihijatrijskih poremećaja koji su dijagnostikovani deci i mladima iz te uzrasne grupe. Zbog činjenice da je problematika koja se tiče ADHD dijagnoze pokrivena medijima više nego ijedan drugi poremećaj razvojnog doba, mnogi imaju utisak da umeju lako da prepoznaju kada dete ima problem koji bi mogao da se identifikuje kao ADHD. S druge strane, profesionalci na području zaštite mentalnog zdravlja, znaju veoma dobro da „očiglednost“ problema nije uvek povezana sa tačnom dijagnozom“ (Damjanović, Đorđić i Mandić, 2016, str. 256). Bez obzira na čestu upotrebu samog termina ADHD i van stručnih krugova, rezultati istraživanja javnog mnjenja u vezi sa poznavanjem osnovnih činjenica koje se tiču ADHD dijagnoze (McLeod, Fettes, Jensen, Pescosolido, and Martin, 2007), pokazali su da je javnost nedovoljno obaveštena o ovom poremećaju i načinima tretmana, pri čemu je manje od polovine ispitanika opisalo ADHD pružajući specifične informacije i navodeći karakteristike koje bi mogle da se uklope u aktuelno dominantne konceptualizacije ADHD dijagnoze. Rezultati ovog istraživanja ukazali su na neophodnost edukovanja šire javnosti o osnovnim grupama simptoma, uzrocima nastanka i tretmanima koji su se pokazali efikasnim u kupiranju simptomatologije koja definiše ADHD.

ADHD je jedan od najčešćih psihopatoloških fenomena na dečjem i adolescentnom uzrastu (Rube and Reddy, 2005; Willoughby, 2003). Prevalenciju ovog poremećaja teško je tačno utvrditi, kako zbog različitih definicija poremećaja tokom vremena (Hughes & Cooper, 2009), tako i zbog kulturoloških razlika (Haviland, 2004;

Jerković i Gavrilov-Jerković, 2003; Kecmanović, 2010; Roy, 2008; Sun, 2008). Kulturološke razlike ogledaju se, pre svega, u različitim percepcijama u vezi sa kulturološki određenim standardima za prihvatljivo i odgovarajuće dečije ponašanje (Roy, 2008). Procene zastupljenosti ADHD dijagnoze, kreću se od 1% do 20% u opštoj populaciji dece (Blair, Mitchell, and Blair, 2008; Davison and Neale, 2002; Gelder, Mayou, and Geddes, 2009), a konsenzus je da je danas od 3% do 5% dece sa dijagnozom ADHD (Carr, 2003; Davison and Neale, 2002). Upoređujući rezultate 102 istraživanja koja su sprovedena širom sveta u poslednjih 25 godina i obuhvatila više od 170 hiljada dece koja su uzorkovana iz škola, lokalne sredine ili na osnovu matičnih knjiga rođenih, istraživači su konstatovali da je centralna tendencija u zabeleženim procenama prevalencije 5,2% (Moffitt & Melchior, 2007). Kada su u pitanju polne razlike u zastupljenosti, ovaj problem javlja se tri do šest puta više kod dečaka nego kod devojčica (Jerković i Zotović, 2010; Moffitt & Melchior, 2007). „Metodološki najstrože izvedene studije koje su se bavile procenom prevalencije sugerišu da je oko 5% dece u nižim razredima osnovne škole sa ovim poremećajem. Verovatnoća da dečaci imaju dijagnostikovan ADHD, tri puta je veća u odnosu na devojčice, a pet do devet puta je veća verovatnoća da dečaci budu ti koji su upućeni na dečju psihijatrijsku kliniku zbog ADHD-a nego devojčice“ (Damjanović, 2009, str. 23).

Ne samo kulturološke razlike u tolerisanju različitosti i promena definicije poremećaja tokom vremena, već i metodološki faktori u istraživanjima prevalencije ADHD-a, u određenoj meri objašnjavaju neujednačenost i široki raspon procena zastupljenosti ovog poremećaja. Naime, studije koje su se oslanjale isključivo na podatke dobijene skalama procene dosledno su upućivale na veću zastupljenost poremećaja, koja se kretala od 11% do 24% u opštoj populaciji dece, za razliku od studija koje su zahtevale psihijatrijsku dijagnozu poremećaja. Kod drugih se procenat dece sa ADHD dijagnozom kretao od 5% do 9% (Swanson et al., 1998, prema Stevens and Ward-Estes, 2006).

Kocijan-Hercigonja i sar. (2004) navode osnovne metodološke razlike prilikom prikupljanja podataka, a koje doprinose varijabilnosti dobijenih rezultata. To su:

- razlike u terminologiji koja se koristi za opisivanje ponašanja;
- razlike u skalama procene detetovog ponašanja koje se koriste u istraživanjima;
- razlike u broju informacija koje se uzimaju u obzir prilikom dijagnostikovanja;

- razlike u uzrastu dece čije se ponašanje procenjuje;
- zaključivanje na osnovu samo jedne situacije u kojoj procenjujemo detetovo ponašanje.

Od posebnog značaja jeste i činjenica ko su osobe koje nam pružaju informacije o detetovom ponašanju, tj. informanti – da li su prilikom sprovođenja postupka procene informacije prikupljene od roditelja deteta, učitelja/nastavnika i kliničara ili samo od jednog od ova tri izvora informacija. Naime, u istraživanjima je redovno prevalencija poremećaja bila značajno niža u situacijama kada se podrazumevalo da sva tri navedena informanta potvrde da dete manifestuje ponašanja koja karakterišu poremećaj, nego kada je za postavljanje dijagnoze bila dovoljna potvrda samo jednog ili dva informanta (Rube i Reddy, 2005). U longitudinalnoj studiji u kojoj su praćeni ispitanici kojima je u detinjstvu dijagnostikovano ADHD, na uzrastu od prosečno 21 godine ispitanici su na samoopisnim skalama procene u značajno manjem broju procenjivali da kod njih i dalje perzistiraju ADHD simptomi, nego što su to činili roditelji ispitanika, koji su takođe procenjivali ponašanja svoje dece u mlađem odraslom dobu – kod 66% ispitanika, na osnovu procene roditelja, u odnosu na svega 8% ispitanika na osnovu samoopisa (Barkley, Fischer, Smallish, & Fletcher, 2002). U jednom istraživanju u kom je učestalost ADHD-a procenjivana na osnovu podataka dobijenih skalama procene, a gde su informanti bili samo učitelji i nastavnici (Nolan, Gadow, and Sprafkin, 2001, prema Stevens and Ward-Estes, 2006), skoro 16% dece uzrasta od 3 do 18 godina je procinjeno kao hiperaktivno. Ovakve nalaze istraživači su objasnili time da su učitelji i nastavnici zapravo mnoga druga psihijatrijska stanja pogrešno označavali i interpretirali ih kao simptome ADHD-a.

U vezi sa skalama procene, a kao izvor grešaka i nalaza koji indikuju veću zastupljenost ADHD-a od stvarne, mogu da se izdvoje najmanje dva problema. Prvi se tiče toga da se u skalama procene ne pominje da simptomi treba da su se manifestovali pre sedme godine života (Američka psihijatrijska udruga, 1998; Svetska zdravstvena organizacija, 1998), dok je ovaj kriterijum neophodan da bi se postavila psihijatrijska dijagnoza. Kada bi u obzir bio uzet ovaj kriterijum, mnoga deca koja bivaju procinjena kao hiperaktivna na skalama procene, ne bi bila dijagnostikovana kao deca sa ADHD-om. Drugi problem je u vezi sa činjenicom da se u skalama procene ne zahteva da bude

ispunjen kriterijum da simptomi prouzrokuju značajno pogoršanje kvaliteta života deteta, dok je prilikom postavljanja psihijatrijske dijagnoze neophodno da bude zadovoljen i ovaj kriterijum (Stevens & Ward-Estes, 2006). Takođe, nisu sve skale procene konstruisane dovoljno precizno, odnosno ne posvećuje se uvek dovoljno pažnje jasnoj distinkciji poremećaja koji se procenjuje skalom procene od sličnih psihopatoloških fenomena, a preklapanje nekoliko samostalnih, a po nekim karakteristikama sličnih, dijagnostičkih konstrukata, generiše da veći broj ispitanika od stvarnog broja, bude svrstan u grupu onih koji zadovoljavaju dijagnostičke kriterijume za neki od psihopatoloških fenomena koji se procenjuje (Burns, 2000). Bez obzira na navedene nedostatke, skale procene su neizostavan izvor informacija prilikom sprovođenja postupka kliničke procene. „Podaci koji se dobijaju skalama procene imaju poseban značaj u postupku procene, jer pomoću njih mogu da se prikupljaju informacije od različitih procenjivača, uzimajući u obzir različita okruženja i različite vremenske okvire“ (Damjanović, Šćepanović i Đorđić, 2015, str. 209).

Studije koje su se bavile razlikama u ispoljavanju ADHD simptoma s obzirom na pol deteta, mogu da se podele na dve grupe – prvu bi činila istraživanja koja su rezultirala nalazima prema kojima se ADHD simptomi ispoljavaju podjednako kod oba pola, a drugu grupu bi predstavljale studije čiji rezultati ukazuju na to da dečaci sa ADHD dijagnozom imaju izraženije probleme u vezi sa nepažnjom, ispoljavanjem agresivnih oblika ponašanja i delinkvencijom, dok devojčice sa ADHD-om daleko češće od dečaka manifestuju anksiozno-depresivnu simptomatologiju (Golubović, Jerković i Rapačić, 2008; Jerković, Damjanović i Golubović, 2011). Kako iznosi Lebedina Manzoni (2007), razlike s obzirom na pol deteta tiču se sadržaja poremećaja koji se kod devojčica manifestuje kroz manje agresivnosti, ali više anksioznosti i depresije u odnosu na dečake. Sličnog su stanovišta i Jovanović i sar. (2007) koji navode da su dečaci sa dijagnozom ADHD, na adolescentnom uzrastu, skloniji zloupotrebi alkohola i drugih psihoaktivnih sredstava, dok se kod devojčica češće javljaju emocionalni problemi kao što su anksioznost i depresija. Pored toga, ovi autori ističu da se devojčice sa ADHD dijagnozom lakše prilagođavaju zahtevima škole od dečaka sa istom dijagnozom. Razlog za to oni prepoznaju u tome da je nastava u školama inače strukturirana tako da u većoj meri odgovara temperamentu i interesovanjima devojčica.

Bauermeister et al. (2007), nisu utvrdili značajne međupolne razlike u zastupljenosti različitih simptoma i ponašanja karakterističnih za ADHD. Isključivanje iz škole bilo je jedino distinktivno obeležje, a češće je bilo kod dečaka. Međutim, razlike su postojale kada su poređeni dečaci i devojčice sa ADHD podtipom sa dominirajućom nepažnjom, odnosno dečaci i devojčice sa podtipom sa kombinacijom nepažnje i hiperaktivnosti-impulsivnosti (ADHD kombinovani podtip). U prvom slučaju, kod devojčica su u značajno većoj meri bili zastupljeni anksiozni poremećaji nego kod dečaka, a u drugom slučaju su poremećaji raspoloženja bili češći kod dečaka nego kod devojčica.

Biederman et al. (2005) procenjivali su uticaj pola na funkcionisanje i ponašanje na uzorku dece iz opšte populacije, sa i bez ADHD simptoma. Nije zabeležena značajna razlika u zastupljenosti pojedinih podtipova poremećaja u odnosu na pol, i kod dečaka i kod devojčica najčešći je bio kombinovani podtip. Rezultati ovog istraživanja ukazuju na nepostojanje značajnih međupolnih razlika u intelektualnom funkcionisanju, teškoćama u učenju i u školskom postignuću. Na skali procene globalnog funkcionisanja, deca sa ADHD simptomima jasno su pokazivala više disfunkcionalnosti od grupe dece bez simptoma, bez obzira na pol. Međutim, nije zabeležena značajna razlika između dečaka i devojčica sa ADHD simptomima u funkcionisanju u školi, u skorovima na skali procene globalnog funkcionisanja, niti u skorovima postignutim na inventaru socijalne adaptabilnosti. Oni se, takođe, nisu razlikovali među sobom ni kada je u pitanju stopa zastupljenosti komorbidnih psihijatrijskih stanja, dok je ta stopa bila značajno viša kod dece sa ADHD simptomima. Kako je ovo istraživanje rađeno na uzorku dece iz opšte populacije, istraživači su pretpostavili da su raniji nalazi koji su upućivali na postojanje međupolnih razlika u ponašanju i funkcionisanju kod dece sa dijagnostikovanim poremećajem i u kliničkim uslovima, zapravo artefakt unapred pretpostavljenih razlika, odnosno predrasuda i pristrasnosti, pre nego istinski efekat pola.

Rezultati istraživanja koje su sprovedi Golubović i sar. (2008) takođe pokazuju da nisu utvrđene statistički značajne polne razlike u vezi sa sposobnošću održavanja pažnje, u vezi sa ispoljavanjem ponašanja koja karakterišu hiperaktivnost, niti u vezi sa manifestovanjem ponašanja koja ukazuju na impulsivno reagovanje. Pojedini načini manifestovanja određenih oblika ponašanja predstavljaju samo individualne razlike, a ne

i zaostajanje, odnosno neprimerenost u odnosu na uzrasno očekivane oblike ponašanja. Autori ukazuju i na ograničenja samog istraživanja – podaci o ponašanju dece dobijeni su samo na osnovu procene učitelja, a pored toga, brojni drugi faktori, koji u istraživanju nisu uzeti u obzir, mogu značajno da utiču na pojavu određenih oblika ponašanja (socijalni status, obrazovni nivo roditelja, disfunkcionalnost porodice, red rođenja deteta i drugi).

U američkoj studiji u kojoj je učestvovalo 502 dece sa ADHD dijagnozom (od toga 99 devojčica), uzrasta od 7 do 10 godina, istraživači su ispitali razlike u ponašanju u učionici dece iz uzorka u odnosu na polno specifične norme ponašanja u učionici, u odnosu na pol, i u odnosu na podgrupe sa različitim komorbidnim dijagnozama. U poređenju sa kontrolnom grupom, devojčice sa ADHD-om ispoljavale su, u značajno većoj meri, verbalnu agresivnost prema vršnjacima. Dečaci sa ADHD dijagnozom su više kršili pravila i manifestovali eksternalizovane probleme nego devojčice sa istom dijagnozom. Ove dve grupe se nisu značajno razlikovale u „neutralnijim“, odnosno manje nametljivim oblicima ponašanja. Istraživači navode da su utvrđene polne razlike u saglasnosti sa opštim uverenjem koje je i razlog zbog kog se devojčice sa ADHD-om identifikuju i upućuju na procenu ređe i kasnije nego dečaci sa ADHD dijagnozom (Abikoff et al., 2002).

U nemačkom istraživanju iz 2009. godine u kome je učestvovalo 213 mladih (od toga 123 devojaka) uzrasta od 14 do 19 godina, koji su u vreme istraživanja bili pod stalnim nadzorom u nekoj od ustanova za maloletne delinkvente, utvrđeno je da uticaj ADHD dijagnoze na razvoj tzv. adolescentne psihopatije u najvećoj meri može da se pripíše preklapanju ADHD dijagnoze i dijagnoze Poremećaja ponašanja, kada su u pitanju muški ispitanici. Međutim, kada su u pitanju devojke iz uzorka, samostalna ADHD dijagnoza doprinela je tome da one postignu visoke skorove na skali adolescentne psihopatije u globalu, kao i na nekoliko pojedinačnih dimenzija ovog konstrukta. Pored toga, u slučaju komorbiditeta ADHD-a i Poremećaja ponašanja kod devojaka, ova interakcija dva poremećaja se pokazala kao značajna za ukupni skor i za antisocijalnu komponentu psihopatije, ali u suprotnom smeru od onoga koji je pretpostavljen (pretpostavka je bila da istovremeno postojanje dve dijagnoze stvara specifičnu vulnerabilnost za psihopatiju i veći rizik za hronično prestupništvo, mnogo više nego

postojanje samo ADHD dijagnoze ili samo dijagnoze Poremećaja ponašanja). Ovo istraživanje je ukazalo na moguće drugačije i polno specifične obrasce i konstrukte koji generišu psihopatske karakteristike, a kod mladih sa dijagnozom Poremećaja ponašanja, ADHD-a ili komorbiditetom ova dva poremećaja (Sevecke et al., 2009).

4.4 Etiologija

„Kada je u pitanju etiologija ADHD-a, razvijene su brojne teorije, biološke i psihološke, kao i različita tumačenja porekla i uzroka ovog poremećaja. Danas postoji generalna saglasnost da su brojni činioci koji doprinose pojavi i razvoju ADHD-a, pri čemu su oni još uvek nedovoljno definisani i međusobno koreliraju. Dakle, kada govorimo o etiologiji ADHD-a, govorimo o etiologiji koja je multifaktorska i još uvek nedovoljno poznata. Biološka vulnerabilnost u smislu postojanja genetske predispozicije, interakcija deteta sa sredinom, poremećaji u funkcionisanju mozga, poremećeni porodični odnosi, emotivni problemi – sve su to faktori koji su proučavani kao potencijalni uzročnici“ (Damjanović, 2009, str. 45).

4.4.1 Psihološke teorije

Prema *psihodinamskom tumačenju*, kako navodi Tadić (2000), opravdano je govoriti o psihogenezi poremećaja pre svega kod one dece koja manifestuju i afektivne i karakterne promene, pri čemu se poremećaj u organizaciji ličnosti ne može odvojiti od poremećaja u organizaciji pokreta. Kako se organizacija pokreta odvija u okviru objektnih odnosa dete-majka, može da se pretpostavi da neadekvatni objektni odnosi i prvobitna nezadovoljenja pokreću dete da neprekidno traži zadovoljenja. Uzroci takvih neadekvatnih, odnosno nezadovoljavajućih objektnih odnosa mogu biti u samom detetu u vidu nedovoljnih ili jakih, odnosno pojačanih potreba za odnosom, ili u roditeljima koji ne zadovoljavaju nagonске potrebe svog deteta. Izostanak trajnosti objektnih odnosa, odnosno veza sa roditeljima predstavlja faktor koji onemogućava prvobitno poistovećivanje sa njima čime se može objasniti i afektivna i čulna nepostojanost i

ponavljano traženje novih draži, a što je upravo i jedno od osnovnih obeležja grupe hiperkinetičke dece.

Prema *dijateza-stres teoriji*, hiperaktivnost se javlja kada se predispozicija za poremećaj udruži sa neadekvatnim roditeljskim vaspitnim stilovima. Dete sa predispozicijom za preteranu aktivnost i kolebljivo raspoloženje, dodatno je izloženo stresu zbog majke koja veoma lako postaje nestrpljiva i neraspoložena. U takvoj situaciji, dete nije u stanju da se nosi sa majčinim zahtevima za poslušnost, majka se prema njemu odnosi sve negativnije i sve manje odobrava njegove postupke, pa odnos majka-dete postaje disfunkcionalan. Kada se uspostavi takav obrazac, dete više ne može da se nosi ni sa zahtevima koje pred njega postavlja škola, pa je njegovo ponašanje najčešće u suprotnosti sa školskim pravilima (Davison & Neale, 2002).

Pored neadekvatnih vaspitnih stilova, u literaturi o ADHD-u (Kocijan-Hercigonja i sar., 2004) se govori i o situacijama kada je jedan od roditelja sa dijagnozom nekog od afektivnih poremećaja, zbog čega je poremećeno uspostavljanje odgovarajućih emotivnih veza između deteta i roditelja, a što rezultira brojnim emotivnim problemima. Kao reakcija na te probleme i na takvu situaciju, dete razvija različite oblike odstupajućih ponašanja, među kojima je i poremećaj sa deficitom pažnje i hiperaktivnošću.

Sredinski faktori mogu direktno ili indirektno da utiču na pojavu ADHD simptoma. Među njima, najčešće se pominju fizički faktori, iako nije u potpunosti objašnjen mehanizam njihovog dejstva. Statistički podaci sugerišu da značajan broj hiperaktivne dece potiče iz okruženja u kom se nije u dovoljnoj meri vodilo računa o detetovom fizičkom razvoju – npr. dete je loše hranjeno, ishrana siromašna vitaminima, neadekvatna prenatalna, perinatalna i postnatalna briga, loša primarna zdravstvena zaštita na ranom dečjem uzrastu i na predškolskom uzrastu, alkoholizam i narkomanija roditelja, zlostavljanje i zanemarivanje deteta itd. (Kocijan-Hercigonja i sar., 2004; Silva, Houghton, Hagemann, & Bower, 2015). Lahti et al. (2006) su istraživali povezanost neoptimalnog prenatalnog okruženja koje je rezultiralo u maloj telesnoj veličini novorođenčeta (*small body size at birth*) i bihevioralnih simptoma karakterističnih za ADHD. Roditelji dece uzrasta 5 i 6 godina su popunjavali skale procene u vezi sa ADHD simptomima, a istraživači su iz porodilišta prikupili podatke za tu decu o težini, visini, obimu glave po porođaju, odnosu obima glave i telesne dužine, kao i nedelji majčine

trudnoće u kojoj je dete rođeno. Rezultati su pokazali da su prediktori bihevioralnih ADHD simptoma: manji obim glave novorođenčeta, niži indeks telesne mase i manji odnos obima glave i telesne dužine. Ovu vezu nisu menjala ni ujednačavanja grupa po sledećim varijablama: starost majke pri porođaju, upotreba alkohola i duvana tokom trudnoće, indeks telesne mase majke pre porođaja, mesečni prihod po domaćinstvu, indeks telesne mase deteta na uzrastu od 5, odnosno 6 godina, pol, trajanje trudnoće itd. Istraživači stoga zaključuju da fiziološka adaptacija *in utero*, koja je rezultirala malom telesnom veličinom novorođenčeta može u značajnoj meri da poveća prijemčivost, odnosno osetljivost za bihevioralne simptome karakteristične za ADHD.

Neki autori su isticali i *ulogu učenja* u genezi ADHD-a. Hiperaktivnost može da bude osnažena pažnjom koju na sebe privlači. Naime, dete primećuje da na njega obraćaju pažnju što zapravo potkrepljuje maladaptivne oblike ponašanja. Pored toga, hiperaktivno ponašanje može da se razvija i kroz oponašanje, odnosno putem učenja po modelu. Najčešće su modeli roditelji ili braća i sestre.

4.4.2 Biološke teorije

Iako se oštećenje mozga više ne smatra njegovim primarnim uzrokom, ADHD se i dalje, po svojoj prirodi, najčešće smatra organskim, a ne psihogenim. Potencijalni etiološki faktori povezani sa ADHD dijagnozom, koji su do sada najviše istraživani su biološki faktori. Tačan uzrok poremećaja je još uvek nepoznat, ali je daleko manje empirijskih dokaza koji podupiru bilo koji od isključivo psiholoških ili socioloških potencijalnih uzročnika ADHD-a u odnosu na biološke faktore (Damjanović, 2009).

Tokom XX veka, brojni istraživači su uočavali sličnosti između simptoma koji karakterišu ADHD i onih koji su rezultat lezija frontalnog režnja, odnosno specifičnije, područja prefrontalne moždane kore. Pojedinci koji su pretrpeli povrede u prefrontalnoj regiji ispoljavali su teškoće u održavanju pažnje, regulaciji emocionalnog reagovanja, deficit inhibicije i kapaciteta da organizuju ponašanje tokom vremena. Rezultati istraživanja o lošem postignuću na neuropsihološkim testovima koji su povezani sa funkcijama prefrontalnog režnja (npr. inhibicija, istrajnost, planiranje, radna memorija, motorna kontrola i verbalna fluentnost), dodatno su podržavali stanovište o

neuropsihološkom poreklu ovog poremećaja (Barkley, 1997; Barkley, 2006; Zhang, Davids, & Baldessarini, 2005). Kod dece sa ADHD dijagnozom, postoji smanjena električna aktivnost i protok krvi, kao i strukturalne promene u čeonim režnjevima moždane kore i drugim područjima koja su zadužena za usmeravanje i održavanje pažnje, inhibiciju ponašanja i motoričku kontrolu. U ova područja spadaju i strukture kore velikog mozga koje sprovode informacije iz čeonog režnja u motoričko ponašanje i one koje podržavaju motoričku kontrolu. Pored navedenog, mozak dece sa dijagnozom ADHD raste sporije i oko 3% je manji od mozga dece bez ADHD dijagnoze (Berk, 2015). Značajno veći rizik za pojavu poremećaja kod ostalih članova porodice i povećan rizik za ADHD simptome kod dece koja su bila izložena toksinima, prenatalno ili postnatalno, su takođe podstakli naučna razmatranja o tome da su biološki faktori uključeni u genuzu ovog poremećaja. Međutim, postavlja se pitanje o direktnim dokazima ove povezanosti sa funkcionisanjem i morfologijom mozga. Još je mnogo istraživanja neophodno sprovesti pre nego što bude potpuno jasno da je etiologija ADHD biološke prirode. Studije koje su koristile psihofiziološke mere električne aktivnosti centralnog i autonomnog nervnog sistema su nekonzistentne u demonstriranju grupnih razlika među hiperaktivnom decom i kontrolnom grupom dece (Barkley, 1997; Barkley, 2006). Za razliku od navedenih tumačenja, koja lezije prefrontalnog korteksa direktno povezuju sa simptomima deficita pažnje, impulsivnosti i naglašenog motornog nemira, treba pomenuti i shvatanja da zapravo nesklad u sazrevanju različitih delova mozga doprinosi rizičnom ponašanju mladih (Ninković i Lazarević, 2015). Prema ovom shvatanju, od posebnog značaja jeste prefrontalni korteks, ali ne lezije ili oštećenja istog, već njegovo kasnije sazrevanje u odnosu na limbički sistem (prvi je odgovoran za proces logičkog mišljenja, planiranja i odlučivanja i predstavlja tzv. izvršni mozak, a drugi za emocije).

Napretkom neuroimidžinga, naročito u poslednje dve decenije, za mnoge poremećaje otkrivene su karakteristične strukturalne promene tj. lezije centralnog nervnog sistema (Divac Jovanović i Švrakić, 2016). Tokom navedenog perioda izvršena su brojna istraživanja, pri čemu rezultati nisu uvek bili konzistentni. Sasayama et al. (2010) utvrdili su ne samo morfološke abnormalnosti u regijama mozga povezanim sa egzekutivnim funkcionisanjem, već i u onim regijama koje su odgovorne za socijalnu

kogniciju. Istraživači su upoređivali rezultate dobijene nakon snimanja mozga magnetnom rezonancom grupe dece sa dijagnozom ADHD i grupe dece tipičnog razvoja, nakon ujednačavanja po polu i uzrastu. Naprednije tehnike neuroimidžinga korišćene su u cilju dobijanja jasnije slike morfologije mozga kod dece sa ADHD dijagnozom ako su se pri tome uzimala u obzir komorbidna stanja sa Poremećajem u vidu protivljenja i prkosa, odnosno sa Poremećajem ponašanja. Kada je efekat komorbiditeta uziman u obzir, istraživači su utvrdili da je više regija mozga bilo sa značajno manjom zapreminom kod grupe dece sa ADHD dijagnozom u odnosu na kontrolnu grupu. Neurobiološke studije Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa i Poremećaja ponašanja pokazuju da je kod dece sa navedenim dijagnozama kompromitovana sposobnost stvaranja asocijacija između određenih ponašanja i negativnih ili pozitivnih posledica zbog smanjene osetljivosti na kaznu, odnosno nagradu. U vezi sa navedenim, i učenje odgovarajućih, tj. prihvatljivih ili poželjnih oblika ponašanja, i učenje uzdržavanja od nepoželjnih oblika ponašanja, kod ove dece je narušeno. Zbog jasnih strukturalnih deficita i oštećenja tačno određenih moždanih regija, deca sa ODD dijagnozom ili dijagnozom Poremećaja ponašanja, teško da će moći da uče iz sopstvenih grešaka. Posledično, oni neće moći da nauče da donesu ispravnu odluku u kontekstu kazne ili nagrade. Navedeni nalazi, kako ističu autori, važni su za redefinisane koncepta efikasnog tretmana navedenih poremećaja. Naime, bihevioralne i kognitivno-bihevioralne intervencije baziraju se upravo na socijalnom učenju, te su, upravo zbog poteškoća u procesu socijalnog učenja uzrokovanih strukturalnim promenama CNS-a, efekti takvih intervencija prilično skromni (Matthys, Vanderschuren, Schutter, & Lochman, 2012). Noordermeer, Luman, & Oosterlaan (2016) su priredili sistematski pregled, odnosno meta-analitički prikaz rezultata istraživanja primene strukturalnog i funkcionalnog neuroimidžinga kod ispitanika sa dijagnozom Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa ili Poremećaja ponašanja sa ili bez komorbidnog ADHD-a. Kao zajednički nalaz većine proučavanih studija, autori navode sledeće – regije mozga u kojima su zabeležene abnormalnosti kod ispitanika sa Poremećajem u vidu protivljenja i prkosa, odnosno sa Poremećajem ponašanja, u direktnoj su vezi sa sledećim funkcijama: obrada emocija, kontrolisanje grešaka pri izvođenju aktivnosti, samokontrola, empatija i socijalno ponašanje. Oštećene navedene funkcije kod dece i adolescenata sa dijagnozom ODD ili Poremećaj ponašanja, imaju za posledicu poteškoće

u učenju društveno prihvatljivih ponašanja i reakcija, pripisivanje hostilnih namera drugima, i davanje prednosti agresivnim rešenjima u odnosu na društvene dileme.

Neka istraživanja upućuju na smanjen moždani metabolizam glukoze kao mogući faktor koji doprinosi razvoju ADHD-a (Lebedina Manzoni, 2007; Zemetkin et al., 1990, prema Davison i Neale, 2002). Metabolizam glukoze je indirektna mera aktivnosti mozga. Naime, mozak odrasle osobe sa smanjenim moždanim metabolizmom glukoze, a kod koje je ADHD dijagnostikovano u detinjstvu, manje je aktivan od mozga ispitanika iz kontrolne grupe za vreme izvođenja zadataka auditivne pažnje. Ta razlika naizraženija je u moždanim regijama koje su uključene u samoregulaciju motoričkih funkcija i u procese pažnje – frontalni režanj ili tzv. izvršno područje mozga. U njemu se vrši selekcija ulaznih informacija, odnosno odlučuje se na koje će se od velikog broja informacija reagovati, a koje će biti zanemarene. Iz navedenog sledi da, ukoliko je smanjena aktivnost frontalnog regiona mozga, detetu sa ADHD-om sve draži, odnosno sve informacije iz spoljnog sveta mogu da izgledaju podjednako važne jer mozak takvog deteta ne vrši selekciju informacija (Jovanović i sar., 2007).

Studije koje su se bavile potencijalnim uticajem hormona na razvoj ADHD-a, razlikuju se u velikoj meri od autora do autora. Endokrini žlezda koja je, možda, najviše pominjana u istraživanjima, kao odgovorna za poremećaj, jeste štitna žlezda (Kocijan-Hercigonja i sar., 2004). Različiti toksični činioci su ispitivani kao mogući uzročnici ADHD-a, te su jedno vreme i posmatrani kao takvi. Međutim, većina ih nije potvrđena nakon ponavljanih istraživanja i u strogo kontrolisanim uslovima. Među toksinima koji su bili razmatrani kao etiološki faktori su trovanje olovom, aditivi u hrani, uzimanje šećera itd. Uspeh psihostimulansa u tretmanu dece sa problemima u vezi sa pažnjom i naglašenim motornim nemirom, jedno vreme smatran je dokazom za tvrdnje da je ADHD biološke prirode. Ovi medikamenti utiču na doživljaj značajno veće pobuđenosti i energije kod odraslih osoba, a kod dece koja manifestuju ponašanja koja karakterišu ADHD utiču na poboljšanje usmerenosti pažnje i dovode do redukcije nivoa aktivnosti. Kako je u pitanju paradoksalan efekat, smatralo se da je upravo takav efekat dokaz izmenjenog biološkog procesa kod dece sa ADHD dijagnozom (Davison & Neale, 2002; Gelder, Mayou, & Geddes, 2009). Međutim, takav paradoksalni efekat pokazao se kasnije uobičajenom reakcijom dece na psihostimulanse, što je primer logičke greške

prilikom zaključivanja o potencijalnim uzročnicima nekog stanja na osnovu (ne)efikasnosti terapije (Davison & Neale, 2002).

Ayres (2002) razmatra probleme hiperaktivnosti i deficita pažnje kao simptome koji čine kliničku sliku poremećaja senzorne integracije, odnosno senzorno integrativne disfunkcije. Senzorna integracija je organizacija senzacija koje su rezultat delovanja draži na čula, a u cilju omogućavanja vršenja određene celishodne, tj. ka cilju usmerene aktivnosti (Stanić, 2014). Poremećaj senzorne integracije podrazumeva da mozak ne obrađuje, odnosno ne organizuje tok senzornih impulsa na način koji pojedincu pruža dobre i precizne informacije o njemu samom i njegovoj okolini, iz čega proizilazi da mozak, u tom slučaju, ne upravlja efikasno ni ponašanjem pojedinca. Iako veliki broj dece sa problemima senzorne integracije imaju prosečnu ili iznadprosečnu inteligenciju, oni imaju poteškoće sa učenjem i teško izlaze na kraj sa uobičajenim zahtevima i stresorima, zbog čega se često osećaju neprijatno. Upravo zbog svoje očiglednosti, jer je dete skoro stalno u pokretu, hiperaktivnost je najčešće prvi znak poremećaja senzorne integracije koji roditelji uočavaju kod svog deteta. S druge strane, u školi, glavni problem, kako navodi Ayres (2002), predstavlja distraktibilnost ili deficijentnost pažnje, zbog čega dete ne može u potpunosti da iskoristi svoje potencijale.

Činjenica je da roditelji i braća i sestre hiperaktivne dece u značajno većoj meri manifestuju simptome karakteristične za ADHD nego kada je reč o kontrolnoj grupi, a to sigurno indikuje da genetska komponenta kod ADHD-a postoji. Istraživanja usvojene dece i istraživanja blizanaca potvrđuju genetsku hipotezu. Kod jednojajčanih blizanaca mnogo je češća situacija da oba deteta imaju dijagnostikovan ADHD nego kada su u pitanju dvojajčani blizanci (Berk, 2015). Pored toga, i analize ponašanja usvojitelja i bioloških roditelja, pružile su značajan doprinos genetskim istraživanjima. Biološki roditelji su pokazivali značajno veću zastupljenost alkoholizma, poremećaja ličnosti i konverzivnih poremećaja nego usvojitelji dece sa ADHD dijagnozom. Ovakvi nalazi govore više u prilog genetske nego sociopsihološke uzročnosti poremećaja.

Na kraju, na osnovu navedenog, moglo bi da se zaključi da je etiologija ADHD-a „multifaktorska i još uvek nedovoljno istražena, a etiološki faktori se nalaze na području nasleđivanja, u vezi sa odstupanjima u funkcionisanju mozga, na području neurobioloških

poremećaja, socijalnih poremećaja, patologije porodičnih odnosa i u vezi su sa emotivnim problemima“ (Damjanović, 2009, str. 50).

4.5 Specifičnosti kliničke procene ADHD

Klinička procena jeste procedura koja podrazumeva prikupljanje podataka u vezi sa psihosocijalnim funkcionisanjem pojedinca ili male grupe pojedinaca koji su u stanju trajne ili privremene disfunkcionalnosti, a radi donošenja odluka koje su relevantne za tog pojedinca, odnosno malu grupu pojedinaca. U toku sprovođenja postupka procene, psiholog kliničar do neophodnih podataka dolazi pomoću različitih metoda i tehnika, kao što su intervju, opservacija, skale procene, inventari ličnosti, projekтивne tehnike, testovi za procenu intelektualnog funkcionisanja, baterije za procenu narušenosti kognitivnog funkcionisanja organske etiologije i sl. Procena je uvek vođena nekim specifičnim pitanjem koje se tiče onoga ko se procenjuje, a postupak procene se sprovodi kako bi se došlo do odgovora na to pitanje. Pod kontekstom kliničke procene podrazumevaju se specifični institucionalni uslovi u kojima se odvija procena i koji utiču na način na koji će se procena sprovoditi. Klinička procena dece, odnosno razvojno-klinički kontekst, jeste podkontekst u okviru konteksta mentalnog zdravlja. Kontekst mentalnog zdravlja se, pre svega, odnosi na procenu koja se sprovodi u institucijama koje se bave zaštitom i unapređenjem mentalnog zdravlja (Gavrilov-Jerković, 2008).

Dijagnostička procena dece u kliničkoj psihologiji je postupak kojim se prikupljaju i integrišu podaci o detetu, dobijeni iz nekoliko izvora (intervju sa detetom, intervju sa roditeljima, škola ili predškolska ustanova, posmatranje, testovna eksploracija), a koji omogućuju da se problem deteta opiše, klasifikuje i da se isplaniraju postupci koji bi mogli da budu efikasni u otklanjanju konkretnog problema (Anić, 1990).

Od posebnog značaja prilikom sprovođenja postupka procene jesu informacije koje dobijamo od roditelja. Ovako prikupljene informacije mogu da se razvrstaju u dve široke kategorije. Prvu predstavljaju roditeljski opisi (opisi detetovih sposobnosti i veština bez procenjivanja), a drugu roditeljske ocene (ocene, mišljenja i vrednovanje tj. procena kvaliteta razvoja deteta i ponašanja deteta). *Roditeljski opisi* dalje se dele na

prisećanja (kada roditelj opisuje neka ranija dostignuća deteta) i izveštaje (roditeljski opisi aktuelno postojećih sposobnosti i ponašanja deteta), a *roditeljske ocene* na procene razvoja svog deteta, predviđanja budućeg ponašanja deteta i eventualnih zabrinutosti u vezi sa pojedinim aspektima detetovog razvoja i ponašanja (Glascoe, 2002). Razgovor sa roditeljima po pravilu obuhvata predočavanje problema i prikupljanje informacija o razvoju deteta. Porodica deteta kome je dijagnostikovana neki od psihičkih poremećaja karakterističnih za detinjstvo i adolescenciju, razlikuje se od drugih po tome što je deo dve potpuno različite socijalne mreže, a to su privatna i profesionalna socijalna mreža. Privatnu mrežu čine šira porodica i prijatelji i upravo u odnosu na privatnu socijalnu mrežu, roditelji deteta sa dijagnozom često se osećaju neprijatno jer se preispituju u vezi sa tim koliko treba drugima govoriti i koliko ih informisati o detetovom problemu, jer ne žele da ostave utisak ni nekog ko nema poverenja u druge, ali ni nekog ko je isuviše naporan po ostale članove ove socijalne mreže (Juul, 2006). Roditeljima, kao osnovnom izvoru informacija, kako ističe Phelan (2005), treba pristupiti veoma ozbiljno i sa stavom koji ne podrazumeva procenjivanje – ponašanje roditelja ne mora da bude, a i ukoliko jeste, nije jedini faktor koji je doveo do razvoja poremećaja. Pošto je završen razgovor o detetovom razvoju, neophodno ga je nastaviti u pravcu ispitivanja porodične istorije bolesti, zbog moguće nasledne prirode problema koji se procenjuje.

„Razgovor sa detetom u okviru psihodijagnostičke procene, obavlja se sa ciljem isključivanja mogućnosti egzistiranja nekih težih psihičkih poremećaja, zatim kako bismo videli koliko je dete voljno da priča o svom problemu, kako doživljava svoj školski, porodični i društveni život, te kako bismo izgradili poverenje koje je ključ dobrog odnosa sa kliničarem, a neophodno je za dalji rad sa detetom“ (Damjanović, Šćepanović i Đorđić, 2015, str. 211). Kako navode Weiss & Weiss (2002), deca često i ne znaju zbog čega dolaze kliničaru, pa iz tog razloga ne saopštavaju tačno i precizno o teškoćama koje imaju. Intervju sa detetom jeste važan aspekt postupka procene kako bismo dobili informacije o tome kako dete posmatra sebe i svet oko sebe, te utvrdili postojanje eventualnog komorbiditeta.

Strukturirane dijagnostičke skale procene za identifikovanje simptoma određenog poremećaja i mogućih istovremeno postojećih psihopatoloških fenomena predstavljaju naročito značajan deo postupka kliničke procene. Dijagnostičke skale procene obično se

dele na skale širokog i skale uskog opsega, pri čemu skale širokog opsega pokrivaju širok spektar potencijalnih problema, tj. pružaju nam pregled detetovog globalnog funkcionisanja, a skale uskog opsega pokrivaju samo jedno potencijalno problematično područje, na primer samo suprotstavljajuće i prkosno ponašanje ili samo simptomatologiju karakterističnu za ADHD ili moguća komorbidna stanja – skale procene prisustva eksternalizovanih, odnosno internalizovanih problema (Phelan, 2005). Među najčešće korišćenim skalama procene eksternalizovanih problema jesu *CRS - Conners Rating Scale* i *CBCL - Child Behavior Checklist* (Reitman, Hummel, Franz, & Gross, 1998). Konersova skala postoji i kao skala širokog i kao skala uskog opsega. Ova skala se, pre svega, usredsređuje na procenu prisustva simptomatologije kojom se definiše ADHD dijagnoza, ali može da sadrži i nekoliko subskala kao što su subskala za procenu negativističkih bihevioralnih obrazaca, subskala teškoća u kognitivnom funkcionisanju, te subskale stida, problema u socijalnim relacijama, perfekcionističkih crta i emocionalne nestabilnosti. Procenjivači su ili roditelji ili učitelji tj. nastavnici, a konstruisane su i samoopisne forme ove skale (Phelan, 2005). *Conners Rating Scale* je prvobitno konstruisana u cilju procene efikasnosti psihostimulansa u tretmanu dece sa ADHD dijagnozom, i kao pomoćno sredstvo u razdvajanju hiperaktivne od nehiperaktivne dece. Danas je u upotrebi nekoliko verzija ove skale, postoje kraće i duže forme, te forme namenjene za samoprocenu, procenu od strane roditelja i od strane učitelja, tj. nastavnika. CRS je namenjena za procenu dece uzrasta od 6 do 18 godina. Samoopisna forma namenjena je deci od osme godine života. *The Conners 3rd Edition (Conners 3)* jeste verzija ove skale iz 2008. godine koja predstavlja sredstvo evaluacije simptomatologije karakteristične za ADHD i poremećaja koji mogu da budu u vezi sa ADHD dijagnozom. Conners 3 omogućava identifikaciju ADHD simptoma, najčešćih komorbidnih dijagnoza i problema (Poremećaj ponašanja, ODD, anksiozna i depresivna simptomatologija), opis onih domena funkcionisanja koji su u vezi sa navedenim problemima (poteškoće u učenju, egzekutivne funkcije, odnosi sa vršnjacima, odnosno sa članovima porodice, prkos/agresija), i pruža preporuke za intervenciju (Conners, 2011). CBCL zahvata širok opseg dečijih ponašanja - stavke u skali se tiču socijalne kompetencije i problematičnih oblika ponašanja. Tvrdnje koje su u vezi sa socijalnom kompetencijom, odnose se na tri oblasti: aktivnosti i interesovanja (hobiji, bavljenje

sportom), socijalizaciju (prijateljstva, uključenost u različite klubove za mlade) i školovanje (školsko postignuće, poteškoće u vezi sa akademskim veštinama). Deo skale koji se odnosi na probleme u ponašanju sastoji se od nešto više od stotinu tvrdnji koje obuhvataju opise eksternalizovanih problema kod dece i mladih. Odvojene norme postoje za dečake i devojčice uzrasta od dve do tri godine, od četiri do jedanaest godina, i za grupu dečaka i devojčica od dvanaeste do osamnaeste godine. CBCL se smatra jednom od najčešće korišćenih i najbolje prihvaćenih skala za procenu prisustva eksternalizovanih poremećaja (ADHD, ODD i Poremećaj ponašanja) (Reitman et al., 1998).

Skale procene prisustva indikatora poremećaja iz grupe *Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem*, konstruisane na osnovu simptoma navedenih u dijagnostičkim kriterijumima iz važećih klasifikacionih sistema (DSM-IV, DSM-5, ICD-10), uglavnom su visokog koeficijenta pouzdanosti i pokazuju zadovoljavajući nivo osetljivosti na registrovanje promena koje mogu da se prepoznaju nakon što je primenjen neki od tretmana (Damjanović, 2009). Muris, Vaesen, Roodenrijs, and Kelgtermans (2006) su testirali osetljivost na registrovanje promena skale ADHD-Q. Reč je o kratkoj skali procene egzistiranja indikatora deficita pažnje, naglašenog motornog nemira i impulsivnosti kod dece. Podaci su prikupljeni na osnovu procene od strane roditelja, učitelja i same dece sa ADHD-om u tri situacije – tokom redovne procene, neposredno pre nego što je započeta terapija psihostimulansima i 4 nedelje nakon što je započeto sa medikamentoznom terapijom. Rezultati istraživanja su pokazali da skorovi na skali ostaju najvećim delom nepromenjeni u periodu do početka uvođenja leka kao oblika tretmana, a potom pokazuju značajno opadanje nakon što je započeta terapija medikamentima. Nalazi dobijeni ovom studijom upućuju na zadovoljavajuću osetljivost skale ADHD-Q na registrovanje promena koje nastaju usled započinjanja medikamentoznog lečenja.

Pored navedenog, u okviru kliničke procene ADHD-a mogu da budu preporučeni i neurološki pregled deteta, procena intelektualnog funkcionisanja od strane kliničkog psihologa, kao i različiti laboratorijsko-dijagnostički postupci. Ovakva dodatna ispitivanja važna su iz razloga što se često dešava, pod uticajem dominantnih problema u ponašanju, da se prevede brojni drugi znaci koji mogu jasnije i tačnije da nas upute na problem deteta (Kocijan-Hercigonja i sar., 2004). Psihološko testiranje je od posebnog

značaja jer jasno ukazuje na detetove snage i slabosti i, istovremeno, objašnjava na koje načine se te snage i slabosti manifestuju u ponašanju deteta (Moss & Racusin, 2002). Psihološka procena dece i adolescenata uključuje upitnike za roditelje/nastavnike, skale za procenu intelektualnog funkcionisanja, testove postignuća, crtež, projektivne tehnike, upitnike namanjene deci, bihevioralnu procenu, opservaciju deteta u toku igre i posmatranje porodičnih interakcija (Charmain, Hood, & Howlin, 2015; Cordell, 2005).

4.6 Tretman

U vezi sa tretmanom razvojnih poremećaja uopšte, mogu da se izdvoje sledeće specifičnosti:

1. Kako se dete upućuje kod kliničara od strane nekog drugog (npr. od strane dečijeg psihijatra, pedijatra, stručnjaka iz obrazovno-vaspitne ustanove i sl.), neophodno je da kliničara odlikuje aktivniji pristup, naročito u samom početku rada sa detetom. Naime, kada započinje saradnja kliničara i deteta, dete gotovo da uopšte nije motivisano za razgovor. Iz navedenog sledi da je neophodno da tretman odlikuje direktivnost;
2. Tretman razvojnih poremećaja karakteriše upotreba, pre svega, neverbalnih, kako dijagnostičkih, tako i terapijskih sredstava, što je u vezi sa sniženim kapacitetom deteta za introspekciju i sa nedovoljno razvijenom sposobnošću verbalizacije;
3. U tretmanu su uvek angažovani akteri iz detetove neposredne okoline, pre svega porodica deteta;
4. Imajući u vidu da problemi deteta i njegove porodice podrazumevaju cirkularnu uzročnost (određeno ponašanje je, u isto vreme, i uzrok i posledica), intervencije koje se primenjuju u tretmanu su, u najvećem broju slučajeva, iz domena sistemskog i bihevioralnog pristupa (Jerković, 2008c).

Kako je o medikamentoznoj terapiji ADHD-a bilo reči u uvodnim poglavljima, u nastavku će biti opisani najčešće korišćeni i najefikasniji kognitivno-bihevioralni psihoterapijski postupci u radu sa decom koja manifestuju probleme karakteristične za ADHD i reedukacija psihomotorike. Pored toga, posebna pažnja biće posvećena i

savetovanju i edukaciji roditelja, kao sastavnom i nužnom obliku saradnje stručnjaka na području zaštite mentalnog zdravlja dece i omladine i roditelja dece sa problematičnim oblicima ponašanja.

4.6.1 Kognitivno-bihevioralni psihoterapijski postupci

Sa primenom kognitivno-bihevioralnih psihoterapijskih postupaka kod dece započeto je upravo kroz tretmane eksternalizovanih problema, odnosno problema koji se tiču impulsivnog reagovanja, hiperaktivnosti i poremećaja u ponašanju. Može se reći da je primena kognitivno-bihevioralne psihoterapije u tretmanu psihičkih problema razvojnog doba u samom početku bila i ograničena na navedene probleme. Međutim, tokom poslednje dve decenije, kognitivno-bihevioralna psihoterapija sa uspehom se primenjuju i kod anksiozno-depresivnih smetnji na dečjem uzrastu (Nietzel et al., 2002). U vezi sa primenom kognitivno-bihevioralne psihoterapije u radu sa decom, postavlja se pitanje uzrasta na kom su deca sposobna da budu uključena u takav psihoterapijski proces. Prema strožem kriterijumu, koje zastupaju istraživači koji se pozivaju na činjenicu da kognitivne veštine kod mlađe dece nisu dovoljno razvijene, odnosno da ona nemaju neophodnu konceptualnu osnovu, to bi bio uzrast od 12 godina. Prema blažem kriterijumu, čiji se zagovornici ne oslanjaju na potrebne kognitivne ili konceptualne veštine mlađe dece, već ističu značaj prilagođavanja tehnika kognitivno-bihevioralne psihoterapije i sprovođenja iste na način koji bi bio pristupačan detetu, već bi deca od 7 godina mogla da imaju korist od kognitivno-bihevioralnih intervencija. U cilju prilagođavanja kognitivno-bihevioralnih intervencija deci, neophodno je uskladiti metode, stil i proces psihoterapije sa razvojnim nivoom deteta, koristiti igre kao zabavan i razvojno odgovarajući način prenošenja ideja i strategija kognitivno-bihevioralne terapije, upotrebljavati priče u cilju utvrđivanja važnih kognicija, emocija i ponašanja ili lutke (kod mlađe dece) radi razjašnjavanja ponašanja, procenjivanja kognicija i uvežbavanja konstruktivnijih i funkcionalnijih načina suočavanja sa problemima (Stallard, 2010).

Kod dece sa problemima u ponašanju ovi psihoterapijski postupci i tehnike prvenstveno se primenjuju u cilju održavanja terapijskog uspeha. Kada se kognitivno-

bihevioralna psihoterapija primenjuje u radu sa decom kojoj je dijagnostikovano ADHD, akcentat je, pre svega, na postizanju boljeg školskog uspeha, uključivanju dece u obavljanje poslova i izvršavanje svojih obaveza u kućnim uslovima i na usvajanje specifičnih veština koje će omogućiti detetu kvalitetnije socijalne interakcije. Dakle, programi kognitivno-bihevioralnog rada nisu usmereni isključivo na redukovanje bihevioralnih indikatora naglašenog motornog nemira. Tokom sprovođenja terapije, prati se ponašanje dece, kako kod kuće, tako i u školskim uslovima, a deca koja su uključena u tretmane bivaju potkrepljena za one reakcije koje se nastoje učvrstiti u detetovom ponašanju (Essau & Conradt, 2006).

Deca uče, odnosno uvežbavaju se u tome da pažljivo razmisle pre nego što će reagovati u različitim socijalnim situacijama. Drugačije rečeno, uče kako da ponašanja koja se smatraju problematičnim i neprimerenim kognitivno kontrolišu. Brojne su tehnike koje se koriste u tu svrhu, a jedna od njih je i *samoinstruktivni trening*, odnosno davanje uputstava samome sebi. Kod ove tehnike, dete uvežbava da se služi razgovorom sa samim sobom u cilju jasnog preciziranja zadatka i usmeravanja na definisani zadatak, kao i razmatranja potencijalnih rešenja i praćenja svojih reakcija tokom ostvarivanja cilja koji je prethodno utvrđen. Tehnika samoinstruktivnog treninga pokazala se kao naročito uspešna kod one dece koju karakteriše insuficijentnost u sposobnosti unutrašnjeg govora. Dete sa kojim se u psihoterapijskom radu koristi ova tehnika internalizuje konkretne izjave, odnosno uputstva, koja su ranije kroz razgovor sa detetom ocenjena kao takva da imaju snagu da kod njega dovedu do manifestovanja odgovarajućih obrazaca ponašanja. Ono što predstavlja ideju vodilju jeste da se tačno određena ponašanja dovedu u vezu sa tačno određenim nizom tzv. samoinstrukcija, uz očekivanje da će detetov internalizovani govor izazvati tačno definisane reakcije deteta. Osim samoinstruktivnog treninga, koriste se i sledeće tehnike: tehnika zauzimanja stajališta (deca se uvežbavaju da budu senzitivnija prema onome što vršnjaci osećaju ili kako o nečemu razmišljaju), rešavanje problema, tehnika učenja boljeg kontrolisanja impulsa i druge (Bernard & Joyce, 1984; Nietzel et al., 2002).

Kognitivno-bihevioralni psihoterapijski postupci u samom početku bili su predstavljani kao kliničko otkriće u terapiji dece sa bihevioralnim simptomima, odnosno sa eksternalizovanim problemima, a iz razloga što se verovalo da će trening dece koji

podrazumeva pažljivo razmišljanje pre delovanja dovesti do efekata koji će se veoma lako generalizovati na sve slične situacije. Takođe, kao posebnost kognitivno-bihevioralne terapije u radu sa decom izdvajano je sledeće – deca bi trebalo da budu u stanju da se sama pridržavaju strategija koje generišu pozitivne promene, a ne da zavise od odraslih osoba. Međutim, opšti uspeh tehnika kognitivno-bihevioralne psihoterapije nije bio zadovoljavajući – iako deca sa problemima u ponašanju reaguju povoljno na njih, ono što se nije pojavljivalo kao konstanta u rezultatima istraživanja praćenja primene ovih tehnika kod dece jesu održavanje efekata tretmana, tj. terapijskog uspeha tokom dužeg vremena, i generalizacija (Barkley, 2006; Nietzel et al., 2002).

4.6.2 Savetovanje i edukacija roditelja

Porodice sa detetom sa ADHD dijagnozom svakodnevno bivaju izložene neprilikama i neprijatnostima u najobičnijim, i za većinu porodica, prijatnim i opuštajućim životnim situacijama, kao što su zajednički ručak kod kuće, večere u restoranima, odlasci na letovanje i sl. Život sa hiperaktivnim detetom utiče na sve članove porodice, ali prva osoba na koju će negativno uticati prisutnost deteta sa ADHD-om u porodici je majka (Phelan, 2005). Majke dece sa ovom dijagnozom najčešće saopštavaju da se osećaju hronično umorno zbog brojnih stresova u vezi sa brigom o detetu sa ADHD-om, kao i da su socijalno izolovane i pod konstantnim stresom (Wenar, 2003). Pored toga, one najčešće preuzimaju odgovornost za sve što rade njihova deca i na taj način razvijaju osećaj krivice u vezi sa neprimerenim ponašanjem deteta, neprestano pokušavajući da otkriju u čemu one greše kada je u pitanju vaspitanje dece. Jerković (2008a) je istraživao odnos hiperaktivnosti kod dece i roditeljskog zadovoljstva porodicom. Rezultati ovog istraživanja pokazuju da je hiperaktivnost deteta manje relevantna za zadovoljstvo porodicom kod očeva nego kod majki, što autor objašnjava tradicionalnom podelom uloga u porodici – majka se bavi podizanjem dece i rešavanjem problema koji se pojavljaju, tako da kada se pojave teškoće, majke su te koje više i trpe. Manje zadovoljstvo porodicom kod majki dece sa ADHD-om u odnosu na majke dece bez dijagnoze, autor posmatra i kroz prizmu povećane brige koju dete sa ADHD-om zahteva, iscrpljenosti u pokušaju da se prati detetova neiscrpna energija, ali i kao

posledicu nezadovoljstva uklapanjem deteta u grupu vršnjaka i poteškoćama koje se javljaju kod deteta u vezi sa savladavanjem školskog gradiva.

„Roditelji hiperaktivne dece često navode da imaju utisak da ih dete uopšte ne sluša, iako mu se neposredno obraćaju. Nemotivisana su i sporo obrađuju informacije, zaboravna su i mentalno odsutna. Pokazuju teškoće u organizovanju i realizaciji rutinskih dnevnih aktivnosti. Hiperaktivno dete veoma je ljubomorno na svoju braću i sestre, ponekad s razlogom osećajući da su omiljeniji od njega. Roditelji su često uznemireni i agresivni prema hiperaktivnom detetu, postavljaju mu prevelike zahteve u pogledu reda i discipline, upoređuju ga sa drugom decom i ukazuju mu na drugu decu i na taj način doprinose pojačavanju detetove nesigurnosti. Prema jednom istraživanju, od deset interakcija između dece sa ADHD dijagnozom i njihovih roditelja, samo je jedna interakcija bila pozitivna, a ostalih devet su bile negativne“ (Damjanović, 2009, str 25). Musser, Karalunas, Dieckmann, Peris, & Nigg (2016), istražujući razvojni tok ADHD simptomatologije na prelazu iz detinjstva u adolescenciju, utvrdili su da porodični sredinski faktori, kao što je izražena kritika dečijeg ponašanja od strane roditelja, u značajnoj meri objašnjavaju slučajeve kod kojih je manja verovatnoća za remisiju simptoma u periodu tranzicije u adolescenciju.

Pod savetovanjem se podrazumeva takva situacija u kojoj dve osobe komuniciraju (stručnjak i klijent), a jedna od te dve osobe ima za cilj da pomogne drugoj. Dakle, suština savetovanja je u pomaganju. Važno je napomenuti da se pomaganje ne odnosi na preuzimanje odgovornosti za donošenje odluka i na preduzimanje akcija u skladu sa tim odlukama od strane onoga koji pomaže, već se pod pomaganjem ovde podrazumeva slušanje i komuniciranje sa drugom osobom. Savetovanje ne označava uvek i isključivo rešavanje problema, nego osoba koja pomaže može to da čini u cilju razvijanja osećanja zadovoljstva samim sobom kod pojedinca sa kojim komunicira, odnosno u cilju osposobljavanja druge osobe da samoj sebi pomogne (Davis, 1998). Savetovanje podrazumeva takav odnos u kome stručnjak (koga bi bilo poželjno da odlikuju empatično razumevanje, uvažavanje klijentovih mogućnosti da upravlja svojim životom i autentičnost) koristi skup intervencija, odnosno strategija koje proizilaze iz njegovog teorijskog opredeljenja, a u cilju jačanja klijentove lične odgovornosti za oblikovanje sopstvenog života (Nelson-Jones, 2007).

Savetovanje roditelja dece sa dijagnostikovanim nekim od poremećaja razvojnog doba, koristi se, pre svega, radi redukcije osećanja krivice roditelja, a koje je u direktnoj vezi sa problemom koji dete manifestuje, kao i u svrhu delovanja na osujećenja i razočarenja. Edukacija roditelja dece sa dijagnostikovanim nekim od poremećaja razvojnog doba podrazumeva pružanje neophodnih informacija koje se tiču problema deteta (Wenar, 2003). Roditelji koji nisu upoznati sa osnovnim obeležjima i etiološkim teorijama poremećaja deteta, skloni su da ponašanje svog deteta tumače kao nevaspitanost, bezobrazluk, kao otpor prema njima kao roditeljima, odnosno kao napad na njihov autoritet. S druge strane, neki roditelji mogu da procenjuju detetovo ponašanje kroz vlastitu krivicu i odgovornost. U oba slučaja, roditelji zauzimaju pogrešna stajališta i reaguju na detetovo ponašanje na neodgovarajući način.

Kada se roditelji deteta kome je dijagnostikovan neki od poremećaja razvojnog doba, prvi put edukuju o poremećaju, u njima mogu da se probude jake emocije. Pouzdane informacije o poremećaju mogu da utiču na roditeljsko razmišljanje ne samo o poremećaju, već i o njima samima. Veoma je važno na koji način stručnjaci na području zaštite mentalnog zdravlja saopštavaju roditeljima informacije o poremećaju koji je dijagnostikovan detetu. U vezi sa navedenim, stručnjaci treba da umeju da izdvoje i upoznaju roditelje sa najvažnijim i suštinskim obeležjima i činjenicama u vezi sa dijagnozom, da im jasno ukažu na službe u zajednici koje mogu ubuduće da im pružaju pomoć i podršku, a da pritom vode računa o količini informacija koje saopštavaju, te da budu osetljivi na roditeljske emocije i usmereni na dete, a ne samo na poremećaj. Pored toga, neophodno je da se stručnjak, kroz razgovor sa roditeljima, informiše o tome šta roditelji znaju ili misle da znaju, a tiče se dijagnoze deteta. Nije retko da roditelji imaju pogrešna shvatanja o nekom poremećaju i o posledicama koje neka od dijagnoza podrazumeva. Zbog navedenog, neophodno je da se stručnjak informiše o znanjima koja roditelji imaju od ranije, kako bi mogao da koriguje eventualna pogrešna uverenja i pruži roditeljima tačne informacije. Roditeljima je lakše da se suoče sa činjenicom da dete ima određeni problem i da prihvate dijagnozu, ukoliko su otklonjena njihova netačna shvatanja i uverenja. Sumirajući navedeno, može se reći da roditelji povoljnije reaguju na dijagnozu deteta kada im stručnjaci pružaju odgovarajuću količinu informacija (kada se ne osećaju preplavljeni količinom dobijenih informacija), umeju da odgovore na pitanja

roditelja, pružaju im informacije o postojećim službama u zajednici, dobro komuniciraju ne samo sa timom zdravstvenih radnika i saradnika nego i sa roditeljima, i kada pridaju važnost roditeljskom doprinosu u brizi i staranju o detetu (Glascoe, 2002).

„Usvajanje osnovnih činjenica o poremećaju je tesno povezano sa savetovanjem. Dobar primer neraskidivog jedinstva informisanja i savetovanja roditelja jeste ono što se ponekada naziva *koncept ničije krivice*. Kada stručnjak za mentalno zdravlje objašnjava roditeljima ili detetu da ADHD ima naslednu osnovu, posebno naglašava da za postojanje poremećaja niko nije kriv. Koncept ničije krivice značajan je iz najmanje dva razloga. Kao prvo, roditelji mogu da osećaju krivicu da su oni ti koji su učinili nešto što je rezultiralo problematičnim ponašanjem deteta. Takvo osećanje, ukoliko postoji kod roditelja, neće odjednom nestati, pa je zadatak stručnjaka koji radi sa roditeljima da ih podučava, navodi i podstiče na ispravno razmišljanje sve dok ga oni ne prihvate i ne usvoje kao svoje. Kao drugo, koncept ničije krivice je važan kako bi i samo dete shvatilo da nije krivo za svoje ponašanje i da ono ne odrasta sa ciljem da otežava život svojim roditeljima. Posmatrano iz ugla deteta, ideja o ničijoj krivici može da značajno redukuje bes koji roditelji osećaju prema njemu“ (Damjanović, Šćepanović i Đorđić, 2015, str. 215).

Barkley (2006) opisuje poseban trening za roditelje dece sa ADHD-om čiji su osnovni ciljevi uvežbavanje roditelja u specifičnim veštinama opservacije ponašanja deteta kako bi umeli uspešno da prepoznaju i tako izvrše selekciju onih oblika ponašanja kod dece koje bi trebalo menjati i podučavanje u prikupljanju potrebnih informacija i razvijanju strategija kojima bi se potkrepljivala, odnosno kažnjavala i gasila određena ponašanja dece. Ovakav trening namenjen roditeljima dovodi do naročito dobrih rezultata u situacijama koje zahtevaju rešavanje konflikata između roditelja i deteta sa ADHD-om, kada dete manifestuje prkos prema roditeljima i inati se, ali i kada je potrebno raditi na redukovanju specifičnih bihevioralnih simptoma kod dece sa ADHD dijagnozom. Uvežbavanje roditelja je od posebnog značaja za porodice niskog socioekonomskog statusa, porodice gde dete sa ADHD-om ima pridružene smetnje iz anksiozno-depresivnog spektra, kao i za porodice u kojima dete sa ADHD dijagnozom manifestuje karakteristične simptome poremećaja ali u mnogo ozbiljnijem obliku u odnosu na većinu dece sa ovim problemom.

Razvijeni su različiti oblici treninga, odnosno grupnih tretmana – posebni treninzi namenjeni samo roditeljima dece sa problemima u ponašanju, ali i treninzi u kojima učestvuju i roditelji i deca – trening upravljanja ponašanjem, komunikacijski trening putem rešavanja problema i sl. (Barkley, 2000; Barkley, Edwards, Laneri, Fletcher, & Metevia, 2001; Costin, Lichte, Hill-Smith, Vance, & Luk, 2004; Herschell, Calzada, Eyberg, & McNeil, 2002), ali svi imaju sličan zajednički cilj – osposobiti roditelje da se koriste specifičnim tehnikama za vaspitanje deteta kome je dijagnostikovao neki od poremećaja sa pretežno eksternalizovanom simptomatologijom (ADHD, Poremećaj ponašanja, ODD), i naučiti ih strategijama suočavanja sa stresnim situacijama koje život sa detetom sa problemima u ponašanju nosi. Kako navodi Veselinović Jovanović (2001), rad sa roditeljima treba da poveća samosvest, odgovornost i kompetentnost roditelja deteta sa problemima u ponašanju, a istovremeno da redukuje detetovo neprimereno ponašanje u kućnim uslovima. Dakle, trening tj. obučavanje roditelja posledično bi trebalo da dovede i do pozitivnih promena kada je u pitanju ponašanje deteta. U pojedinim programima uvežbavanja roditelja koriste se tehnike kognitivno bihevioralne terapije u cilju postizanja boljeg razumevanja problema koje dete ima i boljeg svakodnevnog funkcionisanja u kontaktima sa detetom.

Kao prednost roditeljskog uvežbavanja najčešće se navodi to što roditelji odmah mogu da razumeju terapijske principe i odmah mogu da budu uključeni u menjanje određenih oblika ponašanja svoga deteta. Praćenje ovih promena pruža konkretne dokaze da se nešto zaista dešava, čime se i roditelji potkrepljuju. Još jedna od važnih prednosti ovog oblika edukacije i savetovanja roditelja jeste i da se, uvežbavajući kako da se nose sa simptomima određenog poremećaja koji je dijagnostikovao njihovom detetu, roditelji istovremeno uvežbavaju i adekvatnom pristupu mnogim komorbidnim kliničkim stanjima, koja se ili manifestuju ili je velika verovatnoća da će se pojaviti.

Pošto intervencije u uvežbavanju roditelja podrazumevaju angažovanje roditelja kao koterapeuta, mnogi roditelji imaju posrednu terapeutsku dobit od njihovog učestvovanja u tretmanu.

4.6.3 Reedukacija psihomotorike

Reedukacija psihomotorike jeste terapijski metod razvijen u okviru dečije psihijatrije francuskog govornog područja čiji je cilj detekcija, rehabilitacija i učvršćivanje doživljaja telesne celovitosti, koji se posmatra kao osnova oko koje se organizuje razvoj ličnosti deteta u socijalnom okruženju. U našu sredinu ovaj terapijski metod uveden je šezdesetih godina XX veka u cilju tretmana dece sa psihomotoričkim smetnjama. U reedukaciji psihomotorike se kroz pokret pobuđuju, obnavljaju, učvršćuju i dograđuju senzomotorna iskustva. Svaki pokret tokom izvođenja vežbi reedukacije psihomotorike, kao i svaka emocija koja ga prati, jasno se označavaju rečima, čime se omogućava da psihomotorna aktivnost postane deo svesti. Upravo ovakvo osveščivanje pokretom generisanih podataka, omogućava jasnije diferenciranje osećanja i razvoj ličnosti u celini (Išpanović-Radojković i Govedarica, 1992). Bojanin (1985) je stanovišta da psihomotorna reedukacija može uspešno da se primenjuje i u tretmanu dece sa ADHD-om. Vežbe mogu da se realizuju u okviru grupe, ali je moguće sačiniti i program vežbi koji bi bio namenjen i detetu pojedinačno, imajući u vidu konkretnu problematiku koju dete ima. Pored toga, autor navodi i važnost razgovora sa detetom koji bi trebalo da se odvijaju uporedo sa metodama relaksacije i vežbama reedukacije, a ne prihvata kao opciju tretman ADHD-a psihostimulansima, mada i sam, u nekim slučajevima, koristi druge medikamente. Program vežbi namenjen deci sa ADHD dijagnozom koji predlaže Eraković (2002) podrazumeva kombinaciju vežbi koje se odnose na uvežbavanje kontrole impulsa, vežbi za prepoznavanje drugih i za prepoznavanje sopstvenog tela, kao i vežbi opuštanja, lateralizovanosti i koordinacije pokreta. Prema ovom autoru, pomaci, tj. poboljšanja kliničke slike nastupiće nakon šest meseci redovnog sprovođenja reedukativnog programa, a u nekim slučajevima je potrebno da prođe i više vremena. Nikolić (1985) definiše psihomotornu reedukaciju kao kombinaciju metoda čiji je cilj ispravljanje gubitka ili nepovoljne promene neke funkcije organizma, odnosno više takvih funkcija. Za reedukaciju psihomotorike ovaj autor koristi i naziv korektivno, odnosno ispravljujuće vaspitanje.

4.7 Nedoumice u konceptualizaciji ADHD-a i tretmanu dece sa ADHD-om

„Iako već nekoliko decenija zaokuplja pažnju kako stručne, tako i šire javnosti, i uprkos brojnim ispitivanjima u vezi sa etiologijom, kliničkom slikom, rasprostranjenošću, sa korelatima i drugim, manje ili više važnim, aspektima problema, i danas egzistiraju brojna otvorena pitanja, nedoumice i kontroverze u vezi sa ADHD dijagnozom. Pored osnovnog problematičnog aspekta, koji je predmet brojnih debata vezanih za ADHD od vremena kada je zvanično i proglašen poremećajem, a koji se tiče sumnje u opravdanost posmatranja istog kao psihopatološkog entiteta, još je nekoliko važnih aspekata koji su, u najmanju ruku sporni, a tiču se ADHD dijagnoze. Da li i generalizovana hiperaktivnost i hiperaktivnost vezana za određene okolnosti, odnosno i pervazivna i situaciona hiperaktivnost mogu u istoj meri da se posmatraju kao jedno od osnovnih obeležja ADHD ili ne? Da li je uzrast početka manifestovanja simptomatologije neophodan ili suvišan dijagnostički kriterijum? Koliko je zaista opravdano korišćenje psihostimulansa u tretmanu dece sa ADHD dijagnozom? Da li je ADHD poremećaj razvojnog doba ili perzistira tokom čitavog života? ADHD podrazumeva smetnje u funkcionisanju na više područja, te je od izuzetne važnosti pravovremena i ispravna dijagnostika i započinjanje odgovarajućeg tretmana što je često otežano upravo zbog još uvek spornih i problematičnih mesta u samoj konceptualizaciji ADHD dijagnoze“ (Damjanović, Đorđić i Mandić, 2016, str. 255).

4.7.1 Pervazivna nasuprot situacionoj hiperaktivnosti

Među autoritetima u oblasti istraživanja i bavljenja postoji nesaglasnost po pitanju toga da li je opravdano govoriti o ADHD-u, ako uz njega kao jednu od osnovnih karakteristika ne vezujemo pervazivnost, odnosno jasno izražene simptome hiperaktivnosti, impulsivnosti i deficita pažnje bez obzira na situaciju i kontekst (Jerković, Gavrilov-Jerković, Mihić i Petrović, 2009). U ICD-10, kao jedan od opštih kriterijuma koji moraju da budu zadovoljeni kako bi bila postavljena dijagnoza navodi se pervazivnost. „Kriterijum mora biti ispunjen u više situacija, npr. kombinacija slabe pažnje i hiperaktivnosti postoji kod kuće i u školi, ili u nekom drugom okruženju gde se

deca procenjuju, kao što je, na primer, klinika. Podaci o postojanju poremećaja u različitim situacijama će zahtevati informacije iz više od jednog izvora; na primer podaci roditelja o ponašanju deteta u učionici će verovatno biti nedovoljni“ (Svetska zdravstvena organizacija, 1998, str. 156). I u DSM-IV, odnosno u DSM-5, kao jedan od osnovnih kriterijuma navodi se da simptomi moraju da budu prisutni u dve ili više situacija (npr. u školi, na poslu, kod kuće). Lebedina Manzoni (2007) iznosi da je za valjano dijagnostikovanje samog poremećaja neophodno da se simptomi koji ga karakterišu javljaju u tri situacije: kod kuće, u školi i u socijalnom kontekstu.

S druge strane, Phelan (2005) iznosi da su mnoga deca koja ispoljavaju smetnje koje karakterišu ADHD, u stanju mirno da sede i da manifestuju postojanost pažnje u ograničenim vremenskim periodima, kada se nalaze u specifičnim situacijama za koje je karakteristično jedno ili više od sledeća četiri obeležja:

1. u pitanju je nova, tj. nepoznata situacija za dete;
2. evidentan je izražen interes deteta;
3. situaciji je prethodilo zastrašivanje deteta (npr. od strane roditelja);
4. situacija podrazumeva da je dete samo sa odraslom osobom.

Navodeći primere tih posebnih situacija, Phelan situaciju psihološkog testiranja vidi kao situaciju koju karakterišu sva četiri navedena obeležja, smatrajući je mogućim izvorom mnoštva pogrešnih dijagnoza.

Wenar (2003) ističe da se „hiperaktivnost pojačava u poznatim, strukturiranim okolnostima usmerenim na zadatak, kao što je učionica, a smanjuje se u neusiljenim okolnostima u kojima se očekuje potrošnja velike količine energije, kao što je dečje igralište“ (str. 156). Slično kao i Phelan, i on smatra da se zbog navedenog, neiskusano dečji klinički psiholog može naći u situaciji da procenjuje predškolsko dete koje je dovedeno kod psihologa zbog izraženo nemirnog ponašanja kod kuće, a da utvrdi da je prilikom testiranja to isto dete bilo vrlo kooperativno, bez znakova motornog nemira.

I Barkley (2006) navodi da osnovni ADHD simptomi značajno fluktuiraju u zavisnosti od situacije i okolnosti u kojima se dete nalazi. Po njemu, za manifestovanje simptoma nije svejedno da li se dete sa dijagnozom ADHD igra samo u dvorištu, da li se umiva ili kupa, odnosno da li se od njega traži da obavlja kućne poslove, da li roditelj razgovara telefonom, da li imaju goste kod kuće ili su na javnom mestu. Prve tri

navedene situacije su manje problematične po hiperaktivno dete, odnosno manja je verovatnoća da će dovesti do ispoljavanja simptoma, za razliku od ostalih situacija, u kojima simptomi hiperaktivnosti i deficita pažnje mogu da se manifestuju u svojoj najozbiljnijoj formi. Neki od faktora koji, prema Barkleyu, određuju ove varijacije u ponašanju su stepen u kom se zahteva od hiperaktivne dece da ograniče svoje ponašanje i složenost zadatka. Simptomi su najizraženiji i po dete najonesposobljavajući u slučajevima kada su zahtevi okoline ili samog zadatka takvi da prevazilaze sposobnosti deteta „da usmeri pažnju, da se odupre ometajućim faktorima, reguliše svoju aktivnost i kontroliše impulse“ (Barkley, 2006, str. 96). U okolnostima koje su manje zahtevne po pitanju navedenih sposobnosti, hiperaktivno dete će biti percipirano kao manje problematično nego u situacijama ili pri obavljanju zadataka koji postavljaju visoke zahteve po ove sposobnosti.

„Generalno, istraživači koji su se bavili problematikom pervazivne nasuprot situacionoj hiperaktivnosti, odnosno generalizovane nasuprot hiperaktivnosti vezanoj za određene okolnosti, dolazili su do sličnih rezultata. Pervazivno hiperaktivna deca, u poređenju sa decom hiperaktivnom samo u određenim okolnostima, po pravilu su manifestovala više ADHD simptoma. Pored toga, kod njih su u većoj meri bili izraženi kako eksternalizovani problemi, tako i internalizovani simptomi anksioznosti i depresije. Njihovo funkcionisanje, i kod kuće, i u školskim uslovima, bilo je na nižem nivou, češće su poticali iz disfunkcionalnih porodica i imali su lošiju prognozu od situaciono hiperaktivne dece, koja se na školskom uzrastu nisu u značajnijoj meri razlikovala od druge dece. Dakle, da li je opravdano da se deci, koja više odgovaraju kategoriji situaciono hiperaktivne dece, dijagnostikuje ADHD, i dalje ostaje otvoreno pitanje za brojne autoritete na području istraživanja ove problematike, iako dijagnostičke klasifikacije jasno ističu pervazivnost kao jedan od kriterijuma koji mora da bude ispunjen za postavljanje dijagnoze“ (Damjanović, Đorđić i Mandić, 2016, str. 258).

4.7.2 Uzrast početka

„U dijagnostičkim kriterijumima za Hiperkinetički poremećaj prema ICD-10 navodi se, između ostalog, da simptomi koji karakterišu navedeni poremećaj moraju da se

manifestuju pre navršene sedme godine života. DSM-IV takođe podrazumeva da su neki od simptoma postojali kod deteta pre sedme godine. U poslednjem izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje Američkog udruženja psihijata DSM-5, premeštanjem ADHD dijagnoze u grupu neurorazvojnih poremećaja, došlo je i do nekoliko promena u samoj konceptualizaciji dijagnoze, pa je izmenjen i simptom koji se tiče uzrasta početka. Prema DSM-5, neki od simptoma nepažnje ili hiperaktivnosti i impulsivnosti treba da se manifestuju na uzrastu pre dvanaeste godine života. Koliko je opravdano ili ne postojanje kriterijuma koji se tiče uzrasta početka manifestovanja ADHD simptomatologije? Teoretičari podjednako zastupaju stanovište da je takav kriterijum potreban, ali i da je suvišan, baš kao što i empirijska istraživanja rezultiraju različitim zaključcima. U prilog stajalištu da je neophodno u dijagnostičke kriterijume uključiti i uzrast početka navodi se argument da je ADHD pre svega poremećaj detinjstva i da, kao takav, omogućava da se izbegnu greške u dijagnostikovanju ADHD onda kada su problemi motornog nemira i nepažnje sekundarni u odnosu na školski neuspeh usled specifičnih poteškoća u učenju, agresivnog ponašanja ili sličnih problema. Pored toga, kao razlog za uključivanje kriterijuma koji se odnosi na uzrast početka navode se i rezultati studija koji pokazuju da kod dece koja su na ranom uzrastu manifestovala ADHD simptome postoji viša stopa komorbiditeta, ADHD simptomi su daleko pervazivniji, ozbiljniji su deficiti u kognitivnom funkcionisanju, u usvajanju veštine čitanja, te perceptivno motoričkim veštinama. Deca koja su na ranijem uzrastu manifestovala ADHD simptomatologiju imaju daleko ozbiljnije probleme kasnije u životu u odnosu na grupu dece sa kasnijim početkom manifestovanja ADHD simptoma. S druge strane, zagovornici stajališta da je kriterijum uzrasta početka suvišan u konceptualizaciji ADHD dijagnoze iznose kao argumente rezultate longitudinalnih studija prema kojima ADHD nije poremećaj detinjstva već perzistira tokom celoživotnog razvoja“ (Damjanović, Đorđić i Mandić, 2016, str. 261).

Proveravajući valjanost dijagnostičkog kriterijuma koji se tiče uzrasta početka manifestovanja simptoma ADHD, a prema kome se simptomi moraju ispoljiti kod deteta i prouzrokovati oštećenja pre sedme godine života (prema DSM-IV), Waschbusch, King & Gregus (2007) su ispitivali roditelje 835 dece koja su u to vreme pohađala osnovnu školu u Istočnoj Kanadi. Istraživanje je pokazalo da se grupe dece koje zadovoljavaju

ostale kriterijume za ADHD ne razlikuju statistički značajno među sobom po kriterijumu uzrasta početka manifestovanja simptoma, u zavisnosti od toga u koji podtip (dominirajući deficit pažnje, dominirajući hiperaktivni poremećaj, kombinovani tip) se mogu svrstati. Međutim, sva deca iz grupe sa dominirajućim hiperaktivnim poremećajem su zadovoljila kriterijum koji se tiče uzrasta početka, dok među decom sa dominirajućim deficitom pažnje njih 25.7% nije zadovoljilo ovaj kriterijum, kao što u grupi dece sa kombinovanim podtipom njih 18.5% nije zadovoljilo ovaj kriterijum. Istraživači ovakve nalaze objašnjavaju time da je moguće da je deficit pažnje postojao i na ranijem uzrastu, ali da ostaje neotkriven dok dete ne pođe u školu, kada se većina dece prvi put susreće sa zadacima koji predstavljaju izazov za sposobnost usmeravanja i održavanja pažnje. Kao alternativno tumačenje navodi se mogućnost da se problemi vezani za pažnju zaista ne manifestuju kod dece na ranom uzrastu, odnosno pre polaska u školu.

4.7.3 Ishodi u odraslom dobu

ADHD je poremećaj koji ima tendenciju da se održi kroz čitav život pojedinca, pri čemu se sazrevanjem modifikuje način manifestovanja, odnosno pojavni oblik (Radojević, 2011; Willoughby, 2003). Kod jedne polovine do dve trećine onih kojima je ADHD dijagnostikovao na dečijem uzrastu, primarni problemi nepažnje, impulsivnosti i hiperaktivnosti perzistiraju do kasne adolescencije, a kod nekih iz ove grupe i do odrasle dobi. Ukoliko se u obzir uzmu razvojno osetljivi dijagnostički kriterijumi, ovaj broj je još veći. Trećina ih razvija značajno antisocijalno ponašanje u adolescenciji, uključujući poremećaj ponašanja i probleme u vezi sa zloupotrebom psihoaktivnih supstanci, te kod većine iz ove podgrupe ovi problemi traju sve do odraslog doba, vodeći u kriminalitet. Problemi prilagođavanja na radnom mestu i u radnom okruženju, i pokušaji suicida dešavaju se u manjem, ali značajnom broju slučajeva (Barkley, 2016; Carr, 2003). Međutim, važno je istaći da rezultati istraživanja povezanosti dečije ADHD dijagnoze sa kasnijim kriminalnim radnjama i, uopšte sa razvojem antisocijalnih i psihopatskih karakteristika na kasnijem uzrastu nisu dosledni – u nekim istraživanjima (Mordre, Groholt, Kjelsberg, Sandstad, & Myhre, 2011; Smith & Hung, 2012) utvrđeno je da ne postoji direktna veza dečije ADHD dijagnoze sa kriminalitetom u odraslom dobu, niti sa

razvojem adolescentne psihopatije. Gelder, Mayou, and Geddes (2009) navode da se naglašeni motorni nemir smanjuje kako dete odrasta, dok impulsivnost, poteškoće sa pažnjom i problemi u učenju perzistiraju do adolescencije i egzistiraju i u adolescentnom dobu kod otprilike 50% onih kojima je dijagnostikovano ADHD. Približno kod polovine adolescentnih slučajeva, ADHD se nastavlja i u odraslom životnom dobu. Odrasli sa ADHD dijagnozom su pod rizikom od zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, antisocijalnih obrazaca ponašanja i drugih psihijatrijskih stanja. Wehmeier, Schacht & Barkley (2010) navode kako se osnovni simptomi ADHD-a – nepažnja, hiperaktivnost i impulsivnost – manifestuju u odraslom dobu: hiperaktivnost se ogleda u potrebi da osoba sve vreme bude zauzeta nekom aktivnošću; impulsivnost može da se dovede u vezu sa eksperimentisanjem sa drogama, brzom vožnjom automobilom, sa uključivanjem u rizična seksualna ponašanja, impulsivnim verbalnim reakcijama i reaktivnom agresijom; nepažnja utiče na neosetljivost na gustinu saobraćaja, ograničenje brzine tokom vožnje automobilom u naseljenim mestima, loše izvršavanje kućnih poslova i ostalih zaduženja koja se tiču domaćinstva, povećani rizik od saobraćajnih nesreća, postizanje slabijih rezultata na radnom mestu, neosetljivost na potrebe i komentare drugih tokom društvenih aktivnosti.

Odrasli kojima je u detinjstvu dijagnostikovano ADHD, najčešće obavljaju poslove koji su ispod nivoa koji bi se, na osnovu socioekonomskog statusa njihove primarne porodice, mogao pretpostaviti. Oni izveštavaju da imaju manje bliskih prijatelja i da su u životu manje zadovoljni i srećni od drugih. Kod određenog broja se razvijaju psihijatrijske komplikacije. Značajan je broj onih koji dolaze u sukob sa zakonom – od jedne trećine do jedne polovine odraslih osoba koje su kao deca imale dijagnostikovano ADHD najmanje jednom u odraslom dobu će biti uhapšeni zbog nekog ozbiljnog prestupa. Dakle, iz navedenog se može zaključiti da su ishodi u odraslom dobu, kod osoba kojima je dijagnostikovano ADHD u detinjstvu ili adolescenciji, takvi da ih karakteriše povećani rizik za obrazovne, socijalne ili emocionalne probleme. Ovi problemi mogu da se posmatraju kao reziduumi ADHD dijagnoze iz perioda detinjstva (Barkley & Fischer, 2011; Nietzel, Bernstein, & Milich, 2002). Odraslima sa ADHD dijagnozom i dalje je potrebna stručna pomoć. Ta pomoć ogleda se, pre svega, u strukturiranju njihove okoline, regulisanju negativnih emocija, izboru odgovarajućeg

životnog poziva (tj. odgovarajućeg posla i radnog okruženja) i u razumevanju svoga stanja kao biološkog deficita, a ne kao karakterne mane (Berk, 2015; Sonuga-Barke, & Taylor, 2015).

4.7.4 Efikasnost psihostimulansa u tretmanu ADHD-a

Osnovni ciljevi psihofarmakoterapije u tretmanu psihičkih poremećaja karakterističnih za detinjstvo i adolescenciju jesu poboljšanje stanja pacijenta (redukcijom ili uklanjanjem psihopatoloških ispoljavanja, odnosno simptomatologije) i omogućavanje daljeg optimalnog rasta i razvoja (Živkov-Starčević i Tadić, 1992). Psihostimulansi (*Central Nervous System Stimulant Medications*) najviše su upotrebljavani medikamenti u kupiranju simptoma dece sa ADHD dijagnozom. Smatraju se lekom izbora za decu koja manifestuju simptomatologiju kojom se definiše ADHD. Iako se u tretmanu ADHD-a koriste i pojedini drugi lekovi, oni nisu lek izbora (Sonuga-Barke, & Taylor, 2015; Svetska zdravstvena organizacija, 2003). Barkley (2006) procenjuje da oko milion i po dece godišnje ili 2.8% dece školskog uzrasta u toku jedne kalendarske godine koristi psihostimulanse u cilju redukcije problema koji karakterišu ADHD dijagnozu. Najveći broj ove dece uzrasta je od 5 do 12 godina.

„Klinička upotreba psihostimulansa u tretmanu bihevioralnih problema kod dece i adolescenata započela je 1937. godine. Charles Bradley, američki psihijatar, radio je sa decom koja su pretrpela povrede mozga, a kao standardni deo dijagnostičkog procesa primenjivana je i procedura koja je kod dece najčešće izazivala ozbiljne i teške glavobolje. Bradley je, s ciljem da olakša bol kod dece, počeo da im prepisuje psihostimulans amfetamin (*Benzedrine*). Ono što je odmah uočio jeste da su, nakon što bi dobili lek, deca pokazivala značajan napredak kada su bili u pitanju bihevioralni simptomi. Pored toga, kod dece je došlo do poboljšanja u školskom postignuću, u samokontroli i usmerenosti pažnje na zadatak. Nakon dve decenije tretmana hiperaktivnosti, impulsivnosti i lošeg raspoloženja kod dece pomoću amfetamina, Bradley je objavio svoje rezultate“ (Damjanović, Šćepanović i Đorđić, 2015, str. 213).

Psihostimulansi su vrlo efikasni u terapiji dece sa ADHD dijagnozom, pozitivni rezultati se registruju za kratko vreme, a njihova privlačnost je i u očiglednoj relativnoj

sigurnosti i opštoj pouzdanosti (Hughes and Cooper, 2009). Kod 70% do 80% dece sa ADHD dijagnozom registruju se pozitivne promene tj. reakcije na upotrebu psihostimulansa, koje se tiču poboljšanja opsega pažnje, redukcije impulsivnog ponašanja i agresivnosti, te poboljšanja socijalnih interakcija. Pored toga, može da dođe i do poboljšanja kada je u pitanju povinovanje zahtevima autoriteta, kao i u radnoj produktivnosti i tačnosti (Barkley, 2006).

Pozitivni efekti upotrebe psihostimulansa odnose se, prvenstveno, na poboljšanje pažnje i kontrolu impulsa, odnosno smirivanje naglašenog motornog nemira, a posredno se poboljšavaju sposobnosti za učenje i interpersonalni odnosi (Živkov-Starčević i Tadić, 1992). Nakon upotrebe psihostimulansa, reakcije dece sa ADHD-om manje su impulsivne, deca čine manji broj grešaka u aktivnostima koje podrazumevaju usmerenost pažnje, daleko su bolja u planiranju i sprovođenju plana u aktivnostima koje zahtevaju takav pristup, ispoljavaju manje pokreta koji nisu u vezi sa zadatkom kojim se bave, vreme reakcije im se poboljšava i bolje pamte. Kada je reč o ponašanju dece, za vreme terapije psihostimulansima njihovo ponašanje može da se opiše kao ponašanje koje odgovara situaciji u kojoj se nalaze. Uopšteno gledajući, psihostimulansi pokazuju efikasnost u redukovanju značajnog broja problema koji egzistiraju kod dece sa ADHD-om. Međutim, izuzetak, svakako važan, predstavlja školsko postignuće – psihostimulansi omogućavaju deci sa ADHD-om da se lakše posvete izradi zadataka i da uče, ali ne poboljšavaju način na koji deca razmišljaju (Wenar, 2003).

Terapija psihostimulansima može se smatrati zaista opravdanom samo u slučajevima kada se istovremeno radi na rešavanju problema koji postoje u detetovoj neposrednoj okolini, na primer ako detetovu porodicu karakteriše višegodišnje postojanje konflikata između roditelja ili na relaciji roditelj-dete. Medikamenti u navedenim slučajevima mogu da predstavljaju činilac koji podržava socijalnu i psihoterapeutsku pomoć koju porodica dobija, ali ne mogu da u potpunosti kompenzuju takav vid pomoći (Damjanović, Šćepanović i Đorđić, 2015; Rumpf, 2006). Medikamenti zapravo jesu značajan faktor u pripremanju terena za psihoterapijski rad i preduzimanje neophodnih intervencija. Tretman ADHD-a ne bi trebalo da se završi samo kontrolisanjem simptoma, što se postiže medikamentima. Kontrolisanje simptoma dovodi do toga da je dete otvoreno za kvalitetno podučavanje, usvajanje socijalnih veština i za intervencije

usmerene na emocionalni razvoj (DuPaul, 2007; Hughes & Cooper, 2009). Psihostimulansi ne leče ADHD već je njihova upotreba samo deo jednog šireg sveobuhvatnog plana tretmana, koji može da obuhvata psihoterapiju, socioterapeutske intervencije, psihomotornu reedukaciju i sl. (Barkley, 2006; Barkley, 2007; Živkov-Starčević i Tadić, 1992).

Često se kod roditelja dece sa ADHD-om razvija zabrinutost zbog neželjenih dejstava pri upotrebi psihostimulansa, kao što su razdražljivost, glavobolja, bolovi u želucu, motorni tikovi, problemi sa spavanjem i zastoj u rastu i u povećanju težine kod neke dece (Hughes & Cooper, 2009; Živkov-Starčević i Tadić, 1992). Kako navode Kocijan-Hercigonja i sar. (2004), u globalu se može govoriti o tome da su neželjena dejstva prisutnija u slučajevima gde postoji negativan stav prema medikamentima, socijalni problemi u porodici, nizak stepen samopoštovanja i nizak doživljaj samoefikasnosti kod deteta i otpor roditelja, učitelja ili nastavnika zbog mogućeg negativnog efekta i stigmatiziranosti zbog uzimanja psihostimulansa.

Poseban problem u vezi sa upotrebom psihostimulansa u tretmanu dece sa ADHD-om tiče se moguće zloupotrebe psihoaktivnih supstanci kod odraslih koji su u detinjstvu lečeni ovim medikamentima. „Dva su osnovna razloga zbog kojih postoji ovakva zabrinutost. Kao prvo, psihostimulansi se zaista zloupotrebljavaju u određenim okolnostima, a takva pogrešna upotreba izaziva zavisnost. Kao drugo, epidemiološke studije pokazale su da što se ranije započne sa upotrebom supstanci koje imaju potencijal za razvoj zavisnosti, veći je rizik od zloupotrebe droga i razvoja zavisnosti u odrasloj dobi. Kako se sa terapijom psihostimulansima započinje na dečjem uzrastu, potpuno je opravdana zabrinutost roditelja i javnosti po tom pitanju“ (Damjanović, Šćepanović i Đorđić, 2015, str. 214). Barkley (2000) iznosi da najveći broj istraživanja, koja su se bavila proverom pretpostavljene veze između korišćenja psihostimulansa na dečjem uzrastu i povišenog rizika za kasniju zloupotrebu nekih drugih psihoaktivnih supstanci, nije potvrdio postojanje takve veze. Ovaj autor dalje navodi da je kod one dece koja su nastavila sa medikamentoznom terapijom i tokom tinejdžerskih godina utvrđena značajno niža verovatnoća za zloupotrebu nekih drugih supstanci u odnosu na decu sa ADHD-om koja nisu nastavila sa terapijom psihostimulansima u adolescentnom periodu. U longitudinalnoj studiji čije je rezultate Barkley sa saradnicima objavio 2003. i 2004.

godine (Barkley, Fischer, Smallish, & Fletcher, 2003; Barkley, Fischer, Smallish, & Fletcher, 2004), praćeno je 147-oro dece koja su bila pod terapijom psihostimulansima zbog dijagnostikovanog ADHD-a. Deca su praćena 13 godina do prosećnog uzrasta od 21 godine. Rezultati ove studije pokazali su da ne postoje dokazi koji govore u prilog tome da tretman hiperaktivne dece psihostimulansima vodi ka povećanom riziku od eksperimentisanja, upotrebe, zloupotrebe ili razvoja zavisnosti od psihoaktivnih supstanci na kasnijem uzrastu. Manuzza et al. (2008) su došli do rezultata da je kod ispitanika koji su kasnije uključeni u medikamentoznu terapiju psihostimulansima, odnosno između 8. i 12. godine života, stepen zloupotrebe psihoaktivnih supstanci kasnije u životu bio znaćajno veći, i kod ove grupe češće je dijagnostikovan Disocijalni poremećaj lićnosti, a u odnosu na grupu ispitanika koji su bili obuhvaćeni ranim medikamentoznim tretmanom, tj. tretmanom koji je započeo pre 8. godine života. Ova druga grupa ispitanika nije se znaćajno razlikovala od kontrolne u stepenu zloupotrebe psihoaktivnih supstanci. Dobijene rezultate istraživaći objašnjavaju tzv. zaštitnim efektom koji je rana medikamentozna terapija imala u odnosu na razvoj problematićnih oblika ponašanja ili, u dijagnostićkom smislu, na razvoj Poremećaja ponašanja, a koji je najčešće prethodnik Disocijalnog poremećaja lićnosti i vodi ka povišenom riziku od zloupotrebe psihoaktivnih supstanci. Biederman et al. (2008) nisu potvrdili teoriju o zaštitnom efektu rane terapije psihostimulansima. Oni rezultate takvih studija objašnjavaju privremenom dobiti koja samo odlaže poćetak zloupotrebe supstanci.

5. POREMEĆAJ PONAŠANJA

5.1 Osnovna obeležja Poremećaja ponašanja

Poremećaj ponašanja predstavlja jedan od najčešćih razloga zbog kojih se deca i adolescenti upućuju u klinike koje se bave mentalnim zdravljem, odnosno u centre za tretman problema u ponašanju, koji podrazumevaju smeštaj deteta i izmeštanje iz primarne porodice sve vreme dok se tretman sprovodi (*Residential Treatment Centers*). Kao objašnjenje za upravo navedeno može da posluži činjenica da deca i adolescenti sa poremećajem ponašanja prouzrokuju veoma značajne probleme svojim porodicama, školi koju pohađaju i široj društvenoj zajednici (Kimonis & Frick, 2006). Poremećaj ponašanja predstavlja za zajednicu najskuplji poremećaj detinjstva i adolescencije i to iz nekoliko razloga: (1) izuzetno je otporan na pokušaje tretmana. Pozitivni ishodi uz najčešće primenjivane oblike tretmana kreću se u opsegu od 20% do 40%; (2) oko 60% dece sa problemima u ponašanju imaju veoma lošu prognozu. Deca sa dijagnostikovanim Poremećajem ponašanja često u odrasloj dobi bivaju uključena u kriminalne radnje, razvijaju simptomatologiju karakterističnu za poremećaje ličnosti, zloupotrebljavaju alkohol i manifestuju niz drugih psihičkih teškoća. Pored toga, imaju izražene zdravstvene probleme, prekidaju školovanje, manifestuju probleme u vezi sa prilagođavanjem uslovima na poslu, u vezi sa bračnom stabilnošću i sa socijalnom integracijom; (3) poremećaj ponašanja prenosi se na narednu generaciju – odrasli koji u svojoj anamnezi imaju poremećaj ponašanja, podižu decu sa naročito visokom prevalencijom problema i poteškoća u ponašanju (Carr, 2003). Rezultati longitudinalnog istraživanja sprovedenog na Novom Zelandu, u kome je učestvovalo 1265 dece koja su rođena krajem sedamdesetih godina prošlog veka i praćena 30 godina, pokazali su da su poremećaji ponašanja dijagnostikovani kod učesnika u istraživanju u periodu detinjstva značajno povezani sa povećanim rizikom za razvoj problema u partnerskim odnosima, uključujući ambivalentnost u odnosima sa partnerom, česte konflikte, partnersko nasilje, i nizak nivo zadovoljstva u intimnim vezama. Pored toga, ozbiljni problemi u ponašanju koji su postojali kod pojedinaca na dečijem uzrastu ili u periodu adolescencije, bili su u

čvrstoj vezi sa kasnijim poteškoćama u podizanju sopstvene dece, uključujući preterane reakcije na dečija ponašanja, nedosledno sprovođenje discipline, fizičko kažnjavanje dece i manjak roditeljske topline i osetljivosti na potrebe deteta (Raudino, Woodward, Ferguson, & Horwood, 2012).

Termin poremećaji ponašanja koristi se u različitim kontekstima i pridaju mu se različita značenja. Pojmovno određenje poremećaja ponašanja predstavlja posebno osetljivo pitanje, pri čemu se mogu razlikovati četiri osnovna pristupa - pravni, medicinski, specijalno-pedagoški i empirijski (Žunić-Pavlović i Pavlović, 2008).

Osnovno obeležje Poremećaja ponašanja jeste ponavljani i trajni model ponašanja kojima su povređena bazična prava drugih ili važnije društvene norme ili pravila koja su primerena tj. očekivana za uzrast (Američka psihijatrijska udruga, 1998; Američka psihijatrijska udruga, 2014). Takav ponavljani i trajni model ponašanja uključuje antisocijalno, agresivno i izazivačko ponašanje (Svetska zdravstvena organizacija, 1992). Ovakvi obrasci ponašanja mogu da imaju biološku, psihološku, pedagošku i socijalnu genezu i izlaze iz okvira opšteprihvaćenih normi ponašanja određene sredine, pri čemu je ponašanje poremećeno u smislu da je agresivno, destruktivno, obmanjujuće i protiv pravila ili devijantno ponašanje (Pejović Milovančević, 2001). Problemi ponašanja kod dece i mladih pokazuju izrazitu stabilnost tokom vremena i mogu da traju sve do odraslog doba, a deca i mladi koji manifestuju problematično ponašanje, pod povećanim su rizikom za kasnije činjenje kriminalnih radnji, za razvoj *Antisocijalnog poremećaja ličnosti* u odraslom dobu i pervazivne poteškoće u socijalnom funkcionisanju (Divac Jovanović i Švrakić, 2016; Mordre, Groholt, Kjelsberg, Sandstad, & Myhre, 2011; Raudino et al., 2012). Iako su mnoga od ponašanja koja karakterišu Poremećaj ponašanja slična bihevioralnim obrascima odraslih sa dijagnozom Antisocijalnog poremećaja ličnosti, ovaj poremećaj je odvojen od navedene dijagnoze, kako bi se istakao veći potencijal za promenu kod mladih (Lewis & Yeager, 2002).

Prevalencija Poremećaja ponašanja u opštoj populaciji kreće se od 1.8% do 16% kod dečaka/momaka, odnosno od 0.8% do 9.2% kod devojčica/devojaka. Procenat zastupljenosti među delinkventnim adolescentima značajno je viši i kreće se od 31% do 100%, što je saglasno argumentima da je Poremećaj ponašanja zapravo sinonim za ozbiljne i različite antisocijalne radnje (Sevecke, Kosson, & Krischer, 2009). U

pojedininim klinikama specijalizovanim za tretman dece i omladine sa emotivnim i biheviornalnim smetnjama, čak 90% svih zabeleženih slučajeva koji se javljaju radi psihijatrijske evaluacije predstavljaju deca i adolescenti sa dijagnozom Poremećaja ponašanja (Karnik & Steiner, 2005). Stopa prevalencije raste od detinjstva prema adolescenciji i uvek je viša kod muškog u odnosu na ženski pol. Prevalencija je podjednaka u različitim zemljama, bez obzira na rasu ili etničku pripadnost (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Međutim, ponekada na povećanu prevalenciju kod pripadnika crne rase i kod adolescenata latino porekla, može da utiče tzv. dijagnostička pristrasnost kliničara, na šta su ukazali Mizock & Harkins (2011) u studiji u kojoj su nastojali da identifikuju faktore koji doprinose tome da se Poremećaj ponašanja u SAD-u često u značajno različitoj meri dijagnostikuje adolescentima pripadnicima različitih rasa. Upravo nedostatak treninga za kulturološku osetljivost, a koji bi bio namenjen kliničarima, te nedovoljno uzimanje u obzir sredinskih stresora koji na drugačiji način utiču na adolescente latino porekla i crne boje kože, predstavljaju faktore od značaja za nastanak dijagnostičke pristrasnosti kliničara. Autori zaključuju da kulturološki osetljive dijagnostičke veštine mogu da budu od ogromnog značaja kliničarima u cilju sprovođenja što preciznijeg postupka procene prisustva problema i poremećaja u ponašanju među adolescentima različitih rasa, što bi za posledicu imalo i smanjivanje broja dijagnostikovanih slučajeva. Na neophodnost uzimanja u obzir kulturoloških različitosti prilikom dijagnostikovanja Poremećaja ponašanja ukazuje se i u DSM-5 (Američka psihijatrijska udruga, 2014), ističući da se ova dijagnoza primenjuje s posebnim oprezom u slučajevima kada dete ili adolescent živi u vrlo opasnoj sredini, sredini sa visokom stopom kriminala i sl. U takvom kontekstu, nepoželjni oblici ponašanja često se manifestuju iz egzistencijalnih razloga.

Kada se govori o broju dečaka i devojčica sa poremećajima u ponašanju, odnos varira od 3:1 do 5:1, što zavisi od uzrasta dece ili adolescenata koji su predstavljali učesnike u istraživanju. Naime, razlika u zastupljenosti poremećaja s obzirom na pol, smanjuje se u adolescenciji, jer se stopa zastupljenosti među devojčkama povećava. Često objašnjenje za ovu pojavu jeste da devojčice na ranom uzrastu bivaju dijagnostikovane u manjem broju slučajeva iz razloga što manifestuju mnogo manje tzv. otvorene agresivnosti, a sklonije su korišćenju socijalnog sistema i pobuđivanju neprijatnih

afektivnih stanja kod osobe kojoj žele da nanese neku štetu, te će npr. da pribegavaju izbegavanju te osobe ili njenom isključivanju iz grupe. Zbog upravo navedenog, često se smatra da je stopa zastupljenosti poremećaja u ponašanju kod devojčica na ranom uzrastu zapravo veštački niža u odnosu na stopu koja se beleži u adolescenciji (Karnik & Steiner, 2005).

U istraživanju iz 2011. godine na uzorku od preko šest hiljada ispitanika iz opšte populacije (prosečne starosti 30 godina), ispitivano je postojanje polnih razlika u uticaju genetskih i sredinskih faktora na razvoj poremećaja u ponašanju u detinjstvu i antisocijalnog ponašanja u odraslom dobu. Rezultati ove studije pokazali su da su i genetski i sredinski faktori bili različiti uzimajući u obzir pol ispitanika, kada je u pitanju uticaj na razvoj poremećaja u ponašanju u detinjstvu, ali takve razlike nisu utvrđene, odnosno polno specifični uticaji nisu postojali kada je u pitanju antisocijalno ponašanje u odraslom dobu. Postojanost, tj. trajnost antisocijalnih oblika ponašanja od detinjstva ka odraslom dobu, bila je neznatno veća kod muških nego kod ženskih ispitanika. Faktori iz domena porodice u značajno većoj meri su objašnjavali trajnost antisocijalnih ponašanja kod muškaraca nego kod žena iz uzorka, dok su genetski faktori u jednakoj meri objašnjavali ovaj fenomen kod oba pola. Genetski uticaj na antisocijalno ponašanje u odraslom dobu u potpunosti se preklapa sa genetskim uticajem na probleme u ponašanju u detinjstvu, takođe kod oba pola (Meier, Slutske, Heath, & Martin, 2011).

5.2 Mehanizmi nastanka i razvoja Poremećaja ponašanja

Više je teorija koje pokušavaju da objasne nastanak tj. razvoj poremećaja u ponašanju. Sve one mogu da se grupišu u četiri velike grupe: biološke teorije, psihodinamske teorije, teorije socijalnog učenja i teorije sistema. Biološke se fokusiraju na ulogu genetskih faktora, hormona, izmenjenog kapaciteta za reagovanje na pozitivna potkrepljenja, te na neuropsihološke deficite. Klasične psihodinamske teorije ističu značaj poremećenog afektivnog vezivanja ili osiromašenog super-ega. Od posebnog značaja za razvoj i održavanje poremećaja ponašanja prema teorijama socijalnog učenja jesu učenje po modelu i porodične interakcije koje se zasnivaju na prisili ili prinudi.

Teorije sistema naglašavaju ulogu porodice kao sistema, društvene mreže u kojoj se dete kreće, te društvenog sistema u celini (Carr, 2003). Kako je Poremećaj ponašanja povezan sa većim brojem faktora rizika (Karnik & Steiner, 2005; Morgan et al., 2016; Popović-Ćitić i Popović, 2009), fokusiranje samo na jedan od njih je neodgovarajući način za objašnjenje nastanka i razvoja samog poremećaja. Etiološke teorije bi trebalo da integrišu dispozicione sa kontekstualnim faktorima rizika, a najčešće se, u cilju integracije uticaja većeg broja riziko faktora, istraživači pozivaju na *perspektivu kumulativnog rizika* koja naglašava broj, a ne vrstu, postojećih riziko faktora – rizik za razvoj poremećaja u ponašanju linearno se povećava kako se povećava broj faktora rizika. Sledeća moguća perspektiva za objašnjenje delovanja većeg broja rizičnih faktora jeste *interakcionistička perspektiva*, prema kojoj određeni faktor može da bude rizičan u određenoj meri kada se posmatra samostalno, ali se njegova rizičnost povećava kada je kombinovan, tj. u interakciji sa nekim drugim riziko faktorima. Kao treći mogući način objašnjenja multifaktorske etiologije navodi se prepoznavanje većeg broja faktora koji mogu da budu uključeni u razvoj problema ponašanja, koji deluju zajednički, pri čemu svaki ima svoj specifičan uticaj na nastanak problema, po kome se jasno razlikuje od ostalih (Kimonis & Frick, 2006).

Na polju poremećaja sa nasilničkim tj. remetilačkim ponašanjem, problemi u ponašanju (termin kojim se u stručnoj literaturi često označavaju ponašanja koja karakterišu Poremećaj ponašanja) predstavljaju najozbiljnije i najkompleksnije oblike devijantnih ponašanja. Istraživanja koja se bave razvojem ovakvih oblika ponašanja često su se fokusirala na uzrast početka manifestovanja problematičnih ponašanja kao važan činitelj daljeg toka i prognoze. U vezi sa navedenim, govorimo o poremećajima u ponašanju sa početkom u detinjstvu (rani početak), odnosno o poremećajima u ponašanju sa početkom u adolescenciji (kasni početak). Za decu sa ranim početkom manifestovanja problema u ponašanju, prognoza je loša, a problematična ponašanja su visoko otporna na pokušaje tretmana. Za grupu dece sa kasnim početkom karakteristično je da se uključuju u grupe vršnjaka sa problematičnim oblicima ponašanja najčešće zbog nedovoljne kontrole od strane roditelja, ali su istovremeno otporniji na uticaj takvih grupa zbog adekvatnijih strategija suočavanja sa problemima koje su razvili na ranijem uzrastu, pa je i prognoza za ovu grupu dece bolja (Bloomquist, 2006; Wilmshurst, 2005).

Za probleme u ponašanju, kako navodi Carr (2003), ili može jasno da se identifikuje polazna tačka povezana sa specifičnim precipitirajućim događajem, ili ovakvi problemi mogu da imaju takav početak gde obrazac normalnog prkosa i neposlušnosti prerasta u poremećaj ponašanja u svom najizraženijem obliku. Za drugu varijantu je karakteristično da je u osnovi poremećaja ponašanja duboko ukorenjeni obrazac neefikasnog roditeljstva, koji obično postoji u visoko disfunkcionalnim porodicama. Četiri glavne grupe događaja koji mogu da se posmatraju kao precipitirajući faktori pojave ozbiljnog poremećaja ponašanja su (faktori koji provociraju nastanak problema, odnosno prethode kliničkim znacima početka poremećaja):

- bolest ili povreda (naročito povreda mozga);
- značajno stresni životni događaji;
- promene u životnom ciklusu porodice (naročito početak adolescentnog perioda);
- promene u detetovoj društvenoj mreži.

U stresne životne događaje ubrajaju se finansijski problemi porodice deteta, iznenadan gubitak posla jednog od roditelja, ozbiljne bolesti članova porodice, preseljenje porodice, promene u sastavu porodice uključujući i gubitke (smrt člana porodice, razvod roditelja) i proširenje porodice (rođenje brata ili sestre, usvojenje deteta, situacija kada se porodici priključuje očuh ili maćeha). Različiti su mehanizmi putem kojih stresni životni događaji provociraju početak manifestovanja problema u ponašanju. Dete može stresni događaj da percipira kao preteći po njegovu sigurnost i bezbednost i tada razvija probleme u ponašanju u cilju osnaživanja sopstvenih kapaciteta. S druge strane, problemi u ponašanju kod deteta mogu da se razvijaju i učvršćuju i zbog nemogućnosti roditelja da se nose sa zahtevima novonastale situacije, te u tom slučaju roditelji doživljavaju da nemaju dovoljno energije da se nose sa detetovim nepoželjnim ponašanjem. Posledično, roditelji bivaju uključeni u takve obrasce interakcije sa detetom koji potkrepljuju detetovo problematično ponašanje (Carr, 2003).

Početak adolescencije jeste faktor koji može da utiče na razvoj poremećaja ponašanja u situacijama kada se adolescent uključuje u vršnjačke grupe sklone devijantnim oblicima ponašanja kao što su upotreba droga ili krađe. Ulaskom u adolescenciju kod mlade osobe se povećava osećaj nezavisnosti, te može da bira između većeg broja vršnjačkih grupa od kojih su neke sa članovima koji se uključuju u devijantne

antisocijalne aktivnosti. Ukoliko je adolescent i na mlađem uzrastu manifestovao neke od problema u ponašanju i zbog istih bio odbijen od strane vršnjaka koji se ne uključuju u devijantne radnje, vrlo je verovatno da će tragati za i tražiti odobrenje od strane devijantnih grupa vršnjaka sa kojima se identifikuje i u kojima će moći da manifestuje problematične oblike ponašanja. U slučaju kada adolescent želi da bude prihvaćen od strane vršnjačke grupe koja je uključena u devijantne oblike ponašanja, a pre toga je manifestovao ne tako ozbiljne oblike problema u ponašanju, počće da se uključuje u antisocijalne radnje i aktivnosti usled konformiranja i povinovanja grupnom socijalnom pritisku. Adolescenti u vršnjačkim grupama sa problematičnim formama ponašanja se međusobno ohrabruju na činjenje antisocijalnih aktivnosti, čime ovakva ponašanja postaju naročito čvrsta i otporna na pokušaje tretmana i modifikacije (Bloomquist, 2006; Carr, 2003).

Manifestovanje problematičnih oblika ponašanja u vezi je i sa kvalitetom privrženosti, tj. afektivne vezanosti koja je postojala na najranijem uzrastu između deteta i osobe koja se za dete brinula (roditelj, staratelj ili neka druga tzv. zamenska figura). Poremećaji u razvoju privrženosti predstavljaju osnovu za formiranje poremećaja u emocionalnom razvoju, što dalje može da generiše, između ostalog, i reaktivne poremećaje ponašanja. U takve poremećaje ponašanja spadaju impulsivnost praćena naglašenim motornim nemirom, reaktivna agresivnost (neposlušnost, perzistirajuća ljutnja, fizička agresivnost), nedostatak stida i sl. Tokom adolescencije, ovi problemi u ponašanju mogu da se razviju u antisocijalne oblike ponašanja kao što su krađe, skitnja, bežanje od kuće, nasilničko ponašanje, maloletnička delinkvencija, upotreba psihoaktivnih supstanci (Minde & Minde, 2002; Nietzel et al., 2002; Stefanović, 2011). Deca koja su doživela različite oblike nesigurne privrženosti mogu da predstavljaju rizičnu grupu za kasniji razvoj različitih poremećaja. Dezorganizovani/nediferencirani oblik privrženosti jeste taj koji može da bude povezan sa kasnijim dečijim agresivnim ponašanjem. Takva deca mogu da imaju izraženu potrebu da varaju druge, povređuju slabije, budu okrutni prema životinjama, uništavaju imovinu i da manifestuju različite oblike bizarnih ponašanja. Međutim, važno je istaći da razvoj određenog oblika privrženosti tj. afektivne vezanosti na najranijem uzrastu zavisi i od temperamenta deteta, što bi značilo da interakcija roditelj-dete podjednako zavisi i od roditelja i od deteta, a

dečija psihopatologija može da bude posmatrana i kao uzrok i kao posledica (Stefanović, 2011).

5.3 Faktori održavanja Poremećaja ponašanja

Prema Carr-u (2003) faktori koji utiču na održavanje problematičnih obrazaca ponašanja koji čine Poremećaj ponašanja, mogu da budu razvrstani u dve velike grupe. Prvu grupu čine personalni ili faktori ličnost, a drugu kontekstualni faktori.

U grupu personalnih faktora spadaju poteškoće u socijalnom učenju usled niskog nivoa pobuđenosti, odsustvo unutrašnjeg radnog modela sigurnog afektivnog vezivanja, nezreli mehanizmi odbrane, disfunkcionalne strategije prevladavanja i dr. U vezi sa poteškoćama u socijalnom učenju, mladi sa problematičnim obrascima ponašanja mogu, s jedne strane, da budu posebno neosetljivi na kaznu, te manifestuju poteškoće da nauče da izbegavaju i da se uzdržavaju od nepoželjnih oblika ponašanja, a sa druge strane, mogu istovremeno da budu neosetljivi na pozitivno potkrepljenje, pa manifestuju poteškoće u razvijanju prosocijalnih ponašanja. Odsustvo unutrašnjeg radnog modela sigurnog afektivnog vezivanja koje je praćeno hostilnom atribucionom pristrasnošću (kada se nejasno i dvosmisleno socijalno ponašanje drugih obavezno tumači kao namerna agresija) i slabo razvijenim veštinama rešavanja socijalnih problema, sprečavaju mlade da razviju odnose sa drugima koji se baziraju na poverenju, saradnji i odanosti. Upravo nesposobnost razvijanja takvih odnosa sa drugima utiče na održavanje problema u ponašanju, na taj način što mladi bivaju kontinuirano isključivani iz vršnjačkih grupa koje ne manifestuju patološke bihevioralne obrasce, i primoravani da ponavljano ulaze u devijantne socijalne grupe. Korišćenje nezrelih odbrambenih mehanizama (premeštanje besa, projekcija i sl.), utiče na održavanje problema ponašanja tako što generiše konfliktne relacije sa roditeljima, vršnjacima, nastavnicima ili profesionalcima koji pružaju pomoć mladima sa problematičnim ponašanjem. Kako navode Kimonis & Frick (2006), mladi sa problemima u ponašanju, koji tipično započnu sa negativnim socijalnim razmenama u ranom detinjstvu u odnosu prema roditeljima, kasnije nastavljaju sa takvom vrstom razmene i prema nastavnicima, te u odnosima sa vršnjacima. Na održavanje

problematičnih oblika ponašanja mogu da utiču i disfunkcionalne strategije prevladavanja, kao što je korišćenje psihoaktivnih supstanci u cilju redukcije negativnog raspoloženja, a naročito ukoliko se razvije sindrom zavisnosti jer mladi tada mogu ponavljano da se izlažu rizičnim situacijama kako bi obezbedili novčana sredstva za nabavku droge i tako sprečili pojavu simptoma apstinencijalne krize (Carr, 2003; Wilmshurst, 2005).

Problemi u ponašanju mogu da budu održavani i zahvaljujući delovanju velikog broja kontekstualnih faktora. U ovu grupu ubrajaju se problematični odnosi između roditelja i deteta, lični problemi roditelja, visoki nivoi stresa i nizak nivo podrške u širem socijalnom sistemu, različiti faktori koji se tiču obrazovnog konteksta, izostanak saradnje između roditelja i profesionalaca koji pomažu detetu i dr. Tzv. faktori rizika u zajednici (npr. loši uslovi stanovanja, siromaštvo, prenaseljenost, značajno veći broj antisocijalnih u odnosu na prosocijalne strukturirane aktivnosti – npr. organizovani kriminal i prodaja narkotika u odnosu na neakademske školske aktivnosti i aktivnosti u okviru crkve), kako navode Karnik & Steiner (2005), nisu važni samo za nastanak i razvoj poremećaja u ponašanju i delinkventnih oblika ponašanja, već igraju značajnu ulogu i u održavanju istih, a mogu i da povećaju incidenciju nekih drugih oblika psihopatologije.

Kada se govori o problematičnim odnosima između roditelja i deteta misli se na odnose u kojima se detetu ne pruža odgovarajući nivo podrške i gde su pravila ili nedovoljno jasna ili se ne primenjuju u dovoljnoj meri. To su odnosi roditelja i deteta koji podrazumevaju nesigurnu privrženost, „prinudnu interakciju“, nenamerno potkrepljivanje nepoželjnih oblika ponašanja, a roditeljski stil odlikuje odsustvo jasnih očekivanja vezanih za ponašanje deteta, grubost, izostanak topline i prihvatanja, nedoslednost ili nemar (Carr, 2003; Falk & Lee, 2012; Johnston, Murray, Hinshaw, Pelham Jr., & Hoza, 2002; Popović-Ćitić i Popović, 2009; Wilmshurst, 2005). U tom slučaju, detetova najbliža okolina ne pruža mogućnosti za pozitivnu identifikaciju i ne pobuđuje mehanizme koji determinišu ispravan odnos prema sebi i društvu u celini, a dete tako dosledno razvija svoje potencijale u pogrešnom smeru (Lebedina Manzoni, 2007). Porodice koje karakteriše konfuznost u komunikaciji, triangulacija, haotična porodična organizacija i problemi u roditeljskom sistemu, predstavljaju značajan faktor održavanja problema u ponašanju deteta (Carr, 2003; Lorber & Egeland, 2011). Lični problemi

roditelja kao što su problemi u psihičkom funkcionisanju, pogrešna uverenja o dečijem razvoju i o upravljanju nepoželjnim oblicima ponašanja, nizak doživljaj roditeljske samoefikasnosti, spoljašnji lokus kontrole i nisko samopouzdanje, generišu nedostatak ličnih resursa za dosledno vaspitavanje deteta i za doslednu brigu i razumevanje, što doprinosi održavanju problematičnih oblika ponašanja deteta.

Brojni su faktori koji utiču na održavanje problema u ponašanju, a tiču se obrazovnog konteksta. Školski neuspeh jeste skoro redovna propratna pojava poremećaja u ponašanju, pri čemu je često teško jasno razaznati šta je čemu uzrok, a šta je posledica (Lebedina Manzoni, 2007). S jedne strane, mladi sa poremećajima u ponašanju neopravdano izostaju iz škole i ne pridaju dovoljnu pažnju školovanju i školskim obavezama, te na taj način doprinose niskom školskom postignuću. S druge strane, mladi mogu da su ograničenih opštih sposobnosti ili da imaju neki od specifičnih razvojnih poremećaja školskih veština, te manifestuju poteškoće u usvajanju predviđenog školskog gradiva. U oba slučaja, nezadovoljavajuće školsko postignuće prouzrokuje osujećenje i nezadovoljstvo u vezi sa školom i obrazovnim kontekstom, što se manifestuje kroz problematično ponašanje (Carr, 2003). Dakle, iskustvo neuspeha, pre nego odsustvo sposobnosti, povećava rizik za manifestovanje problematičnih oblika ponašanja i doprinosi njihovom održavanju (Morgan et al., 2016; Popović-Ćitić i Popović, 2009). Pored navedenog, deca sa poremećajima u ponašanju često remete nastavni proces i onemogućavaju redovno odvijanje nastave, čime se drugim učenicima uskraćuje pravo da budu u okruženju koje doprinosi učenju, a istovremeno je često ugrožena i njihova bezbednost (Kimonis & Frick, 2006.) U svim navedenim situacijama, ukoliko škola nije organizovana tako da ima razvijene procedure koje se tiču rada sa učenicima sa lošim školskim postignućem i sa problemima u ponašanju, već se sa navedenim problemima suočava tako što isključuje ili donosi odluku o prepisu učenika u drugu školu, dete će biti samo dodatno potkrepljeno da nastavi da manifestuje probleme u ponašanju.

U slučaju kada je dete ili adolescent sa poremećajem u ponašanju upućeno na tretman, daljem održavanju poremećaja može da doprinese i situacija u kojoj roditelji i profesionalac, odnosno stručnjak koji pomaže detetu, ne uspeju da razviju dobar „radni savez“. Navedeno može da se desi iz nekoliko razloga – roditelji mogu da poriču postojanje problema u ponašanju svoga deteta; mogu da odbijaju da prihvate predloženi

plan tretmana; kod roditelja može da se stvori konfuzija zbog nedovoljne koordinacije između različitih profesionalaca uključenih u proces tretmana (socijalni radnik, nastavnici, radnici na području maloletničkog pravosuđa i dr.); ukoliko se roditelji ranije nisu susretali sa sličnim problemima, mogu da se oseće preplavljeni izazovom pred kojim se nalaze; kada su i sami roditelji iz porodica u kojima su bili dominantno zastupljeni nepoželjni i problematični obrasci ponašanja, može se desiti da će biti ambivalentni u vezi sa učestvovanjem u tretmanu (Carr, 2003).

5.4 Protektivni faktori i prevencija Poremećaja ponašanja

Koncept protektivnih faktora postaje sve značajniji element preventivnih nastojanja. Protektivni faktori predstavljaju činioce koji pomažu deci da, uprkos neprijatnim, hronično stresogenim i traumatskim iskustvima, ne manifestuju simptome psihosocijalnih poremećaja (Mikuš-Kos, 1992). Protektivne, kao i faktore koji održavaju problematično ponašanje dece i adolescenata, možemo razvrstati u dve velike grupe – grupu personalnih i grupu kontekstualnih faktora (Carr, 2003). Personalni protektivni faktori ili faktori detetove ličnosti su, pre svega, visoke intelektualne sposobnosti i dobre veštine rešavanja problema. U ovu grupu ubrajaju se i prijatne karakteristike temperamenta, visok doživljaj samoefikasnosti, unutrašnji lokus kontrole, optimističan atribucioni stil, pozitivna samoprocena, fizičko zdravlje, korišćenje zrelih odbrambenih mehanizama i funkcionalnih strategija suočavanja. Navedeni faktori deluju na pojedinca putem različitih mehanizama.

Kontekstualni protektivni faktori mogu da se posmatraju posebno u domenu porodice i posebno u domenu šire socijalne mreže (Mikuš-Kos, 1992). Porodični protektivni faktori obuhvataju međusobnu povezanost članova porodice i upućenost jednih na druge, podršku roditelja, dobru roditeljsku prilagodljivost, jasno postavljena pravila ponašanja, dobar, tj. blizak odnos deteta ili adolescenta sa makar jednim roditeljem koji pruža toplinu i prati detetove aktivnosti, mogućnosti za prosocijalno angažovanje u porodici i priznanja za takav vid angažovanja (Berk, 2015; Carr, 2003; Đorđić, Damjanović i Šćepanović, 2015). Kod mladih koji su više vezani za članove

svoje porodice manja je verovatnoća za nastanak poremećaja u ponašanju. Pored toga, mladi koji imaju mogućnosti za prococijalno angažovanje u porodici, pre će se angažovati u tim aktivnostima, a na takav vid angažovanja utiču i priznanja, tj. nagrade za prosocijalni angažman (Đorđić, Damjanović i Šćepanović, 2015).

Podrška šire socijalne mreže danas je dokazani protektivni faktor. Suportivnu mrežu mogu da čine šira porodica, saradnici, porodični prijatelji, susedi, verska zajednica i dr. Značajna je i socijalna mreža samog deteta. Dobri odnosi sa vršnjacima su jedan od identifikovanih protektivnih faktora za razvoj problema u ponašanju. Zbog navedenog, brojni preventivni programi fokusirani su na razvoj socijalnih veština koje omogućavaju detetu da se primereno ponaša u vršnjačkoj grupi i da na taj način pridobija njihove simpatije i podršku (Carr, 2003; Mikuš-Kos, 1992). Posebne protektivne mogućnosti u prevenciji problema u ponašanju i drugih psihopatoloških fenomena na dečijem i adolescentnom uzrastu nalaze se u okviru institucija obrazovno-vaspitnog sistema (Marić, 2013; Mikuš-Kos, 1992). Među opšte uslove u okviru organizovanog obrazovno-vaspitnog rada koji doprinose prevenciji problema psihičke prirode i unapređenju mentalnog zdravlja dece i adolescenata ubrajaju se: negovanje podržavajućih odnosa, atmosfera poverenja i tolerancije, poštovanje ličnosti deteta, uvažavanje individualnih razlika među decom, podsticanje razvojnih potencijala deteta putem individualizovanog pristupa svakom detetu, podsticanje saradnje i timskog rada (Marić, 2013).

Primena preventivnih programa koji su jasno usmereni na osnaživanje protektivnih, a redukciju rizičnih faktora doprinosi pozitivnom razvoju dece i adolescenata, a upravo na ovom konceptu počivaju savremena saznanja o prevenciji. Programi prevencije problematičnih oblika ponašanja mogu da se realizuju u nekoliko životnih domena (npr. među vršnjacima, u porodičnom okruženju, u školi ili kroz aktivnosti u široj društvenoj zajednici). Ovakvi programi mogu da budu namenjeni ili opšto populaciji, ili samo onima koji su bili izloženi dejstvu faktora rizika, ili pak pojedincima i grupama kod kojih je već došlo do razvoja nekih od problematičnih oblika ponašanja. U vezi sa navedenim možemo da govorimo o univerzalnom, selektivnom i indikovanom nivou na kom se realizuju preventivni programi (Đorđić, Damjanović i Mandić, 2016; Mihić i Bašić, 2008). Marković, Popović-Ćitić, Popović, i Stanojević (2014) evaluirali su efekte *Programa prevencije problema u ponašanju učenika*. U

pitanju je program univerzalnog nivoa delovanja, koji se realizuje u 20 osnovnih škola u Beogradu, a evaluacija efekata ovog programa ukazuje na pozitivne ishode, kako kada je u pitanju znanje, tako i u vezi sa veštinama učenika.

5.5 Tretman Poremećaja ponašanja

Kao i kada je u pitanju ADHD, i kod Poremećaja ponašanja pored neposrednog rada sa decom i mladima kojima je dijagnostikovao Poremećaj ponašanja, od velikog značaja je rad sa porodicom, savetovanje i edukacija roditelja i organizovanje treninga za roditelje ili porodice. Kako su u poglavlju o tretmanu ADHD-a iznete suštinske odlike koje važe i za tretman problematičnih oblika ponašanja, na ovom mestu posebna pažnja biće posvećena samo specifičnostima psihoterapije u radu sa decom i mladima sa Poremećajem ponašanja, te tretmanu koji se odvija u strogo kontrolisanim uslovima u centrima za modifikaciju problematičnih oblika ponašanja.

5.5.1 Psihoterapijske intervencije

Kada se kognitivno-bihevioralna psihoterapija primenjuje u radu sa decom i mladima sa Poremećajem ponašanja, osnovni cilj jeste ovladavanje kognitivnim tehnikama koje ovoj populaciji dece nedostaju, a koje će im pomoći u redukovanju devijantnih bihevioralnih obrazaca. Pretpostavlja se da će postizanje ovog cilja generisati sledeće pozitivne promene: modifikovanje impulsivnog i egocentričnog mišljenja, promišljanje o akcijama pre nego što se krene sa preduzimanjem istih, ovladavanje kognitivnom veštinom posmatranja radnji kroz njihove posledice, razvijanje empatije, olakšavanje konceptualizacije alternativnih puteva u rešavanju interpersonalnih problema i sl. U radu sa ovom decom, a kao oblik praktične primene tehnika kognitivno-bihevioralne psihoterapije, primenjuju se i trening kritičkog mišljenja i podučavanje u veštinama pregovaranja (Pejović Milovančević, 2001). Kod dece i mladih sa Poremećajem ponašanja postoje deficiti u vezi sa preradom socijalnih informacija, odnosno u vezi sa načinom na koji se socijalni stimuli kodiraju i interpretiraju, te oni

često nedovoljno jasne, ili čak i po njih same neutralne situacije sa vršnjacima, interpretiraju kao neprijateljske, što posledično vodi ka manifestovanju nepoželjnih oblika ponašanja. Terapeut u ovakvim situacijama ima vrlo aktivnu ulogu – on je model za sposobnosti kojima podučava dete ili adolescenta, osmišljava i realizuje igranje uloga koje se odnosi na socijalne situacije, pomaže i ohrabruje prilikom primene naučenog, potkrepljuje za adekvatno korišćenje novostečenih socijalnih veština i sl. (Essau & Conradt, 2006).

Razvijeni su različiti programi ili treninzi koji su namenjeni deci koja manifestuju problematične oblike ponašanja, a koji se baziraju na principima kognitivno-bihevioralne terapije (npr. Bloomquist, 2006; Petermann & Petermann, 2010). I predstavnici psihodinamskih psihoterapijskih pravaca bave se tretmanom poremećaja ponašanja. Psihodinamski orijentisana psihoterapija poremećaja ponašanja polazi od pretpostavke da su u osnovi ovog poremećaja poremećeni objektni odnosi, pa će upravo korekcija ranog doživljavanja roditeljskog objekta generisati i uspeh u tretmanu. Krajnji cilj takvog psihoterapijskog tretmana bio bi omogućiti detetu sa problemima u ponašanju da, kroz introjeksiju dobrih objekata, stvori zreliji superego i ego-ideal (Čiček i Nikolić, 1992).

5.5.2 Centri za decu sa ozbiljnijim problemima u ponašanju

Deca i adolescenti sa problemima u ponašanju mogu da budu uključeni u različite vidove tretmana, od najmanje restriktivnih (kakvi su vanbolnički, odnosno dispanzerski tretmani koji podrazumevaju viđanje sa terapeutom u zakazanim terminima) do onih koji su maksimalno restriktivni (npr. tretmani u centrima tj. ustanovama u kojima dete biva smešteno sve vreme sprovođenja programa) (Wilmshurst, 2005). Centri u kojima se sprovode programi usmereni na modifikaciju problematičnih oblika ponašanja pokazali su se kao efikasni, ali, najčešće, samo dok deca borave u njima, ali ne i u vezi sa smanjenjem stope recidiva nakon što bi se dete ili adolescent vratio u zajednicu. Centre u kojima su registrovani pozitivni pomaci u ponašanju kod dece koja borave u njima, odlikovala su sledeća obeležja: strogost, ali zajedno sa toplinom, sa visokim očekivanjima odgovarajućih oblika ponašanja, disciplinom koja nije podrazumevala kažnjavanje, te sa praktičnim pristupom uvežbavanju onih veština koje se smatraju

poželjnim (Wenar, 2003). Shabat, Lyons, & Martinovich (2008) ispitivali su ishode tretmana dece i adolescenata sa dijagnostikovanim Poremećajem ponašanja koji su bili smešteni u centrima. Uzorak su činili deca i mladi uzrasta od 6 do 20 godina iz 50 centara u državi Illinois, SAD, koji su podeljeni u dve grupe – grupu onih sa dijagnostikovanim Poremećajem ponašanja i grupu onih bez dijagnoze Poremećaja ponašanja. Poseban multidisciplinarni tim je sprovodio procenjivanje učesnika u istraživanju u roku od 30 dana po prijemu u ustanovu, 7 meseci nakon prijema, i prilikom otpusta. Procenjivano je bihevioralno i kognitivno funkcionisanje učesnika u istraživanju pomoću skala procene, a zavisne varijable bile su i redovnost pohađanja škole i tip otpusta iz ustanove (da li se dete, tj. adolescent otpušta s preporukom da se sa tretmanom nastavi u manje, više ili podjednako restriktivnim uslovima). Svi učesnici u istraživanju razvrstani su u 4 uzrasne grupe: od 6 do 11 godina, od 12 do 14 godina, od 15 do 17 godina, i od 18 godina i stariji. Rezultati su pokazali da su tokom prvog meseca obe grupe ispitanika reagovala slično na tretman. Međutim, nakon 7 meseci, grupa onih sa dijagnostikovanim Poremećajem ponašanja pokazala je značajnije poboljšanje i bolje ishode u odnosu na drugu grupu u svim ispitivanim domenima, osim u vezi sa redovnošću pohađanja škole. Grupa dece i adolescenata sa dijagnostikovanim Poremećajem ponašanja manifestovala je značajnije poboljšanje u vezi sa simptomima depresivnosti, sa kognitivnim funkcionisanjem, opštim zdravstvenim stanjem i interpersonalnim odnosima, u odnosu na grupu onih bez dijagnoze Poremećaja ponašanja. Pored toga, kod grupe sa dijagnostikovanim Poremećajem ponašanja zabeležena su značajna poboljšanja u globalnom psihičkom funkcionisanju i u interpersonalnim odnosima u periodu od prijema do otpusta iz ustanove. S druge strane, postojanje dijagnoze Poremećaja ponašanja bilo je povezano sa većom verovatnoćom da će dete ili adolescent biti otpušten iz ustanove uz preporuku restriktivnijeg nastavka tretmana, odnosno smeštaja u drugu ustanovu. Kada je u pitanju uzrast kao varijabla čiji je uticaj takođe proveravan, rezultati su pokazali da raniji početak manifestovanja simptomatologije karakteristične za Poremećaj ponašanja jeste u vezi sa lošijim ishodima tretmana u centrima. Naime, kod najmlađe grupe (uzrast od 6 do 11 godina) zabeleženo je značajno pogoršanje kod grupe sa Poremećajem ponašanja u odnosu na grupu bez poremećaja, a u vezi sa školskim postignućem.

6. POREMEĆAJ U VIDU PROTIVLJENJA I PRKOSA

6.1 Osnovna obeležja

Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa (ODD) karakteriše trajno negativno, neprijateljsko, prkosno, provokativno i rušilačko ponašanje koje je van okvira ponašanja koje se smatra očekivanim za dete istog uzrasta i iste sociokulturne sredine, ali koje ne uključuje ozbiljnija narušavanja prava drugih. Negativističko, tj. suprotstavljajuće ponašanje manifestuje se kroz perzistirajuću tvrdoglavost, otpor prema zahtevima, nespremnost na kompromise, na popuštanje ili na pregovaranje sa odraslima ili vršnjacima (Američka psihijatrijska udruga, 1998; Svetska zdravstvena organizacija, 1992).

Suprotstavljajuće ponašanje deteta koje je karakteristično za ovaj poremećaj, jeste namerno oglašavanje na roditeljske zahteve, njihova uputstva i zabrane. Važno je naglasiti da je u pitanju namerno suprotstavljajuće ponašanje jer dete može da bude neposlušno i iz nekih drugih razloga, a ne samo zbog suprotstavljanja autoritetu. Deca sa ODD dijagnozom često i aktivno prkose i inate se odraslima, gnevna su, ozlojeđena, lako se naljute na druge i često krive druge za sopstvene greške (Wenar, 2003).

Osnovno distinktivno obeležje Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa u odnosu na Poremećaj ponašanja jeste odsustvo ozbiljnijih antisocijalnih ili agresivnih akata koji narušavaju zakone i bazična prava drugih, koji se manifestuju kroz krađe, surovost, zastrašivanje, napastvovanje i destruktivnost (Svetska zdravstvena organizacija, 1992; Wenar, 2003), odnosno nema fizičke agresije u ponašanju, a koja jeste prisutna u opisima ponašanja dece sa Poremećajem ponašanja (Američka psihijatrijska udruga, 1998). Dakle, iako ovaj poremećaj jeste u grupi Poremećaja sa nasilničkim ponašanjem, nasilničko ponašanje koje ga karakteriše nije ozbiljno u tom smislu da uključuje agresiju prema ljudima i životinjama, uništavanje imovine, krađe i prevare.

U vezi sa navedenim, a razmatrajući razvojne obrasce koji se tiču antisocijalnog ponašanja dece i adolescenata, Dishion i Patterson (2006) povlače paralelu između određenih formi antisocijalnog ponašanja u zavisnosti od uzrasta na kome se manifestuju

i Poremećaja ponašanja, odnosno Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa. Neposlušnost, napadi besa i suprotstavljanje su oblici antisocijalnog ponašanja karakteristični za *rano detinjstvo*. Otvoreno (fizička i verbalna agresivnost, reaktivna agresija - podrazumeva reakciju na neprijatna iskustva i frustracije, i izazvana je ljutnjom generisanom zbog osujećenja deteta) i prikriveno (krađe, proaktivna ili instrumentalna agresija - podrazumeva povezivanje sa drugim agresivnim vršnjacima, to je agresija koja je isplanirana, odnosno s predumišljajem i koju karakteriše izostanak osećanja krivice) antisocijalno ponašanje i agresija usmerena ka vršnjacima (širenje glasina, odbacivanje iz grupe, manipulativni odnosi koji štete i prouzrokuju patnju kod drugih) jesu oblici antisocijalnog ponašanja karakteristični za *srednje detinjstvo*, a *adolescenciju* karakterišu sledeći antisocijalni oblici ponašanja: delinkvencija (ponašanja koja se smatraju ilegalnim i koja, često, uključuju žrtvu), korišćenje psihoaktivnih supstanci i visoko rizični oblici seksualnog ponašanja. Antisocijalna ponašanja ili problematična ponašanja koja se javljaju u ranom detinjstvu i određeni oblici takvih ponašanja koji se javljaju u srednjem detinjstvu autori povezuju sa Poremećajem u vidu protivljenja i prkosa, dok antisocijalna ponašanja karakteristična za srednje detinjstvo i adolescenciju mogu da se povežu sa Poremećajem ponašanja.

Kvalitet interakcije između roditelja i deteta predstavlja posebno značajan faktor u razvoju svakog pojedinca (Carr, 2003; Juul, 2008; Popović-Čitić i Popović, 2009; Wilmschurst, 2005). Često se u porodicama u kojima je dete sa dijagnostikovanim Poremećajem u vidu protivljenja i prkosa uočava tzv. *obrazac prinudne interakcije između roditelja i deteta*, gde je roditelj negativno potkrepljen (negativno potkrepljenje podrazumeva uklanjanje nečega što se doživljava kao averzivna draž), a dete je pozitivno potkrepljeno („teorija prisile“ ili „zamka potkrepljivanja“). Naime, dete kome je dijagnostikovao ovaj poremećaj može da bude do te mere „teško“ za roditelje, da oni, na kraju, popuštaju. U ovom slučaju, roditelj je negativno potkrepljen jer je detetovo neprijatno ponašanje zaustavljeno ili izbegnuto, a dete je pozitivno potkrepljeno jer je dobilo ono što je želelo i na čemu je insistiralo svojim neprihvatljivim i neprimerenim ponašanjem, ili je uspeo da izbegne nešto što nije želelo. Ukoliko se ovakav obrazac interakcije učestalo ponavlja, detetovo prkosno i suprotstavljajuće ponašanje postaje čvrsto ukorenjeno (Bloomquist, 2006). U američkom istraživanju povezanosti ozbiljnosti

ODD simptomatologije, s jedne strane, i negativnih aspekata roditeljstva (nedosledno vaspitavanje i oštro kažnjavanje) i statusa u vršnjačkoj grupi, s druge strane, na uzorku od 169 dece uzrasta od 5 do 10 godina, istraživači su došli do sledećih rezultata: postoji uzajaman uticaj loših roditeljskih ponašanja i statusa u vršnjačkoj grupi, tako da je kod dece koja su bila izložena nedoslednom vaspitavanju i oštrom kažnjavanju uz istovremeno odbacivanje od strane vršnjaka, bila razvijena daleko ozbiljnija simptomatologija karakteristična za Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa. Deca koja su bila prihvaćena u vršnjačkom kolektivu nisu manifestovala ozbiljne ODD simptome ili ih nisu manifestovala uopšte. Posmatrajući uticaj sva tri faktora izolovano (status u vršnjačkoj grupi, nedosledno vaspitavanje, oštro kažnjavanje), utvrđena je značajna negativna povezanost između prihvatanja od strane vršnjaka i ODD simptomatologije, te značajna pozitivna povezanost ODD simptoma sa negativnim roditeljskim bihevioralnim obrascima. Autori zaključuju da okruženje deteta u kome ono može da pronađe podršku, uključujući tu i prihvatanje od strane vršnjaka, predstavlja protektivan faktor od negativnih ishoda koji su povezani sa negativnim roditeljskim ponašanjima (Tung & Lee, 2014). Pojedini autori (Ford et al., 1999; Wiesner et al., 2015) ukazivali su i na značaj rane izloženosti psihološkoj traumi (npr. izloženost nasilju) u razvoju simptomatologije karakteristične za Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa.

Suprotstavljajuće ponašanje ne treba izjednačavati sa negativizmom, jer je negativizam deo normalnog razvoja i kao takav štiti dete od submisivnosti i podstiče i štiti autonomiju. Kada negativizam prevazilazi okvire razvojne pojave, odnosno kada ga karakteriše preteranost ili naglašenost u smislu intenziteta, pervazivnosti i perzistiranja, i kada takva naglašenost predstavlja smetnju daljem razvoju, možemo da govorimo o psihopatologiji, tj. možemo da zaključimo da više nije reč o uobičajenom dečijem negativizmu već o suprotstavljajuće-prkosnom ponašanju kao zasebnom psihopatološkom entitetu (Wenar, 2003).

Simptomi Poremećaja u vidu suprotstavljanja i prkosa obično počinju da se manifestuju pre osme godine života i ne nakon rane adolescencije. Mogu da perzistiraju i nakon toga, ali je uzrast početka obično pre rane adolescencije. Što je mlađe dete koje manifestuje simptomatologiju karakterističnu za ovaj poremećaj, to je veća verovatnoća da će doći do razvoja komorbiditeta, kako sa internalizovanim, tako i sa

eksternalizovanim problemima. Ukoliko se ovaj poremećaj pojavi na ranom uzrastu, utoliko je značajniji prediktor nekih kasnijih ozbiljnih poteškoća u psihičkom funkcionisanju kao što su depresivnost, ADHD i Poremećaj ponašanja. Upravo ova veza Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa sa nizom kasnijih problema, i činjenica da je ovaj poremećaj zapravo rizični faktor za razvoj Poremećaja ponašanja, naglašavaju značaj pravovremene i precizne dijagnostike i sprovođenja detaljnog postupka kliničke procene ODD simptoma kod dece na ranom uzrastu (Hommersen, Murray, Ohan, & Johnston, 2006). Prema ICD-10 klasifikacionom sistemu, Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa jeste podvrsta Poremećaja ponašanja i simptomatologija koja karakteriše ovaj poremećaj se ne susreće kod dece starije od 9 ili 10 godina. ICD-10 sugerise da, prilikom upotrebe ove kategorije kod starije dece, treba biti naročito oprezan, jer mnogi autoriteti smatraju da oblici ponašanja karakteristični za ovaj poremećaj predstavljaju samo blaži oblik Poremećaja ponašanja, te je i sama dijagnostička kategorija Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa uključena u klasifikacioni sistem kako bi se olakšala klasifikacija poremećaja koji se javljaju kod male dece (Svetska zdravstvena organizacija, 1992).

Procene prevalencije Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa kreću se od 2% do 16%, uz procenu da približno 3-5% dece imaju dijagnostikovan ODD, i češći je kod dečaka nego kod devojčica na preadolescentnom uzrastu, dok se, nakon tog uzrasnog perioda, gube međupolne razlike u zastupljenosti ovog poremećaja (Američka psihijatrijska udruga, 1998; Bloomquist, 2006; Hommersen et al., 2006). I kod dečaka i kod devojčica uočava se postepeno povećanje u zastupljenosti od preadolescencije ka adolescenciji i smanjenje prevalencije nakon toga – stopa prevalencije je najniža u kasnoj adolescenciji (Carr, 2003). U petoj reviziji DSM-a, navode se nešto niže procene prevalencije – od 1% do 11% (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Imajući u vidu relativno kasnu konceptualizaciju dijagnoze Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa i činjenicu da je ovaj poremećaj retko istraživan van konteksta poremećaja u ponašanju, još uvek se nedovoljno zna o toku razvoja ovog poremećaja tokom vremena, kao i o uticaju na razvoj ličnosti. Ono što je zajedničko većini studija koje su se bavile proučavanjem ovog poremećaja u protekle dve decenije jeste da je utvrđeno da Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa obično postoji u kombinaciji sa nekim drugim problemima razvojnog doba, a da je nekomorbidni Poremećaj u vidu protivljenja

i prkosa prilično redak. Veliki raspon u procenama prevalencije (od 2% do 16%, odnosno od 1% do 11%), zapravo svedoči o nedostatku preciznosti u proučavanju i klasifikovanju Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa, uključujući tu i korišćenje zasebnih dijagnostičkih vodiča i procedura (Greene, 2006). U vezi sa navedenim, posebno oformljena grupa dečijih psihijatara izradila je praktični vodič sa procedurama za procenu i tretman dece i adolescenata sa dijagnostikovanim Poremećajem u vidu protivljenja i prkosa, koji je usvojen od strane Američke akademije dečije i adolescentne psihijatrije juna meseca 2006. godine (Steiner & Remsing, 2007).

6.2 Razvoj koncepta Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa i veza sa Poremećajem ponašanja

Ponašanja koja karakterišu Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa prvi put su uključena u DSM i konceptualizovana kroz dijagnostičku kategoriju pod nazivom Poremećaj suprotstavljanja (*Oppositional Disorder*) 1980. godine kada je objavljeno treće izdanje ovog priručnika. Revidirano treće izdanje (DSM-III-R iz 1987. godine) je proširilo opseg ponašanja obuhvaćenih ovom dijagnozom i na korišćenje opscenog jezika i psovanje, a u naziv poremećaja uključen je i termin koji se odnosi na prkosno ponašanje. U DSM-IV je korišćenje opscenog rečnika i psovanje izbačeno iz spiska dijagnostičkih kriterijuma, a autori su ostali pri nazivu Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa koji je zadržan i u poslednjem izdanju DSM-a iz 2013. godine (Američka psihijatrijska udruga, 2014; Karnik & Steiner, 2005).

Od osamdesetih godina prošlog veka, kada je dijagnoza Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa uključena u DSM klasifikacioni sistem, pa sve do deceniju i po unazad, istraživanju ovog psihopatološkog fenomena nije se posvećivalo dovoljno pažnje. Ovaj poremećaj retko se istraživao odvojeno od Poremećaja ponašanja, što se može objasniti time da je posmatran samo kao rani oblik manifestovanja Poremećaja ponašanja. Zapravo, rezultati istraživanja dosledno su pokazivali da većina dece sa dijagnozom Poremećaja ponašanja manifestuje i ponašanja koja se povezuju sa Poremećajem u vidu protivljenja i prkosa, istovremeno ili na ranijem uzrastu. Ubrzo,

istraživači dolaze do rezultata da ponašanja koja karakterišu ODD ne prethode samo Poremećaju ponašanja, već mogu da se pojavljuju i pre mnogo ozbiljnijih oblika psihopatologije, kakvo je antisocijalno ponašanje odraslih. Saznanje da čak kod dve trećine dece sa dijagnozom Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa ne dolazi do razvoja Poremećaja ponašanja generisalo je promenu perspektive kod značajnog broja istraživača koji su počeli da dovode u pitanje dotadašnju praksu kombinovanja ova dva poremećaja u jednu opštu kategoriju, u istraživanjima nazivanu najčešće “problemima u ponašanju”. Počinje da se naglašava neophodnost ozbiljnijeg proučavanja ODD dijagnoze i to izvan konteksta problema u ponašanju i nezvano za dijagnozu Poremećaja ponašanja. Rezultati istraživanja počinju da ukazuju na značajnu prediktivnu moć koju ODD dijagnoza ima kada su u pitanju porodična disfunkcionalnost i poteškoće u socijalnom funkcionisanju, te se u vezi sa tim otvaraju vrata za različita preventivna nastojanja (Greene, 2006).

Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa često je razvojni prethodnik Poremećaja ponašanja, naročito Poremećaja ponašanja sa početkom u detinjstvu. Međutim, značajan broj dece i adolescenata sa dijagnozom Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa neće kasnije razviti Poremećaj ponašanja (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Rowe, Maughan, Pickles, Costello, & Angold (2002), istražujući prirodu povezanosti Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa i Poremećaja ponašanja, dolaze do rezultata koji govore u prilog razvojnog modela *od Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa ka Poremećaju ponašanja* samo kada su u pitanju dečaci, ali ne i devojčice. Postojanje dijagnoze Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa kod devojčica, bilo je u značajnoj meri povezano sa povećanim rizikom za razvoj depresivne i anksiozne simptomatologije, ali ne i problema u ponašanju.

U longitudinalnom istraživanju u kome je učestvovalo 1420 ispitanika u periodu od 12 godina, praćena su deca koja su na početku studije bila dijagnostikovana samo kao Poremećaj ponašanja, odnosno samo kao Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa, i treća grupa koju su činila deca sa komorbiditetom ova dva poremećaja. Pored brojnih sličnosti, kada su u pitanju korelati ova dva poremećaja u detinjstvu i adolescenciji, autori kao ključnu razliku navode da je dijagnoza Poremećaja ponašanja na ranom uzrastu, u mnogo većoj meri bila prediktor loših bihevioralnih ishoda, za razliku od dijagnoze Poremećaja

u vidu protivljenja i prkosa, koja je bila mnogo jače povezana sa emocionalnim poremećajima u ranom odraslom dobu. Autori ističu da bi veza između Poremećaja ponašanja i Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa mogla da bude mnogo jasnija ukoliko bi se u budućim istraživanjima uzimale u obzir različite dimenzije unutar grupe simptoma karakterističnih za ODD. Naime, uprkos visokoj međusobnoj korelaciji, sledeće dimenzije pokazuju se nezavisnim kada se posmatraju korelati svake od njih posebno – dimenzija koja se odnosi na simptome razdražljivosti, dimenzija koja se odnosi na simptome tvrdoglavosti i dimenzija koja se odnosi na simptome zlobe. Prva dimenzija (razdražljivost) je posebno bila povezana sa simptomima emocionalnih poremećaja, druga (tvrdoglavost) sa simptomima ADHD-a, a treća (zloba) sa simptomima bezosećajnosti. U longitudinalnim istraživanjima, samo je treća dimenzija bila prediktor Poremećaja ponašanja nakon trogodišnjeg praćenja. Dimenzija razdražljivosti bila je značajan prediktor emocionalnih problema. Rezultati ovog istraživanja naglašavaju korisnost zadržavanja razdvojenih dijagnostičkih kategorija ova dva poremećaja. Ukazivanje na razvojnu povezanost, kako navode autori ove studije, u velikoj meri je bazirano na rezultatima istraživanja na kliničkim uzorcima, dok nalazi istraživanja u zajednici, tj. na opštoj populaciji, pokazuju drugačiji obrazac: iako je preklapanje između ova dva poremećaja evidentno, veza koja postoji između ove dve dijagnoze ipak nije toliko jaka – u kasnom detinjstvu i u adolescenciji Poremećaj ponašanja biva dijagnostikovano kod značajnog broja dece koja pre toga nisu manifestovala prkosno i suprotstavljajuće ponašanje, a značajan broj dece sa Poremećajem u vidu protivljenja i prkosa neće razviti Poremećaj ponašanja. Navedeno ni u kom slučaju ne znači da deca koja zadovoljavaju dijagnostičke kriterijume za ODD predstavljaju slučajeve sa benignim i prolaznim stanjima. Dijagnoza Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa, nezavisno od drugih komorbidnih dijagnoza, ukazuje na povišen rizik za razvoj kasnijih emocionalnih i bihevioralnih psihijatrijskih poremećaja (Rowe, Costello, Angold, Copeland, & Maughan, 2010).

8. PROBLEM PREKLAPANJA PONAŠANJA I KOMORBIDITETA

Često preklapanje poremećaja karakterističnih za razvojno doba i adolescenciju predstavlja jedan od najznačajnijih izazova za razumevanje psihopatologije dece i mladih. Bez obzira na to koliko su kategorije opisane u aktuelnim dijagnostičkim klasifikacijama korisne za svakodnevnu praksu kliničara, i dalje ostaje otvoreno pitanje u kojoj meri su postojeće dijagnostičke kategorije zaista specifične. Iskustva kliničara ukazuju na to da su slučajevi u kojima se dete jasno uklapa u samo jednu od postojećih dijagnoza vrlo retki. Razvojni sindromi pokazuju tendenciju da se javljaju u kombinaciji, mnogo češće nego kao zasebni psihopatološki entiteti (Kooistra, Crawford, Dewey, Cantell, & Kaplan, 2005).

Jedan od najdoslednijih nalaza istraživanja poremećaja iz grupe eksternalizovanih problema jeste da deca sa ADHD dijagnozom često imaju dijagnostikovan i neki od problema u ponašanju (Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa ili Poremećaj ponašanja), odnosno da deca sa dijagnozom nekog od problema u ponašanju često imaju dijagnostikovan i ADHD. Zapravo, preklapanje ili komorbiditet između ADHD-a i nekog od problema u ponašanju više je uobičajena nego neuobičajena pojava. Mnogo je verovatnije da će dete ispunjavati dijagnostičke kriterijume za više poremećaja iz grupe poremećaja sa remetilackim ponašanjem, nego samo za jedan. Ovako visoka stopa komorbiditeta između ADHD-a i problema u ponašanju, od starta je generisala debate u vezi sa tim kako ispravno klasifikovati poremećaje koji se odnose na eksternalizovane probleme. Istorijski posmatrano, debata se u početku fokusirala na pitanje da li su ADHD i problemi u ponašanju zapravo samo različite facete istog poremećaja. Vremenom, brojna istraživanja ukazala su na to da je najbolje rešenje da ADHD i problemi u ponašanju budu konceptualizovani kao različite, ali visoko korelirane dimenzije, te je danas opšteprihvaćeno stajalište da su ADHD i problemi u ponašanju međusobno odvojene, ali povezane, klase poremećaja (King et al., 2005).

Između 30% i 50% dece sa ADHD dijagnozom, istovremeno zadovoljavaju i dijagnostičke kriterijume za dijagnozu Poremećaja ponašanja. Procenat dece sa dijagnozom Poremećaja ponašanja koja razvijaju komorbidni ADHD je još i viši, često i

oko 70% kada su u pitanju klinički uzorci. Od posebnog značaja, zbog povećane stope agresivnosti i povišenog rizika za razvoj antisocijalnog ponašanja, jeste komorbiditet između Poremećaja ponašanja i ADHD podtipa sa dominirajućom hiperaktivnošću/impulsivnošću. Adolescenti kod kojih su istovremeno prisutne obe navedene dijagnoze, manifestuju značajno više antisocijalnih bihevioralnih obrazaca, imaju izraženije poteškoće u vezi sa samokontrolom i postižu više skorove na skalama tzv. psihopatskih karakteristika, u poređenju sa adolescentima sa samo jednom od ove dve dijagnoze (Beauchaine, Katkin, Strassberg, & Snarr, 2001). U razmatranju najboljeg mogućeg rešenja u vezi sa konceptualizacijom komorbinih slučajeva Poremećaja ponašanja i ADHD-a, možemo da govorimo o dve struje ili dva preovlađujuća stanovišta. Prema jednom (tzv. *synergistic combination*), ove dve dijagnoze kada postoje istovremeno, u *interaktivnom su odnosu* i generišu odlike koje ne postoje niti kod jedne od dve navedene dijagnoze kada egzistiraju zasebno (npr. poteškoće u porodičnom funkcionisanju, loše postignuće na testovima verbalnih intelektualnih sposobnosti i na testovima usvojenosti veštine čitanja). Oni koji zastupaju ovo stanovište smatraju da bi komorbidna stanja ADHD-a i Poremećaja ponašanja trebalo da čine zasebnu dijagnostičku kategoriju. Predstavnici grupe koji su zagovornici drugog stanovišta (tzv. *additive combination*), zastupaju tezu da deca sa komorbiditetom ADHD-a i Poremećaja ponašanja imaju odlike ADHD dijagnoze koje imaju i deca samo sa ADHD-om, odnosno imaju odlike dijagnoze Poremećaja ponašanja koje imaju i deca samo sa dijagnozom Poremećaja ponašanja, ali ne i neke nove odlike, tj. karakteristike. Dakle, prema ovom stanovištu, komorbiditet ADHD-a i Poremećaja ponašanja ne predstavlja novo i jedinstveno stanje koje bi trebalo konceptualizovati kroz zasebnu dijagnostičku kategoriju. Meta-analitičke pregledne studije koje su se bavile navedenom problematikom, iako zaključuju da se komorbidna stanja po mnogo čemu razlikuju od zasebnih dijagnoza ADHD-a ili Poremećaja ponašanja, ne pružaju dosledne dokaze koji bi jasno ukazali na prirodu ovih razlika, tj. koji bi jednoznačno dali prednost jednom od dva navedena stanovišta (King et al., 2005). I Waschbusch (2002), dajući pregled studija koje su se bavile preklapanjem dijagnoze Poremećaja ponašanja i ADHD dijagnoze, ističe da je suštinsko pitanje koje se tiče ovog komorbiditeta, pitanje da li se komorbidno stanje razlikuje kvalitativno od „čistih“ dijagnoza. Ovaj autor ističe i da ICD i DSM

klasifikacioni sistemi ovom problemu pristupaju različito – ICD-10 izdvaja dijagnozu Hiperkinetičkog poremećaja ponašanja, dok u DSM-IV i DSM-V ne postoji zasebna dijagnostička kategorija koja podrazumeva komorbidno stanje ADHD-a i Poremećaja ponašanja. Rešavanje ovog problema od ogromne je važnosti, jer gotovo 50% dece sa poremećajima sa remetaičkim ponašanjem čine deca koja manifestuju simptome oba ova poremećaja. Dalji rad na unapređenju konceptualizacije i klasifikacije komorbidnih stanja između dijagnoze ADHD i dijagnoze Poremećaja ponašanja, neophodan je, kako bi se razvili novi poboljšani nacrti istraživanja, pojednostavili i učinili efikasnijim različiti oblici tretmana i generisale što parsimoničnije teorije (Waschbusch, 2002). Molina, Smith, & Pelham (1999) su u svom istraživanju interaktivnog efekta ADHD dijagnoze i dijagnoze Poremećaja ponašanja na rani početak upotrebe psihoaktivnih supstanci, utvrdili da ispitanici sa isključivom dijagnozom Poremećaja ponašanja i ispitanici sa komorbiditetom Poremećaja ponašanja i ADHD-a predstavljaju dve posebne grupe sa različitim razvojnim putanjama. Prema ovim autorima, komorbidna ADHD dijagnoza drastično povećava vulnerabilnost prema započinjanju korišćenja psihoaktivnih supstanci kod dece sa dijagnostikovanom Poremećajem ponašanja. ADHD ne pruža garanciju negativnih ishoda, nego dovodi do povećane vulnerabilnosti, tj. prijamčivosti. Ovakvim nalazima, autori su zapravo potvrdili jednu od dve hipoteze koje se tiču komorbiditeta Poremećaja ponašanja i ADHD-a, i to pretpostavku da su ova dva poremećaja, kada se dijagnostikuju istovremeno kod pojedinca, *u interaktivnom odnosu* i generišu odlike koje ne postoje niti kod jedne od dve navedene dijagnoze kada egzistiraju zasebno.

Preklapanje između ODD i ADHD dijagnoze je ustanovljeno velikim brojem istraživanja, pri čemu otprilike 65% dece sa ADHD dijagnozom imaju komorbidnu ODD dijagnozu, a više od 80% dece sa ODD dijagnozom razvijaju komorbiditet sa ADHD dijagnozom (Greene, 2006). Harvey, Breaux, & Lugo-Candelas (2016) testirali su dva modela koja objašnjavaju razvoj komorbiditeta između ADHD i ODD dijagnoze i došli su do sledećih zaključaka – različiti su razlozi za često istovremeno egzistiranje simptoma ova dva poremećaja, pri čemu je rizik za razvoj *prkosnog ponašanja i sklonosti ka raspravljanju* veći kod dece kod koje su se ADHD simptomi razvili na ranijem uzrastu. S druge strane, ADHD i *simptomi besa i razdražljivosti* imaju tendenciju da se zajedno pojavljuju ukoliko postoji porodična istorija istovremenog egzistiranja

simptomatologije karakteristične za ADHD, s jedne, i simptoma karakterističnih za ODD i Poremećaj ponašanja, s druge strane.

U nastavku će biti prikazani rezultati istraživanja koja su se bavila komorbiditetom poremećaja iz grupe Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem, u cilju sticanja uvida u kompleksnost odnosa tri poremećaja iz ove grupe. Pored navođenja rezultata istraživanja povezanosti Poremećaja ponašanja, Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa i ADHD-a, biće reči i o preklapanju ovih dijagnoza sa drugim poremećajima, bilo internalizovanim, bilo eksternalizovanim, što celokupnu sliku dečije psihopatologije čini još kompleksnijom i često otvara nova pitanja i generiše potrebu za novim istraživanjima.

Imajući u vidu da ponašanja koja karakterišu ADHD istovremeno predstavljaju i simptome nekih drugih smetnji razvojnog doba, pojedini autori su dovodili i dovode u pitanje samostalnost ove dijagnoze. Pored toga što se karakteristični simptomi manifestuju kod dece sa Poremećajem ponašanja, specifičnim teškoćama u učenju i drugim psihopatološkim stanjima, ovi autori su kao argumente za osporavanje statusa nezavisne dijagnoze navodili i nepostojanje tačno određene i jedinstvene etiologije i specifičnog reagovanja na terapiju. S druge strane, brojna su istraživanja ukazivala i ukazuju na dijagnostičku nezavisnost. Primenom statističkog postupka faktorske analize, ekstrahuje se faktor hiperaktivnosti koji je jasno odvojen od poremećaja ponašanja, i u opštoj i u kliničkoj populaciji. Istraživanja su takođe pokazala da je moguće izdvojiti isključivo hiperaktivnu i nepažljivu decu i isključivo agresivnu decu sa poremećajem ponašanja od dece koja imaju obe ove smetnje. Razlike među ovim grupama su brojne. Deca samo sa ADHD dijagnozom imaju više kognitivnih deficita i deficita u uspešnosti, a agresivna deca sa poremećajem ponašanja imaju češće roditelje sa poremećajima ličnosti, kod njih je daleko prisutnija agresivnost u porodici i češće su iz porodica nižeg socioekonomskog statusa. Hiperaktivna deca su odbačena od strane vršnjaka, dok to nije slučaj sa agresivnom decom sa poremećajima u ponašanja koja imaju daleko bolju kontrolu nad svojim ponašanjem i razvijene socijalne veštine. Iz tog razloga, oni, za razliku od hiperaktivne dece, mogu da budu veoma popularni u vršnjačkoj grupi. Prognoza je načelno bolja za hiperaktivnu decu nego za agresivnu decu sa poremećajem ponašanja. Kada je u pitanju etiologija, u slučaju ADHD-a važnu ulogu igraju biološki

faktori, dok se kod Poremećaja ponašanja kao najvažniji činioci najčešće ističu disfunkcionalnost porodice i nepovoljne porodične okolnosti. Kada su u pitanju deca sa obe dijagnoze, ona najčešće imaju simptome oba poremećaja izražene u najtežoj meri – školsko postignuće im je veoma nisko, često bivaju izbačeni iz škole, a karakteriše ih i antisocijalno ponašanje, zloupotreba psihoaktivnih supstanci, loš uspeh i adaptacija na radnom mestu u odraslom dobu. Roditelji dece sa obe dijagnoze su obično nasilni i skloni kriminalnom ponašanju (Wenar, 2003).

Muris & Meesters (2003) su sproveli istraživanje u kome su primenili dve samoopisne skale na nekliničkom uzorku dece starosti od 10 do 14 godina (skalu procene prisustva ADHD simptoma i skalu procene prisustva ostalih psihopatoloških fenomena). Istovremeno su roditelji te dece procenjivali svoju decu na skali koja se tiče ADHD simptomatologije, kao i na 6 kraćih skala, od kojih se tri odnose na emocionalne probleme – povučенost, žalbe na somatske tegobe i anksiozno-depresivna ispoljavanja, a tri na probleme u ponašanju – problemi pažnje, delinkventno ponašanje i agresivni ispadi. Istraživači su ustanovili da su sve tri osnovne grupe ADHD simptoma (slaba pažnja, hiperaktivnost, impulsivnost) u čvrstoj vezi sa eksternalizovanim problemima. Simptomi slabe pažnje i hiperaktivnosti su, dalje, bili u čvršćoj vezi sa problemima pažnje, dok su simptomi impulsivnosti bili u značajnoj meri više povezani sa agresivnim ispadima i delinkvencijom. Skoro identični su bili rezultati koji su uzimali u obzir procenu roditelja sa rezultatima zasnovanim na samoopisnim skalama.

Za preklapanje ADHD-a i specifičnih razvojnih poremećaja školskih veština, odnosno, teškoća u učenju, može se reći da je i očekivano imajući u vidu da poteškoće u vezi sa usmeravanjem i održavanjem pažnje svakako utiču na to kako će dete da uči i koliko će uspeti da upamti. S druge strane, konstantan doživljaj neuspeha predstavlja hronično stresno iskustvo za dete koje vrlo lako može da rezultira nemirnim i nepažljivim ponašanjem. Kao jedan od najdoslednijih rezultata istraživanja sličnosti i razlika u simptomatologiji grupa dece sa ove dve dijagnoze jeste da grupa hiperaktivne dece pokazuje deficit u održavanju pažnje, dok grupa dece sa teškoćama u učenju manifestuje teškoće u selektivnosti pažnje (Damjanović, Đorđić i Mandić, 2016; Wenar, 2003). Specifični razvojni poremećaji školskih veština dijagnostikuju se kada su rezultati koje neko dete postigne značajno ispod uzrasno očekivanih, i ispod očekivanih uzimajući u

obzir akademski nivo, nivo intelektualnog funkcionisanja i sredinu iz koje dete potiče. Često se u grupi dece sa specifičnim razvojnim poremećajima školskih veština, uz decu sa nekim drugim psihopatološkim fenomenima, nalaze i deca sa ADHD dijagnozom. U ovom slučaju neophodno je da se utvrdi, kroz postupak kliničke procene koji uključuje razgovor sa roditeljima, učiteljem i detetom, da li se primarno radi o ADHD-u, a sekundarno o teškoćama u učenju koje predstavljaju posledice bihevioralnih ADHD simptoma. Ili, da li se primarno radi o teškoćama u učenju kod te dece, pa ona sekundarno razvijaju prenaplašenu motoričku aktivnost i probleme u vezi sa usmeravanjem i održavanjem pažnje (Damjanović, 2009; Kocijan-Hercigonja, Buljan-Flander, i Vučković, 2004).

Busch et al. (2002) su sproveli istraživanje s ciljem da utvrde da li postoje značajne razlike u egzistiranju preklapajućih psihopatoloških fenomena između dece sa ADHD-om koja su dijagnostikovana od strane pedijatra u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, s jedne, i dece sa ADHD-om dijagnostikovane od strane psihijatra u psihijatrijskoj klinici, s druge strane. U odnosu na kontrolnu grupu, kod obe grupe dece sa ADHD dijagnozom u značajno većoj meri bili su prepoznati indikatori drugih eksternalizovanih problema, poremećaji raspoloženja, anksiozni poremećaji i poremećaji povezani sa zloupotrebom psihoaktivnih supstanci. Između dve grupe dece sa ADHD-om nisu zabeležene značajne razlike u prevalenciji navedenih komorbidnih dijagnoza. Dakle, obe grupe dece sa ADHD dijagnozom, pokazuju u jednakoj meri tipične, tj. definišuće simptome poremećaja i sličnost u stepenu zastupljenosti komorbidnih stanja, bez obzira na zdravstvenu ustanovu u kojoj je, odnosno bez obzira na specijalistu koji je dijagnostikovao ADHD.

Kod dece sa ADHD dijagnozom vrlo su česta anksiozna stanja, anksiozni poremećaji i poremećaji raspoloženja, a tome doprinosi činjenica da se deca sa tim poremećajem svakodnevno suočavaju sa brojnim teškoćama, što uzrokuje razvoj loše slike o sebi. Preme nekim autorima, kako navode Kocijan-Hercigonja i sar. (2004), oko 30% hiperaktivne dece su tokom svog detinjstva imali jednu ili više depresivnih epizoda, koje se manifestuju problemima spavanja, sniženoj energiji, bezvoljnosti, gubitkom interesovanja, promenama u telesnoj težini i brojnim somatskim smetnjama. Hiperaktivna deca se svakodnevno suočavaju sa brojnim teškoćama, te razvijaju lošu sliku o sebi.

Anksioznost najčešće dolazi do izražaja prilikom separacija, npr. dete pruža otpor i odbija da ide u školu. Dete može da bude primarno anksiozno zbog separacije, odnosno da doživljava otpor prema školi u kojoj doživljava traume, pa da sekundarno razvija poremećaj pažnje i hiperaktivno ponašanje. Ili, deficit pažnje i hiperaktivno ponašanje mogu da budu primarni, a da se sekundarno razvija anksioznost. Neki autori (Bittner et al., 2007) ukazali su i na vezu između simptoma socijalne fobije u detinjstvu i ADHD-a. U vezi sa deficitom pažnje, kao jednim od osnovnih obeležja ADHD-a, hiperaktivna deca osećaju veliki stres jer im je teško i naporno stalno pokušavanje da istraju u zadatku koji obavljaju, za njih je to borba sa problemom koji ne mogu da razumeju, a kako postaju starija često počinju sebe da doživljavaju kao manje inteligentne, pri čemu od strane drugih bivaju opisivana kao lenja. Nije teško zaključiti da ovakva iskustva vode ozbiljnom narušavanju samopoštovanja (Phelan, 2005). Zbog odbacivanja od strane vršnjaka, brojnih problema sa usvajanjem školskog gradiva, različitih optužbi od strane roditelja i nastavnika, značajan je broj one dece sa ADHD-om kod kojih će se razviti osećaj niže vrednosti i nizak stepen samopouzdanja i samoeфикаsnosti. Socijalna afirmacija im je ugrožena jer su njima praktično svi nezadovoljni, pa se kod takve dece često opisuju i anhedonija i depresivnost. Važno je napomenuti da preterana aktivnost i nepažnja, drugačijeg modaliteta od one koja karakteriše ADHD, mogu često da se pojave kao prateći simptom anksioznosti ili depresivnih poremećaja. U tom slučaju, psihomotorni nemir koji je simptom agitiranog depresivnog poremećaja, odnosno nemir koji je pratilac teške anksioznosti, ne vodi ka postavljanju ADHD dijagnoze. Ukoliko su zadovoljeni dijagnostički kriterijumi za neki od anksioznih poremećaja, odnosno za poremećaj raspoloženja, daje se prednost ovim poremećajima. Dvostruka dijagnoza se postavlja kada pored nemira udruženog sa anksioznošću postoji dodatno prisustvo ADHD-a, odnosno kada simptomi nisu samo deo poremećaja raspoloženja, već je evidentno dodatno prisustvo ADHD simptomatologije (Kocijan-Hercigonja i sar., 2004; Svetska zdravstvena organizacija, 1992).

Drabick, Gadow, & Sprafkin (2006) su istraživali psihosocijalne faktore rizika za razvoj poremećaja ponašanja i depresije kod grupe dečaka uzrasta od 6 do 10 godina sa ADHD dijagnozom. Dečaci i njihove majke su učestvovali u studiji koja je obuhvatala procenu kognitivnog i bihevioralnog funkcionisanja dece, kao i školskog i porodičnog

funkcionisanja. Kao potencijalni prediktori razvoja poremećaja ponašanja i depresije posmatrani su roditeljsko ponašanje, porodična sredina, kognitivno i školsko funkcionisanje i odnosi sa vršnjacima. Pet godina nakon inicijalnog istraživanja, majke dečaka su ponovo procenjivale prisutnost simptoma prema DSM-IV kriterijumima kod svoje dece. Dobijeni rezultati pokazuju da su socijalni problemi povezani sa depresivnim simptomima, a hostilno, nedosledno i ponašanje roditelja lišeno afektivnog vezivanja je povezano sa simptomima poremećaja ponašanja. Porodično okruženje koje karakteriše niska kohezivnost, učestali konflikti i nizak stepen zadovoljstva brakom povezano je i sa depresivnim simptomima i sa simptomima poremećaja ponašanja. Varijable vezane za školsko i kognitivno funkcionisanje nisu se pokazale kao prediktori bilo depresije, bilo poremećaja u ponašanju, kada se uzmu u obzir roditeljsko ponašanje, porodično funkcionisanje i odnosi sa vršnjacima. Istraživači zaključuju da bi terapijske intervencije koje bi se usredsredile na kvalitet roditeljstva, porodično funkcionisanje i vršnjačke veze u značajnoj meri mogle da pomognu u prevenciji razvoja komorbidnih kliničkih stanja kod hiperaktivne dece.

Pojedine teškoće koje prate dijagnozu ADHD bivaju izraženije u prisustvu nekog drugog poremećaja, odnosno ukoliko postoje komorbidna stanja sa dijagnozom ADHD-a. Simptomi karakteristični za ADHD dijagnozu i dijagnozu Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa, ukoliko su prisutni kod dece na predškolskom uzrastu, predstavljaju značajan faktor rizika za razvoj daleko ozbiljnijih problema u ponašanju u srednjem detinjstvu, uključujući rani početak Poremećaja ponašanja, delinkvenciju i agresivne forme ponašanja. Sukcesivno, deca sa ranim početkom Poremećaja ponašanja i komorbidnim ADHD-om su pod povećanim rizikom za upuštanje u kriminalne radnje i za razvoj Antisocijalnog poremećaja ličnosti u odraslom dobu (Crowell et al., 2006). Mnogi autori, istražujući povezanost između različitih poremećaja karakterističnih za dečije i adolescentno doba i kasnije učinjenih prekršaja, utvrdili su da su ozbiljni prestupi bili u značajnoj meri češći kod adolescenata sa ADHD dijagnozom nego kod kontrolne grupe. Neke druge studije potvrdile su da dečija hiperaktivnost jeste značajan prediktor antisocijalnog ponašanja i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci u adolescentnoj i odrasloj dobi (Farrington, 1995). Kooistra, Crawford, Dewey, Cantell, & Kaplan (2005), utvrdili su da se poteškoće deteta u vezi sa funkcionisanjem na polju motorike (motorna

nespretnost), a koje su često pratilac ADHD dijagnoze, značajno povećavaju ukoliko je detetu dijagnostikovano i Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa, Poremećaj čitanja ili oba navedena poremećaja. Lycett, Sciberras, Mensah, & Hiscock (2015), australijski istraživači, u istraživanju povezanosti stepena težine problema sa spavanjem (bez problema, blaži problemi, umereni problemi i ozbiljni problemi) i sedam domena problema sa spavanjem (otpor ka odlasku na spavanje, strah od usnivanja, odložen početak sna, trajanje sna, buđenje tokom noći, parasomnije i dnevna pospanost), s jedne strane, i ADHD simptomatologije, sa ili bez udruženih internalizovanih/eksternalizovanih problema, sa druge strane, na uzorku od 392 dece uzrasta od 5 do 13 godina, dolaze do sledećih rezultata: u poređenju sa decom bez komorbidnih stanja, deca sa ADHD dijagnozom i udruženim internalizovanim ili eksternalizovanim problemima su u značajno većoj meri manifestovala umerene ili ozbiljne probleme sa spavanjem i značajno više problema u šest od sedam procenjivanih domena. Deca sa internalizovanim problemima, ali bez udruženog ADHD-a, imala su značajno više problema u vezi sa strahom od usnivanja, a deca sa eksternalizovanim problemima, bez udružene ADHD dijagnoze, imala su značajno manje problema sa buđenjem tokom noći. Nijedna od grupa sa samo jednom dijagnozom (samo internalizovani problemi, samo eksternalizovani problemi, samostalna ADHD dijagnoza) nije bila pod rizikom za umerene ili ozbiljne probleme sa spavanjem. Dakle, deca sa ADHD dijagnozom, uz udružene internalizovane ili eksternalizovane probleme, pod povećanim su rizikom za razvoj ozbiljnih problema sa spavanjem.

U američkom istraživanju u kome je učestvovalo 4705 dece iz opšte populacije, a u cilju itvrđivanja specifičnih i zajedničkih korelata Poremećaja ponašanja i Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa, rezultati ukazuju na to da ova dva poremećaja imaju veoma slične korelate. Istraživači su proveravali preklapanja sledećih korelata: prihodi domaćinstva, životni događaji, izloženost nasilju, opšti nivo motoričke aktivnosti deteta, samoregulacija ponašanja, socijalne veštine (zauzimanje tuđe perspektive, empatija, moralno rezonovanje, procesuiranje socijalno važnih informacija, egocentrična samoprezentacija među vršnjacima, socijalna kompetencija i kooperacija). Nijedan od istraživanih faktora se nije pokazao kao specifičan korelat Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa, a samo dva faktora (pol deteta i prihodi domaćinstva) jesu specifični korelati

Poremećaja ponašanja (Wiesner et al., 2015). U istraživanju prirode povezanosti Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa i Poremećaja ponašanja, Rowe et al. (2002) takođe zaključuju da ova dva poremećaja u velikoj meri dele slične korelate, iako su se neke od nepovoljnih porodičnih okolnosti bile značajno više povezane sa Poremećajem ponašanja, nego sa ODD dijagnozom.

Istraživanje sprovedeno 2007. u Istočnoj Kanadi pokazalo je da se deca koja zadovoljavaju kriterijume za ADHD, statistički značajno razlikuju od kontrolne grupe dece po prisustvu simptoma Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa. Pored toga, grupe dece koje zadovoljavaju kriterijume za ADHD razlikuju se statistički značajno među sobom po prisustvu simptoma Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa (ODD), u zavisnosti od toga u koji podtip (dominirajući deficit pažnje, dominirajući hiperaktivni poremećaj, kombinovani tip) se mogu svrstati. Grupa dece sa dominirajućim hiperaktivnim poremećajem manifestovala je najveći broj ODD simptoma. Grupa sa dominirajućim deficitom pažnje i grupa sa kombinovanim podtipom nisu se razlikovale među sobom, ali su imale značajno više ODD simptoma od kontrolne grupe dece (Waschbusch, King, & Gregus, 2007).

Rezultati navedenih istraživanja ne pružaju jasnu sliku o odnosu tri poremećaja iz grupe Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem. Kako bi se umanjio problem koji postoji u vezi sa komorbiditetom ova tri poremećaja, a generiše nejasnoće po pitanju klasifikacije, razvojnih putanja i distinktivnih obeležja svake od tri dijagnoze, autori su pokušavali da utvrde vezu sa različitim korelatima ova tri poremećaja, ne bi li na taj način, objasnili odnos koji postoji između Poremećaja ponašanja, Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa i ADHD-a, te utvrdili distinktivna obeležja i zajedničke karakteristike. Tako su brojna istraživanja koja se odnose na ispitivanje povezanosti između manifestovanja simptoma nekog od poremećaja sa nasilničkim ponašanjem kod dece i adolescenata i zloupotrebe droga, odnosno, upotrebe i zloupotrebe alkohola (Khalifa, Duggan, Howard, & Lumsden, 2012; Molina, Bukstein, & Lynch, 2002; Molina et al., 2012), izloženosti nasilju (Cerda, Tracy, Sanchez, & Galea, 2011), egzistiranja poremećaja autističnog spektra (Guttmann-Steinmetz, Gadow, & DeVincent, 2009), disregulacije raspoloženja na kasnijem uzrastu (Okado & Bierman, 2015), opšteg lošeg

funkcionisanja, ponašanja u učionici i stepena prilagođavanja vršnjačkoj grupi (Abikoff et al., 2002; Waschbusch, Willoughby, & Pelham Jr., 1998) i dr.

II ISTRAŽIVAČKI DEO

1. METOD

1.1 Problem, ciljevi i zadaci istraživanja

Dva najčešće korišćena i najpoznatija klasifikaciona sistema DSM-IV, odnosno DSM-5 i ICD-10 daleko da su bez nedostataka, a posebno je objavljivanje DSM-5 2013. godine bilo praćeno brojnim kritikama od strane stručne javnosti (Divac Jovanović i Švrakić, 2016). Kliničari su često u situaciji kada, zbog različitih nedostataka samih klasifikacionih sistema, teško sa sigurnošću mogu odrediti dijagnozu, čak i uz postojanje uputstava za diferencijalnu dijagnostiku. Navedeni problemi su posebno prisutni kod najčešćih psihopatoloških fenomena dečjeg uzrasta, a to su Deficit pažnje/Hiperaktivni poremećaj, Poremećaj ponašanja i Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa. Nije retkost da se kod jednog deteta dijagnostikuju sva tri navedena poremećaja, te se postavlja pitanje koliko su u pitanju nezavisne dijagnostičke kategorije, a u kojoj meri se radi o različitim dimenzijama jednog istog fenomena. Komorbiditet poremećaja iz grupe *Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem se*, s obzirom na učestalost zajedničkog dijagnostikovanja, može smatrati i jednim od obeležja ova tri poremećaja.

Problem ovog istraživanja mogao bi da se iskaže u vidu sledećeg istraživačkog pitanja: Da li se korpus razvojnih problema koji zajedno čine grupu poremećaja označenu kao *Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem* može smatrati jedinstvenim psihopatološkim fenomenom, a ukoliko ne, u kojoj meri su prisutna preklapanja dijagnostičkih entiteta koji ga čine (Deficit pažnje/Hiperaktivni poremećaj, Poremećaj ponašanja i Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa) i kakve su mogućnosti njihovog jasnog diferenciranja?

Pored toga, zanima nas da li uzrast deteta, obrazovanje roditelja i seoska, odnosno gradska sredina predstavljaju faktore od značaja za manifestovanje ponašanja karakterističnih za tri navedena poremećaja. Kakva je njihova veza sa ovom grupom

poremećaja? Da li je školsko postignuće, odnosno školski uspeh povezan sa činjenicom da dete manifestuje, odnosno ne manifestuje ponašanja koja su karakteristična za neki od ova tri poremećaja ili ne?

Osnovni cilj ovog istraživanja odnosi se na utvrđivanje distinktivnih i zajedničkih obeležja ADHD-a, Poremećaja ponašanja i Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa. Naime, u zavisnosti od odgovora na istraživačko pitanje, ove poremećaje možemo smatrati ili različitim manifestnim oblicima, odnosno različitim dimenzijama jedinstvenog psihopatološkog fenomena ili nezavisnim dijagnostičkim kategorijama.

Imajući u vidu da su navedena tri poremećaja različito klasifikovana u DSM-IV, odnosno DSM-5 i ICD-10 dijagnostičkim klasifikacijama, ovim istraživanjem se nastojao dati doprinos rasvetljavanju odnosa tri poremećaja, odnosno pokušano je da se utvrdi u kojoj meri svaki od klasifikacionih sistema odgovara rezultatima koji su dobijeni istraživanjem.

Sledeći cilj odnosi se na utvrđivanje povezanosti uzrasta dece, sredine u kojoj deca žive i školuju se (seoska ili gradska sredina), obrazovanja roditelja i školskog postignuća sa manifestovanjem simptoma ADHD-a, Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa i Poremećaja ponašanja. Dakle, navedeni cilj odnosi se na utvrđivanje postojanja povezanosti između manifestovanja simptoma navedenih poremećaja, s jedne, i navedenih varijabli, s druge strane.

Sledeći cilj istraživanja je da se utvrdi da li postoji razlika u jačini povezanosti između školskog postignuća i izraženosti ponašanja koja karakterišu poremećaje iz grupe *Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem*, u zavisnosti od izvora informacija, tj. od toga da li je procenjivač učitelj ili učenik.

Iz navedenih ciljeva proizilaze i istraživački zadaci:

-Utvrđiti pouzdanost svake od skala koje su korišćene u istraživanju;

-Definisati latentne dimenzije koje su u osnovi fenomena koje merimo skalama korišćenim u istraživanju;

-Utvrđiti da li i na koji način su skorovi dobijeni primenom skala za procenu prisustva indikatora ADHD-a, Poremećaja ponašanja i Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa, povezani sa skorovima odgovarajućih subskala (tj. subskala kojima se mere istovetni, odnosno slični fenomeni) treće revizije Konersove skale. Na ovaj način

utvrđujemo kriterijumsku, odnosnu konkurentnu validnost skala IVJER, ODDRS i CDRS-IV.

1.2 Osnovne hipoteze istraživanja

U skladu sa teorijskim razmatranjima, podacima iz dosadašnjih istraživanja u vezi sa problematičnim ponašanjem dece, a koje je predmet proučavanja u ovom radu, kao i u skladu sa osnovnim problemom, definisanim ciljevima i zadacima istraživanja, formulisane su sledeće istraživačke hipoteze:

Hipoteza br. 1: Tri poremećaja iz grupe *Deficit pažnje i Poremećaji sa nasilničkim ponašanjem* predstavljaju nezavisne dijagnostičke kategorije.

Kada govorimo o poremećajima iz grupe *Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem*, istraživanja sprovedena u poslednje dve decenije i teorijske rasprave vodećih autora u oblasti (Davison i Neale, 2002; Greene, 2006; Karnik i Steiner, 2005; Kimonis i Frick, 2006; Wenar, 2003; Wilmshurst, 2005), ukazuju na to da su brojni argumenti koji govore u prilog nezavisnosti dijagnostičkih kategorija, kao što su uzrast početka poremećaja – za Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa od 4. do 8. godine, za Poremećaj ponašanja sa početkom u detinjstvu jedan od simptoma pre 10. godine, a za Poremećaj ponašanja sa početkom u adolescenciji bez simptoma pre 10. godine. Sledeći argument za distinkciju ova dva poremećaja je da oko 75% dece sa Poremećajem u vidu protivljenja i prkosa ne razvijaju Poremećaj ponašanja (Greene, 2006; Wilmshurst, 2005). Iako oba ova poremećaja karakteriše i crta agresivnosti, u literaturi se navodi da su u pitanju kvalitativno drugačije forme agresivnog ponašanja (Scott, 2015; Wenar 2003; Wilmshurst, 2005).

S druge strane, brojna su istraživanja ukazivala i ukazuju na dijagnostičku nezavisnost ADHD-a (Barkley, 2006; Wenar, 2003). Kako navode Burke, Lahey, & Waldman (2010), postoje nalazi brojnih istraživanja, i empirijski dokazi za razdvajanje simptoma Poremećaja ponašanja, simptoma Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa i dve dimenzije ADHD dijagnoze – nepažnja i hiperaktivnost/ impulsivnost, baš kao što i

rezultati primene statističkih postupaka eksplorativne i konfirmatorne faktorske analize dosledno upućuju na to da pomenute dimenzije generišu opterećenja na zasebnim faktorima. Vodeće dijagnostičke klasifikacije, DSM (i četvrta i peta revizija) i ICD-10, takođe razdvajaju ova tri poremećaja kao zasebne dijagnostičke kategorije, uz izuzetak što ICD-10 posmatra Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa kao poseban oblik Poremećaja ponašanja.

Hipoteza br. 2: Postoji statistički značajna povezanost sredine u kojoj deca žive i školuju se (seoska ili gradska sredina) sa manifestovanjem simptoma Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa i Poremećaja ponašanja, odnosno takva povezanost se ne očekuje kada je u pitanju manifestovanje simptomatologije karakteristične za ADHD.

Zbog brojnih nepovoljnih socijalnih faktora života u velikim i urbanim sredinama, problemi ponašanja kod dece i adolescenata daleko su češći u gradskim nego seoskim sredinama (Lewis, 2002). S druge strane, dokazi u prilog toga da bilo koji od psihosocijalnih faktora, pa tako i mesto stanovanja, utiču na razvoj simptomatologije karakteristične za ADHD su nedostajući ili nedovoljno jaki (Barkley, 1997; Barkley, 2006).

Hipoteza br. 3: Postoji statistički značajna razlika u školskom postignuću između dece koja ispoljavaju ponašanja tipična za ADHD-a, Poremećaja ponašanja i Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa u odnosu na kontrolnu grupu dece.

Kada je u pitanju školsko postignuće, dosadašnja istraživanja (Barkley, 2006; Damjanović, 2009; Wenar, 2003), pokazala su da deca koja manifestuju simptome karakteristične za ADHD, dosledno postižu i slabije rezultate u školi. Deca sa ADHD dijagnozom pokazuju niz problema tokom školovanja, među kojima su poremećaji čitanja, loš rukopis, poremećaji računanja, osciliranje u radnoj uspešnosti iz dana u dan, loša organizacija rada, sporost u završavanju zadataka, što posledično vodi slabom školskom postignuću (Kocijan-Hercigonja i sar., 2004). Wenar (2003) ističe da češće bivaju upućeni da ponove razred, dobijaju niže ocene i postižu niže rezultate na testovima čitanja, pisanja, rečnika i matematičkih veština u odnosu na nehiperaktivnu decu. Kofler, Rapport & Alderson (2008) su sprovedli meta-analitičko istraživanje u kome su obuhvatili

rezultate 23 istraživanja o posmatranju ponašanja dece sa ADHD dijagnozom u školskoj učionici. Ovom studijom su potvrdili značajne insuficijentnosti pažnje hiperaktivne dece u školskoj učionici u poređenju sa nehiperaktivnom vršnjačkom kontrolnom grupom.

Nisko školsko postignuće visoko korelira i sa manifestovanjem problematičnih oblika ponašanja (Farrington, 1995; Kimonis & Frick, 2006; Smith, 1995).

Hipoteza br. 4: Postoji statistički značajna povezanost ponašanja kojima se definišu ADHD, Poremećaj ponašanja i Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa, s jedne strane, i uzrasta, sa druge strane.

Na osnovu rezultata brojnih istraživanja (od kojih su neki navedeni u nastavku), za pretpostaviti je da kako dete biva starije slabe u intenzitetu ponašanja koja se tiču naglašenog motornog nemira, perzistiraju problemi sa pažnjom, a problemi ponašanja koji su u vezi sa Poremećajem ponašanja tek počinju da dobijaju na intenzitetu. Dakle, hipoteza broj 4 može da bude razložena na 3 podhipoteze:

Hipoteza br.4a: Motorni nemir je manje izražen kod starije nego kod mlađe dece.

Hipoteza br.4b: Deficit pažnje manifestuje se u istom stepenu bez obzira na uzrast.

Hipoteza br.4c: Problemi ponašanja izraženiji su kod starije nego kod mlađe dece.

Indikatori hiperaktivnosti i impulsivnosti u najvećem broju slučajeva bivaju sve manje izraženi kako dete odrasta, dok deficit pažnje perzistira tokom vremena, bez obzira na uzrast (Barkley, 2006; Sroufe, 2005). Damjanović (2009) u istraživanju u kom je učestvovalo 1079 dece iz opšte populacije, dolazi do rezultata koji takođe ukazuju da osnovna obeležja ADHD-a nisu u jednakoj meri dosledan element poremećaja – motorni nemir i impulsivnost smanjuju se sa uzrastom, dok se indikatori nepažnje ispoljavaju istim intenzitetom tokom vremena. U američkoj studiji iz 2015. godine u kojoj je učestvovalo 790 dece tri uzrasne grupe (rano detinjstvo, srednje detinjstvo i adolescencija), autori su istraživali na kom uzrastu je svaka od dve dimenzije ADHD-a (nepažnja i hiperaktivnost/impulsivnost) više povezana sa teškoćama u akademskom, socijalnom i bihevioralnom funkcionisanju. Rezultati istraživanja pokazuju da je na sva tri uzrasta nepažnja bila bolji prediktor poteškoća u učenju. Kada je reč o socijalnom funkcionisanju (i sa vršnjacima, i sa učiteljima/nastavnicima), dimenzija hiperaktivnosti/

impulsivnosti pokazala se kao bolji prediktor poteškoća u ovoj oblasti samo na najranijem uzrastu, dok je na srednjem i najstarijem uzrastu nepažnja bila bolji prediktor problema u socijalnom funkcionisanju. U vezi sa problemima u bihevioralnom funkcionisanju u učionici, prediktivna validnost se smanjuje za dimenziju hiperaktivnosti/impulsivnosti kroz tri uzrasne grupe, a povećava za dimenziju nepažnje. Dakle, i ovo istraživanje ukazuje na to da problem nepažnje perzistira tokom vremena, a problemi hiperaktivnosti i impulsivnosti i poteškoće do kojih dovode, smanjuju se tokom vremena (Zoromski, Owens, Evans, & Brady, 2015). Poremećaj ponašanja karakterišu agresivni obrasci ponašanja i ozbiljno narušavanje društvenih pravila, a navedeni problemi najčešće se pojavljuju u kasnom detinjstvu i adolescenciji, dok su ponašanja karakteristična za Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa najizraženija tokom ranog detinjstva (Monastra, 2008). Kako se navodi u ICD-10 klasifikaciji, karakteristika Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa jeste da se uočava samo kod dece mlađe od 9 ili 10 godina (Svetska zdravstvena organizacija, 1992).

U skladu sa navedenim nalazima, postvaljena je četvrta hipoteza.

Hipoteza br. 5: Postoji statistički značajna povezanost obrazovanja roditelja sa manifestovanjem ponašanja koja karakterišu Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa i Poremećaj ponašanja, odnosno takva povezanost se ne očekuje kada je u pitanju manifestovanje ponašanja karakterističnih za ADHD.

Većina teorija koja proučava uticaj socioekonomskog statusa porodice deteta na razvoj problematičnih oblika ponašanja ukazuje na jaku vezu između socijalnog porekla niže klase i manifestovanja problema u ponašanju kod dece i omladine (Farrington, 1995). Često se problematično i delinkventno ponašanje dece i adolescenata povezuje sa nezaposlenošću roditelja, siromaštvom i nejednakošću (Smith, 1995). Deca sa *Poremećajem ponašanja* imaju češće roditelje koji su profesionalno neostvoreni, kod njih je daleko prisutnija agresivnost u porodici i češće su iz porodica nižeg socioekonomskog statusa (Wenar, 2003). Istraživanja su često ukazivala na to da prihodi koje domaćinstvo ostvaruje predstavljaju značajan korelat za manifestovanje simptoma Poremećaja ponašanja kod dece iz domaćinstava sa niskim prihodima (npr. Wiesner et al., 2015). Iako socioekonomski status obuhvata niz indikatora, a ne samo obrazovni nivo roditelja,

za pretpostaviti je da deca čiji su roditelji osnovnoškolskog obrazovanja žive u porodicama koje su i nižeg socioekonomskog statusa. Scott (2015), iako ne poriče povezanost niskog socio-ekonomskog statusa i siromaštva sa manifestovanjem problematičnih ponašanja kod dece iz takvih porodica, ukazuje na to da je takva povezanost često indirektna – problematična ponašanja dece neće se smanjiti samo zbog toga što su roditelji počeli više da zarađuju, već zbog toga što će doći do poboljšanja odnosa između roditelja i dece.

S druge strane, kao što je već navedeno kod hipoteze koja se tiče povezanosti mesta stanovanja sa učestalošću manifestovanja ponašanja karakterističnih za ADHD, za očekivati je da psihosocijalni faktori, među kojima je i obrazovni nivo roditelja, ne utiču na pojavu i razvoj indikatora ADHD-a (Barkley, 1997; Barkley, 2006; Sonuga-Barke & Taylor, 2015).

Hipoteza br. 6: Postoji statistički značajna razlika u jačini povezanosti između školskog postignuća i izraženosti ponašanja koja karakterišu poremećaje iz grupe *Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem*, u zavisnosti od izvora informacija, tj. od toga da li je procenjivač učitelj ili učenik.

U istraživanju sprovedenom za potrebe ovog rada, korišćene su dve verzije, odnosno dve forme treće revizije Konersove skale – forma za učitelje i samoopisna forma. Samoopisna forma administrirana je samo učenicima četvrtog, a ne i učenicima drugog razreda, zbog neophodnosti postojanja odgovarajuće kompetencije u čitanju i razumevanju pisanog teksta, koja još uvek nije izgrađena kod sve dece koja su učenici drugog razreda.

Za pretpostaviti je da će učenici procenjivati svoje ponašanje nezavisno od toga kakvo im je školsko postignuće, a da će procene učitelja biti u značajnoj meri „opterećene“ i saznanjem o tome kakvo je akademsko postignuće deteta čije ponašanje procenjuju (Barkley, 2006).

1.3 Varijable istraživanja

Uvažavajući pravila za skorovanje skala procene koje su korišćene u ovom istraživanju, za svako dete iz uzorka utvrđeno je da li manifestuje ponašanja koja definišu svaki od fenomena koji su u fokusu istraživanja u ovom radu (ADHD, ODD, CD), odnosno utvrđeno je da li kod svakog konkretnog deteta postoje ili ne bihevioralni indikatori navedenih dimenzija ponašanja. Na taj način, generisane su sledeće varijable ovog istraživanja:

- manifestovanje ponašanja tipičnih za hiperaktivnost/impulsivnost (na osnovu određenog subskora na skali IVJER);
- manifestovanje ponašanja tipičnih za nepažnju, odnosno deficit pažnje (na osnovu određenog subskora na skali IVJER);
- manifestovanje ponašanja koja karakterišu kombinovani ADHD podtip (na osnovu određenog skora na skali IVJER);
- ispoljavanje prkosnog i suprotstavljajućeg ponašanja (na osnovu određenog skora na skali ODDRS);
- ispoljavanje ponašanja koja su tipična za, odnosno koja definišu Poremećaj ponašanja (na osnovu određenog skora na skali CDRS-IV).

Na osnovu subskorova postignutih na Konersovoj skali (formi za učitelje i samoopisnoj formi), generisane su sledeće varijable:

- nepažnja (procenjena Konersovom skalom od strane učitelja i od strane samih učenika);
- prkosno i agresivno ponašanje (procenjeno Konersovom skalom od strane učitelja i od strane samih učenika);
- hiperaktivnost/impulsivnost (procenjena Konersovom skalom od strane učitelja i od strane samih učenika);
- teškoće u učenju i u vezi sa egzekutivnim funkcijama (procenjene Konersovom skalom od strane učitelja i od strane samih učenika);
- odnosi sa vršnjacima (procenjeni Konersovom skalom samo od strane učitelja);
- odnosi u porodici (procenjeni Konersovom skalom samo od strane samih učenika).

Od sociodemografskih varijabli, u istraživanju za potrebe ovog rada korišćene su sledeće:

- uzrast deteta (izražen u godinama i mesecima);
- obrazovanje roditelja (operacionalizovano kroz sledeće tri kategorije: osnovna škola ili obrazovanje niže od osnovne škole, srednja škola, viša ili visoka škola);
- školsko postignuće (operacionalizovano kroz pet kategorija, pri čemu iste nisu izjednačane sa kategorijama koje proizilaze iz detetovog opšteg uspeha, već se od učitelja očekuje da, na osnovu celokupnog ličnog utiska o detetu, a na samo detetovih ocena, proceni školsko postignuće. Navedenih pet kategorija su: nezadovoljavajuće, zadovoljavajuće, dobro, vrlo dobro i odlično)
- sredina u kojoj dete živi i školuje se (selo ili grad).

S obzirom da je sprovedeno istraživanje korelacionog tipa, navedene varijable mogu da se razvrstaju u grupu prediktorskih i grupu kriterijumskih varijabli, odnosno u statističkoj obradi varijable će imati ili status prediktorskih ili status kriterijumskih varijabli. Prediktorske varijable u ovom istraživanju su uzrast deteta, obrazovanje roditelja, kao i sredina u kojoj dete živi i školuje se. Manifestovanje ponašanja tipičnih za bilo koji od tri poremećaja koji su predmet proučavanja u ovom radu predstavlja prediktorsku varijablu u slučaju kada ispitujemo da li je egzistiranje ponašanja karakterističnih za neki od tri poremećaja povezano sa školskim postignućem učenika. Kao kriterijumske varijable mogu da budu označene: školsko postignuće, te ispoljavanje ponašanja kojima se definišu problemi karakteristični za nepažnju, hiperaktivnost, kombinovani ADHD podtip, prkosno ponašanje, poremećaje u ponašanju, te dimenzije ponašanja merene Konersovom skalom, a što je utvrđeno na osnovu skorova i subskorova dobijenih primenom skala procena.

1.4 Merni instrumenti

U ovom istraživanju korišćeni su sledeći merni instrumenti:

IVJER skala za procenu hiperaktivnosti kod dece preadolescentnog uzrasta (autor *Jerković, I., 2008*)

Skala se sastoji od 18 ajtema koji predstavljaju bihevioralne indikatore ADHD-a i 5 ajtema pervazivnosti, jedne od ključnih odlika za diferencijalnu dijagnostiku ADHD-a (Jerković, Damjanović i Mihić, 2010). Od ukupno 18 ajtema, devet se odnose na nepažnju, a devet na hiperaktivnost/impulsivnost. Procenu ponašanja deteta mogu da vrše roditelji, učitelji, vaspitači ili kliničari, tako što za svaku tvrdnju u skali označavaju koliko često se ponašanje opisano u tvrdnji ispoljava kod deteta koje se procenjuje (nikada, ponekad, često, veoma često). U istraživanju za potrebe ovog rada, iz skale je isključeno pet ajtema koji se odnose na pervazivnost, jer učitelji kao procenjivači poznaju dete isključivo u školskom okruženju i, u skladu sa tim ga i procenjuju.

Primenom eksplorativne faktorske analize izdvojena su dva faktora, koja zajedno objašnjavaju 73.9% ukupne varijanse. Prvi faktor objašnjava 56.4%, a drugi izdvojeni faktor 17.5% ukupne varijanse. Iz matrice strukture, jasno se vidi da možemo da govorimo o dvofaktorskoj strukturi skale IVJER. Prvi faktor dominantno je definisan opterećenjima ajtema od prvog do devetog, a drugi faktor opterećenjima ajtema od desetog do osamnaestog. To bi značilo da prvi faktor okuplja ajteme koji ukazuju na deficit pažnje, odnosno na probleme u vezi sa usmeravanjem i održavanjem pažnje, a drugi faktor okuplja ajteme koji predstavljaju indikatore hiperaktivnosti i impulsivnosti u ponašanju deteta. Korelacija među faktorima je visoka, pozitivna i značajna.¹

Pouzdanost skale je u dosadašnjim istraživanjima bila dosledno visoka – Cronbach's Alpha = .93 (Golubović, Jerković i Rapaić, 2008), Cronbach's Alpha = .95 (Damjanović, 2009). I prilikom sprovođenja istraživanja za potrebe ovoga rada utvrđena je visoka pouzdanost, kako skale u celini (Cronbach's Alpha = .953), tako i obe subskale – deficit pažnje (.956) i hiperaktivnost/impulsivnost (.949).

¹ Sve matrice i tabele koje se tiču primenjene eksplorativne faktorske analize na skali IVJER nalaze se u prilogima na kraju rada

CDRS-IV verzija za učitelje – The Conduct Disorder Rating Scale – DSM-IV The Teacher Version (autori *Waschbusch, D. A. i Elgar, F. J., 2006*)

Ova skala je prevedena na srpski jezik (uz povratni prevod od strane izvornog govornika engleskog jezika) i korišćena u istraživanju uz prethodno pribavljenu dozvolu autora.

Skala za procenu prisustva simptoma Poremećaja ponašanja (u upotrebi su dve verzije: za roditelje i za učitelje). Koristi se u svrhu procene ponašanja dece uzrasta od 5 do 12 godina, a verzija namenjena proceni od strane učitelja sastoji se od 13 ajtema – prvih 12 ajtema odnosi se na ponašanja opisana dijagnostičkim kriterijumima za Poremećaj ponašanja prema DSM-IV, a poslednji ajtem odnosi se na procenu koliko ponašanja koja su opisana u prvih 12 ajtema skale prouzrokuju konkretnom detetu probleme u školskom funkcionisanju (Waschbusch & Elgar, 2007). Učitelj procenjuje ponašanja na petostepenoj skali, pri čemu označava koliko često je konkretno dete, čije ponašanje procenjuje, manifestovalo svako od ponašanja opisanih tvrdnjama u poslednjih godinu dana (nikada, jednom, jednom mesečno, jednom nedeljno, svakodnevno). Stepenu u kome ponašanja opisana ajtemima skale prouzrokuju detetu probleme u školskom funkcionisanju, učitelj procenjuje takođe na petostepenoj skali (bez problema, blaži problemi, umereni problemi, ozbiljni problemi, veoma ozbiljni problemi). Prilikom skorovanja, neophodno je da je stepen ozbiljnosti problema označen od strane procenjivača makar kao „umereni problemi“. Za prvih 12 ajtema prilikom skorovanja važi sledeće pravilo: ponašanje opisano tvrdnjom smatra se prisutnim kod deteta koje se procenjuje, ukoliko je procenjivač označio da se konkretno ponašanje manifestuje kod deteta minimum jednom u toku poslednjih godinu dana. Izuzetak predstavljaju tri ajtema koji se odnose na (1) laganje, (2) započinjanje tuče i (3) zastrašivanje drugih, a za koje je neophodno da je učitelj označio da se manifestuju minimum jednom mesečno, kako bi se moglo smatrati da dete zadovoljava date kriterijume. Uz umerene probleme i prisustvo tri ili više ponašanja opisanih tvrdnjama skale, može se pretpostaviti da procenjivano dete manifestuje ponašanja tipična za Poremećaj ponašanja. Korišćenje različitih kriterijuma za evaluaciju indikatora Poremećaja ponašanja zasnovano je na činjenici da različiti indikatori ovog poremećaja jesu različitih nivoa ozbiljnosti. Ovakve procedure

skorovanja pokazale su da imaju zadovoljavajuću pouzdanost i valjanost (King et al., 2005).

Iako se u DSM-IV klasifikaciji navodi 15 različitih ponašanja koja predstavljaju dijagnostičke kriterijume za Poremećaj ponašanja, iz CDRS-IV skale za procenu od strane učitelja isključena su sledeća tri ajtema tj. dijagnostička DSM-IV kriterijuma: (1) bežanje od kuće i ostajanje van kuće tokom noći, (2) prisiljavanje drugih na seksualnu aktivnost, i (3) ostajanje van kuće do kasno uveče, uprkos roditeljskoj zabrani. Navedeni kriterijumi nisu uključeni u skalu jer učitelji često nemaju saznanja o oblicima ponašanja dece koji se manifestuju izvan učionice (Waschbusch & Elgar, 2007). Iako je opravdano isključivanje ova tri opisa konkretnih ponašanja, ostaje upitno zbog čega je autor skale odlučio da u skalu uključi ajteme kao što su (a) provaljivanje u nečiji stan i (b) namerno podmetanje požara, koji takođe nisu vezani za školsko funkcionisanje.

Nakon što je primenjena eksplorativna faktorska analiza, iz dalje statističke obrade isključeno je pet od ukupno 12 ajtema koji predstavljaju dijagnostičke kriterijume za Poremećaj ponašanja. Isključena su 4 ajtema čija je aritmetička sredina iznosila 0, odnosno za koje niko od procenjivača nije zaokružio ništa osim „nikada“, a to su sledeće tvrdnje: (1) Provalilo je u stan, kuću ili automobil; (2) Namerno je podmetalo požar sa namerom da izazove ozbiljnu štetu drugima; (3) Kralo je predmete uz suočavanje sa žrtvom – iznuđivanje, oružane pljačke, otimanje torbi; (4) Upotrebilo je oružje kojim može drugima da nanese ozbiljne fizičke posledice – nož, ciglu, staklo, pištolj, palicu. Kao što je ranije pomenuto, ove tvrdnje su takve da ne moraju ili ne mogu (npr. provaljivanje u nečiju kuću) da budu u vezi sa školskim funkcionisanjem deteta, te je moguće da učitelji i nemaju saznanja o takvim radnjama deteta. Drugo objašnjenje može da bude sledeće: navedeni ajtemi su suviše jaki i eksplicitni, i više su karakteristični za adolescente sa ozbiljnim problemima u ponašanju nego za decu koju su učitelji procenjivali za potrebe ovoga rada (prosečnog uzrasta od devet godina), odnosno vrlo je verovatno da se takva ponašanja češće manifestuju na starijim uzrastima nego kod mlađe dece, ukoliko govorimo o deci sa problematičnim oblicima ponašanja. Peti ajtem koji je isključen iz dalje obrade jeste sledeći ajtem – „Izostajalo je iz škole“. Za ovaj ajtem je evidentno da nije dovoljno klinički diskriminativan, što bi moglo da se pripiše i neodgovarajućem prevodu tog ajtema iz originalne američke verzije skale. Svakako da bi

prevod poput „Neopravdano je izostajalo iz škole“ ili „Bežalo je sa časova“ bio daleko klinički diskriminativniji, ali je zadržan prevod koji je bio rezultat povratnog prevoda. U nekim od sledećih upotreba ove skale, bilo bi preporučljivo primeniti neki drugi prevod navedene tvrdnje.

Primenom eksplorativne faktorske analize izdvojen je jedan faktor, koji objašnjava 49.9% ukupne varijanse. Iz matrice faktorske strukture, jasno se vidi da možemo da govorimo o jednofaktorskoj strukturi skale CDRS-IV, odnosno da je skala jedinstvenog predmeta merenja, a to su problemi, odnosno poremećaji u ponašanju.²

Pouzdanost skale utvrđena nakon što je iz dalje statističke obrade isključeno pomenutih pet tvrdnji, tj. ajtema, je zadovoljavajuća (Cronbach's Alpha = .84). U istraživanju koje je sproveo autor skale, a u kome je od strane učitelja procenjeno ponašanje 1550 učenika, Cronbach's Alpha iznosio je .72 (Waschbusch & Elgar, 2007).

ODDRS – Oppositional Defiant Disorder Rating Scale (autori *Hommersen, P., Murray, C., Ohan, J. L i Johnston, C., 2006*)

Ova skala je prevedena na srpski jezik (uz povratni prevod od strane izvornog govornika engleskog jezika) i korišćena u istraživanju uz prethodno pribavljenu dozvolu autora.

Skala za procenu prisustva simptoma Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa. Sastoji se od 8 ajtema, koji odgovaraju dijagnostičkim kriterijumima prema DSM-IV dijagnostičkoj klasifikaciji. Procenjivač na skali od 1 do 4 procenjuje u kojoj meri je tačna svaka od osam tvrdnji u odnosu na dete čije ponašanje procenjuje, a uzimajući u obzir poslednjih šest meseci (potpuno netačno, uglavnom netačno, uglavnom tačno, potpuno tačno). Deca za koju su procenjivači označili „uglavnom tačno“ ili „potpuno tačno“ na minimum 4 opisana ponašanja, u daljem toku statističke obrade predstavljala su grupu dece koja je tretirana kao grupa koja manifestuje ponašanja tipična za Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa.

Primenom eksplorativne faktorske analize izdvojen je jedan faktor, koji objašnjava 62.2% ukupne varijanse. Iz matrice faktorske strukture, jasno se vidi da

² Sve matrice i tabele koje se tiču primenjene eksplorativne faktorske analize na skali CDRS-IV nalaze se u prilogima na kraju rada

možemo da govorimo o jednofaktorskoj strukturi skale ODDRS, odnosno da je skala jedinstvenog predmeta merenja, a to su prkosno i suprotstavljajuće ponašanje.³

U istraživanju koje su sproveli autori skale (Hommersen, Murray, Ohan, & Johnston, 2006) pouzdanost je bila visoka (Cronbach's Alpha = .92). I prilikom sprovođenja istraživanja za potrebe ovoga rada utvrđena je visoka pouzdanost skale ODDRS (Cronbach's Alpha = .91).

CRS forma za učitelje - Conners 3 Rating Scale–Teacher Form Short (autor *Conners, C. K., 2008*)

Skraćena forma treće revizije Konersove skale namenjena proceni od strane učitelja, korišćena je na osnovu dozvole autora koju je obezbedio Odsek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Novom Sadu, a za korišćenje u istraživačke svrhe.

Treća revizija Konersove skale koja se sastoji od 39 tvrdnji, a koristi se za procenu egzistiranja simptomatologije koja karakteriše probleme sa usmeravanjem i održavanjem pažnje, hiperaktivnost i impulsivnost, poteškoće u učenju i u vezi sa egzekutivnim funkcijama, prkosno i agresivno ponašanje, te za procenu odnosa sa vršnjacima. Pored navedenog, skala sadrži i tvrdnje koje se odnose na pozitivnu (6 tvrdnji) i negativnu impresiju (6 tvrdnji) koju procenjivač ima/nema u vezi sa detetom čije ponašanje procenjuje, a koje zajedno čine subskale validnosti. Učitelj procenjuje ponašanja deteta označavajući brojevima od 1 do 4 u kojoj meri je konkretno ponašanje opisano tvrdnjom tačno za određeno dete (potpuno netačno, uglavnom netačno, uglavnom tačno, potpuno tačno). Skala sadrži i dva dodatna pitanja u vezi sa eventualnom zabrinutošću procenjivača kada je reč o detetu koje procenjuje i sa snagama i vrlinama koje procenjivač prepoznaje kod procenjivanog deteta.

Određene grupe ajtema odnose se na određenu problematiku (npr. prkos i agresija, poteškoće u učenju i sl.), odnosno određeni aspekt funkcionisanja deteta (npr. odnosi sa vršnjacima) i na taj način se rezultati kasnije i tumače (određena grupa ajtema čini određenu subskalu, a rezultati se tumače prema povišenjima i sniženjima na pojedinačnim subskalama). Sledi prikaz ajtema *Conners 3 Rating Scale–Teacher Form*

³ Sve matrice i tabele koje se tiču primenjene eksplorativne faktorske analize na skali ODDRS nalaze se u prilogima na kraju rada

Short, grupisanih u zavisnosti od toga na koju vrstu problema, tj. aspekt funkcionisanja ukazuju (Tabele 7, 8, 9, 10 i 11).

Tabela 7: CRS forma za učitelje – Prkosno i agresivno ponašanje

BROJ TVRDNJE	SADRŽAJ TVRDNJE
5.	Maltretira, preti ili plaši druge.
7.	Ljutito je i ogorčeno.
12.	Aktivno odbija da uradi ono što mu odrasli kažu da uradi.
15.	Trudi se da ljudima vrati istom merom.
17.	Ponaša se podlo i manipulativno.

Tabela 8: CRS forma za učitelje – Odnosi sa vršnjacima

BROJ TVRDNJE	SADRŽAJ TVRDNJE
11.	Ima slabo razvijene socijalne veštine.
20.	Neprihvaćeno je od strane grupe.
27.	Među poslednjima je koga biraju za timove ili igre.
29.	Ima teškoće da zadrži prijatelje.
37.	Ne ume da sklapa prijateljstva.

Tabela 9: CRS forma za učitelje – Nepažnja

BROJ TVRDNJE	SADRŽAJ TVRDNJE
3.	Nepažljivo je, lako ga je omesti.
10.	Ima teškoće da duže vreme ostane koncentrisano na rad ili igru.
26.	Ne obraća pažnju na detalje, pravi greške iz nepažnje.
36.	Ima kratak opseg pažnje
39.	Lako mu je skrenuti pažnju.

Tabela 10: CRS forma za učitelje – Teškoće u učenju i u vezi sa egzekutivnim funkcijama

BROJ TVRDNJE	SADRŽAJ TVRDNJE
14.	Ne može da savlada računanje.
16.	Ima teškoće sa započinjanjem zadataka.
18.	Ne razume ono što čita.
23.	Dobro je u planiranju unapred.
28.	Ima teškoće sa pravopisom.
35.	Zaboravi ono što je već naučeno.

Tabela 11: CRS forma za učitelje – Hiperaktivnost/Impulsivnost

BROJ TVRDNJE	SADRŽAJ TVRDNJE
1.	Stalno je u pokretu.
8.	Razdražljivo je, impulsivno.
22.	Nemirno je ili previše aktivno.
24.	Vrpolji se na stolici.
30.	Napušta svoje mesto kada bi trebalo da sedi.
32.	Govori mimo reda.

CRS samoopisna forma - Conners 3 Rating Scale–Self-Report Form Short (autor *Conners, C. K., 2008*)

Skraćena forma treće revizije Konersove skale namenjena samoproceni, korišćena je na osnovu dozvole autora koju je obezbedio Odsek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Novom Sadu, a za korišćenje u istraživačke svrhe.

Samoopisna forma treće revizije Konersove skale sastoji se od 39 tvrdnji i, kao i forma za učitelje, sadrži sledeće subskale: Prkosno i agresivno ponašanje, Nepažnja, Poteškoće u učenju i u vezi sa egzekutivnim funkcijama, Hiperaktivnost/Impulsivnost i, za razliku od forme namenjene učiteljima, samoopisna forma ne sadrži subskalu koja se tiče odnosa sa vršnjacima, već subskalu odnosa u porodici. Takođe sadrži i tvrdnje koje se odnose na pozitivnu i negativnu impresiju koju dete ima o sebi (ukupno 12 tvrdnji), a koje zajedno čine subskale validnosti. Dete procenjuje ponašanja i emotivna stanja opisana tvrdnjom označavajući brojevima od 1 do 4 u kojoj meri je data tvrdnja tačna u

odnosu na njega samog (potpuno netačno, uglavnom netačno, uglavnom tačno, potpuno tačno). Skala sadrži i dva dodatna pitanja u vezi sa eventualnim drugim problemima koje dete ima i sa snagama i vrlinama koje prepoznaje kod sebe.

U Tabelama 12, 13, 14, 15 i 16, prikazani su ajtemi samoopisne verzije treće revizije Konersove skale grupisani prema subskalama.

Tabela 12: CRS samoopisna forma – Prkosno i agresivno ponašanje

BROJ TVRDNJE	SADRŽAJ TVRDNJE
8.	Namerno povređujem druge ljude.
10.	Započinjem svađe ili tuče.
17.	Lomim stvari kada sam ljut ili uznemiren.
30.	Kada se naljutim na nekoga, vratim mu istom merom.
32.	Uništavam stvari koje pripadaju drugim ljudima.
39.	Maltretiram ili pretim drugim ljudima.

Tabela 13: CRS samoopisna forma – Odnosi u porodici

BROJ TVRDNJE	SADRŽAJ TVRDNJE
19.	Nije fer kako me roditelji kažnjavaju.
22.	Moji roditelji previše očekuju od mene.
26.	Moji roditelji su prestrogi kada me kažnjavaju.
34.	Moji roditelji me previše kritikuju i grde.
37.	Moji roditelji su previše strogi prema meni.

Tabela 14: CRS samoopisna forma – Nepažnja

BROJ TVRDNJE	SADRŽAJ TVRDNJE
3.	Teško mi je da obratim pažnju na detalje.
5.	Ne mogu dugo da održavam pažnju.
14.	Zaboravim ili izgubim iz vida šta treba da uradim.
16.	Ometaju me stvari koje se dešavaju oko mene.
18.	Imam teškoća da završim stvari.
27.	Imam teškoća sa koncentracijom.

Tabela 15: CRS samoopisna forma – Teškoće u učenju i u vezi sa egzekutivnim funkcijama

BROJ TVRDNJE	SADRŽAJ TVRDNJE
9.	Imam teškoća sa razumevanjem onoga što čitam.
13.	Imam teškoća sa pravopisom.
33.	Imam teškoća sa čitanjem.
36.	Učim sporije od svojih vršnjaka (dece mojih godina).
38.	Imam teškoća sa matematikom.

Tabela 16: CRS samoopisna forma – Hiperaktivnost/Impulsivnost

BROJ TVRDNJE	SADRŽAJ TVRDNJE
1.	Kažem prvu stvar koja mi padne na pamet.
4.	Teško mi je da sedim mirno.
15.	Teško mi je da budem tih dok se igram ili nešto radim.
29.	Nemiran sam.
31.	Previše pričam.

1.5 Uzorak

Uzorak u ovom istraživanju činilo je 1471 dete. U pitanju su deca koja su u vreme sprovođenja ovog istraživanja pohađala drugi i četvrti razred osnovne škole u svih pet gradskih osnovnih škola u Somboru, osam seoskih osnovnih škola sa područja Grada Sombora i u jedinoj osnovnoj školi u Apatinu. Dečaka je bilo 760 (51.7%), a devojčica 711 (48.3%). Od 1471 deteta, njih 726 je pohađalo drugi razred osnovne škole. U uzorku je bilo 386 dece iz seoskih škola.

Ponašanja dece su procenjivana na skalama procene od strane učitelja. U ovom istraživanju učestvovao je 71 učitelj. Kako se učionica smatra mestom izazova za manifestovanje ponašanja karakterističnih za poremećaje iz grupe *Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem*, procene učitelja smatraju se posebno važnim za detekciju ponašanja koja su tipična za ADHD, ODD ili CD (Kocijan-Hercigonja i sar., 2004; Merry, & Moor, 2015).

U sledećoj fazi istraživanja, učenici četvrtog razreda su sami procenjivali svoje ponašanje na Konersovoj skali namenjenoj samoproceni. Kako je za razumevanje

sadržaja same skale neophodna odgovarajuća kompetencija u čitanju i razumevanju pisanog teksta, odabrani su samo učenici četvrtog razreda osnovne škole, a ne i učenici drugog razreda. Dakle, učenici četvrtog razreda procenjivali su i sami svoja ponašanja opisana u skali putem samoopisne skale procene. Na taj način je omogućeno poređenje procena učitelja i procena same dece. Za decu, učenike četvrtog razreda, koja su popunjavala samoopisnu formu pomenute skale, prethodno je pribavljena saglasnost roditelja (informisani pristanak) za učešće dece u istraživanju.

Struktura uzorka s obzirom na razred i školu koju deca pohađaju, prikazana je u sledeće dve tabele:

Tabela 17: Struktura uzorka dece prema školi i razredu koji pohađaju (gradske škole)

osnovna škola	II razred	IV razred	ukupno
GRADSKE ŠKOLE			
“A. Mrazović” Sombor	98	94	192
“I. L. Ribar” Sombor	80	103	183
“N. Vukićević” Sombor	68	69	137
“Bratstvo-jedinstvo” Sombor	38	47	85
“D. Obradović” Sombor	72	94	166
“Ž. Zrenjanin” Apatin	177	145	322
Ukupan broj dece iz grada	533	552	1085

Tabela 18: Struktura uzorka dece prema školi i razredu koji pohađaju (seoske škole)

osnovna škola	II razred	IV razred	ukupno
SEOSKE ŠKOLE			
“22. oktobar” Bački Monoštor	25	34	59
“B. Radičević” Stapar	33	29	62
“I. G. Kovačić” Stanišić	30	20	50
“L. Kostić” Gakovo	13	17	30
“A. Šantić” Aleksa Šantić	9	12	21
“M. Pijade” Bački Breg	7	9	16
“M. Antić” Čonoplja	35	30	65
“N. Tesla” Kljajićevo	41	42	83
Ukupan broj dece iz sela	193	193	386

Najmlađe dete iz uzorka je staro 7 godina i 8 meseci, a najstarije 11 godina i 9 meseci. Prosečan uzrast dece iz uzorka je 9 godina i 4 meseca. Na osnovu procene koju su izvršili učitelji, iz inicijalnog uzorka od 1471 deteta, a rukovodeći se kriterijumima za ADHD prema DSM-IV (minimum 6 indikatora nepažnje, odnosno minimum 6 indikatora hiperaktivnosti/impulsivnosti, ili pak zadovoljavanje oba ova kriterijuma) izdvojena je grupa od 341 deteta (23.2%) koji su zadovoljili navedene kriterijume ADHD prema

DSM-IV. Od njih, 83 deteta (5.6%) zadovoljilo je kriterijume za podtip sa dominirajućom hiperaktivnošću/impulsivnošću, 156 dece (10.6%) je zadovoljilo kriterijume za podtip sa dominirajućim deficitom pažnje, a 102 deteta (6.9%) su zadovoljila oba kriterijuma, odnosno kriterijume za podtip sa kombinacijom deficita pažnje i hiperaktivnosti/impulsivnosti. Ova grupa od 341 deteta jeste grupa dece koja manifestuju ponašanja karakteristična, odnosno tipična za ADHD. Pored toga, iz inicijalnog uzorka, a rukovodeći se pravilima skorovanja skala za procenu prisustva indikatora Poremećaja ponašanja, odnosno Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa (u skladu sa DSM-IV klasifikacionim sistemom) izdvojena je grupa od 71 deteta (4.8%) koja manifestuju ponašanja kojima se definiše Poremećaj ponašanja, odnosno grupa od 110 dece (7.5%) koja manifestuju ponašanja kojima se definiše Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa. Među ove dve grupe dece su i deca koja zadovoljavaju ADHD kriterijume prema primenjenoj skali IVJER, što će biti predstavljeno u delu rada koji se tiče rezultata. Sve navedeno prikazano je u sledećoj tabeli (Tabela 19).

Tabela 19: Uzorak dece koja zadovoljavaju kriterijume za ispitivane fenomene prema skorovima postignutim na skalama procene

	Broj	Procenat
ADHD – podtip sa dominirajućim deficitom pažnje	156	10.6%
ADHD – hiperaktivni podtip	83	5.6%
ADHD – kombinovani podtip (hiperaktivnost i deficit pažnje)	102	6.9%
ADHD – sva tri podtipa	341	23.2%
ODD – Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa	110	7.5%
CD – Poremećaj ponašanja	71	4.8%

Deca koja, na osnovu primenjenih skala procene, ne postižu skorove koji bi ih označali kao decu koja manifestuju ponašanja tipična makar za jedan od tri navedena poremećaja, u daljoj statističkoj obradi tretirana su kao kontrolna grupa ispitanika (njih ukupno 1098 ili 74.6%).

S obzirom na nacrt istraživanja, koji je podrazumevao da učenici četvrtog razreda popunjavaju samoopisnu formu skale procene, sledeći korak je bio kontaktiranje roditelja dece u svrhu nastavka istraživanja. Od ukupnog broja učenika četvrtog razreda (745), za njih 370 roditelji su potpisali informisani pristanak za učešće dece u istraživanju. Od njih 370, 305 dece je iz grada (iz četiri gradske škole), a 65 iz sela (iz dve seoske škole).

1.6 Organizacija i tok istraživanja

Istraživanje je sprovedeno tokom novembra i decembra meseca 2014. godine i februara meseca 2015. godine (procena ponašanja dece od strane učitelja), a tokom marta meseca 2015. godine učenici četvrtog razreda su popunjavali samoopisnu skalu procene (samoopisna forma treće revizije Konersove skale procene). Istraživanje je sprovedeno u školama u kojima su direktori pisanim putem obavesteni o istraživanju i, nakon razgovora sa ispitivačem, pristali na to da učitelji i učenici škole budu učesnici u istraživanju. U školama je, pre prve faze istraživanja uspostavljen kontakt sa stručnom službom, kojima je objašnjena svrha, odnosno cilj istraživanja, kao i instrukcije u vezi sa popunjavanjem skala, a potom je ispitivač, nakon dogovora sa predstavnikom stručne službe, održao sastanke i sa učiteljima drugog i četvrtog razreda.

U drugoj fazi istraživanja (samoprocena učenika četvrtog razreda), učenicima su psiholozi škola učesnici u istraživanju, sa kojima je ispitivač prethodno obavio razgovor i uputio ih u način administracije samoopisne skale procene, na posebnom času objasnili na koji način će popunjavati skalu i bili prisutni sa učenicima sve vreme popunjavanja skale procene. Kao što je već napomenuto, prethodno je pribavljena saglasnost roditelja (informisani pristanak) za učešće dece u istraživanju.

1.7 Priprema podataka i metode statističke obrade

Podaci dobijeni ovim istraživanjem obrađeni su u računarskim programskim paketima SPSS 15 for Windows i Mplus 7. Primenjeni su sledeći postupci obrade podataka:

a) **Metode deskriptivne statistike** – za eksploraciju uzorka po sociodemografskim varijablama;

b) **Eksplorativna faktorska analiza** – za utvrđivanje latentne dimenzionalnosti skala koje su korišćene u istraživanju, odnosno za ispitivanje karakteristika latentnog prostora merenja svake od korišćenih skala;

c) **Konfirmatorna faktorska analiza** – za testiranje podesnosti unapred definisanih modela odnosa poremećaja iz grupe *Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem*, a u cilju provore hipoteze o nezavisnosti dijagnostičkih kategorija tri poremećaja koji su predmet istraživanja u ovom radu (radi dolaska do zaključaka o relacijama ovih konstrukata, njihovoj eventualnoj hijerarhijskoj uslovljenosti, te konceptualnim prepokrivanjima). Konfirmatorna faktorska analiza jeste analitička strategija kojom se proveravaju pretpostavke o faktorskoj strukturi nekog mernog instrumenta ili teorijskog konstrukta, pri čemu su te pretpostavke pretočene u model koji uklapa one varijable koje istraživača zanimaju u mrežu uzročno-posledičnih odnosa (Milas, 2009). Sve analize u okviru modelovanja strukturalnim jednačinama (SEM), sprovedene su korišćenjem robusnog metoda (Robust Maximum Likelihood Method - MLR), koji je preporučljiv u situacijama kada distribucije nekih od varijabli u istraživanju znatno odstupaju od normalne.

Prilikom testiranja indeksa podesnosti modela u istraživanju, korišćeni su sledeći indeksi podesnosti:

1. Sattora-Bentler χ^2 (S-B χ^2) – apsolutni indeks podesnosti koji meri razliku između matrice kovarijansi nastale specifikacijom modela i procenjene populacijske matrice kovarijansi. Za dobru podesnost modela, očekuje se neznačajan χ^2 , odnosno očekuje se da nema razlika između empirijski dobijene matrice kovarijansi i one očekivane modelom, što bi značilo da se teorijski model pokazao održivim nakon empirijske provere. Osnovni problem u vezi sa ovim indeksom

- podesnosti jeste velika osetljivost na veličinu uzorka – uz porast statističke snage koju osiguravaju veliki uzorci, čak i beznačajna odstupanja opaženih podataka od modela pretpostavljenog teorijom pokazaće se značajnim, što bi značilo odbacivanje inače vrlo prihvatljivih modela (Milas, 2009);
2. The Root Mean-Square Error of Approximation (RMSEA) – kvadratni koren standardne greške procene - aproksimativni indeks podesnosti koji pokazuje koliko hipotetski, tj. procenjivani model odudara od saturiranog, tj. savršenog, uz korekciju za parsimoničnost. Vrednost RMSEA 0 ukazivala bi na savršenu podesnost. Vrednosti RMSEA < .06 upućuju na dobru podesnost modela, a vrednosti od .06 do .08 ukazuju na to da je model prihvatljive podesnosti. RMSEA indeks, kako navodi Halmi (2003), jedan je od najinformativnijih indikatora za merenje prikladnosti, tj. podesnosti modela;
 3. The Standardized Root Mean-Square Residual (SRMR) – indeks koji se bazira na metodu maksimalne verodostojnosti. Ovaj indeks predstavlja meru aritmetičkih sredina reziduala, odnosno razlika između opaženih i predviđenih korelacija. Granična vrednost ovog indeksa je < .08;
 4. Za razliku od prethodno navedena tri indeksa, koji predstavljaju **apsolutne indekse podesnosti**, sledeći su tzv. **relativni indeksi**. Prvi od njih je Comparative Fit Index (CFI). To je komparativni indeks podesnosti koji upoređuje podesnost testiranog teorijskog modela sa podesnošću tzv. nultog modela – model koji pretpostavlja potpunu nezavisnost latentnih varijabli, tj. ovaj indeks proverava koliko testirani teorijski model bolje reprezentuje podatke od nultog modela (Milas, 2009). Vrednosti ovog indeksa kreću se u rasponu od 0 do 1, a što je vrednost bliža vrednosti 1 to je bolja podesnost modela (Halmi, 2003). Vrednosti CFI veće od .95 ukazuju na dobru podesnost, a kada se vrednosti kreću između .90 i .95 ukazuju na to da je model prihvatljive podesnosti;
 5. Tucker-Lewis Index (TLI), naziva se i Non-Normed Fit Index (NNFI). To je relativni indeks koji pretpostavlja tačku na koju procenjivani model pada na skali od nultog do savršenog hipotetskog modela, pri čemu uzima u obzir parsimoničnost (ujednačenost) modela koji se procenjuje. Kao i za CFI, vrednosti TLI veće od .95 ukazuju na dobru podesnost, a kada se vrednosti kreću između

.90 i .95 ukazuju na to da je model prihvatljive podesnosti. Vrednosti ispod .90 upućuju na neophodnost respecifikacije modela (Milas, 2009);

Sledeća dva indeksa fita predstavljaju **prediktivne indekse fita**, tj. podesnosti. Njima se procenjuje fit, odnosno podesnost modela u hipotetičkim ponovnim uzorcima iste veličine iz iste populacije:

6. The Akaike Information Criterion (AIC) favorizuje jednostavnije (parsimoničnije) modele. Što je niža vrednost, to je bolja podesnost (Halmi, 2003), odnosno veća je verovatnoća repliciranja i bolji fit;
7. The Bayesian Information Criterion (BIC). Manje vrednosti AIC i BIC ukazuju na bolju podesnost i veću parsimoničnost;

d) Analiza latentnih profila – radi identifikacije distinktnih grupa ispitanika, odnosno određivanja broja homogenih grupa, a takođe u cilju provore hipoteze o nezavisnosti dijagnostičkih kategorija tri poremećaja koji su predmet istraživanja u ovom radu. Ovaj statistički postupak poredi modele sa različitim brojem latentnih kategorija i, suprotno postupku analize latentnih klasa, sprovodi se na kontinuiranim podacima (Sadiković, Fesl i Čolović, 2016). I analiza latentnih profila, i analiza latentnih klasa, jesu statistički postupci fokusirani na pojedince, odnosno ispitanike, za razliku od eksplorativne i konfirmatorne faktorske analize, koje su fokusirane na varijable. Analiza latentnih profila grupiše ispitanike na osnovu sličnosti njihovih pojedinačnih profila i tako stvara klastere, odnosno klase.

Za odluku o tome koje rešenje se smatra najprihvatljivijim, odnosno za određivanje optimalnog broja latentnih kategorija koriste se sledeći pokazatelji: *AIC* i *BIC* (Akaike Information Criterion i Bayesian Information Criterion), kao i *Sample Size Adjusted BIC* (niže vrednosti ovih pokazatelja ukazuju na bolje rešenje, odnosno na bolji fit modela); *Entropy value* (vrednost koja ukazuje na to koliko se jasno klase razlikuju među sobom, a uzimajući u obzir verovatnoću svakog ispitanika da bude deo klase). Viša vrednost ovog pokazatelja ukazuje na bolji fit, a u teorijskom smislu vrednost 1.00 predstavlja savršenu klasifikaciju; *Lo, Mendell and Rubin adjusted likelihood ratio test* (koji se koristi za procenu verovatnoće, odnosno za testiranje da li je promena sa uvođenjem modela sa jednom kategorijom više, značajna u odnosu na prethodni model sa kategorijom manje).

e) **t-test za nezavisne uzorke** – za proveru značajnosti razlika između grupe dece koja manifestuju ponašanja tipična za neki od poremećaja koji su predmet proučavanja u ovom radu i kontrolne grupe dece, a u odnosu na školsko postignuće;

f) χ^2 (**Hi-kvadrat test**) – za proveru značajnosti razlike u zastupljenosti indikatora bilo kog od tri poremećaja (ADHD, Poremećaj ponašanja, Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa) u odnosu na mesto stanovanja, razred koji dete pohađa (tj. uzrast deteta), te obrazovanje oca, odnosno majke.

g) **Pearsonov koeficijent korelacije** – radi utvrđivanja povezanosti različitih dimenzija ponašanja učenika procenjenih trećom revizijom Konersove skale od strane učitelja i od strane samih učenika (učenici četvrtog razreda), s jedne, sa školskim postignućem, s druge strane. Takođe, ovaj statistički postupak primenjen je i radi provere kriterijumske validnosti korišćenih skala.

2. REZULTATI I ANALIZA

2.1. Osnovni deskriptivni pokazatelji i interkorelacije varijabli u istraživanju

Osnovni deskriptivni pokazatelji varijabli u istraživanju i njihove interkorelacije prikazane su u Tabelama 20 i 21.

Kao što iz Tabele 20 može da se vidi, vrednosti skjunisa i kurtozisa za skorove na subskalama skale IVJER, a to su Nepažnja i Hiperaktivnost, prihvatljive su i kreću se u rasponu -1 i 1 (za Nepažnju), odnosno u rasponu -2 i 2 (za Hiperaktivnost). Za druge dve skale korišćene u ovom istraživanju, odnosno za fenomene merene ovim skalama, vrednosti skjunisa i kurtozisa nisu u okviru očekivanih vrednosti, te možemo da zaključimo da distribucije merenih fenomena, tj. varijabli u istraživanju (prkosno i suprotstavljajuće ponašanje, s jedne, i poremećaji u ponašanju, sa druge strane) značajno odstupaju od normalne distribucije. Iz navedenog razloga, u primenjenoj konfirmatornoj faktorskoj analizi, sve analize sprovedene su korišćenjem robusnog metoda (MLR).

Tabela 20: Deskriptivni statistički pokazatelji

	Minimum	Maksimum	AS	SD	Skewness (S. E)	Kurtosis (S. E)
Nepažnja (IVJER)	0.00	27.00	7.23	6.99	.99 (.064)	.054 (.128)
Hiperaktivnost (IVJER)	0.00	27.00	6.19	6.50	1.33 (.064)	1.04 (.128)
Prkos i suprotstavljajanje (ODDRS)	0.00	24.00	4.23	4.23	2.18 (.064)	5.04 (.128)
Problemi u ponašanju (CDRS-IV)	0.00	20.00	2.29	2.87	2.30 (.06)	6.93 (.128)

U Tabeli 21 prikazana je matrica interkorelacija varijabli u istraživanju. Kako su u ovom istraživanju korišćene 3 skale procene koje su uskog opsega, tj. odnose se samo na jedno problematično područje (IVJER, ODDRS i CDRS-IV) i jedna skala koja je širokog opsega, odnosno obuhvata širok raspon mogućih problema i uključuje i problematična područja koja su obuhvaćena trima skalama uskog opsega (treća revizija Konersove skale), na osnovu tabele interkorelacija možemo da zaključimo da su sve tri skale uskog opsega visoke kriterijumske validnosti. Kriterijumska valjanost, kako navodi Fajgelj

(2004), jeste svojstvo nekog mernog instrumenta da može da zameni neku drugu proceduru, a utvrđuje se tako što se merni instrument administrira, pa se nakon toga izračunava njegova korelacija sa procedurom koja nas zanima. U slučaju kada je korelacija dovoljno visoko, merni instrument može da zameni konkretnu proceduru, odnosno neki drugi merni instrument. Ristić (1995) ovu vrstu valjanosti naziva empirijskom valjanošću.

Nepažnja merena skalom IVJER visoko korelira sa subskalom Konersove skale koja se odnosi na nepažnju ($r=.88$, $p < .01$). Pored toga, nepažnja merena skalom IVJER visoko korelira sa subskalama Konersove skale koje ukazuju na poteškoće u učenju ($r=.83$, $p < .01$), odnosno na odnose sa vršnjacima ($r=.60$, $p < .01$). Hiperaktivnost merena skalom IVJER visoko korelira sa subskalom Konersove skale koja se odnosi upravo na hiperaktivnost/impulsivnost ($r=.87$, $p < .01$). Visoka i značajna korelacija utvrđena je i između skale ODDRS koja se odnosi na prkosno i suprotstavljajuće ponašanje i subskale Konersove skale koja se odnosi upravo na prkos i agresivnost ($r=.68$, $p < .01$). Kako treća revizija Konersove skale koja je korišćena u istraživanju ne sadrži subskalnu koja se odnosi na ozbiljne probleme u ponašanju, nije moguće utvrditi postoji li korelacija između skale koja procenjuje takve oblike ponašanja (CDRS-IV) i njoj ekvivalentne subskale, ali je zabeležena značajna i visoka korelacija između subskale prkosnog i agresivnog ponašanja Konersove skale i skale CDRS-IV ($r=.52$, $p < .01$).

Tabela 21: Matrica interkorelacija varijabli u istraživanju

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. Nepažnja (IVJER)	1								
2. Hiperaktivnost (IVJER)	.54**	1							
3. Prkos/suprotstavjanje (ODDRS)	.40**	.63**	1						
4. Problemi u ponašanju (CDRS)	.41**	.53**	.69**	1					
5. Nepažnja (Conners)	.88**	.56**	.39**	.36**	1				
6. Hiperakt./Impulsiv. (Conners)	.50**	.87**	.63**	.48**	.58**	1			
7. Poteškoće u učenju (Conners)	.83**	.35**	.28**	.29**	.82**	.37**	1		
8. Prkos/Agresivnost (Conners)	.46**	.56**	.68**	.52**	.48**	.61**	.39**	1	
9. Odnosi sa vršnjacima (Conners)	.60**	.35**	.37**	.33**	.60**	.39**	.61**	.48**	1

** = $p < .01$

2.2 Međusobna preklapanja ispitivanih fenomena i njihovih indikatora

Osnovni problem ovog istraživanja odnosi se na pitanje da li su ADHD, Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa i Poremećaj ponašanja, nezavisne dijagnostičke kategorije ili se korpus razvojnih problema koji zajedno čine grupu poremećaja označenu u DSM-IV kao Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem može smatrati jedinstvenim psihopatološkim fenomenom. Ukoliko su u pitanju zasebni psihopatološki entiteti, postavlja se pitanje u kojoj meri su prisutna njihova preklapanja, na šta nam ona ukazuju i kakve su mogućnosti njihovog jasnog diferenciranja. U cilju dolaženja do odgovora na ovako kompleksna istraživačka pitanja, pristupilo se proveriti hipoteze o nezavisnosti tri poremećaja koja su predmet proučavanja u ovom radu (ADHD, ODD i Poremećaj ponašanja) na tri načina – utvrđivanjem komorbidnih stanja rukovodeći se pravilima za skorovanje korišćenih skala procene kod svakog deteta iz uzorka, a potom primenom konfirmatorne faktorske analize i analize latentnih profila.

Na osnovu pravila za skorovanje skala koje su korišćene u ovom istraživanju, iz inicijalnog uzorka od 1471 deteta, izdvojena je grupa dece koja na osnovu postignutih skorova na primenjenim skalama mogu da budu svrstana u grupu dece koja manifestuju ponašanja tipična za svaki od navedena tri poremećaja. Ukupno 373 svrstano je u tu grupu, pri čemu je važno naglasiti da su među njima deca koja manifestuju ponašanja karakteristična samo za jedan od ispitivanih fenomena, kao i deca sa komorbidnim stanjima dva ili više ispitivanih fenomena. Broj i procenat dece, uzimajući u obzir indikatore sva tri poremećaja i njihova međusobna preklapanja (ADHD, Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa i Poremećaj ponašanja), prikazan je u Tabeli 22.

Kao što se iz Tabele 22 vidi, broj dece kod koje egzistira problematika karakteristična za deficit pažnje bez komorbidnih problema jeste najveći u poređenju sa ostalim problemima. Nepažnja, odnosno deficit pažnje, u odnosu na ostale istraživane probleme, u najvećem broju egzistira samostalno. S druge strane, od 83 dece koja zadovoljavaju kriterijume za ADHD podtip sa dominirajućom hiperaktivnošću i impulsivnošću, svega 53 njih manifestuju ovakva ponašanja nezavisno od ostalih istraživanih problema. Kombinovani podtip ADHD-a u najvećoj meri od sva tri podtipa jeste povezan sa nekim od preostalih ispitivanih složaja ponašanja.

Tabela 22: Deca iz uzorka koja zadovoljavaju uslove za svaki od tri podtipa ADHD-a posebno, za ODD i Poremećaj ponašanja, te za komorbidna stanja

	Broj	Procenat
Ne manifestuju ponašanja kojima se definišu poremećaji ispitivani primenjenim skalama procene	1098	74.6%
Nepažnja	144	9.8%
Hiperaktivnost	53	3.6%
Kombinovani ADHD	53	3.6%
ODD (Prkos i suprotstavljanje)	14	1%
ODD i nepažnja	6	.4%
ODD i hiperaktivnost	17	1.2%
ODD i kombinovani ADHD	15	1%
Poremećaj ponašanja	4	.3%
Por. ponašanja i nepažnja	4	.3%
Por. ponašanja i hiperaktivnost	2	.1%
Por. ponašanja i kombinovani ADHD	3	.2%
Por. ponašanja i ODD	14	1%
Por. ponašanja, ODD, nepažnja	2	.1%
Por. ponašanja, ODD, hiperaktivnost	11	.7%
Por. ponašanja, ODD, kombinovani ADHD	31	2.1%
Ukupno	1471	100%

Kada posmatramo Poremećaj ponašanja (CD) i Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa (ODD), prvi od navedenih je svega kod 4 deteta prisutan kao nezavisan fenomen, od ukupno 71 deteta koje manifestuje ponašanja karakteristična za CD. I ODD je mnogo češće u komorbiditetu nego što se javlja nezavisno od drugih problema – od 110-oro dece koja ispoljavaju ponašanja tipična za ODD, svega 14 njih je bez komorbidnih poremećaja. Navedena dva poremećaja, najviše su u komorbiditetu jedan sa drugim, te sa pridruženim kombinovanim ADHD podtipom.

U sledećoj tabeli (Tabela 23) prikazan je broj dece koja ispoljavaju ponašanja kojima se definiše svaki od ispitivanih fenomena, te za svaki od ispitivanih fenomena broj i procenat dece koja manifestuju isključivo bihevioralne indikatore konkretnog problema, odnosno broj i procenat dece kod kojih konkretni problem egzistira zajedno sa

indikatorima još nekog od ispitivanih entiteta. Iz navedene tabele jasno se vidi da od ukupnog broja dece koja ispoljavaju ponašanja karakteristična za Poremećaj ponašanja (njih 71) čak 94.4% dece (njih 67) ta ponašanja ispoljavaju zajedno sa bihevioralnim indikatorima nekog drugog problema. S druge strane, od ukupnog broja dece koja manifestuju probleme u vezi sa nepažnjom (njih 156), svega je 7.4% dece (njih 12) koja probleme u vezi sa nepažnjom ispoljavaju zajedno sa indikatorima nekog drugog/drugih ispitivanih složaja ponašanja.

Tabela 23: Ispitivane dimenzije ponašanja samostalno i u komorbiditetu

	UKUPNO	SAMOSTALNO	U KOMORBIDITETU
NEPAŽNJA	156 (100%)	144 (92.3%)	12 (7.4%)
HIPERAKTIVNOST	83 (100%)	53 (63.8%)	30 (36.2%)
KOMBINOVANI ADHD	102 (100%)	53 (52%)	49 (48%)
PRKOS I PROTIVLJENJE	110 (100%)	14 (12.7%)	96 (87.3%)
POREMEĆAJ PONAŠANJA	71 (100%)	4 (5.6%)	67 (94.4%)

2.3 Konfirmatorna faktorska analiza

Konfirmatorna faktorska analiza sprovedena je u cilju testiranja podesnosti unapred definisanih modela odnosa poremećaja koji su predmet proučavanja u ovom radu, a to su ADHD, Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa (ODD) i Poremećaj ponašanja. Kako je i ranije, kod analize osnovnih deskriptivnih pokazatelja, napomenuto, analize u okviru konfirmatorne faktorske analize sprovedene su korišćenjem robusnog metoda (Robust Maximum Likelihood Method – MLR), koji se preporučuje u situacijama kada distribucije nekih od varijabli u istraživanju znatno odstupaju od normalne raspodele.

Konfirmatornom faktorskom analizom testirano je 10 modela:

(1) model sa jednim faktorom koji pretpostavlja da su deficit pažnje, hiperaktivnost i impulsivnost, prkosno i suprotstavljajuće ponašanje i poremećaji u ponašanju zapravo jedinstven psihopatološki fenomen, tj. različiti manifestni oblici jednog jedinstvenog složaja ponašanja (model sa jednim faktorom podrazumeva da su opterećenja svih ajtema na jednom faktoru);

(2) model sa 2 faktora koja međusobno ne koreliraju – jedan faktor predstavlja kombinaciju deficita pažnje i hiperaktivnosti/impulsivnosti, a drugi faktor kombinaciju prkosnog i suprotstavljajućeg ponašanja, s jedne, i poremećaja u ponašanju, s druge strane;

(3) model sa 2 faktora koja međusobno koreliraju (faktori isti kao u prethodnom modelu), tj. pretpostavlja se postojanje faktora višeg reda;

(4) bifaktorski model sa 2 faktora – i dalje je reč o dva faktora kao i u prethodna dva modela, ali se pretpostavlja da jedan deo varijanse svih ajtema iz skala korišćenih u istraživanju objašnjava jedan širi pojam, a jedan deo varijanse je specifičan za svaki od dva faktora pojedinačno (pretpostavlja se postojanje jednog generalnog i dva specifična faktora);

(5) model sa 3 faktora koja međusobno ne koreliraju - jedan faktor predstavlja kombinaciju deficita pažnje i hiperaktivnosti/impulsivnosti, drugi faktor se odnosi na prkosno i suprotstavljajuće ponašanje, a treći na poremećaje u ponašanju;

(6) model sa 3 faktora koja međusobno koreliraju (faktori isti kao u prethodnom modelu), tj. pretpostavlja se postojanje faktora višeg reda;

(7) bifaktorski model sa 3 faktora – tri faktora kao i u prethodna dva modela, ali se pretpostavlja da jedan deo varijanse svih ajtema iz skala korišćenih u istraživanju objašnjava jedan širi pojam, a jedan deo varijanse je specifičan za svaki od tri faktora posebno (pretpostavlja se postojanje jednog generalnog i tri specifična faktora);

(8) model sa 4 faktora koja međusobno ne koreliraju – nepažnja ili deficit pažnje, hiperaktivnost/impulsivnost, prkosno i suprotstavljajuće ponašanje i poremećaji u ponašanju;

(9) model sa 4 faktora koja međusobno koreliraju (faktori isti kao u prethodnom modelu), tj. pretpostavlja se postojanje faktora višeg reda;

(10) bifaktorski model sa 4 faktora – četiri faktora kao i u prethodna dva modela, ali se pretpostavlja da jedan deo varijanse svih ajtema iz skala korišćenih u istraživanju objašnjava jedan širi pojam, a jedan deo varijanse je specifičan za svaki od četiri faktora pojedinačno (pretpostavlja se postojanje jednog generalnog i četiri specifična faktora).

Indeksi podesnosti deset testiranih modela prikazani su u Tabeli 24. Iz Tabele se jasno vidi da svi modeli koji ne pretpostavljaju korelaciju između faktora, odnosno postojanje faktora višeg reda, nemaju zadovoljavajuće indekse podesnosti, baš kao ni model koji pretpostavlja jednofaktorsko rešenje. Od tri modela koji podrazumevaju postojanje faktora višeg reda, samo model sa 4 međusobno korelirana faktora generiše prihvatljive vrednosti indeksa podesnosti (SB $\chi^2_{(489)} = 3711.50$, $p < 0.001$, RMSEA = .067, 90% CI = .065 - .069, SRMR = .055, CFI = .889, TLI = .881, AIC = 68979.36, BIC = 69535.20). Bifaktorski modeli, bez obzira na broj faktora, pokazuju zadovoljavajući, tj. prihvatljivi fit, pri čemu bifaktorski model sa 4 faktora obezbeđuje najbolji fit. Vrednosti RMSEA, CFI i TLI indeksa, kao i AIC i BIC su najbolje upravo kod bifaktorskog modela sa 4 faktora (SB $\chi^2_{(462)} = 2849.96$, $p < 0.001$, RMSEA = .059, 90% CI = .057 - .061, SRMR = .074, CFI = .918, TLI = .909, AIC = 67835.40, BIC = 68534.16). Dakle, za bifaktorski model sa 4 faktora, vrednost RMSEA iznosi .059 i ukazuje na dobru podesnost modela, vrednost SRMR indeksa iznosi .074 i ispod je granične vrednosti, vrednosti CFI i TLI indeksa vrlo su blizu vrednosti 1 i ukazuju na to da je model

prihvatljive podesnosti, a indeksi AIC i BIC imaju najniže vrednosti u poređenju sa ostalim testiranim modelima.

Tabela 24: Indeksi podesnosti testiranih mernih modela

R. broj	Model	$SB\chi^2_{(df)}$	RMSEA (90% CI)	SRMR	CFI	TLI	AIC	BIC
(1)	1 faktor	13447.94 ₍₄₉₅₎	.133 (.131-.135)	.128	.556	.526	81971.25	82495.32
(2)	2 faktora – nekorelirani	10947.59 ₍₄₉₅₎	.120 (.118-.122)	.233	.641	.618	77986.86	78510.94
(3)	2 faktora – korelirani/višeg reda	10214.97 ₍₄₉₄₎	.116 (.114-.118)	.100	.667	.644	77317.68	77847.04
(4)	Bifaktorski model sa 2 faktora	3653.74 ₍₄₆₂₎	.069 (.066-.071)	.040	.891	.875	68937.80	69636.57
(5)	3 faktora – nekorelirani	11154.44 ₍₄₉₅₎	.121 (.119-.123)	.261	.634	.610	78215.40	78739.48
(6)	3 faktora – korelirani/višeg reda	9645.94 ₍₄₉₂₎	.112 (.111-.114)	.099	.686	.663	76542.58	77082.54
(7)	Bifaktorski model sa 3 faktora	3427.40 ₍₄₆₂₎	.066 (.064-.068)	.067	.898	.884	686262.19	69324.97
(8)	4 faktora – nekorelirana	5496.79 ₍₄₉₅₎	.083 (.081-.085)	.289	.828	.817	71341.05	71865.13
(9)	4 faktora – korelirana/višeg reda	3711.50 ₍₄₈₉₎	.067 (.065-.069)	.055	.889	.881	68979.36	69535.20
(10)	Bifaktorski model sa 4 faktora	2849.96₍₄₆₂₎	.059 (.057 - .061)	.074	.918	.906	67835.40	68534.16

2 faktora = 1. faktor ADHD; 2. faktor Poremećaj ponašanja + ODD

3 faktora = 1. faktor ADHD; 2. faktor ODD; 3. faktor Poremećaj ponašanja

4 faktora = 1. faktor deficit pažnje; 2. faktor hiperaktivnost; 3. faktor Poremećaj ponašanja; 4. faktor ODD

U Tabeli 25, prikazana je matrica opterećenja za bifaktorski model sa 4 faktora. Kao što iz tabele može da se vidi, svi ajtemi (18 ajtema skale IVJER, 7 ajtema skale CDRS-IV, 8 ajtema skale ODDRS) imaju značajna opterećenja na generalnom faktoru, koja se kreću od .193 (ajtem „Krao je predmete bez suočavanja sa žrtvom“) do .940 (ajtem „Ne može mirno da čeka sedeći“). Kada je u pitanju ADHD simptomatologija, svi ajtemi koji se odnose na deficit pažnje, tj. nepažnju, imaju značajna opterećenja na svom specifičnom faktoru, a svega 4 od ukupno 9 ajtema koji se tiču hiperaktivnosti/impulsivnosti imaju značajna opterećenja na svom specifičnom faktoru. Sledeći ajtemi hiperaktivnosti/impulsivnosti nemaju značajna opterećenja na svom specifičnom faktoru: „Vrpolji se na mestu“, „Ne može mirno da čeka sedeći“, „Penje se ili trči i na mestima gde ne bi trebalo“, „Teško mu je da ostane miran i tih“ i „Voli da je u pokretu“. Kao što se iz sadržaja ajtema vidi, reč je o tvrdnjama koje su indikatori hiperaktivnosti, dok tvrdnje koje se odnose na impulsivnost poseduju značajna opterećenja na svom specifičnom faktoru. Upravo navedeno znači da je hiperaktivnost u najvećoj meri zajednički simptom svih poremećaja iz grupe Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem. Međutim, i ajtemi koji se odnose na impulsivnost u većoj meri definišu generalni nego specifični faktor (opterećenja ovih ajtema viša su na generalnom faktoru). Svih osam ajtema koji se odnose na prkosno i suprotstavljajuće ponašanje (ajtemi skale ODDRS) imaju značajna opterećenja na svom specifičnom faktoru, baš kao i sedam ajtema koji su indikatori problema u ponašanju (ajtemi skale CDRS-IV). Generalni faktor objašnjava 34.9% ukupne, odnosno 56% zajedničke varijanse, dok svaki od specifičnih faktora objašnjava od 2.5% (Hiperaktivnost) do 11.8% (Nepažnja) ukupne, odnosno od 4.0% (Hiperaktivnost) do 19% (Nepažnja) zajedničke varijanse. Omega hijerarhijski koeficijent ω_h za sve primenjene skale zajedno iznosi $\omega_h=.81$, a omega hijerarhijski koeficijent (ω_s) za pojedinačne skale kreće se od .05 do .58, što upućuje na to da najveći procenat varijanse može da se pripíše generalnom faktoru, baš kao što bi i veći deo varijanse pojedinačnih skala mogao da bude pripisan generalnom faktoru.

Tabela 25: Matrica opterećenja za bifaktorski model sa 4 faktora

	Generalni faktor	Nepažnja	Hiperaktivnost	Problemi u ponašanju	Prkos i suprotstavljanje
Ivjer1	.524**	.675**			
Ivjer2	.581**	.703**			
Ivjer3	.392**	.631**			
Ivjer4	.451**	.736**			
Ivjer5	.529**	.731**			
Ivjer6	.497**	.718**			
Ivjer7	.563**	.551**			
Ivjer8	.645**	.545**			
Ivjer9	.578**	.594**			
Ivjer10	.913**		-.119		
Ivjer11	.940**		-.069		
Ivjer12	.815**		-.026		
Ivjer13	.897**		.125		
Ivjer14	.636**		.077		
Ivjer15	.671**		.507**		
Ivjer16	.725**		.557**		
Ivjer17	.873**		.189**		
Ivjer18	.770**		.421**		
Cdrs1	.410**			.381**	
Cdrs2	.533**			.660**	
Cdrs3	.498**			.738**	
Cdrs4	.193**			.260**	
Cdrs9	.402**			.541**	
Cdrs10	.256**			.365**	
Cdrs11	.215**			.350**	
Oddrs1	.568**				.605**
Oddrs2	.450**				.490**
Oddrs3	.504**				.547**
Oddrs4	.537**				.453**
Oddrs5	.526**				.467**
Oddrs6	.515**				.666**
Oddrs7	.433**				.696**
Oddrs8	.447**				.558**
% ukupne varijanse	34.9	11.8	2.5	5.3	7.9
% zajedničke varijanse	56.0	19.0	4.0	8.5	12.6
	$\omega_h = .81$	$\omega_s = .58$	$\omega_s = .05$	$\omega_s = .51$	$\omega_s = .51$

ω_h = Omega-hierarchical coefficient; ω_s = Omega-hierarchical subscale.

** = $p < .01$

2.4 Analiza latentnih profila

Analiza latentnih profila sprovedena je u cilju utvrđivanja broja distinktnih homogenih grupa ispitanika, a na osnovu sličnosti njihovih pojedinačnih profila. Dakle, analiza latentnih profila jeste statistički postupak koji se fokusira na ispitanike, a ne na varijable, a cilj mu je identifikovanje latentnih grupa ispitanika na osnovu opaženih kategorijalnih varijabli (Okado & Bierman, 2015).

Mere podesnosti modela grupisanja iz analize latentnih profila u prostoru skorova na primenjenim skalama prikazane su u Tabeli 26. Kao što može da se vidi iz tabele, rešenje sa tri klase u najvećoj meri odgovara opaženim podacima, na šta ukazuju niže vrednosti AIC i BIC pokazatelja u odnosu na rešenje sa jednom, odnosno sa dve klase. Pored toga, promena koja podrazumeva jednu klasu više u odnosu na rešenje sa dve klase pokazala se kao statistički značajna, tj. rešenje sa tri klase poboljšalo je fit, tj. podesnost modela, dok se rešenje sa četiri klase nije pokazalo kao bolje u odnosu na rešenje sa tri klase. Dakle, najboljim se pokazalo rešenje sa tri latentne klase.

Tabela 26: Test podesnosti modela

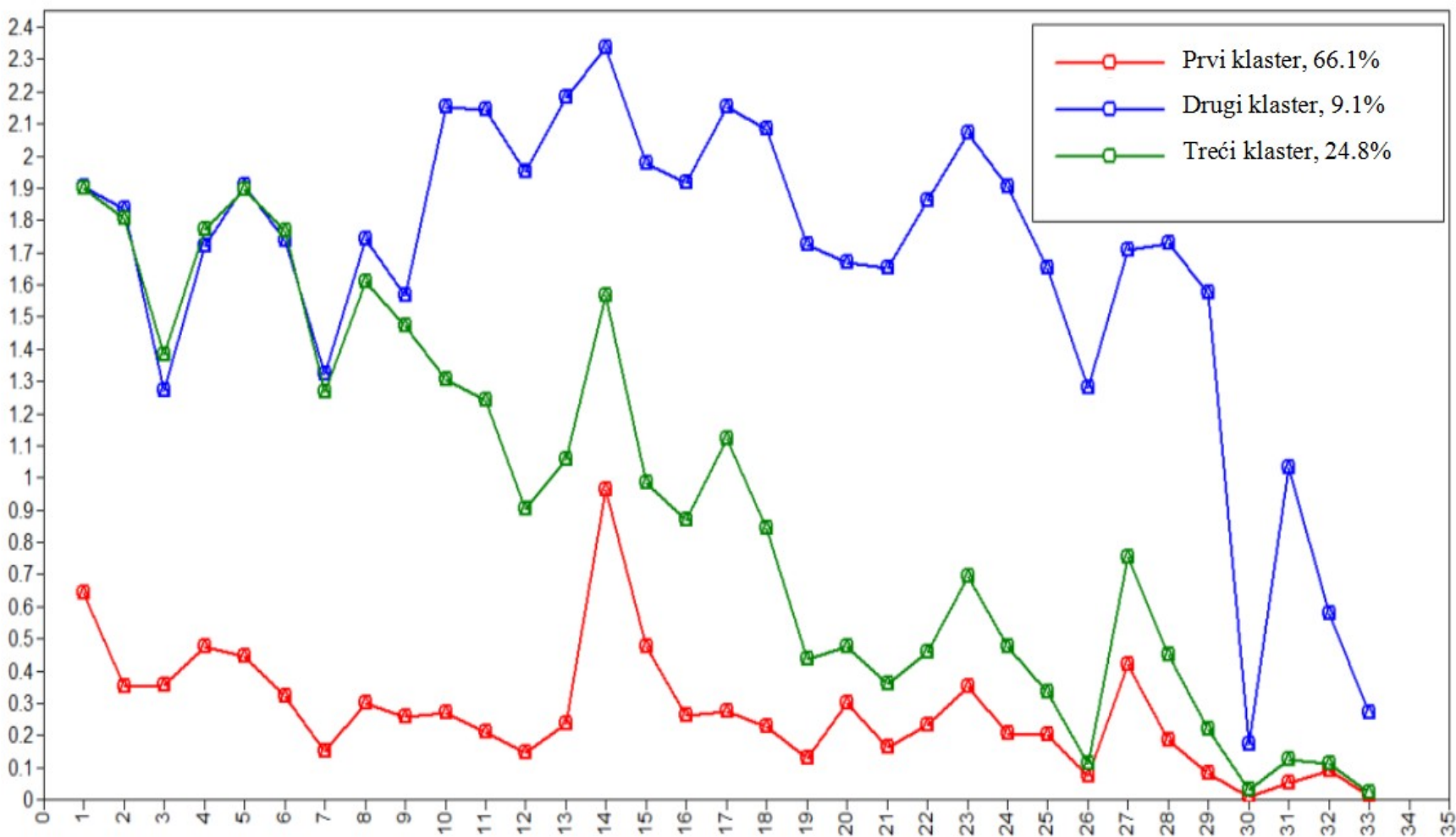
	Rešenje sa 1 klasom	Rešenje sa 2 klase	Rešenje sa 3 klase	Rešenje sa 4 klase
AIC	104377.14	88127.45	81934.22	78531.78
BIC	104726.52	88656.82	82643.58	79421.13
Sample Size Adjusted BIC Entropy	104516.86	82217.90 .984	82217.90 .976	78887.44 .977
Lo, Mendell, Rubin Test		2 u odnosu na 1 vrednost 16252.15 p = .000	3 u odnosu na 2 vrednost 6236.08 p = .005	4 u odnosu na 3 vrednost 3456.49 p = .503
N (broj ispitanika u svakoj klasi)	Klasa1 = 1471	Klasa1 = 1151 Klasa2 = 320	Klasa1 = 973 Klasa2 = 133 Klasa3 = 365	Klasa1 = 235 Klasa2 = 205 Klasa3 = 945 Klasa4 = 86

Prema prihvaćenom rešenju sa tri latentne klase, pripadnika prve klase je 973, pripadnika druge latentne klase je 133, a treće latentne klase 365 (Tabela 27). Pripadnici prve klase (N=973), kao što može da se vidi na Grafikonu 1 i u Tabeli 27, postižu niske skorove na sve tri primenjene skale procene, odnosno na skali koja ukazuje na ponašanja koja su tipična za ADHD, na skali koja ukazuje na prkosno i suprotstavljajuće ponašanje, kao i na skali koja se odnosi na probleme u ponašanju. Jedini izuzetak jeste ajtem 14 skale IVJER (“Voli da je u pokretu”) za koji može da se pretpostavi da nije dovoljno specifičan, tj. klinički diskriminativan, jer je, vrlo verovatno, i među populacijom dece koja ne manifestuju simptomatologiju karakterističnu niti za jedan od poremećaja koji su predmet proučavanja ovoga rada, značajan broj dece za koje će procenjivači oceniti da vole da budu u pokretu. Drugu latentnu klasu (N=133) karakterišu povišeni skorovi na svim ispitivanim fenomenima (deficit pažnje, hiperaktivnost/impulsivnost, prkosno i suprotstavljajuće ponašanje, problemi u ponašanju). I kod druge klase postoje izuzeci koji se odnose na nekoliko tvrdnji skale CDRS-IV, a to su tvrdnje: “Bio je fizički okrutan prema životinjama”, “Namerno je uništavao tuđe stvari” i “Krao je predmete bez suočavanja sa žrtvom”, gde pripadnici druge latentne klase pokazuju sniženje u odnosu na sve ostale ajteme primenjenih skala. Imajući u vidu sve ajteme iz sve tri skale korišćene u istraživanju, jasno je da su navedene tvrdnje daleko eksplicitnije i čak i suviše jake, i vrlo je verovatno da su više karakteristične za stariju decu nego za decu procenjivanu u ovom istraživanju, prosečog uzrasta od devet godina. Pripadnici treće latentne klase (N=365) postižu povišene skorove na obe subskale skale IVJER, odnosno na subskali simptoma deficita pažnje i subskali simptoma hiperaktivnosti/impulsivnosti, dok na skalama koje se odnose na ODD simptomatologiju i Poremećaj ponašanja imaju snižene skorove. Dakle, prvu latentnu klasu čine ispitanici koji ne manifestuju simptomatologiju niti jednog od tri poremećaja iz grupe Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem; drugu latentnu klasu čine ispitanici koji manifestuju simptomatologiju sva tri poremećaja koja su predmet proučavanja u ovom radu (ADHD, ODD i Poremećaj ponašanja); i, na kraju, treću latentnu klasu čine ispitanici koji manifestuju samo simptomatologiju karakterističnu za kombinovani ADHD podtip (i nepažnja i hiperaktivnost/impulsivnost).

Tabela 27: Aritmetičke sredine svakog pojedinačnog ajtema na celokupnom uzorku i aritemičke sredine pojedinačnih klasa, prema prihvaćenom rešenju sa 3 klase

Redni broj	Varijable (ajtemi)	AS ajtema na celom uzorku	Rešenje sa tri klase		
			prva klasa	druga klasa	treća klasa
1	Ivjer1	1.07	.97	2.89	2.89
2	Ivjer2	.85	.55	2.89	2.85
3	Ivjer3	.69	.52	1.84	1.99
4	Ivjer4	.91	.67	2.42	2.49
5	Ivjer5	.94	.64	2.76	2.74
6	Ivjer6	.81	.46	2.51	2.55
7	Ivjer7	.53	.25	2.17	2.08
8	Ivjer8	.76	.49	2.81	2.59
9	Ivjer9	.68	.41	2.52	2.36
10	Ivjer10	.70	.43	3.44	2.08
11	Ivjer11	.64	.35	3.57	2.07
12	Ivjer12	.50	.25	3.28	1.52
13	Ivjer13	.62	.40	3.73	1.81
14	Ivjer14	1.24	1.25	3.03	2.03
15	Ivjer15	.74	.64	2.67	1.32
16	Ivjer16	.56	.38	2.84	1.28
17	Ivjer17	.65	.44	3.48	1.81
18	Ivjer18	.55	.36	3.33	1.34
19	Oddrs1	.35	.28	3.72	.94
20	Oddrs2	.47	.53	2.96	.84
21	Oddrs3	.35	.40	3.37	.73
22	Oddrs4	.44	.44	3.52	.86
23	Oddrs5	.59	.57	3.34	1.12
24	Oddrs6	.42	.38	3.51	.87
25	Oddrs7	.36	.39	3.25	.65
26	Oddrs8	.19	.18	3.18	.28
27	Cdrs1	.62	.60	2.44	1.07
28	Cdrs2	.39	.32	3.03	.78
29	Cdrs3	.25	.17	3.28	.45
30	Cdrs4	.03	.04	.91	.15
31	Cdrs9	.16	.13	2.52	.30
32	Cdrs10	.14	.24	1.54	.29
33	Cdrs11	.04	.06	1.35	.09
N		1471	973	133	365

Grafikon 1: Latentni profili ispitanika prema prihvaćenom rešenju sa tri latentne klase



Na osnovu sprovedenih statističkih analiza (konfirmatorne faktorske analize, analize latentnih profila), te imajući u vidu zastupljenost svakog od proučavanih poremećaja posebno i u komorbiditetu sa ostalim poremećajima koji su predmet proučavanja u ovom radu, **odbacujemo prvu hipotezu kojom se tvrdi da su tri poremećaja iz grupe Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem nezavisne dijagnostičke kategorije.** Problemi nepažnje, hiperaktivnosti/impulsivnosti, prkosnog i suprotstavljajućeg ponašanja i poremećaja, tj. problema u ponašanju predstavljaju stanja koja su često prisutna zajedno, pri čemu je nepažnja u najmanjoj meri komorbidni fenomen. U kombinaciji sa hiperaktivnošću, dakle kada govorimo o kombinovanom tipu ADHD-a, u jednakoj meri su prisutni nezavisni i komorbidni slučajevi. Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa i Poremećaj ponašanja su daleko češće komorbidni, nego što egzistiraju kao nezavisne dijagnostičke kategorije. Sprovedena konfirmatorna faktorska analiza sugerise nam da su manifestacije svakog pojedinačnog istovremeno i manifestacije jednog šireg problema, odnosno da indikatori svakog od poremećaja istovremeno, u određenoj meri, mogu da se posmatraju i kao zajednički indikatori jednog opšteg, tj. generalnog faktora. Takav generalni faktor poseduje opterećenja, tj. definisan je opterećenjima svake od primenjenih skala u istraživanju. Hiperaktivnost/impulsivnost jeste fenomen koji je, od svih ispitivanih problema, u najvećoj meri zajedničko obeležje svih poremećaja. Analiza latentnih profila ukazala nam je na koji se način grupišu ispitanici iz uzorka na osnovu svojih pojedinačnih profila, te možemo da zaključimo da se Poremećaj ponašanja i Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa gotovo uvek javljaju istovremeno sa problemima koji karakterišu kombinovani tip ADHD-a, a izdvaja se i grupa ispitanika koji manifestuju isključivo ponašanja karakteristična za kombinaciju nepažnje i hiperaktivnosti/impulsivnosti.

2.5 Razlike u pogledu zastupljenosti ponašanja karakterističnih za poremećaje iz grupe Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem s obzirom na mesto stanovanja

U cilju testiranja značajnosti razlike u zastupljenosti ponašanja karakterističnih za poremećaje iz grupe Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem s obzirom na mesto stanovanja (gradska ili seoska sredina) primenjen je χ^2 test. Na osnovu χ^2 testa (Tabele 28 i 29), zaključujemo da ne postoji statistički značajna razlika u pogledu zastupljenosti indikatora nepažnje i indikatora hiperaktivnosti/impulsivnosti, odnosno prkosnog i suprotstavljajućeg ponašanja i ozbiljnijih problema u ponašanju, a u odnosu na mesto stanovanja. S druge strane, kada je u pitanju kombinovani ADHD podtip, utvrđena je statistički značajna razlika u zastupljenosti, pri čemu su kod dece iz grada zastupljenija ponašanja tipična za kombinovani ADHD podtip nego kod dece iz sela. Međutim, treba napomenuti da je, posmatrajući procentualno (7.6% dece u gradu, odnosno 4.4% dece na selu), ova razlika mala, ali se pokazala kao statistički značajna verovatno zbog razlike u apsolutnom broju dece (83 u odnosu na 17).

Na osnovu navedenog, **odbacujemo drugu hipotezu u delu koji se odnosi na Poremećaj ponašanja i ODD, a delimično je prihvatamo kada je u pitanju ADHD.**

Tabela 28: Zastupljenost ponašanja tipičnih za ADHD u odnosu na mesto stanovanja

		Nepažnja		Hiperaktivnost		Kombinovani ADHD	
		0 (%)	1 (%)	0 (%)	1 (%)	0 (%)	1 (%)
mesto	Grad	884(81.5)	201(18.5)	941(86.7)	144(13.3)	1002(92.4)	83(7.6)
stanovanja	Selo	329(85.2)	57(14.8)	345(89.4)	41(10.6)	369(95.6)	17(4.4)
χ^2 (df), p		2.781 (1), .095		1.819 (1), .177		4.734 (1), .030	

0 = ne ispunjavaju kriterijume prema IVJER; 1 = ispunjavaju kriterijume prema skali IVJER.

Tabela 29: Zastupljenost ponašanja tipičnih za ODD/CD u odnosu na mesto stanovanja

		ODD		Poremećaj ponašanja	
		0 (%)	1 (%)	0 (%)	1 (%)
mesto	Grad	998(92)	87(8)	998(92)	87(8)
stanovanja	Selo	363(94)	23(6)	363(94)	23(6)
		χ^2 (df), p		1.746 (1), .186	
				1.008 (1), .315	

0 = ne ispunjavaju kriterijume prema skali CDRS-IV, odnosno ODDRS;

1 = ispunjavaju kriterijume prema skali CDRS-IV, odnosno ODDRS.

2.6 Provera značajnosti razlike u školskom postignuću između dece koja manifestuju ponašanja tipična za poremećaje iz grupe Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem i kontrolne grupe dece

Kako bi se testirala statistička značajnost razlike u školskom postignuću između dece koja manifestuju ponašanja tipična za poremećaje koji su predmet proučavanja u ovom radu (sva tri ADHD podtipa, Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa, Poremećaj ponašanja) i kontrolne grupe dece (deca iz uzorka koja ne zadovoljavaju kriterijume na osnovu primenjenih skala procene ni za jedan od navedenih poremećaja), rađen je t-test za nezavisne uzorke. Školsko postignuće učenika procenjivali su učitelji na skali od 1 do 5 (nezadovoljavajuće, zadovoljavajuće, dobro, vrlo dobro i odlično).

Kao što se vidi iz Tabela 30 i 31, postoji statistički značajna razlika u školskom postignuću između kontrolne grupe dece i dece koja manifestuju ponašanja opisana u primenjenim skalama procene, i takva razlika postoji kod sva tri ADHD podtipa, kod Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa i kod Poremećaja ponašanja. Dakle, deca koja manifestuju bilo kog od navedenih poremećaja, imaju značajno niže školsko postignuće u odnosu na kontrolnu grupu dece. Ovim je **potvrđena treća hipoteza**.

Tabela 30: ADHD i školsko postignuće

		Nepažnja		Hiperaktivnost		Kombinovani ADHD	
		0	1	0	1	0	1
Školsko postignuće	M	4.41	2.73	4.22	3.42	4.21	2.81
	(SD)	(.82)	(1.04)	(1.02)	(1.22)	(1.01)	(1.09)
	t(df), p	28.39 (1469), .000		9.69 (1469), .000		13.31 (1469), .000	

0 = ne ispunjavaju kriterijume prema skali IVJER; 1 = ispunjavaju kriterijume prema skali IVJER.

Tabela 31: ODD/Poremećaj ponašnja i školsko postignuće

		ODD		Por. ponašanja	
		0	1	0	1
Školsko postignuće	M	4.19	3.20	4.18	2.97
	(SD)	(1.02)	(1.30)	(1.03)	(1.28)
	t(df), p	9.57(1469), .000		9.46 (1469), .000	

0 = ne ispunjavaju kriterijume prema skali CDRS-IV, odnosno ODDRS;
1 = ispunjavaju kriterijume prema skali CDRS-IV, odnosno ODDRS.

2.7 Povezanost ponašanja koja karakterišu ADHD, ODD i Poremećaj ponašanja i uzrasta kod dece koja zadovoljavaju kriterijume na osnovu primenjenih skala procene

U svrhu testiranja značajnosti razlike u zastupljenosti indikatora ponašanja sva tri podtipa ADHD-a, Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa i Poremećaj ponašanja u odnosu na uzrast deteta, tj. razred koji dete pohađa (drugi ili četvrti razred), korišćen je χ^2 test.

Četvrta hipoteza razložena je na tri podhipoteze:

Hipoteza br.4a: Motorni nemir je manje izražen kod starije nego kod mlađe dece.

Hipoteza br.4b: Deficit pažnje manifestuje se u istom stepenu bez obzira na uzrast.

Hipoteza br.4c: Problemi ponašanja izraženiji su kod starije nego kod mlađe dece.

Kao što iz Tabela 32 i 33 može da se vidi, nije utvrđena statistički značajna razlika kada je reč o zastupljenosti indikatora poremećaja u odnosu na uzrast, niti kod jednog od ispitivanih fenomena (sva tri ADHD podtipa, ODD i Poremećaj ponašanja). Na osnovu ovakvog rezultata, **odbacujemo hipoteze 4a i 4c, a potvrđujemo hipotezu 4b** (deficit pažnje manifestuje se istim intenzitetom i kod mlađe i kod starije dece).

Dakle, ispitivana ponašanja nezavisna su od uzrasta na našem uzorku.

Tabela 32: Značajnosti razlike u zastupljenosti ADHD ponašanja u odnosu na uzrast deteta

	Nepažnja		Hiperaktivnost		Kombinovani ADHD		
	0 (%)	1 (%)	0 (%)	1 (%)	0 (%)	1 (%)	
Razred	II	592(81.5)	134(18.5)	623(85.8)	103(14.2)	672 (92.6)	54 (7.4)
	IV	621(83.4)	124(16.6)	663(89)	82 (11)	699 (93.8)	46 (6.2)
	χ^2 (df), p	.836 (1), .361		3.383 (1), .066		.926 (1), .336	

0 = ne ispunjavaju kriterijume prema skali IVJER; 1 = ispunjavaju kriterijume prema skali IVJER.

Tabela 33: Značajanosti razlike u zastupljenosti ponašanja karakterističnih za ODD i Poremećaj ponašanja u odnosu na uzrast deteta

		ODD		Poremećaj ponašanja	
		0 (%)	1 (%)	0 (%)	1 (%)
Razred	II	665 (91.6)	61 (8.4)	688 (94.8)	38 (5.2)
	IV	696 (93.4)	49 (6.6)	712 (95.6)	33 (4.4)
χ^2 (df), p		1.770 (1), .183		.518 (1), .472	

0 = ne ispunjavaju kriterijume prema skali CDRS-IV, odnosno ODDRS;
 1 = ispunjavaju kriterijume prema skali CDRS-IV, odnosno ODDRS.

2.8 Povezanost obrazovnog nivoa roditelja sa manifestovanjem ponašanja tipičnih za ADHD, ODD i Poremećaj ponašanja

U cilju provere statističke značajnosti povezanosti obrazovnog nivoa oca sa ponašanjima tipičnim za ADHD, Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa i Poremećaj ponašanja, upotrebljen je χ^2 test kao statistički postupak. Utvrđena je statistički značajna razlika između dece koja manifestuju takva ponašanja i kontrolne grupe dece, a u odnosu na obrazovanje oca – što je više obrazovanje oca, to je manja verovatnoća da će dete manifestovati ponašanja tipična za neki od tri poremećaja (ADHD, ODD i Poremećaj ponašanja) (Tabele 34 i 35).

Tabela 34: Značajanosti razlike u zastupljenosti ADHD problematike u odnosu na obrazovanje oca

	Nepažnja		Hiperaktivnost		Kombinovani ADHD		
	0 (%)	1 (%)	0 (%)	1 (%)	0 (%)	1 (%)	
Obrazovanje oca	Osnovna	123(57.7)	90 (42.3)	173(81.2)	40 (18.8)	184 (86.4)	29 (13.6)
	Srednja	908(85.4)	155(14.6)	933(87.8)	130(12.2)	996(93.7)	67 (6.3)
	Visoka	182(93.3)	13 (6.7)	180(92.3)	15 (7.7)	191(97.9)	4 (2.19)
	χ^2 (df), p	112.323(2), .000		11.801 (2). .003		22.968 (2), .000	

0 = ne ispunjavaju kriterijume prema IVJER; 1 = ispunjavaju kriterijume prema skali IVJER.

Tabela 35: Značajanosti razlike u zastupljenosti ponašanja karakterističnih za ODD i Poremećaj ponašanja u odnosu na obrazovanje oca

	ODD		Poremećaj ponašanja		
	0 (%)	1 (%)	0 (%)	1 (%)	
Obrazovanje oca	Osnovna	187(87.8)	26 (12.2)	188(88.3)	25 (11.7)
	Srednja	986(92.8)	77 (7.2)	1020 (96)	43 (4)
	Visoka	188(96.4)	7 (3.6)	192(98.5)	3 (1.5)
	χ^2 (df), p	11.229 (2), .004		28.146 (2), .000	

0 = ne ispunjavaju kriterijume prema skali CDRS-IV, odnosno ODDRS;
1 = ispunjavaju kriterijume prema skali CDRS-IV, odnosno ODDRS.

Isti statistički postupak, χ^2 test, primenjen je u cilju utvrđivanja povezanosti obrazovnog nivoa majke sa ispoljavanjem ponašanja koja su karakteristična za ADHD, Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa i Poremećaj ponašanja (Tabele 36 i

37). I u ovom slučaju, utvrđena je statistički značajna razlika između dece koja ispoljavaju ovakva ponašanja i kontrolne grupe dece, a u odnosu na obrazovanje majke – što je više obrazovanje majke, to je manja verovatnoća da će dete manifestovati ponašanja tipična za neki od tri poremećaja (ADHD, ODD i Poremećaj ponašanja).

Kako se petom hipotezom pretpostavljalo da povezanost obrazovnog nivoa roditelja postoji kada su u pitanju ODD i Poremećaj ponašanja, ali ne i ADHD, **delimično prihvatamo petu hipotezu.**

Dakle, obrazovni nivo roditelja u vezi je sa svim ispitivanim ponašanjima na našem uzorku.

Tabela 36: Značajanosti razlike u zastupljenosti ADHD problematike u odnosu na obrazovanje majke

		Nepažnja		Hiperaktivnost		Kombinovani ADHD	
		0 (%)	1 (%)	0 (%)	1 (%)	0 (%)	1 (%)
Obrazovanje majke	Osnovna	121 (54.3)	102 (45.7)	184 (82.5)	39 (17.5)	192 (86.1)	31(13.9)
	Srednja	841 (86.5)	131(13.5)	846 (87)	126 (13)	909 (93.5)	63 (6.5)
	Visoka	251 (90.9)	25 (9.1)	256 (92.8)	20 (7.2)	270 (97.8)	6 (2.2)
	χ^2 (df), p	147.437 (2), .000		12.158 (2), .002		27.227 (2), .000	

0 = ne ispunjavaju kriterijume prema IVJER; 1 = ispunjavaju kriterijume prema skali IVJER.

Tabela 37: Značajanosti razlike u zastupljenosti ponašanja karakterističnih za ODD i Poremećaj ponašanja u odnosu na obrazovanje majke

		ODD		Poremećaj ponašanja	
		0 (%)	1 (%)	0 (%)	1 (%)
Obrazovanje majke	Osnovna	192 (86.1)	31 (13.9)	193 (86.5)	30 (13.5)
	Srednja	905 (93.1)	67 (6.9)	936 (96.3)	36 (3.7)
	Visoka	264 (95.7)	12 (4.3)	271 (98.2)	5 (1.8)
	χ^2 (df), p	17.688 (2), .000		44.254 (2), .000	

0 = ne ispunjavaju kriterijume prema skali CDRS-IV, odnosno ODDRS;
1 = ispunjavaju kriterijume prema skali CDRS-IV, odnosno ODDRS.

2.9 Povezanost procene ponašanja i školskog postignuća, u zavisnosti od izvora informacija

U Tabeli 38 prikazane su korelacije različitih dimenzija ponašanja učenika procenjenih trećom revizijom Konersove skale od strane učitelja i od strane samih učenika (učenici četvrtog razreda), kao i školsko postignuće procenjeno od strane učitelja. Sve korelacije su značajne i negativne, što znači da je lošije školsko postignuće povezano sa izraženijim problemima u vezi sa nepažnjom, hiperaktivnošću, poteškoćama u učenju, i odnosima sa vršnjacima, odnosno sa članovima porodice.

Tabela 38: Matrica korelacija različitih dimenzija ponašanja učenika, procenjenih od strane učitelja i samih učenika, i školskog postignuća

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
1. Nepažnja – učiteljska procena	1										
2. Hiperaktivnost – učiteljska procena	.58**	1									
3. Problemi u učenju – učiteljska procena	.82**	.38**	1								
4. Prkos/Agresivnost – učiteljska procena	.48**	.61**	.39**	1							
5. Odnosi sa vršnjacima – učiteljska procena	.60**	.39**	.61**	.48**	1						
6. Nepažnja – samoprocena	.28**	.14**	.30**	.10*	.24**	1					
7. Hiperaktivnost – samoprocena	.24**	.36**	.11*	.23**	.12*	.54**	1				
8. Problemi u učenju – samoprocena	.38**	.13*	.49**	.11*	.31**	.51**	.28**	1			
9. Prkos/Agresivnost – samoprocena	.14**	.26**	.08	.22**	.14*	.39**	.49**	.29**	1		
10. Porodični odnosi – samoprocena	.17**	.11*	.09	.06	.16**	.38**	.30**	.31**	.31**	1	
11. Školski uspeh	-.69**	-.32**	-.81**	-.34**	-.51**	-.33**	-.15**	-.49**	-.17**	-.17**	1

** = $p < .01$; * = $p < .05$

U Tabeli 39 prikazani su rezultati Fisherovog testa za testiranje značajnosti razlike među korelacijama. Iz Tabele 39 jasno se vidi da je povezanost procenjenih dimenzija ponašanja i školskog postignuća jača kada su procenjivači bili učitelji, nego kada su svoje ponašanje procenjivala sama deca. Kada su u pitanju korelacije između školskog postignuća i procenjenih dimenzija ponašanja tj. funkcionisanja dece od strane učitelja, sve su statistički značajno jače u odnosu na korelacije školskog postignuća sa procenjenim dimenzijama ponašanja, tj. funkcionisanja od strane same dece.

Na osnovu navedenog, **potvrđujemo šestu hipotezu**, odnosno postoji statistički značajna razlika u jačini povezanosti između školskog postignuća i procenjenih dimenzija ponašanja, u zavisnosti od toga da li je procenjivač bio učitelj ili učenik, i u sva četiri slučaja (nepažnja, hiperaktivnost, problemi u učenju, prkos/agresivnost) povezanost je jača kada su procenjivači bili učitelji. S obzirom da se skala koja je namenjena učiteljskoj proceni razlikuje od samoopisne forme po tome što su učitelji procenjivali odnose sa vršnjacima, a učenici porodične odnose, u ovom slučaju nije testirana značajnost razlike među korelacijama.

Tabela 39: Fisherov z test za testiranje značajnosti razlika među korelacijama

PROCENJIVANA DIMENZIJA PONAŠANJA	z vrednost	nivo značajnosti
Nepažnja	-6,84	p < .01
Hiperaktivnost	-2,45	p < .01
Problemi u učenju	-8,01	p < .01
Prkos/Agresivnost	-2,47	p < .01

3. DISKUSIJA

Deficit pažnje/Hiperaktivni poremećaj (ADHD), Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa (ODD) i Poremećaj ponašanja predstavljaju poremećaje karakteristične, pre svega, za razvojno doba i adolescenciju, za koje se, na osnovu nekoliko decenija duge istraživačke prakse, može reći da za jedno od svojih osnovnih obeležja imaju i međusobni komorbiditet. Prema pojedinim autorima (King et al., 2005; Kooistra et al., 2005; Scott, 2015), preklapanje ove tri dijagnoze više je uobičajena nego neuobičajena pojava – za njih je karakteristična tendencija da se javljaju mnogo češće u kombinaciji, nego kao zasebni psihopatološki entiteti, te je mnogo verovatnije da će dete ispunjavati dijagnostičke kriterijume za dva ili tri navedena poremećaja, nego samo za jedan od njih.

Aktuelna izdanja najviše upotrebljivanih klasifikacionih sistema, DSM i ICD, na različit način tretiraju ova tri poremećaja. ADHD se, prema DSM-5, može dijagnostikovati u tri slučaja - kada su zadovoljeni dijagnostički kriterijumi samo za poremećaj pažnje, zatim kada su zadovoljeni dijagnostički kriterijumi samo za hiperaktivnost/impulsivnost, i, na kraju, kada su zadovoljeni kriterijumi za oba navedena problema. Dakle, DSM razlikuje tri podtipa ovog poremećaja, što bi moglo da se interpretira i kao priznavanje zasebnih dijagnostičkih kategorija samo za probleme u vezi sa usmeravanjem i održavanjem pažnje, s jedne, odnosno samo za probleme sa hiperaktivnošću i impulsivnošću, s druge strane. Klasifikacioni sistem ICD-10 omogućava dijagnostikovanje Hiperkinetičkog poremećaja samo u slučaju kada su zadovoljeni dijagnostički kriterijumi za svako od osnovnih obeležja poremećaja, pri čemu izdvaja i impulsivnost, za razliku od DSM klasifikacionog sistema koji simptome hiperaktivnosti i impulsivnosti svrstava u jednu grupu. ICD omogućava dijagnostikovanje i tzv. Hiperkinetičkog poremećaja ponašanja, što je dijagnoza koja podrazumeva istovremeno prisustvo simptoma i Hiperkinetičkog poremećaja i Poremećaja ponašanja. Ovakva komorbidna dijagnoza ne postoji u DSM (Američka psihijatrijska udruga, 2014; Svetska zdravstvena organizacija, 1998). Da li je opravdano postojanje ovakve dijagnoze i dalje ostaje pod znakom pitanja, jer istraživanja koja su se bavila problemom da li je navedeno komorbidno stanje kvalitativno novo i drugačije u odnosu na egzistiranje samostalnih dijagnoza nisu generisala dosledne rezultate (King et al., 2005; Washbusch, 2002). Ostaje nejasno da

li ove dve dijagnoze, kada su prisutne istovremeno, predstavljaju takvo stanje koje je sa novim odlikama ili njihov komorbiditet ne karakteriše i prisustvo kvalitativno drugačijih karakteristika. Poslednje izdanje DSM klasifikacionog sistema ne prepoznaje ovakvo komorbidno stanje kao zasebnu dijagnostičku kategoriju, a da li će ona opstati u 11. izdanju ICD, ostaje da se vidi.

Dijagnoza Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa takođe nema jednak status u DSM i ICD. Dok DSM-5 posmatra ovu dijagnozu kao zaseban psihopatološki entitet, u ICD-10 ova dijagnoza jeste samo podvrsta Poremećaja ponašanja, odnosno dijagnostički kriterijumi koji u ICD postoje kod Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa jesu samo najblaži problemi tj. simptomi navedeni i kod Poremećaja ponašanja (Američka psihijatrijska udruga, 2014; Svetska zdravstvena organizacija, 1998).

Na osnovu navedenog, jasno je da kada su u pitanju poremećaji koji su u DSM-IV klasifikacionom sistemu označeni kao *Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem*, i dalje ne postoji opšta saglasnost među autoritetima koji se bave izučavanjem ovih fenomena, kako po pitanju klasifikacije, tako i kada je reč o razvojnim putanjama (tu se, pre svega, misli na odnos Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa i Poremećaja ponašanja) i o distinktivnim, odnosno zajedničkim obeležjima svake od tri dijagnoze. U petom izdanju DSM-a dolazi do premeštanja ADHD dijagnoze u grupu poremećaja pod nazivom *Neurorazvojni poremećaji*, dok se Poremećaj ponašanja i Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa sada obrađuju, zajedno sa još nekoliko poremećaja, u okviru posebne grupe pod nazivom *Disruptivni poremećaj, poremećaj kontrole impulsa i poremećaj ponašanja*. Prema DSM-5, ADHD je neurorazvojni poremećaj određen oštećujućim nivoima nepažnje, dezorganizacije i/ili hiperaktivnosti/ impulsivnosti (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Dakle, na ovaj način ADHD se klasifikaciono značajno udaljava od ostalih ispitivanih fenomena, iako rezultati dobijeni istraživanjem za potrebe ovog rada ne podržavaju takvo rešenje.

Osnovni cilj istraživanja sprovednog za potrebe ovog rada bio je upravo da se utvrdi da li su, i u kojoj meri tri navedena poremećaja nezavisne dijagnostičke kategorije, ili je reč o različitim dimenzijama jednog opštijeg, jedinstvenog psihopatološkog fenomena. Na uzorku od 1471 deteta koja su pohađala drugi i četvrti razred osnovne škole, sprovedeno je istraživanje tako što su učitelji procenjivali ponašanja dece na skalama procene prisustva problema karakterističnih za ADHD, ODD i Poremećaj ponašanja. Primenom pravila za skorovanje primenjenih skala, a

koja se poklapaju sa dijagnostičkim kriterijumima iz DSM-IV klasifikacionog sistema, izdvojena su deca koja zadovoljavaju uslove da bi se mogla tretirati kao grupa dece koja manifestuju simptomatologiju nekog od tri poremećaja, ili pak više od jednog poremećaja iz ove grupe. Uvažavajući pravilo DSM klasifikacionog sistema, da se kao ADHD mogu dijagnostikovati i deca koja manifestuju samo simptome nepažnje, odnosno samo hiperaktivnosti/impulsivnosti, ova dva fenomena posmatrana su i zasebno i u kombinaciji. Iako su neki autori (Rowe et al., 2010) i simptomatologiju koja karakteriše Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa posmatrali kroz prizmu dve ili tri dimenzije (razdražljivost, tvrdoglavost i zloba) i naglašavali korisnost takvog pristupa, primenom eksplorativne faktorske analize na skali procene prisustva ODD simptoma izdvojen je jedan faktor, te su se, u ovom istraživanju, problemi u vezi sa prkosnim i suprotstavljajućim ponašanjem posmatrali kao jedna dimenzija. Rezultati su pokazali da se deficit pažnje, odnosno nepažnja može smatrati najnezavisnijim od svih ispitivanih problema. Nepažnja je najmanje od svih ispitivanih fenomena u komorbiditetu sa problemima u ponašanju, sa prkosnim i suprotstavljajućim ponašanjem, kao i sa kombinacijom ove dve dimenzije. Ovakav rezultat koji se tiče nezavisnosti simptoma deficita pažnje mogao bi da se protumači i time da su učitelji procenjivači vrlo verovatno izjednačili decu koja zaista imaju probleme koji se tiču deficita pažnje sa decom koja imaju samo poteškoće u učenju i postižu slabiji školski uspeh, jer se ajtemi koji se odnose na deficit pažnje mogu primeniti i na učenike koji imaju neki oblik specifičnih teškoća u učenju i samim tim postižu niže školsko postignuće. Dalje, moguće je da deca sa poteškoćama u učenju u manjoj meri manifestuju simptome poremećaja koji su predmet proučavanja u ovom radu, te su se tako simptomi nepažnje pokazali kao najnezavisniji od ostalih fenomena koji su procenjivani od strane učitelja. Dakle, može da se pretpostavi da su učitelji kao nepažljivu procenjivali i onu decu kod kojih simptomi deficita pažnje i nisu izraženi na klinički značajnom nivou, povedeni postojanjem nekih drugih problema kod dece, a koji imaju sličnosti sa problemima opisanim ajtemima u skali koji se odnose na probleme sa usmeravanjem i održavanjem pažnje. U prilog navedenom mogućem tumačenju govori i činjenica da nepažnja merena i skalom IVJER i subskalom Konersove skale koja se odnosi na deficit pažnje, visoko pozitivno korelira sa poteškoćama u učenju, kada uzimamo u obzir procenu učitelja ($r=.83$, $p < .01$; i $r=.82$, $p < .01$).

S druge strane, nepažnja postoji u kombinaciji sa hiperaktivnošću, što je bilo i očekivano, imajući u vidu da između hiperaktivnosti i deficita pažnje postoji visoka povezanost (Američka psihijatrijska udruga, 2014; Damjanović, 2009; Wenar, 2003). Kada je nepažnja u kombinaciji sa hiperaktivnošću, takav kombinovani ADHD podtip je često komorbidan, a uzimajući u obzir nezavisnost deficita pažnje samog po sebi, može da se zaključi da je kod kombinovanog podtipa ADHD-a, hiperaktivnost ta koja povećava rizik za pojavu komorbidnih stanja sa problemima u ponašanju. Hiperaktivnost i zasebno i u kombinaciji sa deficitom pažnje predstavlja dimenziju sa visokom tendencijom ka komorbidnošću. Poremećaj ponašanja i Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa gotovo da se ne pojavljuju kao nezavisne dijagnoze – ova dva poremećaja ili su u komorbiditetu jedan sa drugim ili se njihovo komorbidno stanje pojavljuje zajedno sa hiperaktivnošću, odnosno sa kombinovanim ADHD podtipom. Ovako visoka stopa komorbidnih stanja dijagnoze Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa i dijagnoze Poremećaja ponašanja međusobno, kao i sa ADHD dijagnozom potvrđena je i brojnim ranijim istraživanjima (Beauchaine et al., 2001; Greene, 2006; King et al., 2005; Steiner & Remsing, 2007; Wilmshurst, 2005).

Kako bi se što preciznije odredio odnos između ADHD-a, ODD-a i Poremećaja ponašanja i kako bi se utvrdilo da li činjenica da su ova tri poremećaja mnogo više u komorbiditetu nego što su nezavisni jedan od drugog znači da su u pitanju samo različite manifestacije jednog šireg jedinstvenog fenomena, pristupilo se konfirmatornoj faktorskoj analizi. Od svih testiranih modela, kao model sa najboljim indikatorima podesnosti pokazao se model koji pretpostavlja postojanje jednog generalnog faktora i četiri specifična faktora (deficit pažnje, hiperaktivnost/impulsivnost, prkosno i suprotstavljajuće ponašanje i poremećaji u ponašanju). Dakle, najbolji model jeste model koji pretpostavlja da jedan deo varijanse svih ajtema sve tri skale korišćene u istraživanju objašnjava jedan širi pojam, a jedan deo varijanse je specifičan za svaki od četiri faktora pojedinačno. Ovakvo rešenje podrazumeva da četiri izdvojena faktora predstavljaju probleme koje karakterišu specifični bihevioralni indikatori karakteristični za svaki od njih, ali su ta ponašanja istovremeno i zajednički indikatori jednog opšteg, tj. generalnog faktora. Imajući u vidu prirodu i karakteristike ovih ponašanja, takav opšti tj. generalni faktor mogao bi da bude označen kao *Nedostatak bihevioralne kontrole*. Međutim, ovakav naziv ne obuhvata i probleme u vezi sa usmeravanjem i održavanjem pažnje, te bi drugi predloženi naziv mogao da bude *Deficit pažnje i bihevioralne kontrole*. Deficit

pažnje, tj. nepažnja je izdvojen kao poseban faktor, baš kao što je prkosno ponašanje izdvojeno iz tzv. problema u ponašanju, što je u suprotnosti sa većim brojem istraživanja koja su generisala, kako navode King et al. (2005), opšteprihvaćeno stajalište da su deficit pažnje i hiperaktivnost/ impulsivnost (tj. ADHD kominovani podtip), i Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa i Poremećaj ponašanja (tzv. problemi u ponašanju), zapravo dve grupe problema koji predstavljaju međusobno odvojene, ali povezane, klase poremećaja. S druge strane, izdvajanje problema koji se tiču prkosnog i suprotstavljajućeg ponašanja kao zasebnog faktora podupire nastojanja stručnjaka, koji su istraživali ovaj fenomen i učestvovali u konceptualizaciji same dijagnoze Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa od početka osamdesetih godina prošlog veka, da se navedena simptomatologija posmatra i izvan jedne opšte kategorije koja je dugi niz godina u istraživanjama tretirana kao nešto što se podrazumeva, a u literaturi je najčešće označavana sintagmom „problemi u ponašanju“ (Carr, 2003; Greene, 2006; Hommersen et al., 2006; Rowe et al., 2010; Wilmshurst, 2005).

Dalja analiza potvrdila je ono što se i samo na osnovu komorbiditeta tumačenih nešto ranije u tekstu pokazalo, a to je da dimenzija hiperaktivnosti/impulsivnosti (hiperaktivnost više nego impulsivnost), predstavlja u najvećoj meri zajednički bihevioralni indikator svih poremećaja iz grupe *Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem*. S druge strane, dimenzija koja je u najmanjoj meri zajednički indikator svih poremećaja jeste nepažnja, odnosno deficit pažnje, jer ajtemi koji se odnose na probleme sa pažnjom, u poređenju sa ajtemima koji se odnose na ostale ispitivane fenomene, u većoj meri definišu svoj specifični nego generalni faktor. Nalaz koji se tiče hiperaktivnosti u suprotnosti je sa ranijim sličnim studijama (Wenar, 2003) koje su ukazivale na to da je faktor hiperaktivnosti jasno odvojen od poremećaja ponašanja, i u opštoj i u kliničkoj populaciji.

Za razliku od konfirmatorne faktorske analize, koja se fokusira na varijable u istraživanju, u daljem toku statističke obrade podataka pristupilo se analizi latentnih profila, kao statističkom postupku koji se fokusira na pojedince, tj. na ispitanike. Nakon testiranja podesnosti modela grupisanja u prostoru skorova na primenjenim skalama, izdvojeno je rešenje sa tri latentne klase, odnosno ta solucija pokazala se kao najbolja. Prema prihvaćenom rešenju sa tri latentne klase najviše je ispitanika koji postižu niske skorove na svim primenjenim skalama, što bi značilo da ne manifestuju ponašanja karakteristična niti za jedan od fenomena koji su predmet proučavanja u

ovom radu. Druga po broju ispitanika koji je čine, jeste latentna klasa u kojoj su ispitanici koji manifestuju ponašanja koja su indikatori deficita pažnje i hiperaktivnosti/impulsivnosti, odnosno kombinovanog ADHD podtipa. Treću, najmanje brojnu latentnu klasu, čine ispitanici iz uzorka kod kojih u značajanoj meri egzistiraju bihevioralni indikatori karakteristični i za deficit pažnje, i za hiperaktivnost/impulsivnost, i za prkosno i suprotstvaljajuće ponašanje, kao i za probleme u ponašanju. Reč je o ispitanicima kod kojih su svi problemi prisutni zajedno, odnosno kod kojih postoji komorbidno stanje ADHD-a, ODD-a i Poremećaja ponašanja. Rezultati dobijeni primenom analize latentnih profila saglasni su sa rezultatima dobijenim na osnovu analize komorbidnih stanja, kao i sa rezultatima dobijenim primenom konfirmatorne faktorske analize. Deficit pažnje, hiperaktivnost/impulsivnost, prkos i suprotstavljanje i problemi u ponašanju predstavljaju bihevioralne dimenzije koje su često u komorbiditetu, pri čemu je komorbiditet svih navedenih problema zajedno posebno čest. Motorni nemir, impulsivnost i deficit pažnje udružuju se i nevezano za probleme u ponašanju i prkos, čineći tako kombinovani ADHD podtip koji egzistira i samostalno, ali i u komorbiditetu sa problemima u ponašanju i prkosnim ponašanjem. Prkos, suprotstavljanje i ozbiljniji problemi u ponašanju vrlo retko postoje kao nezavisni fenomeni, a daleko češće u kombinaciji sa hiperaktivnošću, odnosno sa kombinovanim ADHD podtipom. Sve navedeno navodi na zaključak da bi problematika koja je istraživana u ovom radu, a tiče se deficita pažnje i poremećaja sa nasilničkim ponašanjem, trebalo da bude posmatrana kroz prizmu dimenzionalnog, a ne kategorijalnog rešenja. Kategorijalni pristup, kako navode Divac Jovanović i Švrakić (2016), podrazumeva postojanje problema poput intrakategorijalne heterogenosti, intrakategorijalnih preklapanja i potpuno proizvoljne odluke o broju kriterijuma i indikatora. Redefinicija koncepta poremećaja sa nasilničkim ponašanjem u pravcu dimenzionalnog modela, može da se pretpostavi, omogućila bi kliničarima da dete kod koga egzistira neko od komorbidnih stanja poremećaja iz ove grupe, procene na različitim dimenzijama i utvrde izraženost svake od njih. Divac Jovanović i Švrakić (2016) iznose da je slično pokušano i na polju problematike koja se tiče poremećaja ličnosti, a u vezi sa objavljivanjem DSM-5 klasifikacionog sistema, pri čemu je namera bila da se poremećaji ličnosti delimično dimenzionalizuju, a da se delimično zadrži i status kategorija. Ovakav predlog na kraju je publikovan samo kao koncept koji zahteva dodatna istraživanja i revizije. Na neophodnost razmatranja i

daljeg ispitivanja korisnosti dimenzionalnog pristupa problemima u ponašanju ukazivali su brojni autori u radovima neposredno pre i nakon objavljivanja petog izdanja DSM klasifikacionog sistema (Barry et al., 2013; Lindhiem et al., 2015; Pardini et al., 2010).

Na osnovu rezultata sprovedenih statističkih analiza, i tumačenja, tj. interpretacije dobijenih nalaza, nameće se zaključak da Deficit pažnje/Hiperaktivni poremećaj, Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa i Poremećaj ponašanja pre predstavljaju različite manifestne oblike, tj. različite dimenzije jednog generalnog psihopatološkog fenomena nego što ih možemo posmatrati kao nezavisne dijagnostičke kategorije.

Pored osnovnog cilja istraživanja, koji se odnosio na pružanje doprinosa rasvetljavanju odnosa između tri poremećaja iz grupe *Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem*, podaci prikupljeni ovim istraživanjem podvrgnuti su i metodama statističke obrade u cilju utvrđivanja odnosa zastupljenosti samih poremećaja i sociodemografskih varijabli kao što su mesto stanovanja, uzrast dece, obrazovanje roditelja i školsko postignuće.

Studije koje su se bavile povezanošću sredine u kojoj deca žive (gradska ili seoska sredina) ukazivale su na postojanje povezanosti života u gradskim sredinama sa izraženijim problemima u ponašanju – ovde se pod „problemima u ponašanju“ podrazumevaju ponašanja koja su karakteristična kako za Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa, tako i za Poremećaj ponašanja (Farrington, 1995; Lewis, 2002; Smith, 1995; Wenar, 2003). S druge strane, povezanost života u gradskim sredinama sa manifestovanjem ADHD-a, kao i povezanost ovih problema sa bilo kojim drugim psihosocijalnim faktorima, nije dosledno utvrđivana (Barkley, 1997; Barkley, 2006; Wenar, 2003). Istraživanjem sprovedenim za potrebe ovog rada nije utvrđena statistički značajna razlika u zastupljenosti ponašanja karakterističnih za ODD i Poremećaj ponašanja kod dece koja žive u selu, odnosno koja žive u gradu. Kada je u pitanju ADHD, takva razlika nije utvrđena kada su problemi deficita pažnje i hiperaktivnosti/impulsivnosti posmatrani odvojeno, ali jeste kada je u pitanju kombinovani ADHD podtip. U vezi sa kombinacijom hiperaktivnosti i deficita pažnje, kod dece iz grada su učestalija, tj. zastupljenija ponašanja koja karakterišu kombinovani ADHD podtip nego kod dece iz sela. Moglo bi da se pretpostavi da je odsustvo razlike između dece koja žive u selu i dece koja žive u gradu u zastupljenosti indikatora koja se odnose na probleme ponašanja, generisano činjenicom da su dva

grada iz kojih su deca koja su činila gradski deo uzorka u istraživanju, mesta sa manjim brojem stanovnika i svrstavaju se u grupu manje naseljenih mesta (sa svega nekoliko desetina hiljada stanovnika), pri čemu se u takvim mestima i ne prepoznaju brojni nepovoljni socijalni životni faktori koji su karakteristični za velike urbane sredine koje broje više stotina hiljada ili čak i više miliona stanovnika, a koji jesu bili mesta ispitivanja u slučajevima kada su takve razlike utvrđivane (Lewis, 2002). Pored toga, prosečan uzrast dece iz uzorka u ovom istraživanju je 9 godina, a to je uzrast kada su problemi u ponašanju, ukoliko se i manifestuju kod konkretnog deteta, najčešće tek u nastajanju i još uvek ne predstavljaju ozbiljna kršenja društvenih normi i pravila (Scott, 2015; Wilmshurst, 2005). Kada su u pitanju ponašanja karakteristična za ADHD kombinovani podtip, rezultati su u suprotnosti sa očekivanjem, tj. sa postavljenom hipotezom istraživanja, prema kojoj se nije očekivala povezanost mesta stanovanja tj. sredine u kojoj deca žive sa manifestovanjem ADHD problematike. Na osnovu dobijenih rezultata, bihevioralni indikatori ADHD-a značajno su više zastupljeni kod dece iz grada nego kod dece iz sela. Ovakav nalaz mogao bi da se interpretira u kontekstu stepena tolerancije na ponašanja koja karakteriše motorni nemir i poteškoće u vezi sa usmeravanjem i održavanjem pažnje, a koji je, za pretpostaviti je, drugačiji kod učitelja koji rade u seoskim, odnosno kod učitelja iz gradskih škola. Odeljenja u seoskim školama su sa manjim brojem dece (ponegde sa svega nekoliko učenika), što je takođe faktor koji čini rad učitelja u takvim odeljenjima daleko manje stresnim, pa ni dete, ukoliko takvo postoji u odeljenju, koje je nepažljivo i sa izraženim motornim nemirom, neće u takvom kontekstu biti opaženo od strane učitelja kao dete koje ima problem. Postoji i mogućnost da se edukacije o ADHD-u mnogo češće, ako ne i isključivo, održavaju u gradskim školama, pa učitelji iz seoskih škola ponekada nisu u dovoljnoj meri ni senzibilisani da prepoznaju kao problem ponašanja karakteristična za ADHD.

Kada je u pitanju povezanost školskog postignuća i manifestovanja bihevioralnih indikatora ADHD-a, ODD-a i Poremećaja ponašanja, rezultati ovog istraživanja potvrdili su nalaze ranijih studija (Barkley, 2006; Damjanović, 2009; Farrington, 1995; Kimonis & Frick, 2006; Kocijan-Hercigonja i sar., 2004; Kofler et al., 2008; Scott, 2015; Smith, 1995) o tome da nisko školsko postignuće korelira sa manifestovanjem ponašanja koja su karakteristična za navedena tri poremećaja. Dakle, utvrđena je statistički značajna razlika u školskom postignuću između grupe dece koja ne manifestuju i grupe dece koja manifestuju indikatore poremećaja, i takva

razlika postoji kod sva tri podtipa ADHD-a, kod Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa, kao i kod Poremećaja ponašanja. Ovakva veza očekivana je kod dece koja ispoljavaju ponašanja koja su tipična za ADHD, jer problemi koji su u vezi sa deficitom pažnje nužno vode ka poteškoćama u savladavanju predviđenih nastavnih sadržaja, baš kao što i izražen motorni nemir onemogućava dete da učestvuje u nastavnom procesu u meri u kojoj to čine deca tipičnog razvoja (Damjanović, 2009; Kocijan-Hercigonja i sar., 2004; Nikolić, 2014; Wenar, 2003). Kada govorimo o vezi školskog neuspeha i problema u ponašanju, ostaje otvoreno da li deca sa problemima u ponašanju manifestuju poteškoće u usvajanju predviđenih nastavnih sadržaja zbog izostajanja sa nastave i neadekvatnog odnosa prema školskim obavezama, zbog egzistiranja netretiranih specifičnih razvojnih poremećaja školskih veština, pa posledično i kontinuiranog iskustva neuspeha ili, pak, zbog niskih sposobnosti (Carr, 2003; Popović-Ćitić i Popović, 2009). Ovim istraživanjem utvrđeno je i da je učiteljska procena različitih dimenzija ponašanja učenika u većoj meri „opterećena“ saznanjem o tome kakvo je školsko postignuće deteta koje učitelj procenjuje, nego što su samoprocene samih učenika o tome kako se oni ponašaju i funkcionišu „opterećene“ time kakav školski uspeh postižu. Sve korelacije su značajne i negativne, što znači da je lošije školsko postignuće povezano sa izraženijim problemima u vezi sa nepažnjom, hiperaktivnošću, poteškoćama u učenju, i odnosima sa vršnjacima, odnosno sa članovima porodice, a koji su kao takvi procenjeni od strane učitelja dece.

U istraživanju sprovedenom za potrebe ovog rada učestvovala su deca koja su u vreme prikupljanja podataka pohađala drugi, odnosno četvrti razred osnovne škole. Na taj način, bilo je omogućeno ispitivanje povezanosti uzrasta i stepena ispoljavanja ponašanja koja definišu tri poremećaja koji su predmet proučavanja ovoga rada. Rezultati nisu potvrdili hipotezu prema kojoj su bihevioralni indikatori Poremećaja ponašanja izraženiji na starijem uzrastu, odnosno indikatori Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa na mlađem uzrastu. Nije potvrđena ni hipoteza prema kojoj hiperaktivnost gubi na intenzitetu tokom vremena. Potvrđena je hipoteza da ne postoji statistički značajna povezanost između uzrasta i ispoljavanja problema u vezi sa usmeravanjem i održavanjem pažnje, odnosno da se deficit pažnje ne ispoljava u različitoj meri na različitim uzrastima, što je u skladu sa rezultatima ranijih studija (Barkley, 2006; Damjanović, 2009; Sroufe, 2005; Zoromski et al., 2015).

Poslednja hipoteza koja je proveravana tiče se povezanosti obrazovnog nivoa roditelja (posebno oca, i posebno majke) i manifestovanja ponašanja tipičnih za ADHD, ODD i Poremećaj ponašanja. Iako je pretpostavljeno da se takva povezanost očekuje kada je u pitanju ODD i Poremećaj ponašanja, ali ne i ADHD, rezultati su pokazali da postoji statistički značajna razlika između dece koja manifestuju ponašanja sva tri ispitivana fenomena i kontrolne grupe dece, i to kako u odnosu na obrazovanje oca, tako i u odnosu na obrazovanje majke. Što je majka, odnosno otac nižeg obrazovanja, to je veća verovatnoća da će dete ispoljavati bihevioralne indikatore nekog od tri poremećaja (ADHD, ODD, Poremećaj ponašanja). Istraživanja povezanosti socioekonomskog statusa porodice i problematičnih oblika ponašanja dece iz ispitivanih porodica dosledno su pokazivala da postoji jaka veza između nižih socijalnih slojeva i problema u ponašanju dece i adolescenata (Farrington, 1995; Smith, 1995; Wenar, 2003; Wiesner et al., 2015). Iako socioekonomski status podrazumeva niz indikatora, u ovom istraživanju proveravana je samo veza obrazovnog nivoa roditelja sa manifestovanjem ponašanja karakterističnih za Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa i Poremećaj ponašanja. S druge strane, pretpostavljeno je da manifestovanje ponašanja tipičnih za ADHD (sva tri podtipa) nije u vezi sa obrazovnim nivoom roditelja, jer, kao što je pomenuto i kod mesta stanovanja, ranija istraživanja (Barkley, 2006; Wenar, 2003) nisu bila saglasna kada je u pitanju povezanost ADHD-a sa bilo kojim od brojnih psihosocijalnih faktora, pa tako i sa obrazovnim nivoom roditelja. Niži obrazovni nivo roditelja češće generiše niske prihode ili nezaposlenost, odnosno profesionalnu neostvarenost roditelja, siromaštvo i nejednakost, a posledično i opšte nezadovoljstvo, sklonost rizičnim obrascima ponašanja, nasilje u porodici i zanemarivanje, a što je sve plodno tlo za nastanak i razvoj problematičnih oblika ponašanja dece koja u takvoj porodici odrastaju. Utvrđena značajna povezanost manifestovanja ADHD ponašanja i niskog obrazovnog nivoa roditelja može da bude protumačena sklonošću učitelja da decu koja postižu slabiji školski uspeh procenjuju i kao nepažljivu na skali procene prisustva indikatora deficita pažnje (zbog sličnosti simptoma deficita pažnje sa problemima koje imaju deca koja teže usvajaju školsko gradivo). Može da se pretpostavi i da učitelji po automatizmu povezuju nepažnju sa hiperaktivnošću/imulsivnošću, te se tako generiše slika o vezi ADHD-a sa obrazovnim nivoom roditelja.

4. ZAKLJUČAK

- Prema pravilima za skorovanje skala koje su korišćene u istraživanju, a koje se odnose na prisustvo bihevioralnih indikatora Deficita pažnje/Hiperaktivnog poremećaja (ADHD), Poremećaja u vidu protivljenja i prkosa i Poremećaja ponašanja – IVJER, ODDRS i CDRS-IV, iz inicijalnog uzorka od 1471 deteta izdvojena je grupa dece (njih 373) koja na primenjenim skalama postižu skorove koji upućuju na neki od tri navedena poremećaja ili za više njih iz navedene grupe. Na osnovu tako određenih grupa i komorbidnih stanja, utvrđeno je da je deficit pažnje najmanje komorbidna ispitivana dimenzija. Kombinacija hiperaktivnosti i nepažnje je najčešće komorbidno stanje od sva tri podtipa ADHD-a. Poremećaj ponašanja i Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa gotovo su uvek u komorbiditetu, da li međusobno ili sa kombinovanim ADHD podtipom, odnosno sa dimenzijom hiperaktivnosti/impulsivnosti.
- Primenom konfirmatorne faktorske analize, kao model sa najboljim indikatorima podesnosti, pokazao se bifaktorski model sa četiri faktora (deficit pažnje, hiperaktivnost/impulsivnost, prkosno ponašanje i problemi u ponašanju), što bi značilo da četiri izdvojena faktora predstavljaju probleme ili poremećaje koje karakterišu specifična ponašanja karakteristična za svaki od njih, ali su ta ponašanja istovremeno i zajednički bihevioralni indikatori jednog opšteg, tj. generalnog faktora. Dimenzija hiperaktivnosti/impulsivnosti (hiperaktivnost više nego impulsivnost), predstavlja u najvećoj meri zajednički pokazatelj svih poremećaja iz grupe *Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem*. S druge strane, dimenzija koja je u najmanjoj meri zajednički pokazatelj svih poremećaja jeste nepažnja, jer ajetimi koji se odnose na probleme sa pažnjom, u poređenju sa ajetimima koji se odnose na ostale ispitivane fenomene, u većoj meri definišu svoj specifični nego generalni faktor.
- U cilju daljeg preciznijeg određivanja odnosa poremećaja koji su predmet proučavanja u ovom radu, urađena je analiza latentnih profila. Rezultati dobijeni primenom analize latentnih profila ukazuju na to da deficit pažnje, hiperaktivnost/impulsivnost, prkos i suprotstavljanje i problemi u ponašanju

predstavljaju bihevioralne dimenzije koje su često u komorbiditetu, pri čemu je komorbiditet svih navedenih problema zajedno posebno čest. Motorni nemir, impulsivnost i deficit pažnje udružuju se i nevezano za probleme u ponašanju i prkos, čineći tako kombinovani ADHD podtip koji egzistira i samostalno, ali i u komorbiditetu sa problemima u ponašanju i prkosnim ponašanjem. Prkos, suprotstavljanje i ozbiljniji problemi u ponašanju vrlo retko postoje kao nezavisni fenomeni.

- Uzrast dece nije u vezi sa manifestovanjem ponašanja koja karakterišu Poremećaj ponašanja, Poremećaj u vidu protivljenja i prkosa i ADHD. Potvrđena je pretpostavka o tome da deficit pažnje perzistira kod dece sa ADHD-om, ali ne i pretpostavka o tome da se motorni nemir smanjuje sa uzrastom.
- Deca koja manifestuju bihevioralne pokazatelje fenomena iz grupe *Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem*, imaju značajno slabije školsko postignuće u odnosu na kontrolnu grupu decu, odnosno u odnosu na grupu dece koja ne manifestuju te indikatore.
- Gradska sredina pokazala se kao značajan faktor za manifestovanje ponašanja karakterističnih samo za kombinovani ADHD podtip, dok nije utvrđena statistički značajna razlika u zastupljenosti ostalih problema (druga dva podtipa ADHD-a, ODD i Poremećaj ponašanja) u odnosu na mesto stanovanja (selo ili grad).
- Utvrđena je statistički značajna razlika između kontrolne grupe dece i dece koja manifestuju bihevioralne indikatore poremećaja, a u odnosu na obrazovanje roditelja. Što je više obrazovanje oca, odnosno majke, manja je verovatnoća da će dete manifestovati neki od problema, tj. ponašanja tipična za neki od tri poremećaja (ADHD, ODD i Poremećaj ponašanja).
- Utvrđena je statistički značajna razlika u jačini povezanosti između ponašanja koja karakterišu poremećaje iz grupe *Deficit pažnje i poremećaji sa nasilničkim ponašanjem* i školskog postignuća, u zavisnosti od izvora informacija, pri čemu je ta povezanost jača kada su procenjivači dečijeg ponašanja bili učitelji nego kada su učenici sami procenjivali svoje ponašanje.

L I T E R A T U R A

Abikof, H. B., Jensen, P. S., Arnold, L. L. E., Hoza, B., Hechtman, L., Pollack, S., ... & Wigal, T. (2002). Observed Classroom Behavior of Children with ADHD: Relationship to Gender and Comorbidity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(4), 349-359.

Althoff, R. R., Rettew, D. C. & Hudziak, J. J. (2003). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder. *Psychiatric Annals*, 33, 245-253.

Anić, N. (1990). Dječja psihopatologija. U J. Berger, M. Biro i S. Hrnjica (ur.), *Klinička psihologija – individualna i socijalna* (str. 151-169). Beograd: Naučna knjiga.

Antshel, K. M., Faraone, S. V., Stallone, K., Nave, A., Kaufmann, F. A., Doyle, A., Fried, R., Seidman, L. & Biederman, J. (2007). Is attention deficit hyperactivity disorder a valid diagnosis in the presence of high IQ? Results from the MGH Longitudinal Family Studies of ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 687-694.

Američka psihijatrijska udruga (1998). *DSM-IV: Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Američka psihijatrijska udruga (2014). *DSM-5: Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Ayres, A. J. (2002). *Dijete i senzorna integracija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the Nature of Self-Control*. New York: The Guilford Press.

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

Barkley, R. A. (2001). The Inattentive Type of ADHD As a Distinct Disorder: What Remains To Be Done. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(4), 489-493.

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

Barkley, R. A. (2007). School Interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Where to From Here? *School Psychology Review*, 36(2), 279-286.

Barkley, R. A. (2012). Distinguishing Sluggish Cognitive Tempo From Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 978-990.

Barkley, R. A. (2016). Recent Longitudinal Studies of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Important Themes and Questions for Further Research. *Journal of Abnormal Psychology, 125*(2), 248-255.

Barkley, R. A., Edwards G., Laneri, M., Fletcher, K., & Metevia, L. (2001). The Efficacy of Problem-Solving Communication Training Alone, Behavior Management Training Alone, and Their Combination for Parent-Adolescent Conflict in Teenagers With ADHD and ODD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(6), 926-941.

Barkley, R. A. & Fischer, M. (2011). Predicting Impairment in Major Life Activities and Occupational Functioning in Hyperactive Children as Adults: Self-Reported Executive Function (EF) Deficits Versus EF Tests. *Developmental Neuropsychology 36*(2), 137-161.

Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). The Persistence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Into Young Adulthood as a Function of Reporting Source and Definition of Disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 111*(2), 279-289.

Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2003). Does the Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder With Stimulants Contribute to Drug Use/Abuse? A 13-Year Prospective Study. *Pediatrics, 111*(1), 97-109.

Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, & Fletcher, K. (2004). Young Adult Follow-Up of Hyperactive Children: Antisocial Activities and Drug Use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*(2), 195-211.

Barry, C. T., Golmaryami, F. N., Rivera-Hudson, N. & Frick, P. J. (2013). Evidence-Based Assessment of Conduct Disorder: Current Considerations and Preparation for DSM-5. *Professional Psychology: Research and Practice, 44*(1), 56-63.

Bauermeister, J. J., Barkley, R. A., Bauermeister J. A., Martinez, J. V., & McBurnett, K. (2012). Validity of the Sluggish Cognitive Tempo, Inattention, and Hyperactivity Symptom Dimensions: Neuropsychological and Psychosocial Correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*, 683-697.

Bauermeister, J. J., Shrout, P. E., Chavez, L., Rubio-Stipec, M., Ramirez, R., Padilla, L., Anderson, A., Garcia, P. i Canino, G. (2007). ADHD and gender: are risks and sequela of ADHD the same for boys and girls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*, 831-839.

Beauchaine, T. P., Katkin, E. S., Strassberg, Z. & Snarr, J. (2001). Disinhibitory Psychopathology in Male Adolescents: Discriminating Conduct Disorder from Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Through Concurrent Assessment of Multiple Autonomic States. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(4), 610-624.

Berk. L. E. (2015). *Dječja razvojna psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Bernard, M. E. & Joyce, M. R. (1984). *Rational-Emotive Therapy with Children and Adolescents: Theory, Treatment Strategies, Preventative Methods*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Biederman, J., Kwon, A., Aleardi, M., Chouinard, V. A., Marino, T., Cole, H., Mick, E. & Faraone S. V. (2005). Absence of Gender Effects on Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Findings in Nonreferred Subjects. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1083-1089.

Biederman, J., Monuteaux, M. C., Spencer, T., Wilens, T. E., MacPherson, H. A., Faraone, S. V. (2008). Stimulant Therapy and Risk for Subsequent Substance Use Disorders in Male Adults with ADHD: A Naturalistic Controlled 10-year Follow-up Study. *American Journal of Psychiatry*, 165, 597-603.

Bittner, A., Egger, H. L., Erkanli, A., Costello, E. J., Foley, D. L. & Angold A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 1174-1183.

Blair, J., Mitchell, D. & Blair, K. (2008). *Psihopat, Emocije i mozak*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Bloomquist, M. L. (2006). *Skills Training for Children with Behavior Problems: A Parent and Practitioner Guidebook*. New York: The Guilford Press.

Bojanin, S. (1985). *Neuropsihologija razvojnog doba i opšti reedukativni metod*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.

Burke, J. D., Lahey, B. B. & Waldman, I. (2010). Predictive Validity of Childhood Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: Implications for the DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 739-751.

Burns, G. L. (2000). Problem of Item Overlap Between the Psychopathy Screening Device and Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder Rating Scales. *Psychological Assessment*, 12(4), 447-450.

Busch, B., Biederman, J., Cohen, L. G., Sayer, J. M., Monuteaux, M. C., Mick, E., Zallen, B. & Faraone, S. V. (2002). Correlates of ADHD Among Children in Pediatric and Psychiatric Clinics. *Psychiatric Services*, 53, 1103-1111.

Caprara, G. V. & Cervone, D. (2003). *Ličnost: determinante, dinamika i potencijali*. Beograd: Dereta.

Carr, A. (2003). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A Contextual Approach*. New York: Brunner-Routledge.

Cerda, M., Tracy M., Sanchez, B. N. & Galea, S. (2011). Comorbidity Among Depression, Conduct Disorder, and Drug Use From Adolescence to Young Adulthood: Examining the Role of Violence Exposures. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 651-659.

Chairman, T., Hood, J. & Howlin, P. (2015). Psychological Assessment in the Clinical Context. In A. Thapar, D. S. Pine, J. F. Leckman, S. Scott, M. J. Snowling & E. Taylor (eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 436-448). Chichester: John Wiley and Sons, Ltd.

Conners, C. K. (2011). *Conners 3rd Edition: Manual*. Toronto: Multi-Health Systems Inc.

Cooley, M. L. (2010). *Podučavanje dece s poremećajima mentalnog zdravlja i učenja u redovnoj nastavi: Kako prepoznati, razumeti i podržati čak i s posebnim potrebama*. Beograd: Kreativni centar.

Cordell, A. S. (2005). Psychological Assessment of Children. In W. M. Klykylo & J. L. Kay (eds.), *Clinical Child Psychiatry* (pp. 21-47). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Costin, J., Lichte, C., Hill-Smith, A., Vance, A. & Luk, E. (2004). Parent group treatments for children with Oppositional Defiant Disorder. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 3(1).

Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., Gatzke-Kopp, L., Sylvers, P., Mead, H. & Chipman-Chacon, J. (2006). Autonomic Correlates of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder in Preschool Children. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(1), 174-178.

Čiček, M. i Nikolić, S. (1992). Psihoterapija poremećaja ponašanja. U N. Tadić (ur.), *Psihoanalitička psihoterapija dece i mladih* (str. 352-356). Beograd: Naučna knjiga.

Damjanović, R. (2009). *Obeležja i korelati Hiperkinetičkog poremećaja na mlađem školskom uzrastu: neobjavljena magistarska teza*. Novi Sad: Filozofski fakultet.

Damjanović, R. i Đorđić, D. (2014a). Najčešće realizovani oblici dodatne podrške detetu/učeniku na teritoriji Grada Sombora. U S. Potić (ur.), *Aktuelnosti u edukaciji i rehabilitaciji osoba sa smetnjama u razvoju – zbornik rezimea* (str. 86). Beograd: Resursni centar za specijalnu edukaciju.

Damjanović, R. i Đorđić, D. (2014b). Dodatna podrška detetu/učeniku u proteklih pet godina – koliko smo daleko od početka? U M. Šćepanović (ur.), *Savremeni defektološki rad: rehabilitacija, prevencija isključenosti i inkluzija – zbornik rezimea* (str. 64-65). Novi Sad: Društvo defektologa Vojvodine.

Damjanović, R. i Đorđić, D. (2014c). Angažovanje pratioca za ličnu pomoć kao vid neposredne dodatne podrške detetu/učeniku. U M. Šćepanović (ur.), *Savremeni defektološki rad: rehabilitacija, prevencija isključenosti i inkluzija – zbornik rezimea* (str. 68-69). Novi Sad: Društvo defektologa Vojvodine.

Damjanović, R., Šćepanović, M. i Đorđić, D. (2015). Specifičnosti psihodijagnostike i tretmana hiperkinetičkog poremećaja. U S. Nikolić, D. Ilić-Stošović i M. Šćepanović (ur.), *Aktuelna defektološka praksa: tematski zbornik radova međunarodnog značaja* (str. 209-219). Novi Sad: Društvo defektologa Vojvodine.

Damjanović, R. & Đorđić, D. (2015). Deca sa smetnjama u razvoju i odlaganje upisa u osnovnu školu. U Šćepanović, M. (ur.) *Rad sa decom i mladima sa smetnjama u razvoju i odraslim osobama sa invaliditetom – teorijska, praktična i etička pitanja – zbornik sažetaka* (str. 33-34). Novi Sad: Društvo defektologa Vojvodine.

Damjanović, R., Đorđić, D. i Mandić, I. (2016). Problematični aspekti u konceptualizaciji ADHD dijagnoze. U S. Potić, Š. Golubović i M. Šćepanović (ur.), *Inkluzivna teorija i praksa: tematski zbornik radova međunarodnog značaja* (str. 255-263). Novi Sad: Društvo defektologa Vojvodine.

Davis, H. (1998). *Pomozimo bolesnoj djeci: Priručnik za roditelje kronično bolesne djece ili djece s teškoćama u tjelesnom ili duševnom razvoju*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Davison, G. C. & Neale, J. M. (2002). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Deschamps, P. K. H., Schutter, D. J. L. G., Kenemans, J. L. & Matthys, W. (2015). Empathy and prosocial behavior in response to sadness and distress in 6- to 7-year olds diagnosed with disruptive behavior disorder and attention-deficit hyperactivity disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 105-113.

Dishion, T. J. & Patterson, G. R. (2006). The Development and Ecology of Antisocial Behavior in Children and Adolescents. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (eds.), *Developmental Psychopathology Volume 3 – Risk, Disorder and Adaptation* (pp. 503-541). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Divac Jovanović, M. i Švrakić, D. (2016). *Granična ličnost i njena različita lica: šta su poremećaji ličnosti?* Beograd. Clio.

Drabick, D. A. G., Gadow, K. D. i Sprafkin, J. (2006). Co-occurrence of conduct disorder and depression in a clinic-based sample of boys with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 766-774.

Duggan, E. C. & Garcia-Barrera, M. A. (2015). Executive Functioning and Intelligence. In S. Goldstein, D. Princotta & J. A. Naglieri (eds.), *Handbook of Intelligence: Evolutionary Theory, Historical Perspective, and Current Concepts* (pp. 435-459). New York: Springer Science + Business Media.

DuPaul G. J. (2007). School-Based Interventions for Studnets With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Current Status and Future Directions. *School Psychology Review*, 36(2), 183-194.

Đorđević, D. (1984). *Pedagoška psihologija*. Gornji Milanovac: Dečje novine.

Đorđić, D., Damjanović, R. i Šćepanović, M. (2015). Protektivni faktori poremećaja ponašanja u domenu porodice. U S. Nikolić, D. Ilić-Stošović i M. Šćepanović (ur.), *Aktuelna defektološka praksa: tematski zbornik radova međunarodnog značaja* (str. 278-286). Novi Sad: Društvo defektologa Vojvodine.

Đorđić, D., Damjanović, R. i Mandić, I. (2016). Efektivni programi prevencije aktivnih poremećaja u ponašanju. U S. Potić, Š. Golubović i M. Šćepanović (ur.), *Inkluzivna teorija i praksa: tematski zbornik radova međunarodnog značaja* (str. 126-134). Novi Sad: Društvo defektologa Vojvodine.

Eraković, T. (1987). *Ličnost deteta i psihomotorika*. Novi Sad: Dnevnik.

Eraković, T. (2002). *Osnovi specijalne pedagogije sa metodikom*. Sombor: Učiteljski fakultet.

Essau, C. A. & Conradt, J. (2006). *Agresivnost u djece i mladeži*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Fajgelj, S. (2004). *Metode istraživanja ponašanja*. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju.

Falk, A. E. & Lee, S. S. (2012). Parenting Behavior and Conduct Problems in Children with and Without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): Moderation by Callous-Unemotional Traits. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34, 172-181.

Farrington, D. P. (1995). The challenge of teenage antisocial behavior. In M. Rutter (ed.), *Psychosocial Disturbances in young people: Challenges for prevention* (pp. 83-130). Cambridge: Cambridge University Press.

Ford, J. D., Racusin, R., Daviss, W. B., Ellis, C. G., Thomas, J., Rogers, K., Reiser, J., Schiffman, J. & Sengupta, A. (1999). Trauma Exposure Among Children With Oppositional Defiant Disorder and Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 786-789.

Gavrilov-Jerković, V. (2008). *Kliničko-psihološki praktikum: procedura i konteksti kliničke procene*. Novi Sad: Futura publikacije.

Gelder, M., Mayou, R. & Geddes, J. (2009). *Psihijatrija, oksfordski osnovni tekst*. Beograd: Data Status.

Glascoe, F. P. (2002). *Suradnja s roditeljima: upotreba roditeljske procjene dječjeg razvojnog statusa u otkrivanju razvojnih problema i problema ponašanja te bavljenju tim problemima*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Goffman, E. (2009). *Stigma: zabeleške o ophođenju sa narušenim identitetom*. Novi Sad: Mediterran Publishing.

Golubović, Š., Jerković, I. i Rapaić, D. (2008). Sposobnost održavanja pažnje i ispoljavanje hiperaktivnosti i impulsivnosti u zavisnosti od pola deteta. *Pedagogija*, LXIII, 465-471.

- Greene, R. W. (2006). Oppositional Defiant Disorder. In R. T. Ammerman (ed.), *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology Volume 3 – Child Psychopathology* (pp. 285-297). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Guttmann-Steinmetz, S., Gadow, K. D. & DeVincent, C. J. (2009). Oppositional Defiant and Conduct Disorder in Boys with Autism Spectrum Disorder with and without Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Versus Several Comparison Samples. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 976-985.
- Halmi, A. (2003). *Multivarijatna analiza u društvenim znanostima*. Zagreb: Alinea.
- Hannah, L. (2007). *Podrška u učenju deci sa poteškoćama iz spektra autizma: praktičan vodič za roditelje i osoblje u redovnim školama i vrtićima*. Beograd: Republičko udruženje za pomoć osobama sa autizmom.
- Harvey, E. A., Breaux, R. P., & Lugo-Candelas, C. I. (2016). Early Development of Comorbidity Between Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), and Oppositional Defiant Disorder (ODD). *Journal of Abnormal Psychology*, 125(2), 154-167.
- Haviland, W. A. (2004). *Kulturna antropologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Herschell, A. D., Calzada, E. J., Eyberg, S. M. & McNeil, C. B. (2002). Parent-Child Interaction Therapy: New Directions in Research. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 9-16.
- Hommersen, P., Murray, C., Ohan, J. L. i Johnston, C. (2006). Oppositional Defiant Disorder Rating Scale – Preliminary Evidence of Reliability and Validity. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14, 118-125.
- Hrnjica, S., Rajović, V., Čolin, T., Krstić, K. i Kopunović, D. (2007). *Škola po meri deteta: priručnik za rad sa učenicima redovne škole koji imaju teškoće u razvoju*. Beograd: Save the Children UK, Program za Srbiju.
- Hrnjica, S. (2011). Dete sa smetnjama u razvoju. U M. Mitić (ur.), *Deca sa smetnjama u razvoju: potrebe i podrška* (str. 31-37). Beograd: Republički zavod za socijalnu zaštitu.
- Hudolin, V. (1963). *Psihijatrijsko-psihološki leksikon*. Zagreb: Privreda.
- Hughes, L. & Cooper, P. (2009). *Razumijevanje djece s ADHD sindromom i pružanje potpore: strategije za nastavnike, roditelje i ostale stručnjake*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Išpanović-Radojković, V. i Govedarica, T. (1992). Reedukacija psihomotorike i relaksacija. U N. Tadić (ur.), *Psihoanalitička psihoterapija dece i mladih* (str. 413-416). Beograd: Naučna knjiga.

Jerković, I. i Gavrilov-Jerković, V. (2003). Psihološka intervencija u multikulturnom društvu. U M. Biro i W. Butollo (ur.), *Klinička psihologija* (str. 393-403). München: Katedra za kliničku psihologiju, LMU i Novi Sad: Futura publikacije.

Jerković, I. i Kondić, K. (2003). Specifičnosti psihodijagnostike u razvojnog dobu. U M. Biro i W. Butollo (ur.), *Klinička psihologija* (str. 219-236). München: Katedra za kliničku psihologiju, LMU i Novi Sad: Futura publikacije.

Jerković, I. (2008a). Hiperaktivnost deteta kao destabilizujući faktor porodičnog funkcionisanja. U I. Jerković (ur.), *Razvojni problemi: Od teorije do intervencije: Zbirka tekstova o teoriji i praksi u kliničkoj psihologiji razvojnog doba* (str. 193-198). Novi Sad: Futura publikacije.

Jerković, I. (2008b). Razvojna psihopatologija i hiperaktivnost dece – između mita i bolesti. U I. Jerković (ur.), *Razvojni problemi: Od teorije do intervencije: Zbirka tekstova o teoriji i praksi u kliničkoj psihologiji razvojnog doba* (str. 189-191). Novi Sad: Futura publikacije.

Jerković, I. (2008c). Specifičnosti psihodijagnostike u razvojnog dobu. U I. Jerković (ur.), *Razvojni problemi: Od teorije do intervencije: Zbirka tekstova o teoriji i praksi u kliničkoj psihologiji razvojnog doba* (str. 91-100). Novi Sad: Futura publikacije.

Jerković, I., Gavrilov-Jerković, V., Mihić, I. i Petrović, J. (2009). Pervazivnost u dijagnostici hiperaktivnosti u razvojnoj dobi. U *Dani Ramira i Zorana Bujasa 2009 – Program i sažeci priopćenja* (str. 34). Zagreb: Filozofski fakultet.

Jerković, I., Damjanović, R. & Mihić, I. (2010). Hiperkinetički poremećaj: teorijski, istraživački i klinički aspekt procene. U *II Kongres Društva za dečju i adolescentnu psihijatriju i srodne struke Srbije DEAPS: Mentalno zdravlje dece i mladih – Nova razumevanja, nove mogućnosti, Zlatibor, 22-25. april 2010*. Zlatibor: DEAPS.

Jerković, I. i Zotović, M. (2010). *Razvojna psihologija*. Novi Sad: Futura publikacije.

Jerković, I., Damjanović, R. & Golubović, Š. (2011). Gender Differences in Internalized and Externalized Problems of Children with ADHD. U *International ADHD conference, 26-29. maj 2011. Berlin, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Vol. 3, No 2. pp. 110*.

Johnston, C., Murray, C., Hinshaw, S. P., Pelham Jr., W. E., & Hoza, B. (2002). Responsiveness in Interactions of Mothers and Sons with ADHD: Relations to Maternal and Child Characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(1), 77-88.

Jovanović, N., Jovanović-Firevski, T. i Jovanović, S. (2007). *ADD/ADHD: Deficit pažnje i hiperaktivnost dece: (Osobenosti-Dijagnostika-Tretman)*. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju.

Juul, J. (2006). *Obitelj s kronično bolesnom djecom*. Zagreb: Naklada Pelago.

Juul, J. (2008). *Vaše kompetentno dijete: prema novim temeljnim vrijednostima obitelji*. Zagreb: Naklada Pelago.

Karnik, N. S. & Steiner, H. (2005). Disruptive Behavior Disorders. In W. M. Klykylo i J. L. Kay (eds.), *Clinical Child Psychiatry* (pp. 191-202). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Kecmanović, D. (2008). *Psihijatrija u kritičkom ogledalu*. Beograd: Službeni glasnik.

Kecmanović, D. (2010). *Očima psihijatra*. Beograd: Clio.

Kecmanović, D. (2014a). *Metapsihijatrija*. Beograd: Clio.

Kecmanović, D. (2014b). *U potrazi za identitetom psihijatrije*. Beograd: Clio.

Keenan, K., Wroblewski, K., Hipwell, A., Loeber R. & Stouthamer-Loeber, M. (2010). Age of Onset, Symptom Threshold and Expansion of the Nosology of Conduct Disorder for Girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 689-698.

Khalifa, N., Duggan, C., Howard, R. and Lumsden, J. (2012). The Relationship Between Childhood Conduct Disorder and Adult Antisocial Behavior Is Partially Mediated by Early-Onset Alcohol Abuse. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(4), 423-432.

Kimonis, E. R. & Frick, P. J. (2006). Conduct Disorder. In R. T. Ammerman (ed.), *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology Volume 3 – Child Psychopathology* (pp. 299-315). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

King, S., Waschbusch, D. A., Frankland, B. W., Andrade, B. F., Thurston, C. M., McNutt L., Terrio, B. & Northern Partners in Action for Child and Youth Services (2005). Taxonomic Examination of ADHD and Conduct Problem Comorbidity in Elementary School Children Using Cluster Analyses. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(2), 77-88.

Kocijan-Hercigonja, D., Buljan-Flander, G. i Vučković, D. (2004). *Hiperaktivno dijete – uznemireni roditelji i odgajatelji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Kofler, M. J., Rapport, M. D. & Alderson, R. M. (2008). Quantifying ADHD classroom inattentiveness, its moderators, and variability: a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 59-69.

Kondić-Beloš, K. (1990a). Psihodijagnostika razvojnog doba. U J. Berger, M. Biro i S. Hrnjica (ur.), *Klinička psihologija – individualna i socijalna* (str. 245-264). Beograd: Naučna knjiga.

Kondić-Beloš, K. (1990b). Psihopatologija detinjstva i mladosti ili psihopatologija razvojnog doba. U J. Berger, M. Biro i S. Hrnjica (ur.), *Klinička psihologija – individualna i socijalna* (str. 133-150). Beograd: Naučna knjiga.

Kooistra, L., Crawford, S., Dewey, D., Cantell, M., & Kaplan, B. J. (2005). Motor Correlates of ADHD: Contribution of Reading Disability and Oppositional Defiant Disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 38(3), 195-206.

Lahti, J., Raikkonen, K., Kajantie, E., Heinonen, K., Pesonen, A-K., Jarvenpaa, A-L. i Strandberg, T. (2006). Small body size at birth and behavioural symptoms of ADHD in children aged five to six years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1167-1174.

Lebedina Manzoni, M. (2007). *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Lee, S. I., Schachar, R. J., Chen, S. X., Ornstein, T. J., Charach, A., Barr, C. i Ickowicz, A. (2008). Predictive validity of DSM-IV and ICD-10 criteria for ADHD and hyperkinetic disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 70-78.

Lewis, D. O. (2002). Development of the Symptoms of Violence. In M. Lewis (ed.), *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook* (pp. 373-384). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Publishers.

Lewis, D. O. & Yeager, C. A. (2002). Conduct Disorder. In M. Lewis (ed.), *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook* (pp. 628-638). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Publishers.

Lindhiem, O., Bennett, C. B., Hipwell, A. E. & Pardini D. A. (2015). Beyond Symptom Counts for Diagnosing Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43, 1379-1387.

Linn, M. (2006). *Terapijske vježbe kod psihomotoričkih razvojnih smetnji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Lopez-Romero, L., Romero, E. & Luengo, M. A. (2012). Disentangling the Role of Psychopathic Traits and Externalizing Behaviour in Predicting Conduct Problems from Childhood to Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 41, 1397-1408.

Lorber, M. F. & Egeland, B. (2011). Parenting and Infant Difficulty: Testing a Mutual Exacerbation Hypothesis to Predict Early Onset Conduct Problems. *Child Development*, 82(6), 2006-2020.

Luman, M., Oosterlaan, J., Hyde, C., Van Meel, C. S. i Sergeant, J. A. (2007). Heart rate and reinforcement sensitivity in ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 890-898.

Lycett, K., Sciberras, E., Mensah, F. K. & Hiscock, H. (2015). Behavioral sleep problems and internalizing and externalizing comorbidities in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 31-40.

Manuzza, S., Klein, R. G., Truong, N. L., Moulton, J. L., Roizen, E. R., Howell, K. H., Castellanos, F. X. (2008). Age of Methylphenidate Treatment Initiation in

Children with ADHD and later Substance Abuse: Prospective Follow-up into Adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 165, 604-609.

Marić, M. (2013). *Mentalno zdravlje*. Sombor: Pedagoški fakultet Univerziteta u Novom Sadu.

Marković, M., Popović-Čitić, B., Popović, V. i Stanojević, M. (2014). Prevencija problema u ponašanju učenika: Iskustva u primeni edukativnog preventivnog programa. U S. Potić (ur.), *III stručno-naučni skup sa međunarodnim učešćem „Aktuelnosti u edukaciji i rehabilitaciji osoba sa smetnjama u razvoju“ – zbornik rezimea* (str. 73). Beograd: Resursni centar za specijalnu edukaciju.

Marzocchi, G. M., Oosterlaan, J., Zuddas, A., Cavolina, P., Geurts, H., Redigolo, D., Vio, C. i Sergeant, J. A. (2008). Contrasting deficits on executive functions between ADHD and reading disabled children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 543-552.

Matthys, W., Vanderschuren, L. J. M. J., Schutter, D. J. L. G. & Lochman, J. E. (2012). Impaired Neurocognitive Functions Affect Social Learning Processes in Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: Implications for Interventions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15, 234-246.

McLeod, J. D., Fettes, D. L., Jensen, P. S., Pescosolido, B. A. i Martin, J. K. (2007). Public Knowledge, Beliefs, and Treatment Preferences Concerning Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatric Services*, 58, 626-631.

Meier, M. H., Slutske, W. S., Heath, A. C. & Martin, N. G. (2011). Sex Differences in the Genetic and Environmental Influences on Childhood Conduct Disorder and Adult Antisocial Behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(2), 377-388.

Merry, S. N. & Moor S. (2015). School-based Mental Health Interventions. In A. Thapar, D. S. Pine, J. F. Leckman, S. Scott, M. J. Snowling & E. Taylor (eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 545-558). Chichester: John Wiley and Sons, Ltd.

Mihić, J. i Bašić, J. (2008). Preventivne strategije – eksternalizirani poremećaji u ponašanju i rizična ponašanja djece i mladih. *Ljetopis socijalnog rada*, 15(3), 445-471.

Mikuš-Kos, A. (1992). Preventivna djelatnost u zbrinjavanju mentalnog zdravlja djece i omladine. U N. Tadić (ur.), *Psihoanalitička psihoterapija dece i mladih* (str. 425-434). Beograd: Naučna knjiga.

Milas, G. (2009). *Istraživačke metode u psihologiji i drugim društvenim znanostima*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Milich, R., Balentine, A. C., & Lynam, D. R. (2001). ADHD Combined Type and ADHD Predominantly Inattentive Type Are Distinct and Unrelated Disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(4), 463-488.

- Milošević, S. (2002). *Percepcija, pažnja i motorna aktivnost*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
- Minde, K. & Minde, R. (2002). Effect of Disordered Parenting on the Development of Children. In M. Lewis (ed.), *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook* (pp. 459-474). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
- Mizock, L. & Harkins, D. (2011). Diagnostic Bias and Conduct Disorder: Improving Culturally Sensitive Diagnosis. *Child and Youth Services*, 32, 243-253.
- Moffitt, T. E. i Melchior, M. (2007). Why does the Worldwide Prevalence of Childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder Matter? *American Journal of Psychiatry*, 164, 856-858.
- Molina, B. S. G., Bukstein, O. G. & Lynch, K. G. (2002). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder Symptomatology in Adolescents With Alcohol Use Disorder. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(2), 161-164.
- Molina, B. S. G., Pelham, Jr., W. E., Cheong, J., Marshal, M. P., Gnagy, E. M., & Curran, P. J. (2012). Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Growth in Adolescent Alcohol Use: The Roles of Functional Impairments, ADHD Symptom Persistence, and Parental Knowledge. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 922-935.
- Molina, B. S. G., Smith, B. H. & Pelham, W. E. (1999). Interactive Effects of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder on Early Adolescent Substance Use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13(4), 348-358.
- Monastra, V. J. (2008). *Unlocking the potential of patients with ADHD: A model for clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Mordre, M., Groholt, B., Kjelsberg, E., Sandstad, B. & Myhre A. M. (2011). The impact of ADHD and Conduct Disorder in childhood on adult delinquency: A 30 years follow-up study using official crime records. *BMC Psychiatry*, 11:57.
- Morgan, P. L., Li, H., Cook, M., Farkas, G. Hillemeier, M. M. & Lin, Y. (2016). Which Kindergarten Children Are at Greater Risk for Attention-Deficit/Hyperactivity and Conduct Disorder Symptomatology as Adolescents? *School Psychology Quarterly*, 31, 58-75.
- Moss, N. E. i Racusin, G. R. (2002). Psychological Assessment of Children and Adolescents. In M. Lewis (ed.), *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook* (pp. 524-538). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
- Muris, P. i Meesters, C. (2003). The Validity of Attention Deficit Hyperactivity and Hyperkinetic Disorder Symptom Domains in Nonclinical Dutch Children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 460-466.

Muris, P., Vaesen, H., Roodenrijs, D. i Kelgtermans, L. (2006). Treatment Sensitivity of a Brief Rating Scale for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Symptoms. *Journal of Child and Family Studies*, 15, 223-230.

Musser, E. D., Karalunas, S. L., Dieckmann, N., Peris, T. S., & Nigg, J. T. (2016). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Developmental Trajectories Related to Parental Expressed Emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(2), 182-195.

Nacionalni centar za odojčad, decu do treće godine i porodice - Zero to Three/National Center for Infants, Toddlers and Families. (1999). *Dijagnostička klasifikacija mentalnih i razvojnih poremećaja u periodu odojčeta i ranom detinjstvu*. Beograd: Institut za mentalno zdravlje.

Nelson-Jones, R. (2007). *Praktične vještine u psihološkom savjetovanju i pomaganju: Opis modela savjetovanja o životnim vještinama i vježbe za njegovu primjenu*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Nietzel, M. T., Bernstein, D. A. & Milich, R. (2002). *Uvod u kliničku psihologiju*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Nigg, J. T., Hinshaw, S. P. & Huang-Pollock, C. (2006). Disorders of Attention and Impulse Regulation. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (eds.), *Developmental Psychopathology Volume 3 – Risk, Disorder and Adaptation* (pp. 358-403). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Nikolić, G. (2014). *Teorija i praksa obrazovanja učenika sa smetnjama u razvoju*. Sombor: Pedagoški fakultet Univerziteta u Novom Sadu.

Nikolić, G., Gačić Bradić, D. i Trkulja M. (2016). *Priručnik za učitelje za rad sa učenicima sa smetnjama u razvoju od 1. do 4. razreda osnovne škole*. Beograd: Klett i Novi Logos.

Nikolić, S. (1985). *Svijet dječje psihe: Elementi dječje medicinske psihologije*. Zagreb: Prosvjeta.

Ninković, S. i Lazarević, T. (2015). Evolutionary-neurodevelopmental Bases of Risk Behaviour Among Youth: Social-pedagogical Implications. *Teme*, 39(4), 1515-1531.

Noordermeer, S. D. S., Luman, M. & Oosterlaan (2016). A Systematic Review and Meta-analysis of Neuroimaging in Oppositional Defiant Disorder (ODD) and Conduct Disorder (CD) Taking Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Into Account. *Neuropsychology Review*, 26, 44-72.

Ohan, J. L. & Johnston, C. (2005). Gender Appropriateness of Symptom Criteria for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Oppositional-Defiant Disorder, and Conduct Disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 35(4), 359-381.

Okado, Y. & Bierman, K. L. (2015). Differential Risk for Late Adolescent Conduct Problems and Mood Dysregulation Among Children with Early Externalizing Behavior Problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43, 735-747.

- Pardini, D. A., Frick, P. J. & Moffitt, T. E. (2010). Building an Evidence Base for DSM-5 Conceptualizations of Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: Introduction to the Special Section. *Journal of Abnormal Psychology, 119*(4), 683-688.
- Pejović Milovančević, M. (2001). *Poremećaj ponašanja dece i omladine – moralni i psihopatološki aspekti*. Beograd: Zadužbina Andrejević.
- Pervin, L. A., Cervone, D. & John, O. P. (2008). *Psihologija ličnosti: teorije i istraživanja*. Zagreb: Školska knjiga.
- Petermann, F. & Petermann U. (2010). *Trening s agresivnom djecom*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Phelan, T. W. (2005). *Sve o poremećaju pomanjkanja pažnje – simptomi, dijagnoza i terapija u djece i odraslih*. Lekenik: Ostvarenje.
- Popov, I. V. (2004). *Forenzička psihijatrija dece i mladih*. Novi Sad: Ortomedics.
- Popović-Ćitić, B. i Popović, V. (2009). Koncept rizičnih i protektivnih faktora: klasifikacioni okviri za potrebe prevencije poremećaja ponašanja dece i omladine. *Socijalna misao, 16*(3), 43-65.
- Radojević, B. (2011). Razvoj deteta. U M. Mitić (ur.), *Deca sa smetnjama u razvoju: potrebe i podrška* (str. 13-23). Beograd: Republički zavod za socijalnu zaštitu.
- Raudino, A., Woodward, L. J., Fergusson, D. M. & Horwood, L. J. (2012). Childhood Conduct Problems Are Associated with Increased Partnership and Parenting Difficulties in Adulthood. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*, 251-263.
- Reber, A. S. & Reber E. (2010). *Rečnik psihologije*. Beograd: JP Službeni glasnik.
- Reitman, D., Hummel, R., Franz, D. Z. & Gross, A. M. (1998). A review of methods and instruments for assessing externalizing disorders: theoretical and practical considerations in rendering a diagnosis. *Clinical Psychology Review, 18*, 555-584.
- Ristić, Ž. (1995). *O istraživanju, metodu i znanju*. Beograd: Institut za pedagoška istraživanja.
- Rowe, R., Maughan, B., Pickles, A., Costello, E. J. & Angold, A. (2002). The relationship between DSM-IV Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: findings from the Great Smoky Mountains Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*(3), 365-373.
- Rowe, R., Costello, E. J., Angold, A., Copeland, W. E. & Maughan, B. (2010). Developmental Pathways in Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 119*(4), 726-738.

Roy, A. (2008). The relationships between attention-deficit/hyperactive disorder (ADHD), conduct disorder (CD) and problematic drug use (PDU). *Drugs: education, prevention and policy*, 15(1), 55-75.

Rube, D. & Reddy, D. P. (2005). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In W. M. Klykylo & J. L. Kay (eds.), *Clinical Child Psychiatry* (pp. 153-189). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Rumpf, J. (2006). *Vikati, udarati, uništavati: Kako postupati s agresivnom djecom*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Rutter, M. (2001). Child Psychiatry in the Era Following Sequencing of the Genome. In F. Levy and D. A. Hay (Eds.) *Attention, Genes and ADHD*, (pp. 225-248). Hove: Brunner-Routledge.

Sadiković, S., Fesl, D. i Čolović, P. (2016). Tipovi ličnosti na novoj teritoriji: Analiza latentnih profila u prostoru tri psiholeksička modela ličnosti. *Primenjena psihologija*, 9(1), 41-61.

Sarver, D. E., Rapport, M. D., Kofler, M. J., Raiker, J. S. & Friedman, L. M. (2015). Hyperactivity in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): Impairing Deficit or Compensatory Behavior?. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43, 1219-1232.

Sasayama, D., Hayashida, A., Yamasue, H., Harada, Y., Kaneko, T., Kasai, K., Washizuka, S. & Amano, N. (2010). Neuroanatomical correlates of attention-deficit/hyperactivity disorder accounting for comorbid oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64, 394-402.

Scott, S. (2015). Oppositional and Conduct Disorders. In A. Thapar, D. S. Pine, J. F. Leckman, S. Scott, M. J. Snowling & E. Taylor (eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 913-930). Chichester: John Wiley and Sons, Ltd.

Shabat, J. C., Lyons, J. S. & Martinovich, Z. (2008). Exploring the Relationship Between Conduct Disorder and Residential Treatment Outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 17, 353-371.

Sevecke, K., Kosson, D. S. & Krischer, M. K. (2009). The Relationship Between Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Conduct Disorder, and Psychopathy in Adolescent Male and Female Detainees. *Behavioral Sciences and the Law*, 27, 577-598.

Shapiro, L. E. (2012). *Radna sveska za decu sa ADHD-om*. Novi Sad: Magona.

Sheridan, M. D. (1998). *Dječji razvoj od rođenja do pete godine: Kako se djeca razvijaju i napreduju*. Zagreb: Educa.

Silva, D., Houghton, S., Hagemann, E. & Bower, C. (2015). Comorbidities of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Pregnancy Risk Factors and Parent Mental Health. *Community Mental Health Journal*, 51, 738-745.

Skowronek, J. S., Leichtman, M. D. i Pillemer, D. B. (2008). Long-Term Episodic Memory in Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Learning Disabilities Research & Practice*, 23(1), 25-35.

Smith, D. J. (1995). Towards explaining patterns and trends in youth crime. In M. Rutter (ed.), *Psychosocial Disturbances in young people: Challenges for prevention* (pp. 166-211). Cambridge: Cambridge University Press.

Smith, C. S. & Hung, L. (2012). The relative influence of conduct problems and attention-deficit hyperactivity disorder in the development of adolescent psychopathy. *Aggression and Violent Behavior*, 17, 575-580.

Sonuga-Barke, E. J. S. & Taylor, E. (2015). ADHD and Hyperkinetic Disorder. In A. Thapar, D. S. Pine, J. F. Leckman, S. Scott, M. J. Snowling & E. Taylor (eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 738-756). Chichester: John Wiley and Sons, Ltd.

Sroufe, L. A. (2005). Zajedničko razmatranje normalnog i abnormalnog: suština razvojne psihopatologije. U A. Dimitrijević (ur.), *Savremena shvatanja mentalnog zdravlja i poremećaja* (str. 193-212). Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.

Stallard, P. (2010). *Misli dobro, osjećaj se dobro - kognitivno-bihevioralna terapija u radu s djecom i mladim ljudima: Vodič za kliničare*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Stanić, D. (2014). Senzorna integracija i tretman u senzornoj sobi. U M. Šćepanović (ur.), *Defektološki rad sa decom na ranom uzrastu: Prevencija, (re)habilitacija i socijalna integracija – zbornik rezimea* (str. 20). Novi Sad: Društvo defektologa Vojvodine.

Stefanović, M. (2011). Značaj emocionalnog vezivanja za procenu zdravog razvoja deteta. U M. Mitić (ur.), *Deca sa smetnjama u razvoju: potrebe i podrška* (str. 24-30). Beograd: Republički zavod za socijalnu zaštitu.

Steiner, H. & Remsing, L. (2007). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Oppositional Defiant Disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(1), 126-141.

Stevens, J. & Ward-Estes J. (2006). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In R. T. Ammerman (ed.), *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology Volume 3 – Child Psychopathology* (pp. 316-329). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Subotić, S. (2014). Inkluzija, moralnost i realnost: odgovori na teška pitanja. *Primenjena psihologija*, 7(4), 515-529.

Sun, C. T. (2008). *Themes in Chinese Psychology*. Singapore: Cengage Learning.

Svetska zdravstvena organizacija. (1992). *ICD-10 – Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja: Klinički opisi i dijagnostička uputstva*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.

Svetska zdravstvena organizacija. (1998). *MKB-10 – Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja: Dijagnostički kriterijumi za istraživanje*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.

Svetska zdravstvena organizacija. (2003). *Izveštaj o svetskom zdravlju 2001, Mentalno zdravlje: novo razumevanje, nova nada*. Beograd: Institut za mentalno zdravlje.

Szasz, T. (2008). *Mentalna bolest kao mit: psihijatrija i kršenje ljudskih prava*. Beograd: Clio.

Tadić, N. (1990). Smetnje i duševni poremećaji u detinjstvu. U D. Kecmanović (ur.), *Psihijatrija* (str. 215-226). Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga.

Tadić, N. (2000). *Psihijatrija detinjstva i mladosti*. Beograd: Naučna.

Thornton, L. C., Frick, P. J., Crapanzano, A. M. and Terranova, A. M. (2013). The Incremental Utility of Callous-Unemotional Traits and Conduct Problems in Predicting Aggression and Bullying in a Community Sample of Boys and Girls. *Psychological Assessment*, 25(2), 366-378.

Trebješanin, Ž. (2000). *Rečnik psihologije*. Beograd: Stubovi kulture.

Tung, I. & Lee, S. S. (2014). Negative Parenting Behavior and Childhood Oppositional Defiant Disorder: Differential Moderation by Positive and Negative Peer Regard. *Aggressive Behavior*, 40, 79-90.

Vash, C. L. i Crewe, N. M. (2010). *Psihologija invaliditeta*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Vasta, R., Haith, M. M. i Miller, S. A. (2005). *Dječja psihologija: moderna znanost*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Venalainen, R., i Jerotijević, M. (2010). *Strategije za podučavanje učenika sa smetnjama u razvoju i invaliditetom*. Beograd: Ministarstvo prosvete Republike Srbije.

Veselinović Jovanović, M (2001). *Hiperaktivno dete*. Beograd: Zadužbina Andrejević.

Volkmar, F. R., Schwab-Stone, M. & First, M. (2002). Classification in Child and Adolescent Psychiatry: Principles and Issues. In M. Lewis (ed.), *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook* (pp. 479-484). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Publishers.

Volkow, N. D. & Swanson, J. M. (2008). Does Childhood Treatment of ADHD With Stimulant Medication Affect Substance Abuse in Adulthood? *American Journal of Psychiatry*, *165*, 553-555.

Waschbusch, D. A., Willoughby, M. T., & Pelham, Jr., W. E. (1998). Criterion Validity and the Utility of Reactive and Proactive Aggression: Comparisons to Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder, and Other Measures of Functioning. *Journal of Clinical Child Psychology*, *27*(4), 396-405.

Waschbusch, D. A. (2002). A Meta-Analytic Examination of Comorbid Hyperactive-Impulsive-Attention Problems and Conduct Problems. *Psychological Bulletin*, *128*(1), 118-150.

Waschbusch, D. A. & King, S. (2006). Should Sex-Specific Norms Be Used to Assess Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder or Oppositional Defiant Disorder? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(1), 179-185.

Waschbusch, D. A., King, S. & Gregus, A. (2007). Age of Onset of ADHD in a Sample of Elementary School Students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *29*(1), 9-16.

Waschbusch, D. A., & Elgar, F. J. (2007). Development and Validation of the Conduct Disorder Rating Scale. *Assessment*, *14*(1), 65-74.

Waschbusch, D. A., & Willoughby, M. T. (2008). Parent and Teacher Ratings on the IOWA Conners Rating Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *30*, 180-192.

Wehmeier, P. M., Schacht, A., & Barkley, R. A. (2010). Social and Emotional Impairment in Children and Adolescents with ADHD and the Impact on Quality of Life. *Journal of Adolescent Health*, *46*, 209-217.

Weiss, M. & Weiss, G. (2002). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In M. Lewis (ed.), *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook* (pp. 604-627). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Publishers.

Wenar, C. (2003). *Razvojna psihopatologija i psihijatrija: Od dojenacke dobi do adolescencije*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Wiesner, M., Elliott, M. N., McLaughlin, K. A., Banspach, S. W., Tortolero, S. & Schuster, M. A. (2015). Common Versus Specific Correlates of Fifth-Grade Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder Symptoms: Comparison of Three Racial/Ethnic Groups. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *43*, 985-998.

Willoughby, M. T. (2003). Developmental course of ADHD symptomatology during the transition from childhood to adolescence: A review with recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *44*, 88-106.

Wilmshurst, L. (2005). *Essentials of Child Psychopathology*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Woolfolk, A., Hughes, M. i Walkup, V. (2014). *Psihologija u obrazovanju I*. Beograd: Clio.

Zhang, K., Davids, E. & Baldessarini, R. J. (2005). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In F. I. Tarazi & J. A. Schetz (eds.), *Neurological and Psychiatric Disorders: From Bench to Bedside* (pp. 229-250). Totowa, New Jersey: Humana Press Inc.

Zoromski, A. K., Owens, J. S., Evans S. W. & Brady, C. E. (2015). Identifying ADHD Symptoms Most Associated with Impairment in Early Childhood, Middle Childhood, and Adolescence Using Teacher Report. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43, 1243-1255.

Živkov-Starčević, M. i Tadić, M. (1992). Psihofarmakoterapija. U N. Tadić (ur.), *Psihoanalitička psihoterapija dece i mladih* (str. 420-424). Beograd: Naučna knjiga.

Žunić-Pavlović, V. i Pavlović, M. (2008). Različiti pristupi u pojmovnom određenju poremećaja ponašanja. *Nastava i vaspitanje*, 57(1), 55-70.

PRILOZI

Prilog 1: Faktorska analiza – IVJER skala

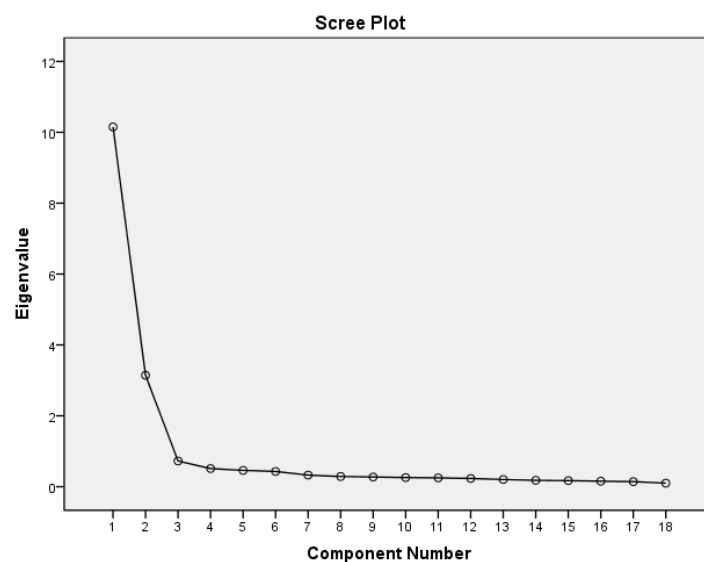
Tabela 1: Parametri objašnjene varijanse prilikom faktorske analize skale IVJER

Komponenta	Inicijalne vrednosti karakterističnih korenova			Ekstrahovana suma kvadriranih opterećenja	
	Total	% varijanse	kumulativni %	Total	% varijanse
1	10,152	56,401	56,401	10,152	56,401
2	3,144	17,466	73,867	3,144	17,466
3	,725	4,029	77,896		
4	,512	2,844	80,740		
5	,461	2,559	83,299		
6	,430	2,390	85,689		
7	,328	1,820	87,509		
8	,288	1,599	89,108		
9	,274	1,523	90,631		
10	,258	1,435	92,065		
11	,249	1,384	93,450		
12	,232	1,291	94,741		
13	,203	1,126	95,866		
14	,178	,990	96,857		
15	,171	,951	97,807		
16	,154	,858	98,666		
17	,141	,785	99,451		
18	,099	,549	100,000		

Tabela 2: Matrica strukture izolovanih faktora pri faktorskoj analizi skale IVJER

	Komponente/Faktori	
	1	2
ivjer2	,915	,492
ivjer5	,904	,441
ivjer6	,880	,413
ivjer4	,870	,362
ivjer1	,864	,440
ivjer9	,853	,500
ivjer8	,848	,573
ivjer7	,818	,500
ivjer3	,778	,310
ivjer13	,538	,909
ivjer17	,482	,908
ivjer11	,615	,887
ivjer18	,415	,858
ivjer10	,627	,851
ivjer16	,324	,847
ivjer12	,527	,810
ivjer15		,808
ivjer14	,330	,702

Grafikon 1: Dijagram kakarakterističnih vrednosti – IVJER skala



Prilog 2: Faktorska analiza – ODDRS skala

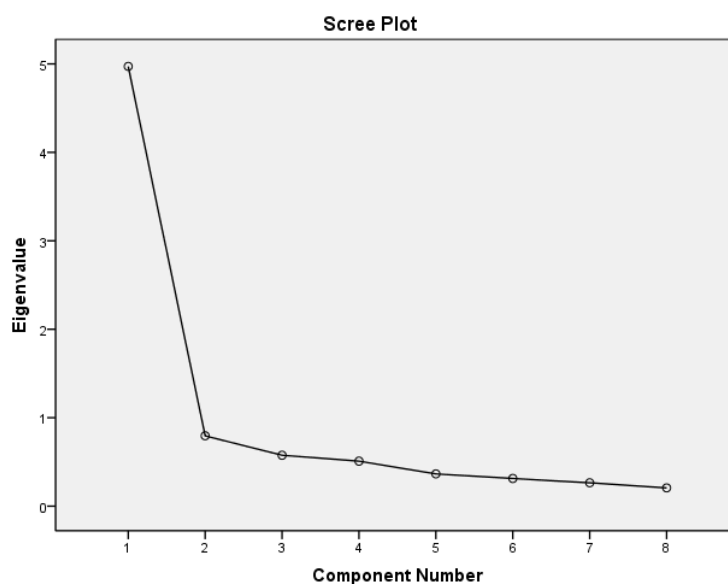
Tabela 1: Parametri objašnjene varijanse prilikom faktorske analize skale ODDRS

Komponenta	Inicijalne vrednosti karakterističnih korenova			Ekstrahovana suma kvadriranih opterećenja		
	Total	% varijanse	kumulativni %	Total	% varijanse	kumulativni %
1	4,972	62,147	62,147	4,972	62,147	62,147
2	,795	9,943	72,090			
3	,576	7,195	79,285			
4	,509	6,365	85,650			
5	,364	4,556	90,206			
6	,313	3,911	94,117			
7	,264	3,300	97,417			
8	,207	2,583	100,000			

Tabela 2: Matrica izolovanih faktora pri faktorskoj analizi skale ODDRS

	Komponenta
	1
oddrs6	,830
oddrs1	,830
oddrs3	,812
oddrs7	,808
oddrs4	,768
oddrs8	,765
oddrs5	,752
oddrs2	,737

Grafikon 1: Dijagram kakarakterističnih vrednosti – ODDRS skala



Prilog 3: Faktorska analiza – CDRS-IV skala

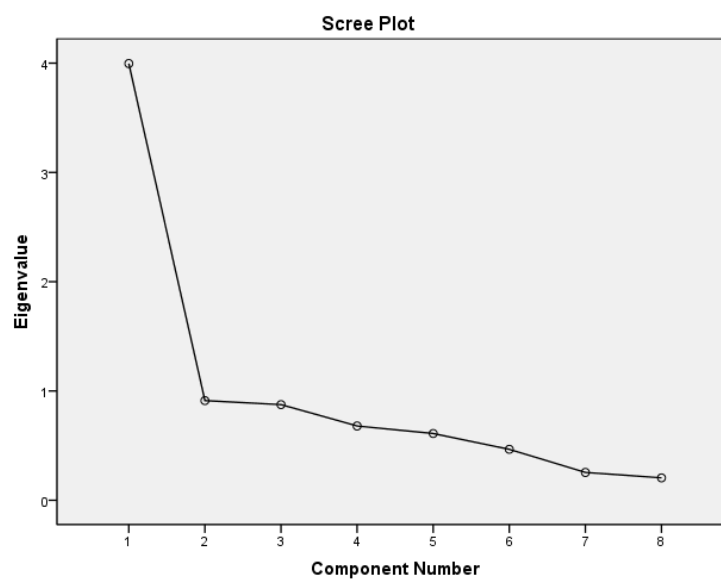
Tabela 1: Parametri objašnjene varijanse prilikom faktorske analize skale CDRS-IV

Komponenta	Inicijalne vrednosti karakterističnih korenova			Ekstrahovana suma kvadriranih opterećenja		
	Total	% varijanse	kumulativni %	Total	% varijanse	kumulativni %
1	3,996	49,952	49,952	3,996	49,952	49,952
2	,912	11,398	61,350			
3	,875	10,942	72,292			
4	,680	8,497	80,790			
5	,611	7,636	88,426			
6	,466	5,827	94,253			
7	,255	3,182	97,434			
8	,205	2,566	100,000			

Tabela 2: Matrica izolovanih faktora pri faktorskoj analizi skale CDRS-IV

	Komponenta
	1
cdrs13	,889
cdrs3	,858
cdrs2	,826
cdrs9	,762
cdrs1	,649
cdrs10	,573
cdrs11	,520
cdrs4	,432

Grafikon 1: Dijagram kakarakterističnih vrednosti – CDRS-IV skala



Prilog 4: Skala IVJER

Univerzitet u Novom Sadu, Filozofski fakultet, Odsek za psihologiju

- Današnji datum: _____
- Škola i mesto: _____

- Radni broj deteta u Dnevniku obrazovno-vaspitnog rada: _____
- Pol (zaokružite): M Ž
- Mesec i godina rođenja deteta: _____
- Razred koji dete pohađa (zaokružite broj ispred):
 - 1) drugi razred
 - 2) četvrti razred
- Procenite školska postignuća deteta u toku godine (zaokružite broj):
 - 1) nezadovoljavajuće
 - 2) zadovoljavajuće
 - 3) dobro
 - 4) vrlo dobro
 - 5) odlično
- Obrazovanje oca deteta (zaokružite broj ispred):
 - 1) osnovna škola ili obrazovanje niže od osnovne škole
 - 2) srednja škola
 - 3) viša ili visoka škola
- Obrazovanje majke deteta (zaokružite broj ispred):
 - 1) osnovna škola ili obrazovanje niže od osnovne škole
 - 2) srednja škola
 - 3) viša ili visoka škola

Skala IVJER za preadolescentni uzrast

Autor skale: prof. dr I. Jerković, Odsek za psihologiju, Filozofski fakultet Novi Sad

UPUTSTVO:

Ovom skalom se ispituju neka karakteristična ponašanja dece na mlađem školskom uzrastu. Molimo Vas da u odgovarajućem polju u skali označite koliko često se opisana ponašanja ispoljavaju kod deteta čije ponašanje procenjujete. Veoma je važno da odgovorite na svaku tvrdnju. Podaci dobijeni ovim istraživanjem biće korišćeni isključivo u naučne svrhe i ostaće dostupni samo istraživaču.

Unapred zahvaljujemo na saradnji!

PONAŠANJE	NIKADA	PONEKAD	ČESTO	VEOMA ČESTO
1. Ne obraća pažnju na detalje i nesmotreno pravi greške.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Pričinjava mu teškoću da održi pažnju na onome što radi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Deluje odsutno kada mu se čovek obraća.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ne stiže da završi započeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ne pokazuje sistematičnost u radu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Izbegava zadatke koji traže duže vreme za rešavanje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Zatura stvari i ne može da ih nađe kada su mu potrebne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. U radu ga ometa sve što se oko njega dešava.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Zaboravlja na dnevni raspored svojih obaveza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Vrpolti se na mestu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ne može da mirno čeka sedeći.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Penje se ili trči i na mestima gde ne bi trebalo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Teško mu je da ostane miran i tih.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Voli da je u pokretu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Preterano je govorljiv.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Odgovara na pitanja i pre nego što ih sasluša do kraja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Nestrpljiv je kada treba da čeka u redu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Ometa druge svojim upadicama.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Prilog 5: Skala ODDRS

The Oppositional Defiant Disorder Rating Scale (ODDRS)

UPUTSTVO:

Molimo Vas da označite u kojoj meri se ponašanja navedena u sledećoj skali odnose na dete koje procenjujete.

Treba da procenite i označite koliko se određeno ponašanje odnosi na konkretno dete uzimajući u obzir **POSLEDNJIH ŠEST MESECI**.

TVRDNJE		Potpuno netačno	Uglavnom netačno	Uglavnom tačno	Potpuno tačno
1.	Često se razbesni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Često raspravlja sa odraslima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Često prkosi i odbija da se povinuje zahtevima i pravilima odraslih	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Često namerno nervira druge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Često krivi druge za svoje greške ili svoje nepoželjno ponašanje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Često je razdražljiv/a i drugi ga/je lako razljute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Često je ljut/a i ogorčen/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Često je zloban/na i osvetoljubiv/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Prilog 6: Skala CDRS-IV

Conduct Disorder Rating Scale DSM-IV (CDRS-IV)

UPUTSTVO:

Pred Vama se nalazi lista tvrdnji od kojih svaka opisuje određeno ponašanje dece.

Pročitajte pažljivo svaku tvrdnju i označite koliko često je konkretno dete (dete koje procenjujete) manifestovalo određeno ponašanje opisano u tvrdnji **U POSLEDNJIH GODINU DANA**. To ćete učiniti tako što ćete označiti kružić u jednoj od četiri kolone („Nikada“, „Jednom“, „Više od jednom“, „Više puta mesečno“, „Svakodnevno“) koja najbolje opisuje dete koje procenjujete.

Molimo Vas da odgovorite na svaku od tvrdnji.

TVRDNJE		Nikada	Jednom	Jednom mesečno	Jednom nedeljno	Svakog dana
U poslednjih godinu dana, ovo dete...						
1.	...je lagalo da bi pribavilo nešto za sebe ili da bi izbeglo obaveze (varalo je druge)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	...započinjalo je tuču	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	...je bilo fizički okrutno prema drugima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	...kralo je predmete bez suočavanja sa žrtvom (krađe bez obijanja, krađe po prodavnicama, falsifikovanje)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	...je izostajalo iz škole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	...provalilo je u nečiji stan, kuću ili automobil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	...namerno je podmetalo požar sa namerom da izazove ozbiljnu štetu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	...kralo je predmete uz suočavanje sa žrtvom (iznuđivanje, oružane pljačke, otimanje torbi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	...izazivalo je, pretilo drugima ili zastrašivalo druge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	...namerno je uništavalo tuđe stvari (ovde se ne uključuje podmetanje požara)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	...je bilo fizički okrutno prema životinjama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	...upotrebilo je oružje kojim može drugima da nanese ozbiljne fizičke povrede (npr. nož, ciglu, staklo, pištolj, palicu)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Koliko ovom detetu gore navedena ponašanja prouzrokuju probleme u školi?	BEZ PROBLEMA	BLAŽI PROBLEMI	UMERENI PROBLEMI	OZBILJNI PROBLEMI	VEOMA OZBILJNI PROBLEMI

Prilog 7: Skala CRS – forma za učitelje

Conners Rating Scale - CRS (forma za učitelje)

Redni broj deteta u dnevniku: _____ Pol deteta: m ž

Uputstvo: Poštovani, pred Vama se nalaze iskazi koje bi učitelji mogli da kažu o svojim učenicima. Pažljivo pročitajte svaku tvrdnju i označite koliko ona dobro opisuje dete koje procenjujete za period od **poslednjih mesec dana**. Molimo Vas da za svaku tvrdnju zaokružite samo jedan odgovor. Veoma je važno da odgovorite na svako pitanje. Za pitanja na koja Vam je teško da date odgovor, molimo Vas dajte najpribližniji.

TVRDNJE		Potpuno netačno	Uglavnom netačno	Uglavnom tačno	Potpuno tačno
U poslednjih mesec dana , za dete koje procenjujem, ovo je bilo...					
1	Stalno je u pokretu.	0	1	2	3
2	Mora da se napregne kako bi završilo teške zadatke.	0	1	2	3
3	Nepažljivo je, lako ga je omesti.	0	1	2	3
4	Pravi greške.	0	1	2	3
5	Maltretira, preti ili plaši druge.	0	1	2	3
6	Ne ume da uradi stvari kako treba.	0	1	2	3
7	Ljutito je i ogorčeno.	0	1	2	3
8	Razdražljivo je, impulsivno.	0	1	2	3
9	Zabavno je biti u njegovom društvu.	0	1	2	3
10	Ima teškoće da duže vreme ostane koncentrisano na rad ili igru.	0	1	2	3
11	Ima slabo razvijene socijalne veštine.	0	1	2	3
12	Aktivno odbija da uradi ono što mu odrasli kažu da uradi.	0	1	2	3
13	Srećno je, veselo i ima pozitivan stav prema okolini.	0	1	2	3
14	Ne može da savlada računanje.	0	1	2	3
15	Trudi se da ljudima vrati istom merom.	0	1	2	3
16	Ima teškoće sa započinjanjem zadataka.	0	1	2	3
17	Ponaša se podlo i manipulativno.	0	1	2	3
18	Ne razume ono što čita.	0	1	2	3
19	Govori istinu, ne govori čak ni bezazlene laži.	0	1	2	3
20	Neprihvaćeno je od strane grupe.	0	1	2	3
21	Teško ga je motivisati (čak i vrlo poželjnim nagradama).	0	1	2	3
22	Nemirno je ili previše aktivno.	0	1	2	3
23	Dobro je u planiranju unapred.	0	1	2	3
24	Vrpolji se na stolici.	0	1	2	3
25	Strpljivo je i zadovoljno, čak i kada čeka u dugom redu.	0	1	2	3
26	Ne obraća pažnju na detalje, pravi greške iz	0	1	2	3

	nepažnje.				
27	Među poslednjima je koga biraju za timove ili igre.	0	1	2	3
28	Ima teškoće sa pravopisom.	0	1	2	3
29	Ima teškoće da zadrži prijatelje.	0	1	2	3
30	Napušta svoje mesto kada bi trebalo da sedi.	0	1	2	3
31	Ponaša se kao anđeo.	0	1	2	3
32	Govori mimo reda.	0	1	2	3
33	Teško mu je udovoljiti ili ga zabaviti.	0	1	2	3
34	Savršeno je u svakom smislu.	0	1	2	3
35	Zaboravi ono što je već naučeno.	0	1	2	3
36	Ima kratak opseg pažnje.	0	1	2	3
37	Ne ume da sklapa prijateljstva.	0	1	2	3
38	Ne mogu da shvatim šta ga čini srećnim.	0	1	2	3
39	Lako mu je skrenuti pažnju.	0	1	2	3

Prilog 8: Skala CRS – forma za decu

Conners Rating Scale – CRS
(forma za decu)

Razred i odeljenje: _____ Tvoj redni broj u dnevniku: _____

Pol (zaokruži): m ž

Uputstvo: Pred tobom su neke rečenice koje bi deca i tinejdžeri mogli da kažu o sebi. Reci nam koliko su, po tvom mišljenju, ove stvari tačne za tebe. Razmisli o sebi **u poslednjih mesec dana**. Pažljivo pročitaj svaku rečenicu i označi koliko je ona tačna za tebe **u poslednjih mesec dana**. Molim te, zaokruži samo jedan odgovor. Veoma je važno da odgovoriš na svako pitanje. Za pitanja na koja ti je teško da daš odgovor, molim te, daj najpribližniji.

TVRDNJE		Potpuno netačno	Uglavnom netačno	Uglavnom tačno	Potpuno tačno
U poslednjih mesec dana , ovo je bilo...					
1	Kažem prvu stvar koja mi padne na pamet.	0	1	2	3
2	Mučim se kada treba da završim neki težak zadatak.	0	1	2	3
3	Teško mi je da obratim pažnju na detalje.	0	1	2	3
4	Teško mi je da sedim mirno.	0	1	2	3
5	Ne mogu dugo da držim pažnju.	0	1	2	3
6	U nekim stvarima sam dobar.	0	1	2	3
7	Pravim greške.	0	1	2	3
8	Namerno povređujem druge ljude.	0	1	2	3
9	Imam teškoća sa razumevanjem onoga što čitam.	0	1	2	3
10	Započinjem svađe ili tuče sa drugima.	0	1	2	3
11	Volim kada ljudi govore dobre stvari o meni.	0	1	2	3
12	Govorim istinu; ne govorim čak ni bezazlene laži.	0	1	2	3
13	Imam teškoća sa pravopisom.	0	1	2	3
14	Zaboravim ili izgubim iz vida šta treba da uradim.	0	1	2	3
15	Teško mi je da budem tih kada se igram ili nešto radim.	0	1	2	3
16	Ometaju me stvari koje se dešavaju oko mene.	0	1	2	3
17	Lomim stvari kada sam ljut ili uznemiren.	0	1	2	3
18	Imam teškoća da završim stvari.	0	1	2	3
19	Nije fer kako me roditelji kažnjavaju.	0	1	2	3
20	Ne smeta mi kada čekam u dugačkom redu.	0	1	2	3
21	Ljudi su rado u mom društvu.	0	1	2	3
22	Moji roditelji previše očekuju od mene.	0	1	2	3
23	Uživam kada se bavim svojim omiljenim aktivnostima.	0	1	2	3

24	Jako se lepo ponašam, kao anđeo.	0	1	2	3
25	Srećan sam i veseo.	0	1	2	3
26	Moji roditelji su prestrogi kada me kažnjavaju.	0	1	2	3
27	Imam teškoća sa koncentracijom.	0	1	2	3
28	Savršen sam u svakom smislu.	0	1	2	3
29	Nemiran sam.	0	1	2	3
30	Kada se naljutim na nekoga, vratim mu istom merom.	0	1	2	3
31	Previše pričam.	0	1	2	3
32	Uništavam stvari koje pripadaju drugim ljudima.	0	1	2	3
33	Imam teškoća sa čitanjem.	0	1	2	3
34	Moji roditelji me previše kritikuju, grde.	0	1	2	3
35	Ne umem da uradim stvari kako treba.	0	1	2	3
36	Učim sporije od mojih vršnjaka (dece mojih godina).	0	1	2	3
37	Moji roditelji su previše strogi prema meni.	0	1	2	3
38	Imam teškoće sa matematikom.	0	1	2	3
39	Maltretiram ili pretim drugim ljudima.	0	1	2	3