

UNIVERZA V LJUBLJANI
TEOLOŠKA FAKULTETA

Darja Brežnik

ZNAČILNOSTI DOŽIVLJANJA STARŠEV
OTROK Z MOTNJO POZORNOSTI IN
HIPERAKTIVNOSTI

MAGISTRSKO DELO

Ljubljana, 2015

UNIVERZA V LJUBLJANI
TEOLOŠKA FAKULTETA
DRUGOSTOPENJSKI ŠTUDIJSKI PROGRAM
ZAKONSKE IN DRUŽINSKE ŠTUDIJE

Darja Brežnik

ZNAČILNOSTI DOŽIVLJANJA STARŠEV
OTROK Z MOTNJO POZORNOSTI IN
HIPERAKTIVNOSTI

MAGISTRSKO DELO

Mentorica: doc. dr. Barbara Simonič

Ljubljana, 2015

ZAHVALA

Najprej hvala staršem in mojim najdražjim, ki so me ves čas študija podpirali, me spodbujali in niso nehali verjeti vame.

Zahvaljujem se tudi mentorici, doc. dr. Barbari Simonič, za nasvete, kadar jih moja glava ni našla.

Iskrena zahvala gre tudi gospe Adeli Kelhar, ki mi je odprla obzorja ter mi motnjo AD/HD predstavila v čisto drugi luči. Zahvalila bi se tudi Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše v Mariboru, ki me je sprejel odprtih rok, mi podal mnoge informacije, predvsem pa hvala Alenki Seršen Fras, da mi je omogočila stike s starši, ki imajo otroka z motnjo AD/HD.

Posebna in iskrena zahvala pa gre vsekakor vsem, ki so nesebično sodelovali v raziskavi in pripomogli k dokončanju dela, ki je sedaj pred vami.

Hvala vsem, ki ste mi dali krila, ko sem jih potrebovala.

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC

AD/HD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder – motnja pozornosti in hiperaktivnosti

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj

ZOUPP – 1 – Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami

KAZALO

UVOD.....	1
1. MOTNJA POZORNOSTI IN HIPERAKTIVNOSTI (AD/HD)	4
1.1 Poimenovanja skozi čas.....	5
1.2 Miti in dejstva AD/HD	7
2. ZNAČILNOSTI OTROK Z AD/HD	8
2.1 Primarni simptomi AD/HD	9
2.1.1 Impulzivnost	9
2.1.2 Nemirnost/ hiperaktivnost	10
2.1.3 Pomanjkljiva/ odvrnljiva pozornost.....	12
2.2 Sekundarni simptomi AD/HD	14
3. AKTUALNI VZROKI AD/HD.....	17
3.1 Genetske raziskave.....	17
3.2 Anatomske raziskave	17
3.3 Raziskave delovanja možganov.....	18
3.4 Kemične raziskave	18
4. DIAGNOSTICIRANJE AD/HD	20
4.1 Pripomočki diagnosticiranja	22
5. AD/HD GLEDE NA SPOL IN RAZLIČNO POPULACIJO.....	26
5.1 AD/HD in otroci	26
5.2 AD/HD in mladostniki	27
5.3 AD/HD in odrasli	28
5.4 AD/HD glede na spol.....	29
6. VZGOJA IN POMOČ OTROKOM Z MOTNJO AD/HD	33
6.1 Kaj je vzgoja.....	34

6.2	Različni pristopi pomoči otroku z motnjo AD/HD	36
6.3	Pomoč staršem pri vzgoji otroka Z AD/HD	40
6.4	Pomoč, usmerjena na šolo in okolico, v kateri odrašča otrok z AD/HD	46
7.	OPREDELITEV PROBLEMA RAZISKAVE IN UTEMELJITEV METODE RAZISKOVANJA	52
7.1	Raziskovalni problem	52
7.2	Raziskovalna vprašanja.....	54
7.3	Fenomenologija	56
7.4	Fenomenologija v psihološkem raziskovanju	58
8.	METODA.....	60
8.1	Udeleženci.....	60
8.2	Pripomočki.....	61
8.3	Postopek	63
8.3.1	Zbiranje opisov doživljanja	64
8.3.2	Analiza opisov doživljanja	69
8.3.3	Oblikovanje splošne strukture raziskovanega doživljanja	75
9.	REZULTATI	77
9.1	Opisi individualnih psiholoških struktur doživljanja staršev, ki imajo otroka z motnjo AD/HD	77
9.2	Opisi splošne strukture doživljanja staršev otrok z motnjo AD/HD	92
10.	RAZPRAVA	94
10.1	Doživljanje staršev otroka z motnjo AD/HD	94
10.2	Doživljanje motnje AD/HD glede na širšo okolico	101
10.3	Uporabnost rezultatov	103
10.4	Omejitve raziskave	103
	SKLEP	106
	POVZETEK	110

ZUSAMMENFASSUNG	111
REFERENCE	113
PRILOGA 1: POVABILO K SODELOVANJU V RAZISKAVI	i

UVOD

»Vsakdo je lahko jezen, to je lahko ...

Toda biti jezen na pravo osebo,

do prave mere,

ob pravem času,

za pravo stvar,

na pravi način ...

to je težko«.

Aristotel (Goleman 1997, 7).

Razvoj vsakega otroka je unikaten proces in ne tekmovalnost, ki predstavlja primerjanje otroka z vrstniki. Vsak malček začne svojo pot življenja z enakega mesta in se razvija po vnaprej določenem in predvidenem vrstnem redu dogodkov...

Kaj pa, če na poti razvoja pride do težav; kako se spopasti z njimi; kako pomagati otroku in navsezadnje tudi sebi?

Starši se srečujejo z mnogimi težavami v katere zaidejo njihovi otroci, ker so bodisi nemirni, imajo kratkotrajno pozornost, posebne težave pri učenju, branju, pisanju itd. Lahko se obrnejo po nasvet in pomoč na številne strokovne ustanove od vzgojno – varstvenih, šolskih svetovalnih do učiteljev, ki lahko zgodaj prepoznajo težave. Če so težave nepremostljive, je potrebno pomoč poiskati v ustanovah strokovnih skupin, ki jih sestavljajo psihologi, psihiatri, specialni pedagogi, zdravniki in drugi, ki skušajo otroku omiliti težave.

V današnji družbi obstajajo določene stvari, o katerih se lahko govori, so pa tudi stvari, ki še dandanes veljajo za tabu. Tako med laiki kot strokovnimi pedagogi

vse pogosto slišimo, da je otrok, ki ni pri miru, hiperaktiven, kar velja za golo pretiravanje ali celo opravičevanje lastne nevednosti. Delo s takimi otroki je polno izzivov, spontanosti. Ko spoznaš resnico o njihovem svetu, ko razumeš vse njihove stiske, bojazni, neuslišano ljubezen, nenaklonjenost prijateljev, se zaveš, kakšna žalost je, da takega otroka ne moreš zaščititi pred krutim svetom. Otrok, ki ima znake sindroma AD/HD, težko kontrolira svoje vedenje in pozornost, saj je za to odgovoren frontalni del korteksa v možganih, ki pa pri osebah s to motnjo ni dovolj aktiven. Skoraj vsakemu se je že zgodilo, da smo bili kdaj premalo pozorni, premalo koncentrirani, nemirni, kar pa še ne pomeni, da vsi trpimo za to motnjo. Lahko se je to zgodilo zaradi preutrujenosti, dolgočasje, lakote ali nevsakdanjega pripetljaja. Drugačnost že od nekdaj buri duhove. Skozi zgodovino ugotovimo, da so drugačne ljudi po eni strani častili, po drugi pa zavračali, ubijali, deformirali, zatirali ali mučili, pogosto pa so jih stigmatizirali kot čarovnike, šamane, vrače itd. Večina družbe do drugačnih ljudi občuti nekakšno nelagodje. Posamezniki so v takšno družbo velikokrat vključeni tako, da so iz nje hkrati izključeni, kar se kaže v poimenovanjih, družbenih statusih in identitetah. Pogosto te osebe dobijo *hendikep*¹ terminologijo kot so slaboumnost, zaostalost, nepokretnost, otroci z blažjimi motnjami možganskega delovanja, otroci z duševnimi motnjami, mejni otroci, počasi učeči se in težko učljivi otroci ... (Kesič Dimic 2009, 9 – 16).

Vse to je bodrilo k nastajanju pričujočega magistrskega dela. Odločili smo se, da poglobljeno raziščemo motnjo v otroštvu, imenovano AD/HD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) – motnja pozornosti in hiperaktivnosti. Preučiti želimo problem osvajanja veščin mladostnikov s to motnjo; želimo tudi spoznati vse njene značilnosti in kako so le te povezane v posameznikovem življenju. Predvsem pa želimo spoznati vsa doživljanja in moč ali nemoč staršev otrok z motnjo hiperaktivnosti in pozornosti.

V prvem, teoretičnem delu magistrskega dela bomo spoznali, kaj je motnja AD/HD; se sprehodili skozi njen čas poimenovanja in spoznali mite ter dejstva o

¹ Hendikep je kulturna travma, ki se prenaša z govorico (Zavrišek 2000, 9).

sami motniji. V drugem poglavju bomo opredelili primarne in sekundarne vzroke, ki so povezani z motnjo. V tretjem poglavju bomo opredelili aktualne vzroke motnje AD/HD. Dotaknili se bomo genskih in anatomskih raziskav, raziskav delovanja možganov in kemičnih raziskav. V nadaljevalnem poglavju bomo podrobneje opisali diagnosticiranje motnje glede na spol in različno populacijo. V zadnjem delu teoretičnega dela pa se bomo dotaknili samega pomena vzgoje in različnih pristopov pomoči, ki so usmerjene na starše ali otroke z motnjo AD/HD. Govorili bomo tudi o samem doživljanju, pasteh in izzivih za starše, ki imajo otroka s to motnjo.

V empiričnem, torej drugem delu magistrske naloge, bomo s fenomenološko psihološko metodo opravili poglobljene intervjuje s posamezniki, ki so se odločili sodelovati v naši raziskavi. Opredelili bomo problem raziskave in utemeljili izbor metode raziskovanja. Ker gre na področju, doživljanja staršev, ki imajo otroka z motnjo AD/HD, za globlja doživljanja, smo se odločili za kvalitativno raziskovalno metodo v obliki fenomenološko psihološke metode. Opravili bomo intervjuje s posamezniki, ki so se odločili sodelovati v raziskavi. Sledilo bo zbiranje in analiza opisov njihovih doživljanj ob soočanju s težavami, ki jih prinaša motnja v njihovo življenje. Rezultati bodo podrobneje predstavljeni v osmem poglavju, kjer bomo natančneje opisali bistvene komponente doživljanja udeležencev, ki imajo otroka z motnjo AD/HD, kakor tudi individualne psihološke strukture doživljanja staršev otrok z motnjo AD/HD. V sami razpravi pa se bomo dotaknili uporabnosti naših rezultatov za širšo javnost.

1. MOTNJA POZORNOSTI IN HIPERAKTIVNOSTI (AD/HD)

Prvi, ki je opisal sklop težav, ki vključujejo impulzivnost, hiperaktivnost in težave z vzdrževanjem pozornosti, je bil nemški zdravnik Hoffman (1845). »Od takrat naprej so se mnogi raziskovalci ukvarjali s tem sindromom, ki so ga različno poimenovali; minimalna cerebralna poškodovanost, minimalna cerebralna disfunkcija², motnja pozornosti – ADD (angl. Attention deficit disorder)« (Žagar 2012, 81). Najpogosteje pa se danes uporablja izraz motnja pozornosti s hiperaktivnostjo (Kesič Dimić 2009, 27).

AD/HD je po klasifikaciji DSM –IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994) nevrolška motnja, ki je povezana z možgansko biokemijo in strukturo. Gre za ponavljajoči vzorec nepozornosti in hiperaktivnosti oziroma impulzivnosti, ki se pogosteje pojavlja kot pri normalni populaciji. Da lahko govorimo o tej motnji, se morajo njeni simptomi pojavljati pred otrokovim sedmim letom starosti vsaj šest mesecev, kar pa izključuje druge psihiatrične in čustvene motnje, ki bi lahko bile primarni povzročitelj vseh težav (Žagar 2012, 81). Tudi DSM – 5 karakterizira AD/HD kot nevrolško motnjo. Razlika v DSM – 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013) je le ta, da morajo biti simptomi motnje prisotni pred starostjo dvanajstih let, medtem ko je DSM – IV kot kriterij navajal simptome do sedmega leta otrokove starosti.

Nemiren ali hiperaktiven otrok med enako starimi vrstniki izstopa z večjo količino gibanja, spremljajo ga specifične učne težave, nepazljivost in nemirnost, s katero moti še druge. Vedenje takih otrok je nestanovitno in se spreminja z okoliščinami (dolgčas, napetost, tesnoba, utesnjenost, omejevanje v gibanju ...). Pri otrocih, ki imajo motnjo pozornosti in hiperaktivnosti biološko

² Gre za sindrom mladostnikov, ki se spopadajo z blažjo motnjo v delovanju možganov. Izraža se z zaostankom v razvoju, pri čemer je pogosto prizadet razvoj govora, fina motorika, koordinacija gibov, obnašanje in duševni proces (Binder in Michaelis 1999, 9; 70).

pogojeno, vpliva nanje tudi okolje, tako fizično kot socialno. Pri mnogih otrocih na intenziteto nemira pogosto vplivajo vremenske razmere, spremembe pritiska, ki sovpadajo s poslabšanjem otrokovega stanja. Nemirnost in motnje pozornosti se povečujejo ob motečih dražljajih otrokovega okolja, kot so hrup, neustrezna oprema sobe, veliko ljudi in dogajanj v prostoru. Ti otroci le kratek čas zdržijo pri miru in pri delu. Dalj časa so v enem prostoru, bolj narašča njihov nemir. Tudi pretirane zahteve, nenehni pritiski staršev in okolice slabšajo otrokovo nemirnost. Takšen otrok postane dovzeten za neorganiziranost in kaotičnost okolja. Po drugi strani pa mu le okolje pomaga mobilizirati lastne sile za obvladovanje nemira, učnih in socialnih težav (Mikuš – Kos 1990, 1 – 6).

Mnogo otrok s pomanjkljivo pozornostjo in hiperaktivnostjo se sooča s težavami, ki izhajajo iz primarnih težav ali težav povezanih z njimi na področju pozornosti, samokontrole in aktivnosti v otroštvu in kasneje v dobi odraslega človeka, kar dokazujejo mnoge raziskave. Primarne težave imajo velik vpliv na posameznikovo funkcioniranje v življenju, tako na šolskem, družinskem kot širšem socialnem okolju (Pulec Lah 2006, 103).

1.1 Poimenovanja skozi čas

»Nekoč je bil lovcem na čarovnice v veliko pomoč priročnik, ki se je imenoval *Malleus meaficarium*. Vseboval je klasifikacijo in do potankosti opisane simptome različnih oblik čarovništva. Podobno klasifikacijo za prepoznavanje duševnih bolezni danes ponujajo skoraj vsi psihiatrični učbeniki. Če ima kdo pet od sedmih opisanih znakov, potem je shizofren, če ima le štiri, pa ni. Tako inkvizitor kot psihiater sta torej diagnostika, ki ocenjujeta, kdo spada v njune kategorije in kdo ne. Prav tako sta oba terapevta. Prvi izganja hudiča oziroma rešuje krivoverčevo dušo, ki jo predpostavlja, drugi pa izganja nekaj, kaj je najprej razglasil za bolezen.« (Lamovec 2006, 10)

O težavah s pozornostjo je leta 1789 prvi pisal zdravnik Alexander Crichton. Njegovi opisi nemirnosti so podobni današnjim kriterijem za motnjo AD/HD. Več

kot stoletje kasneje, pa so se začele uveljavljati številne teorije o vzrokih tega stanja. Nekatere teorije so kot osnovo postavljale vedenjske težave, mnoge pa so ji pripisovale določene biološke temelje. Vrhunci teoretiziranja, ki niso resnični o AD/HD pa so: slabo starševstvo; ključovalnost – svojeglavost; moralna pomanjkljivost; slaba prehrana; alergije in občutljivosti; okvara možganov; izpostavljenost strupenim snovem; možganske poškodbe (Strong in Flanagan 2011, 17 – 20).

AD/HD je skozi čas zamenjal veliko imen. Zgodnji imeni, ki sta bili najprej uporabljeni za to motnjo, sta *minimalna možganska okvara* in kasneje *minimalna cerebralna disfunkcija*. Ameriško psihiatrično združenje je kasneje to stanje uvrstilo v svoj seznam duševnih motenj, ki pa so ga uradno imenovali: hiperaktivnost v otroštvu (izraz je bil prvič uporabljen v DSM – I); hiperkinetična reakcija v otroštvu/ adolescenci (izraz v DSM – II); motnja pomanjkljive pozornosti s hiperaktivnostjo ali brez – njena kratica ADD (uporabljen izraz v DSM – III); motnja pomanjkljive pozornosti s hiperaktivnostjo – kratica ADHD (izraz nastopi v DSM – III – R); motnja pomanjkljive pozornosti s hiperaktivnostjo ali brez – AD/HD (v četrti izdaji DSM – IV dobi še poševnico) (Iversen 2006, 51 – 52; Strong in Flanagan 2011, 19).

1.2 Miti in dejstva AD/HD

O motnji AD/HD obstaja veliko mitov, dejstva pa so precej drugačna. V tabeli 1 so prikazana nasprotja med miti in dejstvi AD/HD, kakor jih navaja Žagar (2012, 82).

Tabela 1: Miti in dejstva o AD/HD (Žagar 2012, 82).

Miti	Dejstva
Vsi otroci ADHD sčasoma prerastejo.	Približno 60% otrok z diagnozo ADHD simptome izraža tudi v odraslosti.
Pri ADHD ne gre za zdravstveno stanje.	ADHD je zdravstveno stanje, povezano s kemičnim neravnovesjem v možganih.
Za ADHD je odgovorno tudi slabo starševstvo.	Vse več je dokazov, da so vzroki ADHD biološki in da ADHD ni posledica določenega družinskega okolja.
Osebe z ADHD imajo vedno težave s pozornostjo.	Osebe z ADHD se včasih celo preveč osredotočijo, oziroma so pozorne na določeno stvar in pri tem ignorirajo vse ostalo okoli sebe.
ADHD prizadene več dečkov kot deklic.	Pri otrocih je razmerje med dečki in deklicami 4:1, vendar ženske pogosto niso diagnosticirane; med odraslimi išče pomoč približno enak delež moških in žensk.
ADHD lahko zdravimo le z zdravili.	Raziskave kažejo, da je najbolj učinkovita metoda zdravljenja skrbno vodena medikamentozna terapija ter kombinacija vedenjske medikamentozne terapije.

2. ZNAČILNOSTI OTROK Z AD/HD

Motnja pozornosti in hiperaktivnosti se pri posameznikih kaže na različne načine. Nekateri so zmožni na primer mirno sedeti, ne morejo pa se osredotočiti, spet drugi pri mirnem sedenju nenehno govorijo, ne da bi pri tem kaj razmišljali. Nekdo drug pa ne zmore niti za trenutek obsedeti na miru, poleg tega pa je težko osredotočen na dejanja, ki jih počne. Stephen Viola (2004) deli otroke s simptomi motnje pozornosti in hiperaktivnosti na *hiposenzibilne* in *hipersenzibilne*. Prva skupina otrok je premalo stimuliranih, zato si stimulanse ustvarjajo samo s tem, da skačejo, brcajo, pretirano govorijo, se vrtijo na mestu, prav tako pa jim odgovarjajo močni dražljaji iz okolice kot so: intenzivne barve, spremljajoča glasba, grizenje svinčnika med poslušanjem, mečkanje žogice ... Otroci navzven delujejo hiperaktivno in impulzivno. Nasprotna skupina pa so hipersenzibilni otroci, ki so preveč okupirani z dražljaji iz okolja. Motijo jih hrup, glasba, močne barve, množica ljudi, določena tekstura hrane, oblačil, zato se jim poskušajo izogniti. Navzven delujejo samotarsko, pasivno in celo prestrašeno, zato potrebujejo varno, tiho in nemoteče okolje (Kesič Dimić 2009, 33; Žunko – Vogrinc 2011, 66).

V zgodnjem otroštvu imajo otroci z motnjo AD/HD navadno težave s sesanjem, so razdražljivi, neprestano jokajo, pogosto so prisotni trebušni krči. Ob napadih trme pogosto udarjajo z glavo ob predmete, razvojno imajo največ težav na področju motorike (nerodnost, grimase, neobičajna hoja), pozornosti, čustvovanja (impulzivnost, eksplozivnost, slabša samokontrola, slabša toleranca na frustracije), socialnih interakcij, kognitivnih funkcij in percepcije (slabo oceni velikost predmeta in oddaljenost, slabo oceni odnos leva – desna, težave z orientacijo, slabše risanje, prerinjanje, pisanje in branje ...), težave s spanjem (površen spanec, porušen bioritem, pogosti trzljaji med spanjem, manj spanja kot vrstniki) (Kocijan – Hercigonja, Buljan – Flander in Vučković 2004, 36 – 43).

2.1 Primarni simptomi AD/HD

Motnja ima troje *primarnih simptomov*, ki jih Strong in Flanagan (2011, 31 – 37) v svojem razumljivem vodiču do potankosti razčlenita in opišeta. Ti simptomi so: pomanjkljiva/ odvrnljiva pozornost; impulzivnost in prekomerna aktivnost. Kot pravita, za diagnozo ni nujno da ima otrok vse te primarne simptome. Lahko ima enega ali več simptomov, ni pa nujno, da so ves čas prisotni.

2.1.1 Impulzivnost

Gre za hitro, nepremišljeno odzivanje, ne da bi vnaprej predvideli ali upoštevali možne posledice dejanj. Ti odzivi so v obliki dejanj ali besed. Glavni problem teh otrok je kognitivne (ki se kaže kot ovira pri uporabi strategij reševanja problemov) in vedenjske narave (ki se kaže v neprimernem vedenju v socialnih institucijah) (Chandler 2010, 41; Žagar 2012, 83). Pri posameznikih se odražajo drugače. Nekateri so zaletavi in ne pomislijo kaj govorijo. Zaletavost se kaže na več načinov, kot navajata Strong in Flanagan (2011, 34 – 36):

- **Odgovarjanje, še preden sliši vprašanje do konca:** gre za moteč proces zlasti v šoli, kjer otroci odgovarjajo na vprašanja še preden so ta postavljena ali pa sami dokončujejo stavke drugih.
- **Izkušanje česa neprimernega:** ljudje s hiperaktivnim/ impulzivnim tipom brez pomisleka o morebitnih posledicah izrečejo kaj neprimernega. Po tem dogodku se počutijo grozno in se čudijo zakaj so vendar tako govorili. Zato je za uspešen dialog velikokrat potreben diplomatski odnos.
- **Skakanje drugim v besedo in vmešavanje v pogovore:** posameznik se ne more zadržati, ne da bi izgovoril prvo besedo, ki mu pride na misel. Delno je krivo pomanjkanje nadzora nad impulzi, delno pa težava z »branjem« komunikacije. Velikokrat dodajo pripombe, ki z zgodbo oziroma povedanim nima dosti smisla.

- **Vdiranje v osebni prostor drugih:** zaradi pomanjkanja nadzora nad impulzi in nenatančne predstave o tem, kje točno se nahajajo v prostoru, prihaja do kršenja osebnega prostora drugih. Vanje se celo zaletavajo ali jim jemljejo stvari iz rok.
- **Tvegano vedenje:** »sla« po dražljajih privede osebo do iskanja nevarnih situacij. Z iskanjem vznemirjenja osebe preizkušajo svoje zmogljivosti, se lažje osredotočijo in obvladujejo dano situacijo.
- **Nepotrpežljivost:** poleg prehitrega odgovarjanja, skakanja v besedo, vmešavanja v pogovore je za te ljudi težko tudi čakanje v vrsti³.
- **Stvari hočejo takoj:** gre za takojšnje zadovoljenje potreb, kot pri otrocih, ki doživijo napad togote, če se jim želje nemudoma ne izpolnijo.

V čelnem režnju možganov poteka regulacija impulzov. V tem delu je aktivnost pri ljudeh s to motnjo pogosto nižja in imajo manj nadzora nad lastnimi impulzi. Velikokrat njihovo telo odreagira na dražljaj, še preden se lahko razumski del možganov ustavi in izbere primeren odziv, ki bo skladen v dani situaciji (Strong in Flanagan 2011, 34 – 36; Žunko Vogrinc 2011, 15).

2.1.2 Nemirnost/ hiperaktivnost

Gre za isto besedno zvezo, ki vključuje nezmožnost nadzorovati lastno gibanje. Osebe s tem simptomom težko sedijo pri miru tako v šoli kot v drugih prostorih⁴.

³ Odrasle osebe, ki trpijo za to motnjo sploh ne stopijo v trgovino, če je v njej gneča. Zato raje kupujejo stvari v »polnočnih« trgovinah, kjer ni veliko ljudi. Če je kdo pred njim v vrsti za blagajno, bodo čakali daleč stran, dokler se le ta ne izprazni. Tudi v prometnem režimu se obnašajo popolnoma drugače. Vse bi in bodo naredili, samo da bi se izognili čakanju pred semaforjem oziroma drugim opozorilnim prometnim znakom (Strong in Flanagan 2011, 35).

⁴ Pri odraslih je hiperaktivnost bolj pretanjena. Tako je skrita, da veliko strokovnjakov meni, da odrasli to aktivnost prerastejo, kar pa se ne kaže kot verjetno. Odrasli dorasejo svojemu nemiru, se naučijo opraviti s svojimi simptomi in jih zamaskirajo, kar pa ne pomeni, da njihov nemir ne

Navdaja jih občutek nemirnosti, ki je velikokrat notranja in ne samo zunanja. Vsi otroci pa nimajo teh simptomov, čeprav imajo zaščitni znak te motnje, ali obratno; niso vsi otroci hiperaktivni, če imajo te simptome. Večino otrok do četrtega ali petega leta starosti to stopnjo prekomerne aktivnosti preraste in so zmožni sedeti na miru ter poslušati oziroma brati knjigo s starši (Chandler 2010, 41; Strong in Flanagan 2011, 36; Žagar 2012, 83).

Nemir in prekomerna aktivnost se kažeta na različne načine; pri nekom je zelo očiten, spet pri drugemu pa povsem zakrit. Lahko se izraža na več načinov (Strong in Flanagan 2011, 36 – 37, Žunko Vogrinc 2011, 15):

- **Niti za trenutek ne more sedeti pri miru:** kar se odraža pri mlajših otrocih, med odraščanjem pa pogosto postanejo zmožni umiritve.
- **Zmeraj v gibanju:** posamezniki si želijo umiriti gibanje, pa tega enostavno ne zmorejo.
- **Napetost:** ti občutki so večino omejeni na odrasle⁵, ni pa nujno. Lahko jih imajo tudi otroci.
- **Nenehno mencanje:** posamezniki svojo aktivnost in potrebo po gibanju tako ponotranjijo, da je simptom komaj da viden. Ta lahko nastopa v obliki ponavljajočega se »tapkanja«, naključnih gibov ali mencanja samo zato, da se lažje osredotočijo na opravilo.
- **Govorjenje brez prestanka:** nenehno govorjenje je samo še en način sproščanja energije.

obstaja več, nasprotno. Nemir tako ponotranjijo, da se ga navzven sploh ne opazi (Strong in Flanagan 2011, 36; Žunko Vogrinc 2011, 15).

⁵ Osebe so zmožne nadzorovati svoj gib do te mere, da ne pritegnejo pozornosti. Še vedno čutijo potrebo po gibanju in sprostitvi energije, ki se nabira v njih (Strong in Flanagan 2011, 37).

2.1.3 Pomanjkljiva/ odvrnljiva pozornost

Za pomanjkljivo pozornost je značilno, da se oseba težko na kaj osredotoči. Odvrnljivo pozornost pa zlahka pritegnejo tako zunanji kot notranji dražljaji. Pomanjkljivo pozornost je težko nadzorovati oziroma regulirati, zato se k temu izrazu pridruži »odvrnljiva« pozornost, ki posameznika s to motnjo veliko močneje pritegne kot druge ljudi. Rezultat tega je, da oseba le s težavo ostane osredotočena dlje časa na samo eno stvar (Chandler 2010, 40; Strong in Flanagan 2011, 32; Žagar 2012, 82; Žunko Vogrinc 2011, 15). Osnovne značilnosti ki jih imajo posamezniki z motnjo ADHD so:

- **Ne morejo se zbrati:** oseba se lahko še tako trudi z osredotočenostjo na določeno stvar, a zaman. Bolj kot se trudi, težje se zbere. Posameznik ima povsem prazno glavo, ali pa mu misel uhaja drugam.
- **Na nekatere stvari se lahko dobro osredotočijo, na druge pa ne:** gre za najbolj begajoč vidik pomanjkljive pozornosti⁶. Zmožnost koncentracije niha in posameznik nima nadzora nad tem, kdaj in kako se osredotoči na določeno stvar.
- **Včasih se lahko osredotoči, kdaj drugič pa ne:** posameznikova strast ni vedno učinkovita. Če govorimo o sestavljanju igrače, včasih njegova koncentracija tako močno pade, da niti ne ve kam kaj spada, ali pa, da je dele modela igrače sestavil narobe. Velikokrat izgubi rdečo nit.

⁶ Posameznik ima težave s koncentracijo, na primer v šoli. Pogosto strmi v določeno točko, gleda skozi okno, z mislimi odtava daleč stran, ali pa celo zaspi. Enaki simptomi se pojavljajo tudi izven šole. Če pa oseba dobi v roke sestavljanko ali kakšno knjigo, ki je njej v strast, je takoj v elementu popolne zbranosti tudi po več ur, tako da pozabi celo na hrano in stranišče (Strong in Flanagan 2011, 32; Žunko Vogrinc 2011, 15).

- **Zlahka jih zmoti dogajanje okrog njih:** posameznik ne zmore regulirati dražljajev iz okolice⁷ in vsaka malenkost mu odvrne pozornost od osredotočene stvari. Osebe si zato velikokrat zapišejo oziroma posnamejo govor sogovornika.
- **Zlahka jih zmotijo njihove lastne misli:** gre za neko vrsto sanjarjenja. Posamezniku po glavi roji nešteto nepovezanih misli.
- **Izgubljajo nit razmišljanja in ostanejo s »prazno« glavo:** vsaka reč osebo zlahka zmoti.
- **Pozabljivost:** posameznikom se pogosto dogaja, da izgubijo njim *drage* in pomembne predmete (na primer ključe), pozabijo na dogovorjeno srečanje ali pa se celo izgubijo.
- **Zamujanje:** osebam z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti dela velik problem organizacija časa. Zato na dogovorjene sestanke, zaradi nagnjenja k zamujanju, prihajajo veliko prezgodaj.
- **Niso zmožni dokončati reči, ki jih počnejo:** osebe se predčasno lotijo novih projektov še preden dokončajo stare. Večino zadev je opravljenih napol.
- **Odlašanje:** osebe imajo pogosto težave z organiziranjem misli in časa, zato jim velikokrat spodleti že to, da bi se zadeve sploh lotili. Mnogi sčasoma prenehajo poskušati, saj se bojijo lastnega neuspeha. Po drugi strani pa osebe čakajo do zadnjega trenutka preden se lotijo naloge, saj se lažje osredotočijo, če so pod pritiskom.

⁷ Oseba se lahko še tako trudi poslušati sogovornika a zaman. Zmoti ga vsak šum vetra, zvok radia, hladilnika, avtomobila. Zmotljivi zvok ga tako potegne vase, da sogovornika ne sliši več, ali pa ga razume napačno (Strong in Flanagan 2011, 33).

- **Ne pazijo na detajle:** posameznik ni osredotočen na podrobnosti, vidi zgolj celotno sliko. Ko pride do trenutka, kjer se mora spopasti z določeno zadevo, pogosto odpove, kajti spregleda pomembne detajle.
- **Delajo napake iz površnosti:** gre za problem raztresenosti, saj misli bežijo iz ene v drugo skrajnost. Rezultat tega je pozabljivost in nepozornost kaj so naredili in česa ne.

Glavni vidik simptoma pomanjkljive oziroma odvrnljive pozornosti je zmanjšana stopnja aktivnosti v frontalnem – čelnem režnju možganov. Le ta je odgovoren za nadzor nad impulzi, organiziranje, reševanje problemov, pozornost, motorično načrtovanje ... in če ta del možganov ne deluje pravilno, se pojavijo simptomi ADHD (Strong in Flanagan 2011, 31 – 34; Žunko Vogrinc 2011, 15).

2.2 Sekundarni simptomi AD/HD

Poleg primarnih simptomov spremljajo osebe z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti tudi *sekundarni*. Ti so pogosta zdolgočasenost, frustriranost, nizka samopodoba, učne težave, motnje vedenja in motnje na čustvenem področju ... (Strong in Flanagan 2011, 37 – 41; Žunko – Vogrinc 2011, 23).

- **Pričakovanje neuspeha:** delež tesnobe je rezultat tega, da posamezniku vsakič spodleti, izgubi nit razmišljanja, pozabljajo stvari, zamujajo, se izgubijo, izjavijo nekaj neprimernega ...
- **Zaskrbljenost:** gre za prenakopičen občutek nemira. Zaskrbljenost je obenem simptom in metoda, s katero posameznik skuša nadzorovati delovanje svojega uma.
- **Zdolgočasenost:** osebe se katerihkoli dražljajev hitro naveličajo, še zlasti rednih del v njihovem življenju. Osebe ves čas iščejo vznemirljive dražljaje in se spuščajo v tvegana vedenja. Velikokrat se poslužujejo konfliktov,

katerih vzrok ni znan, ali stimulirajo svoje telo s tveganjem nepremišljene vožnje, adrenalinskih športov, iger na srečo ali celo kompulzivnega zapravljanja.

- **Izguba motivacije/ občutki brezupa:** osebe imajo občutek, da so v življenju neuspešni, kar niža občutek lastne vrednosti in posledično posameznika vodijo v izgubo motivacije ali občutka brezupa. Ti občutki lahko še bolj okrepijo druge simptome in osebe postanejo bolj pozabljive, nepazljive in pogostejše izgubijo nit razmišljanja, kar privede do še večjega brezupa. Začarani krog posameznika pripelje v osamo ali celo depresijo.
- **Frustracija:** posameznik doživlja občutek hude frustracije, ko mu določena ovira onemogoča uresničitev ali zadovoljitev želja in hotenj. To pa še ni najhujša ovira osebe s to motnjo. Spoprijemati se morajo tudi z dejstvom, da so teh stvari enkrat zmožni, spet drugič ne, včasih se lahko zberejo, drugič ne, včasih lahko sedijo pri miru, včasih pa tega niso zmožni. Vse to, da posameznik nima nadzora nad sabo, nad svojo pozornostjo, nad gibanjem in impulzi, privede osebo v frustracijo.
- **Nizko samovrednotenje:** neizpolnitev želja, neizpolnjena pričakovanja, neuspeh doma, v šoli in muke v socialnih institucijah pripeljejo človeka do nizke samopodobe. Take osebe se ne cenijo, si ne zaupajo, imajo občutek manjvrednosti, ne sprejemajo komplimentov, besede večkrat razumejo kritično ...
- **Moten spanec:** posamezniki imajo težave s spancem. Nekateri s težavo zaspijo, drugi se ponoči velikokrat zbujajo, spet tretji pa se težko prebudijo. Vzrok motenosti spanca je lahko v tem, da se oseba pretirano osredotoči na kakšno stvar in pozabi na spanec. Z večkratnim pozabljanjem na spanje, telo samo zahteva počitek in takšne osebe dan skoraj v celoti prespijo. Nekateri posamezniki pa s težavo zaspijo. Težko se umirijo in sprostijo, kar včasih traja ure in ure preden zaspijo. Takim osebam tudi prebujanje dela preglavice. Včasih traja tudi dalj časa, da se v popolnosti prebudijo. Težave

s spanjem se lahko pojavijo v raznih oblikah: narkolepsija⁸, insomnija⁹, obstruktivna spalna apneja¹⁰ in primarna hipersomnija¹¹.

- **Zloraba psihoaktivnih snovi:** zloraba drog in alkohola se lahko razvije iz poskušanja otopitve lastnega občutka neuspeha, poskusa samozdravljenja nemira in napetosti.

⁸ Gre za značilne napade spanja čez dan. Podtipa narkolepsije sta katapleksija, kjer gre za nenadno izgubo mišičnega tonusa in spalna paraliza, ki posamezniku onemogoča zmožnost premikanja ponoči (Strong in Flanagan 2011, 86).

⁹ Ali tako imenovana nespečnost, kjer posameznik nima kakovostnega spanca, večkratno zbujanje, zaradi katerega je oseba utrujena in nespočita (Strong in Flanagan 2011, 86).

¹⁰ Spanec je porušen zaradi blokade dihalnih poti (Strong in Flanagan 2011, 86).

¹¹ Gre za pretirano zaspanost, ki bistveno presega normalno trajanje spanja. Kljub dodatnemu spanju oseba ni nič bolj spočita (Strong in Flanagan 2011, 86).

3. AKTUALNI VZROKI AD/HD

O biologiji te motnje obstaja veliko raziskav, čeprav je natančen vzrok še vedno neznan. Raziskave lahko razvrstimo v štiri kategorije, in sicer v genetske, anatomske raziskave, raziskave delovanja možganov in kemijske raziskave.

3.1 Genetske raziskave

Motnja pozornosti in hiperaktivnosti se lahko prenaša po družinski liniji. Kakšen je dejavnik dedovanja, pa znanstveniki še vedno ugotavljajo. Razna proučevanja so ugotovila podobnosti pri enojajčnih dvojčkih. Če ima motnjo en otrok, jo ima v 81 odstotkih primerov tudi drugi. Tudi sorodniki v prvem kolenu, torej starš s to motnjo in njegov otrok, imajo petkrat bolj verjetnost, da bodo imeli motnjo AD/HD. Znanstveniki so tudi preučevali posvojene otroke s hiperaktivnim – impulzivnim tipom in ugotovili, da so otroci podobni svojim biološkim staršem in ne »krušnim«, kar nakazuje, da okolje v katerem biva otrok, nanje manj vpliva kot njegovi geni (Strong in Flanagan 2011, 25; Žunko Vogrinc 2011, 20 – 21).

3.2 Anatomske raziskave

Oblika in prostornina možganov posameznikov s to motnjo se bistveno razlikuje od oseb, ki te motnje nimajo. *Corpus callosum*¹² je pri ljudeh z motnjo AD/HD drugačne velikosti in tudi deluje drugače. Tudi asimetričnost *bazalnih ganglijev*¹³ kaže na motnjo.

¹² Gre za sveženj živcev, ki povezuje obe možganski hemisferi (Strong in Flanagan 2011, 26).

¹³ Bazalni gangliji so živčni vozli globoko v možganih, ki so vključeni v regulacijo in kontrolo motoričnega sistema (Strong in Flanagan 2011, 25).

3.3 Raziskave delovanja možganov

Z uporabo pozitronske izsevne tomografije, ki snema možgane, so znanstveniki odkrili, da se stopnja aktivnosti osredotočanja na določeno opravilo v čelnem režnju osebam z motnjo AD/HD zniža, medtem ko se posameznikom brez motnje aktivnost zviša. Študije z uporabo kvantitativnega elektroencefalograma so pokazale porast *theta aktivnosti* v čelnem režnju. Gre za počasne možganske ritme. Uporaba SPECT – tehnologije (enofotonska izsevna računalniška tomografija) kaže pri ljudeh s to motnjo na večje variacije v možganski aktivnosti. Bolj kot se posameznik osredotoča, večji je upad aktivnosti v čelnem režnju. Poleg znižane aktivnosti čelnega režnja ima posameznik povečano limbično aktivnost. Ta se nahaja v središču možganov in imajo funkcijo kontroliranja, čutenja in izražanja čustev. Temenski režnj, ki je odgovoren za zaznavo, obdelavo in nadzor dražljajev iz okolice je pri ljudeh s to motnjo bolj aktiven (Strong in Flanagan 2011, 26 – 27; Žagar 2012, 87).

3.4 Kemične raziskave

Nevrotransmitorji¹⁴ so majhni kemični prenašalci, ki omogočajo, da živčna celica komunicira z drugim. Ko se nevron ali živčna celica vzdraži in informacijo prenese k drugemu nevronu, se sprostijo molekule prenašalca v sinapso, ki je zaprta povezava med dvema nevronoma. Prenašalec prečka sinapso in se na membrani sprejemnega nevrone poveže z receptorji, ki izzovejo določen učinek v notranjosti nevrone. Ker ravno nekatera zdravila učinkujejo na enega od dveh prenašalcev (noradrenalin in dopamin), vemo da sta ta dva prenašalca vpletena v nastanek te motnje. Na AD/HD lahko gledamo kot na problem ravnovesja med aktivnostjo teh dveh prenašalcev. Če je na delu preveč noradrenalina, so posamezniki nemirni in nepozorni, kar posamezniku povzroči aktiven

¹⁴ Nevrotransmitorji ali kemične snovi so potrebne, da lahko informacije preidejo iz enega dela možganov v drugega (Strong in Flanagan 2011, 28).

mehanizem »*boj ali beg*¹⁵«, v primeru kjer pa prevladuje dopamin, bo posameznika zaneslo v ponavljajoča se stanja, ki pa zanj niso dolgočasna (Strong in Flanagan 2011, 28).

Motnja AD/HD ima torej biološko osnovo, ki pa je ne moremo odpraviti s tem, da se »*bolj potrudimo*«, ali z ostrejšimi vzgojnimi ukrepi. Možgani teh ljudi drugače delujejo kot pri ljudeh brez te motnje. Različne razlage nastanka AD/HD kažejo, da motnje zaradi njene kompleksnosti in heterogenosti težav ni mogoče pripisati samo enemu vzroku (Žagar 2012, 88).

¹⁵ »Boj ali beg« je prvi odziv na stres, saj poveča telesno sposobnost, da se borimo ali izognemo nevarnosti. Aktivira se simpatiko – adrenalinski sistem, ki privede do spopada s stresom, pa naj bo to beg ali boj. Ko je stresor (beg ali boj) odstranjen, se vklopi parasimpatično živčevje, ki odpravlja posledice stresnega odziva tako, da sporoča organizmu, da se lahko umiri (Wikipedia 2014, Boj - beg).

4. DIAGNOSTICIRANJE AD/HD

Prvi korak je, da oseba z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti najde pravega strokovnjaka, ki razume in pravilno oceni to diagnozo. Po navadi uradno diagnozo zaradi zdravstvenega zavarovanja, zdravil in zaprositve za prilagoditev v šolskem ali delavnem okolju postavijo psihiater, pedopsihiater, klinični psiholog, nevrolog ... Niso pa vsi popolnoma enako specializirani za to motnjo (Strong in Flanagan 2011, 47 – 48). V nadaljevanju bomo videli kdo je najbolj usposobljen za postavitev diagnoze AD/HD:

Osebni zdravnik lahko prepozna osnovne simptome motnje, a jih morda oceni napačno in diagnozo AD/HD izključi. Za bolj natančno ocenitev je potreben obisk pri specialistu, saj le ta natančno oceni stanje in razišče nianse te motnje (Strong in Flanagan 2011, 49).

Pediater – šolski zdravnik po navadi prepozna simptome in sodeluje pri postavljanju diagnoze v multidisciplinarnem timu, saj ima precej izkušenj. Razvojni pediatri dobro poznajo razvoj otroka, ga preverjajo in, če opazijo težave, po potrebi sodelujejo s pedopsihiatri, nevrologi, razvojnimi psihologi (Strong in Flanagan 2011, 50).

Psiholog je dodatno usposobljen za izvajanje psihodiagnostičnega, psihoterapevtskega, svetovalnega in preventivnega dela na področju duševnosti. Je zelo primeren za postavljanje diagnoze AD/HD. Razvojni psiholog proučuje psihično spreminjanje posameznika skozi vsa njegova življenjska obdobja, medtem ko klinični nevropsiholog proučuje kognitivne procese in vedenje v povezavi z normalnim in motenim funkcioniranjem centralnega živčnega sistema. Psiholog ni zdravnik, ki bi predpisoval zdravila, lahko pa pomaga pri spoprijemanju z mnogimi sekundarnimi simptomi kot sta depresija in nizka samopodoba (2011, 50 – 51).

Psihiater je specializiran za prepoznavanje in zdravljenje duševnih motenj in zna ugotoviti, če oseba ima to motnjo. So hkrati tudi zdravniki, ki vam lahko predpišejo zdravila. *Pedopsihiater* je še posebej specializiran za psihiatrično zdravljenje otrok in mladostnikov in praviloma deluje na sekundarnem oziroma terciarnem nivoju zdravstvene oskrbe. Slednje pomeni, da otroka napoti za tem, ko je pediater ali šolski zdravnik že na primarnem nivoju ugotovil težave in pomislil na motnje iz sklopa psihiatrije (Potočnik Dajčman 2011, 153; Strong in Flanagan 2011, 51).

Nevrolog je specializiran za bolezni živčnega sistema. Pri postavitvi diagnoze uporablja telesni pregled, slikanje možganov in fiziološke teste. Nevrolog je lahko najboljša izbira, če ima oseba poleg motnje AD/HD še kakšno drugo nevrološko motnjo, na primer epilepsijo (Strong in Flanagan 2011, 52).

Specialni pedagog – defektolog je izurjen za prepoznavanje in ocenjevanje specifičnih učnih težav pri otrocih, kjer so branje, pisanje, računanje in celotno otrokovo šolsko funkcioniranje, pod povprečjem. Otroku s svojim znanjem pomaga izoblikovati program izobraževanja, ki mu bo blizu (Strong in Flanagan 2011, 52).

Logoped prepozna težave v govorno – jezikovni komunikaciji in je za te težave najbolj usposobljen. Med drugimi je tudi najbolj usposobljen za prepoznavanje in obravnavo motnje centralnega slušnega procesiranja, to je motnja, ki je zelo podobna motnji AD/HD in jo včasih tudi spremlja (Strong in Flanagan 2011, 53).

Delovni terapevt je izurjen za pomoč ljudem pri vsakodnevnih opravilih. Osebam z motnjo AD/HD pomaga pripraviti načrt dejavnosti za izboljšanje vsakdanjega življenja, pomaga tudi pri senzornih težavah (Strong in Flanagan 2011, 53).

Psihoterapevt preko pogovorov izvaja različne učinkovite psihološke pristope. Najbolj učinkovita obravnava je kognitivno – vedenjska terapija (Strong in Flanagan 2011, 53).

Poleg vseh usposobljenih poklicnih delavcev, ki lahko pomagajo pri zdravljenju posameznikov z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti, pa ne smemo pozabiti tudi na druge strokovnjake, ki so specializirani za prehrano, akupunkturo, osteopatijo in tako naprej (Strong in Flanagan 2011, 54).

4.1 Pripomočki diagnosticiranja

Motnja pozornosti in hiperaktivnosti je dolgo veljala za otroško motnjo. S staranjem posameznika so kriteriji zmeraj manj ustrezni, zato se motnja pri odraslih precej razlikuje od motnje pri otrocih. V evropskem prostoru in pri nas je diagnostični kriterij za prepoznavanje in ocenjevanje motnje uporaba MKB – 10 (*Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene*), ki jo izdaja Svetovna zdravstvena organizacija. V svetovnem prostoru pa se najpogosteje uporablja DSM (*Diagnostični in statistični priročnik o duševnih motnjah, trenutno je v uporabi peta izdaja*) (Strong in Flanagan 2011, 65), ki ga izdaja Ameriško psihiatrično združenje.

»Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov MKB – 10 poimenuje težave s pozornostjo, nemirnostjo in impulzivnostjo kot hiperkinetično motnjo« (Strong in Flanagan 2011, 65). Motnja se uvršča med vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo v otroštvu in adolescenci. Zanj je značilen zgodnji nastanek, pomanjkljiva vztrajnost pri dejavnostih, težnja po prehajanju iz ene aktivnosti k drugi, brezobzirnost, disciplinski konflikti, pomanjkanje previdnosti in zadržanosti, pomanjkanje samospoštovanja in socialnega vedenja. Hiperkinetična motnja po MKB – 10 vključuje *motnjo aktivnosti in pozornosti – F90.0* (sem spada motnja pomanjkanja pozornosti s hiperaktivnostjo, motnja pomanjkanja pozornosti in hiperaktivnosti, sindrom pomanjkanja pozornosti s hiperaktivnostjo); *hiperkinetično motnjo vedenja – F90.1* (vključuje hiperkinetično motnjo, povezano z vedenjsko motnjo); *druge vrste hiperkinetične motnje – F90.8*; *hiperkinetično motnjo, neopredeljeno F90.9* (neopredeljena hiperkinetična reakcija v otroštvu in adolescenci, neopredeljen

hiperkinetični sindrom) (Strong in Flanagan 2011, 65 – 66; Chandler 2010, 42 – 46).

DSM – IV ima kriterije razdeljene v dve glavni skupini. Vsak kriterij lahko pri otroku potrdimo, ko je vedenje za posameznika pogosto bolj značilno, kot za njegove vrstnike. Nekateri simptomi se morajo pojaviti pred sedmim letom starosti v vsaj dveh okoljih – tako doma kot na primer v šoli. DSM – 5 obdrži popolnoma ista merila, z razliko o starosti otroka, saj pravi, da se mora motnja pojaviti do dvanajstega leta. Prva skupina za postavitev diagnoze AD/HD je *kriterij za določanje pomanjkljive pozornosti*. Vključevati mora znake in simptome kot so: ne-osredotočenost dalj časa; ne-vztrajnost; neslišnost ukazov; težave pri izpolnjevanju navodil; težave pri načrtovanju; izogibanje obveznosti; izgubljanje stvari; moteči zunanji dražljaji; pozabljivost pri vsakodnevnih aktivnostih. Za diagnozo mora biti izpolnjenih vsaj šest od navedenih kriterijev, ki trajajo najmanj šest mesecev (Strong in Flanagan 2011, 66 – 67, Žagar 2012, 85).

Druga skupina je *kriterij za določanje hiperaktivnosti in impulzivnosti*. Za hiperaktivnost se kažejo znaki nemira; pogosto premikanje rok in nog; težko sedenje na miru; tekanje naokoli; težko so tiho ... Za impulzivnost pa so značilni simptomi, da oseba prehitro odgovori na vprašanje še preden je to postavljeno; težko počaka, da pride na vrsto; moti ali celo nadleguje druge. Tudi za diagnosticiranje hiperaktivnosti in impulzivnosti mora biti izpolnjenih vsaj šest simptomov, ki trajajo vsaj šest mesecev (Strong in Flanagan 2011, 67 – 68; Žagar 2012, 85 – 86).

Strong in Flanagan (2011) predstavita postopek diagnosticiranja. Za ugotavljanje motnje AD/HD je prvi korak *PSIHOLOŠKO OCENJEVANJE*. Gre za preprost vprašalnik, kjer se ovrednotijo simptomi na lestvici od »neobstojećih do hudih«. Najpogosteje se uporabljajo *Connersove* ocenjevalne lestvice tako za otroke kot odrasle (CRS – R lestvica in CAARS lestvica), *Wender – Utahova* ocenjevalna lestvica (WURS) in celovita ocenjevalna lestvica primanjkljaja pozornosti – hiperaktivnosti za učitelja/starša (ACTeRS).

Za diagnosticiranje je potrebno oceniti tudi človekov *INTELEKTUALNI POTENCIAL*. V uporabi je veliko testov sposobnosti, a najpogosteje se uporabljajo *Kaufmanov* test inteligentnosti (K – BIT in KAIT); *Wechslerjeve* lestvice inteligentnosti (WPPSI – R, WISC – III, WAIS); *Woodcock – Johnsonov* test III (WJ III).

Za *PREIZKUŠANJE POSAMEZNIH SPRETNOSTI*, tako motorične kot kognitivne in socialne, se uporabljajo ocenjevalne lestvice, kot so na primer *Novotnjin* vprašalnik o socialnih veščinah in *Reynoldsova* lestvica za oceno prilagojenosti mladostnikov (RAASI).

Za ugotavljanje diagnoze je potrebna tudi *OCENITEV VEDENJA*, ki jih strokovnjak ali usposobljen kognitivno – vedenjski terapevt poda z opazovanjem. Uporablja pa tudi veliko lestvic in vprašalnikov kot so: ocenjevalna lestvica vedenja za predšolske otroke (CBCL/1,5 – 5); poročilo vzgojitelja (C – TRF); ocenjevalna lestvica vedenja za otroke od šestega do osemnajstega leta starosti (CBCL/6 – 18); samoocenjevalni vprašalnik za otroke in mladostnike od 11. do 18. leta (YSR); ocenjevalna lestvica vedenja za odrasle (ABCL).

PREIZKUŠANJE UČINKOVITOSTI POSAMEZNIH KOGNITIVNIH FUNKCIJ vključuje ocenjevanje zmožnosti z vzdrževanjem pozornosti in nadzorom nad impulzi. Tovrstni testi so: *Connersovi* CPT – ji (CPT – II in k – CPT); Integriran test dolgotrajnega izvajanja vidnih in slušnih nalog (IVA); Test spremenljivk pozornosti (TOVA).

Za diagnosticiranje je potrebna tudi *MEDICINSKA PREISKAVA*, znanih testov glede zastrupitve s svincem, nepravilnega delovanja ščitnice, testa alergij, možganskega tumorja, poškodb možganov, bolezni vezivnega tkiva, Touretteov sindrom¹⁶, sindrom lomljivega kromosoma X¹⁷, Aspergerjev sindrom¹⁸.

¹⁶ »Touretteov sindrom«, TS (znan tudi kot *Gilles de la Touretteov* sindrom ali krajše, GTS) je dedna nevrološka motnja z zgodnjim začetkom v otroštvu, ki pa se s starostjo večinoma omili ali celo preide. Za motnjo je značilen pojav tikov, ki so omejeni na zgornji del telesa in tipične

Prihodnost psihiatričnega diagnosticiranja pa je v FIZIOLOŠKEM TESTIRANJU. Gre za uporabljene pristope slikanja možganov. EEG – elektroencefalogram sestavlja meritve električne aktivnosti v možganih; ERP – gre za signal, ki se imenuje z dogodkom povezan potencial; MRI – magnetnoresonančno slikanje; f – MRI – funkcijsko magnetnoresonančno slikanje; PET – pozitronska izsevna tomografija, ki zaznava prisotnost in gibanje radioaktivne snovi, ki jo pred snemanjem vnesemo v telo; SPECT – enofotonska izsevna računalniška tomografija, kjer radioaktivno snov injiciramo v roko in opazujemo krvni pretok v možganih (Strong in Flanagan 2011, 68 – 76).

vokalizacije (na primer smrkanje, kašljanje). Vokalizacije se s časom lahko razvijejo v kletvice (koprolalija). Pri bolnikih s Tourettovim sindromom se lahko kažejo značilnosti obsesivno kompulzivne motnje ali hiperkinetične motnje (ADHD) (Wikipedia 2014, Tourettov sindrom).

¹⁷ Sindrom lomljivega kromosoma X je najpogostejši vzrok umske zaostalosti pri moških in ženskah. Vzrok zanj je okvarjen gen FMR1 (fragile X mental retardation), ki je na kromosomu X na mestu Xq27. Do inaktivacije gena FMR1 pride zaradi povečanega števila ponovitev trinukleotida CGG (Bago 2004).

¹⁸ »Aspergerjev sindrom« (AS) ali aspergerjeva motnja je motnja avtističnega spektra, za katero so značilne hude težave v socialnih interakcijah ter omejeno in ponavljajoče se vedenje in zanimanje (Wikipedia 2014, Aspergerjev sindrom).

5. AD/HD GLEDE NA SPOL IN RAZLIČNO POPULACIJO

Motnja AD/HD se kaže pri vsakem posamezniku drugače, znotraj dane populacije pa ima nekaj skupnih značilnosti, zato je za posameznika dobro, da pozna podobnosti v vedenju drugih ljudi istega spola ali starosti. Pojavnost motnje je pri moškem spolu od štiri do šestkrat pogostejša kot pri ženskah. Zaradi asociacij poskočnih in nagajivih dečkov, ki težko počakajo na vrsto, mahajo z rokami, se gugajo na stolu, prepogosto povzroči, da spregledamo deklice s tovrstnimi težavami, ki zaradi ne-diagnosticiranja ostanejo prepuščene same sebi (Kesič Dimic 2009, 53).

5.1 AD/HD in otroci

Otroci, ki prejmejo diagnozo AD/HD v najzgodnejšem obdobju, torej v obdobju dojenčka, jo tudi obdržijo v šolskem obdobju. Dojenčki pogosto jokajo in se težko pomirijo; kažejo motnje spanja s prekomerno zaspanostjo in neodzivnostjo ali pa slabo spijo zaradi pretirane reaktivnosti in nemirnosti; pojavljajo se težave s hranjenjem zaradi nerednega apetita, izbirčnosti pri hranjenju, slabega sesanja ali jokavosti (Soršak 2004, 16).

DSM – IV za diagnozo motnje pozornosti s hiperaktivnostjo navaja, da se mora otrok vesti manj zrelo, kot je primerno za njegovo starost. Zato sem ne moremo šteti tudi otrok, ki ne zmorejo sedeti nekaj časa na miru ali splezajo na vsako drevo. Otroci brez AD/HD lahko ne glede na starost ob branju ali poslušanju pravljic dalj časa sedijo pri miru, medtem ko otroci s to motnjo tega ne zmorejo. Problem aktivnosti je pri teh otrocih izredno velik, zato je simptom hiperaktivnosti še toliko bolj izrazit v otroški dobi. Z odraščanjem se prekomerna aktivnost malce ublaži in obrne navznoter, kar povzroča občutek nemira. Tudi težave s pozornostjo in organiziranjem imajo dolgotrajne posledice pri teh

otrocih. Motnja jih ovira pri učenju, izobraževanju in življenju nasploh. Veliko otrok ima tudi težave z učenjem branja, črkovanja in računanja, saj ga nezmožnost biti pozoren, odvrnejo od tega. Otroci tudi težje shajajo z vrstniki, saj imajo probleme z upoštevanjem navodil, disciplino in s spoštovanjem pravil (Strong in Flanagan 2011, 41).

Otroci imajo tudi pretirano potrebo po starševski pozornosti, so nenasitno radovedni, v sebi nosijo motorični nemir, so neubogljivi, imajo ekscesivne¹⁹ izbruhe togosti, težje se navadijo na čistočo; imajo nemiren spanec ... Motnje so izrazite in vključujejo predvsem nesodelovanje, nezmožnost trajne pozornosti, impulzivnost, agresijo, obnašanje »razrednega klovna« in težave v odnosu s sovrstniki, ker ne morejo in ne zmorejo čakati v vrsti, upoštevati pravil, prenesti poraza, obvladovati jezo ... (Soršak 2004, 17 – 18).

5.2 AD/HD in mladostniki

Pri mladostnikih velikokrat primarne zasenčijo sekundarni simptomi AD/HD. Zaradi nizke samopodobe, frustracije, neuspeha, zdolgočasnosti, brezvoljnosti, mnoge najstnike prevzame malodušje. Spoprijemanje s temi simptomi postanejo prioriteta pri mladostnikih, saj le ti sčasoma povzročijo še dodatne težave. Hiperaktivnost mladostnikov se kaže v notranjosti kot splošen občutek nemira, navzven pa se izražajo z nenehnimi drobnimi gibi. Ponotranjenost ne pomeni, da je simptom izzvenel, temveč to, da je posameznik našel način, kako sprošča kinetično energijo, ki je za okolico družbeno bolj sprejemljiva. Velik problem mladostnikom dela tudi organizacija šolskega sistema, počasneje dozorevajo na čustvenem področju in posledica zaostajanja se nadaljuje tudi kasneje. V otroštvu ni tako velik problem impulzivnosti, kar pa za mladostniško dobo predstavlja veliko nevarnost. Najstniki doživljajo hormonske spremembe, ki pogosto zaostrijo simptome

¹⁹ **Ekscesiven** ekscesíven -vna -o prid. (i) knjiž. *pretiran*, *čezmeren*: ekscesivno izčrpavanje moči (SSKJ 2004).

AD/HD. Z nerednim jemanjem zdravil se ti simptomi samo še večajo, kar predstavlja izredno naporno obdobje za vso družino (Strong in Flanagan 2011, 42).

»Pri mladostnikih s težavo ločimo depresijo in druge psihiatrične motnje od AD/HD. Pogosto jih zamenjujemo z vedenjskimi in opozicionalnimi motnjami. Motnje pozornosti se pojavijo običajno prej in obstajajo hkrati z antisocialnim vedenjem, ki se z napetostjo med starši, učitelji in sovrstniki še pojača« (Soršak 2004, 19).

5.3 AD/HD in odrasli

Pri odraslih se prekomerna aktivnost umakne nemiru. Odrasli uspejo najti način, kako lahko sedijo pri miru, čeprav imajo obupno željo po gibanju. »Razvijejo načine, s katerimi premagajo željo po tekanju naokrog – klasičnem znaku pretirane aktivnosti – in namesto tega veliko več potrkvajo, tleskajo in migetajo s prsti, tapkajo, mencajo in potresavajo z nogami, pa tudi korakajo sem ter tja ...« (Strong in Flanagan 2011, 43).

Simptomi tudi s starostjo ne izzvenijo. Odrasli razvijejo strategije za spoprijemanje z njimi, a simptomi še vedno ostajajo, kar negativno vpliva na njihovo življenje. Tako imajo velike družinske in denarne težave, pogosto menjujejo službo, kar povzroča sekundarne simptome, nizko samopodobo in posledično tudi depresijo, anksioznost in druge psihiatrične motnje (depresivna epizoda, manična ali hipomanična epizoda, distimija, obsesivno – kompulzivna motnja, posstravmatska stresna motnja). Posamezniki težko najdejo pravi poklic in znotraj tega primerno službo, zato večkrat postanejo lastniki majhnih podjetij, kjer je velika iniciativa po ustvarjanju, inovativnosti, tveganosti, ali pa nasprotno veliko ljudi je samozaposlenih, saj jim velik problem in hkrati grožnjo predstavlja ravno prilagajanje velikemu številu sodelavcev in nadrejenih (Soršak 2004, 22; Strong in Flanagan 2011, 43).

Odrasli imajo raje raznoliko in aktivno zaposlitev, pri tem pa so težko skoncentrirani, pogosto pozabljajo stvari, so čustveno labilni, nesposobni dokončati delo, so vzkipljivi, impulzivni, vzdražljivi, hipervigilni²⁰ in imajo nizko toleranco za stres. Tisti, ki so doživljali neuspeh v šoli, doma ali med sovrstniki se znajdejo v raznih življenjskih stilih, ki ustrezajo njihovim potrebam. Na primer tisti, ki ne morejo mirno sedeti in poslušati, lahko dobro uspejo kot retoriki ali prodajalci (Soršak 2004, 20 – 22).

5.4 AD/HD glede na spol

Osebe ženskega spola motnje pri sebi ne prepoznajo, saj je bila dolgo razširjena predstava, da motnja AD/HD prizadeva moški spol. V slovenščini po zaslugi Katarine Kesič Dimic (2008a) obstaja knjiga (*Ali deklice hitijo drugače? Spregledanost deklic z motnjo ADHD*), ki je posebej napisana za dekleta in ženske z AD/HD.

Marsikatera deklica se od otroštva dalje počuti ujeto in ukročeno, venomer posluša, da je trmoglava in nespodobna. Njeno zgodnje izgnanstvo se začne brez lastne krivde, saj ga zaostri kruta, nevedna in namerna zloba okolice. Na ta način oseba začne verjeti, da so negativne podobe, kakršne ji odsevata družina in kultura, popolnoma resnične. Začne verjeti, da je šibka, grda in nesprejemljiva, pa tudi, da bo ostala »grdi raček«, kljub vsem trudom, da bi se spremenila (Estes 2003, 161 – 162).

Raziskave kažejo, da je diagnoza AD/HD tudi do petkrat bolj verjetna pri moških kot pri ženskah, kar pa ne pomeni, da ima to motnjo manj žensk. Mogoče je to zato, ker je pri ženskem spolu težje prepoznavna, oziroma se zaradi majhnega števila raziskav predpostavka zavrne. »Eno stvar pa raziskave le odkrivajo: ženske, ki dobijo diagnozo AD/HD, imajo resnejšo obliko motnje. To nakazuje,

²⁰ Hipervigilnost -i ž čezmerna budnost, zaradi katere zelo slabotni dražljaji vzbudijo pozornost, pri tem pa trpi tenaciteta, posebno pri zastrupitvi s psihostimulansi (Slovenski medicinski slovar 2012).

da je veliko žensk z blažjim AD/HD morda spregledanih in ostanejo brez diagnoze» (Strong in Flanagan 2011, 44). Simptomi hiperaktivnosti so šibkejši kot pri moških. Kažejo se v ponotranjeni obliki, v obliki pretiranega govorjenja, pa tudi nizke samopodobe in depresije.

»Ženska, ki politično, družbeno, duhovno, družinsko ali okoljsko izstopa, ki opozarja, da je cesar gol, se zavzema za prizadete ali tiste, ki nimajo glasu, ponekod še danes velja za »*podivjano*«, histerično ali noro« (Kesič Dimic 2008a, 14). Tradicionalna podoba današnjih žensk je šibkost, ponižnost, ranljivost. Zaradi kulturnih in družbenih vrednot se osebam moškega spola tolerira neprimerno vedenje, ženskam pa je skorajda prepovedano – na primer nemir. Vse stiske in stres obrnejo vase in trpijo zaradi nizke samopodobe in prav zaradi tega je težko proučevati ženski svet od moškega (Kocijan Hercigonja, Buljan Flander in Vučković 2004, 8).

Kot spolni stereotip, ki ga opisuje Kobal Grumova (2003, 112), ženska velja za nežno, čustveno, občutljivo, toplo, zgovorno, dovzetno do drugih, moški pa ravno nasprotno: hladen, dominanten, vpliven itd.

Fante z odklonilnim vedenjem lažje sprejmemo, medtem ko dekleta, ki povzročajo težave, pogosto zaznamujejo z vzdevkom »*lahke*« punce, »*žurerke*« in tako dobijo ženske dvojno stigmo, kjer je težko prepoznati ali gre za motnjo AD/HD ali ne. Raziskave kažejo na 75% spregledanost deklic s to motnjo. Označene so kot lene in zasanjane, izražajo manj hiperaktivnosti in agresivnosti, ter pogostejše kažejo znake nepozornosti. Vedenja vključujejo tudi pozabljenost, neposlušnost, anksioznost in plahost. Če so težave deklic neodkrite in neobravnavane, lahko motnja vodi v depresijo, nizko samopodobo, težave na čustvenem in šolskem področju, eksperimentiranje s prepovedanimi substancami ... (Kesič Dimic 2008a, 14; 18 - 21).

Dekleta kažejo zelo očitne znake motnje AD/HD, kot so strah pred šolo, nizka samopodoba, nizek šolski uspeh, težave s spanjem, šibke socialne veščine, neurejen videz, osamljenost, Matlenova (2005) pa opaža še druge podobne

težave: preobčutljivost na hrup, nizko samospoštovanje, občutljivost na kritiko, slab občutek za čas, nedokončanje projektov, globoka zamišljenost, težave pri priklicu besed, nerodnost, šibka koordinacija, utrujenost, motnje spanca ...

»Nevropsihološki testi so pokazali, da imajo deklice z AD/HD težave pri izvršilnih funkcijah: veščine povezane s frontalnim predelom možganov, kar vključuje samokontrolo, postavljanje ciljev, dolgoročno načrtovanje, fleksibilno odzivanje na spreminjajoče se situacije. Te funkcije pa so ključne za uspeh v šoli in službi ter na socialnem področju« (Kesič Dimić 2008b, 25).

Karrasova (2014) razdeli deklice z motnjo AD/HD na štiri podtipe:

- *Aktivne deklice* (the Tomboy): gre za razposajena dekleta, ki se bolj družijo s fanti. So bolj aktivne, rade tvegajo, se pretepajo, ko so razburjene, plezajo po drevesih, igrajo športe, ki so bolj značilne za osebe moškega spola (npr. nogomet), ne zanimajo pa se za dekliske dejavnosti. Pogosto se neorganizirane, ne pospravljajo za seboj, njihov rokopis je nečitljiv ... Nihče ne posumi na motnjo, ampak vsi apelirajo na neambicioznost ter nevzgojenost.
- *Vsiljive, klepetave in zgovorne deklice* (The chatty Cathy) rade tvegajo, so zelo družabne a prehitro govorijo. S tem dejanjem skačejo v besedo, preskakujejo teme v pogovorih, težko sledijo rdeči niti ali pa zgodbo povedo na zmeden način, so nepozorne pri poslušanju ... Zaradi prevelike aktivnosti so nagnjene k pohajkovanju in neprimernim oblikam vedenja. Svoje šibke dosežke kompenzirajo s kajenjem, alkoholom in podajanjem v prehitro spolnost.
- *Plahe in nepozorne* (The shy, dreamy child) imajo malo prijateljev, so neopažene v družbi in pogostejše depresivne, anksiozne. Odtavajo z mislimi, sanjarijo, pogosto jih zmotijo glasne stvari, težje sledijo navodilom, težko si zapomnijo vprašanja ... njihovo vedenje je pogosto odziv na stresno situacijo.

- *Brezvoljne deklice* (The moody child) oddajajo disforično vedenje²¹, z ničemer niso zadovoljne, doživljajo pogoste napade trme, so izredno jokave in razburjene zaradi vsake malenkosti.

²¹ Gre za vedenje, ki je nasprotno evforiji ali pretirani radosti – joyful. Otrok si na primer poželi skodelico mleka in ko jo dobi, si želi, da bi le to bilo v rumeni skodelici, ali pa ob pitju mleka spremeni željo po jagodnem soku, kar s svojim vedenjem tudi doseže (Wikipedia, Disforično vedenje).

6. VZGOJA IN POMOČ OTROKOM Z MOTNJO AD/HD

Da je vsak otrok nekaj posebnega, to vemo vsi. Z določenimi lastnostmi, ki jih ima, ga lahko posplošimo in delimo v skupine, ki so pridne, vodljive, ubogljive, nimajo večjih učnih težav ... Kaj pa če temu ni tako? Imamo tudi otroke, ki so nemogoči in neuspešni na vseh področjih. Ti po navadi dobijo negativen prizvok in si zaslužijo zgolj kritiziranje ter kazen. Kako takšnemu otroku pomagati? Ker je že sama narava težav raznolika, problema ne moremo posploševati, temveč vsak otrok zahteva individualen pristop k delu. Otroci so brez strokovne pomoči pri šolskem delu izgubljeni, dezorganizirani, vedenjsko problematični, saj motijo delovni proces v razredu. Otroku je potrebno pomagati celostno, pri tem pa je potrebna vsa podpora in sodelovanje staršev, saj mora delo potekati kontinuirano in redno vsak dan. Vsak posameznik se sam odloči, kaj bo naredil. Večja je njegova informiranost, učinkovitejše je ravnanje z osebo, ki ima motnjo AD/HD. Ni pomembna samo intervencija v družini, ampak tudi tam, kjer se oseba za motnjo nahaja, bodisi v vrtcu, šoli ali v zunanjem okolju (Soršak 2004, 1 – 2; 34 – 37).

Vzgoja otroka z AD/HD je podobna minskemu polju. Veliko težavnejša je, kot pri drugih otrocih. Starši takih otrok se nenehno sprašujejo in težijo k »pravi« vzgoji, za katero pa formula ne obstaja. Vzgoja bo vsekakor lažja, če so starši o motnji poučeni, če razumejo otrokov razvoj in vpliv motnje nanj, ki so se učili in naučili obvladovalnih strategij, imeli razumna pričakovanja in jasna pravila tako doma kot izven doma. Starši morajo upoštevati zapisana pravila, si prizadevati za pozitivno in učinkovito komunikacijo in otroku postavljati jasne meje. Največ nesporazumov med otroki in starši pride pri opravljanju šolskega dela, domačih opravil, okrog prijateljev ... Zaradi neopravljenih nalog, opravil, ne – učenja, pozabljanja dolžnosti, starši izgubljajo potrpljenje, kar dolgoročno prizadene odnos starši – otrok. Velikokrat starši »vržejo puško v koruzo«, se jezijo, ker njihov otrok ni uspešen, kar lahko preide v občutke krivde, otrok pa starševsko ljubezen začuti kot pogojno (*»Imamo te radi, samo če si priden in ubogljiv.«*).

Prepoznavanje znakov kljubovalnosti je pri načrtovanju pomoči nujno potrebno, posebej pri tistih otrocih, katerih vedenje ni le moteče, temveč z vedenjem ovira odnose z vrstniki, v šoli in okolici v kateri se nahaja. Otroci se pogosto počutijo kot žrtve, zato je potrebno najti pravi pristop, ki bo v pomoč tako otroku, staršu in vzgojiteljem, ki so v stiku z njim (Topolovec 2011, 96 – 99).

6.1 Kaj je vzgoja

Problemi pri vzgoji otroka nastanejo tudi, če preveč popuščamo, če dajemo prednost samo njegovim in ne tudi našim potrebam, če ga hkrati preveč ščitimo pred posledicami, ki bi zanj bile negativne, saj bo otrok imel občutek, da je on glavni v družini, da se mu v vsaki stvari lahko ugodi. Takšen otrok ne bo znal sam razreševati svojih težav, saj bo pričakoval, da bodo to namesto njega storili starši. Posledica tega pa so neprilagodljivost, nezadovoljstvo in prikrajšana otroška sreča. Vsak otrok si želi in potrebuje tesno povezanost s starši, oporo in disciplino v vsakdanjem življenju, potrebuje tudi nadzor in jasna sporočila, ki imajo posledice, vsekakor pa potrebuje starše, ki imajo moč (Brežnik 2013, 3).

K vsaki vzgoji spada tudi postavljanje meja, ki so velikokrat neučinkovite in se sprevržejo le v nerganje in kreganje. Otroku starš lahko ponudi možnost odločanja o vsakodnevnih stvareh (gledanje televizije, igranje računalniških igrice ...), a mu s tem nalaga prezahtevno breme in od njega zahteva, da presoja o stvareh za katere še ni zrel. Zato je boljše učinkovito, da sami nastopijo odločno, aktivno in spodbudno in dajo otroku možnost odločanja šele takrat, ko lahko njegove odločitve tudi spoštujemo.

Postavljanje mej je ena od osrednjih vlog starša v vzgoji otroka, ki je zelo široko področje. Zupančič Dankotova (2011, 20) pravi, da smernice zadnjih let kažejo, da se starši v vzgoji odzivajo veliko bolj pozorno, vendar tudi zaskrbljeno. Malo staršev ve, da je otrokom treba postavljati meje, saj jih otroci potrebujejo. Potrebujejo jih, zato, da se počutijo varne in da vedo kakšna so pravila in dogovori v tem svetu. Kadar ni mej, se otroci znajdejo v nepreglednem svetu, izgubljeni z občutkom prepuščenosti samemu sebi. Ko je ogroženo otrokovo

življenje ali zdravje, starši nimajo težave postavljanja meja, pri preprostih in vsakdanjih področjih pa se slabše znajdejo. Če otrok zavrnitve starša ne prenese in nanj reagira z burnim odzivom, le ti mislijo, da je to za otroka slabo. Ravno v tem je naloga odraslih in priložnost, da se pokaže njihova odgovornost.

Otrok že od vsega začetka potrebuje oba starša, ki mu z medosebnim odnosom predstavljata ljubezen, varnost in zaupanje. Odnos, ki ga živita starša, otroku pokaže, kakšni so medsebojni človeški odnosi (na primer kadar se bosta starša pred otrokom pretvarjala, da se imata rada, bo otrok čutil, da sta nepristna). Starša vzgajata že s svojo prisotnostjo, z zgledom in odnosom, ki ga v družini oblikujeta. Ko sta med seboj usklajena, bodo lahko premagovali dileme in težave, ki jih vzgoja prinaša s seboj. Kadar pa težav in konfliktov ne zmoreta reševati med seboj, velikokrat otroka izrabita za posrednika med njima. Otrok lahko postane njun rešitelj. V družinah sta starša velikokrat neskladna in neusklajena (na primer otrok vpraša ali lahko vzame čokoladico, mama mu ne dovoli, oče pa). Roditelja se morata o svojih vzgojnih prijemih pogovarjati, učiti in razčiščevati stran od oči in ušes otroka (Rijavec Klobučar 2012, 8).

Preden sploh začnemo govoriti, kdaj in kako pravilno vzgajati otroka, predvsem pa otroka z AD/HD, si moramo najprej postaviti pred oči vprašanje, kaj sploh je cilj vzgoje in kaj želimo z njo doseči. Postaviti si moramo dolgoročen cilj, glavni cilj otroka pa naj temelji na sreči, samostojnosti in sposobnosti za življenje v družbi. Odnos med starši in otrokom se začne oblikovati takoj po njegovem rojstvu. Pozitivno obliko samopodobe tvori starša, ko dajeta otroku občutek varnosti in ljubljenosti, torej se vzgoja začne že ob samem rojstvu, vendar o pravem pomenu vzgoje lahko govorimo šele konec prvega leta otrokove starosti. V tem času se pri njem pojavi večja potreba po postavljanju omejitev in mej, poleg tega pa je v tej starosti že sposoben razumevanja in upoštevanja določenih omejitev. V vsaki vzgoji obstajajo neka »zlata pravila«, ko so lahko staršem kot vodilo, na osnovi katerega gradijo svoj vzgojni slog. Poleg ljubezni, občutka varnosti potrebuje njun otrok še druge cilje, zahteve, ki morajo biti skladni z njegovimi sposobnostmi. Prenizki cilji za otroka niso izziv, previsoki pa slabo vplivajo na njegovo samopodobo. Pri vzgoji je pomembna tudi kritika in graja, ki se mora vedno nanašati na otrokovo vedenje, nikoli pa ne kot na

osebo. Graja mora vsebovati obrazložitev, zakaj je neko vedenje neprimerno, kakšne so njegove posledice in kaj se bo otrok iz tega naučil (Rutar Leban 2011, 22 – 23).

Glasser (2007, 180 – 188) v svoji *Teoriji nadzora* pove, da tudi tisti nebogljeni otroci sprejmemo starše kot nekaj samoumevnega, čutijo, da jih imajo radi in verjamejo, da bodo prenesli veliko njihovega negativnega ravnanja, in jim kljub temu še vedno stali ob strani. Učinkovitost starševstva se ne pokaže, če je nadziranje iz strani otroka, kakor tudi ni učinkovito pretirano nadziranje starša. V obdobju zgodnje adolescence imajo starši čas, da se naučijo sprejeti načela teorije nadzora, saj bo s tem lažji proces vzgoje. Največji problem pri vzgoji je, kako živeti prijateljsko drug z drugim in kako še vedno zadovoljiti lastne potrebe. Skoraj v vsaki starosti od staršev pričakujejo otroci, da jim bodo zagotovili možnost početi s svojimi življenji tisto, kar sami ocenjujejo kot pametno. Vprašanje torej ni skrito v usmerjanju, temveč koliko nadzora naj starši izvajajo. Glasser poudari štiri korake, postopke, kako starš pomaga otroku vzpostaviti nadzor nad svojim življenjem. Ti so: *početi stvari zanje* - na primer hraniti jih, ko so majhni; *početi stvari njim* – na primer kaznovati jih, ko je to resnično potrebno; *početi stvari z njimi* – na primer igrati se z njimi, ko so majhni; in *pustiti jih same* – na primer, pustiti jih, da izjokajo svojo trmo, togoto itd ...

6.2 Različni pristopi pomoči otroku z motnjo AD/HD

Ker se AD/HD kaže na več načinov, je tudi nešteto načinov za njegovo obravnavo. Ko posameznik dobi diagnozo, se znajde pred novim problemom – izbrati najboljši način in najuspešnejšo terapijo zanj. Najbolj uspešna načina zdravljenja sta z zdravili in modifikacija vedenja. Načine pomoči lahko razdelimo v več kategorij: zdravila, svetovanje in psihoterapija, učenje in razvijanje različnih spretnosti, obvladovanje vedenja, urjenje v socialnih veščinah, prehrana in dodatki k prehrani, urjenje možganov, vzpostavljanje ravnovesja v živčnem sistemu. Pri vsaki obravnavi je potrebno vključiti tudi biološko, psihološko in socialno plat. Biološka obravnava vpliva na to, kako delujejo

možgani, kar dosežemo s pravim pristopom (zdravila, prehrana, vitaminski dodatki in zeliščni pripravki, urjenje možganov in ponovno vzpostavljanje ravnovesja). S psihološkim pristopom lahko spremenite način razmišljanja in ravnanja, ter tako izboljšate svoje življenje (svetovanje in psihoterapija, urjenje in usposabljanje, obvladovanje vedenja). Ko poskrbite za biološko in psihološko plat se morate osredotočiti tudi na socialne veščine in učenje novih mehanizmov spoprijemanja (dom, šola, služba ...) (Strong in Flanagan 2011, 14; 96 – 101; Žunko Vogrinc 2011, 31 – 33).

Zdravila so velikokrat prva obramba pred simptomi AD/HD in so v 80 odstotkih uspešna. Ta učinkujejo na kemične snovi v možganih tako imenovanih nevrotansmitorji. Zdravila lahko učinkujejo v dve smeri: na nevrone, ki vsebujejo noradrenalin ali na nevrone, ki vsebujejo dopamin. Njihovega delovanja ni zmeraj lahko razumeti. »V nekaterih primerih je, kot kaže, relevanten mehanizem delovanja zgolj povečanje količine prenašalca v sinapsah. V drugih primerih se zdi, da zdravila pripravijo receptorje do tega, da reagirajo na določen način – in ta reakcija ima za posledico želen učinek. V spet tretjih primerih pa očitno igra vlogo ravnovesje med različnimi nevrotansmitorskimi sistemi« (Strong in Flanagan 2011, 111). Danes je poleg zdravila *Ritalin* cela množica zdravil, ki pomagajo pri simptomih AD/HD. Spodbujevalci živčnega sistema, imenovani psihostimulansi, delujejo tako, da povzročijo večje sproščanje dopamina ali noradrenalina v sinapse. Učinki droge omogočijo usmerjeno pozornost in onemogočijo nezaželene odgovore. Dopamin recimo omogoči, da otrok lažje prepozna materin obraz ali glas, medtem ko noradrenalin vpliva na reakcije v zvezi z grožnjo, kaznijo. Te droge pozitivno vplivajo na več stimulatorjev v otrokovem življenju: pozornost, impulzivnost, agresijo, pozornost pri delu, moteče verbalno obnašanje, socialno funkcioniranje in spomin. Poleg že omenjenega zdravila *Ritalin*, *Concerna* ali *Metilfenidat*, obstajajo še druga zdravila s podobnim učinkom: D – amfetamin; soli D – in L – amfetamin; Metamfetamin, Pemolin in Modafinil. Atomoksetin je edino zdravilo, ki ni stimulans in deluje kot antidepresiv. *MAOI – ji* so zdravila, ki preprečujejo razpad monoaminov, ki so potrebni za prenašanje noradrenalina, dopamina in serotonina. *SSRI – je* uporabljajo za zdravljenje depresije in

anksioznosti, jeze in impulzivnosti. Pri nas je lahko dobimo nekaj registriranih učinkovin: Fluoksetin; Paroksetin; Sertalin; Citalopram. Zdravila, ki delujejo tako na serotonin in noradrenalin in pomagajo pri depresiji, anksioznosti se imenujejo *SNRI – ji*. Pri nas se uporabljajo: Duloksetin; Mirtazapin in Venlafaksin. *TCA – ja* – triciklična antidepresiva, kot sta Doksepin in Amitriptilin, delujeta na posameznika pomirjajoče. Za zdravljenje AD/HD je v uporabi še nekaj drugih antidepresivov, antihipertenzivov, antiepileptikov: Agomelatin, Bupropin, Tianeptin, Trazodon; Klonidin, beta blokatorji; valprojska kislina, gabapentin, karbamazepin, lamotrigin, klonazepam ... Zdravila pa imajo tudi neželene učinke, kot so: izguba apetita, nespečnost, povratni simptomi, razdražen želodec, glavobol, spremembe osebnosti, povišan srčni utrip ali krvni tlak, izpuščaji, nenormalno trzanje mišic, omotičnost, tiki, čustvena neodzivnost ... (Soršak 2004, 39 – 42; Strong in Flanagan 2011, 112 – 121; Žunko Vogrinc 2011, 33 – 34; Žunko Vogrinc 2011, 155 – 163).

Psihološki pristopi pomagajo razviti spretnosti za spopadanje z mnogimi primarnimi in sekundarnimi simptomi. Najprej je potrebno izbrati pravo vrsto terapije zase in za svoje cilje. Razumeti je treba, da bodo za učinkovitost potrebne spremembe, sprejeti in spopasti se z diagnozo, si pomagati s psihodinamsko terapijo (obširen pogovor z izkušenim terapevtom) in podporno terapijo (terapija, ki vas spodbuja). S pristopom kognitivno – vedenjske terapije lahko osebe sistematično spreminjajo svoje vedenje, razmišljanje in počutje. Modificirajo svoje vedenje, izražajo se z igralko terapijo, udeležijo se psihoedukacije, pomagajo si z družinsko terapijo, vključijo se v skupinsko terapijo, izboljšajo svoje spretnosti in najdejo svetovalca ali terapevta s katerim bodo sodelovali ... (Soršak 2004, 42 – 43; Strong in Flanagan 2011, 125 – 137).

Glavni vidik, s katerim imajo opraviti osebe z AD/HD, je tudi vedenje. Daleč najbolj priljubljena in v rabi je modifikacija vedenja (ustvarimo okolje, ki spodbuja ustrezno vedenje; določimo posledice neustreznega vedenja; doslednost; nagrada za ustrezno vedenje; vztrajnost), sledi ji kognitivno – vedenjska terapija in razvijanje samozavedanja (cilj tega je, da postanejo osebe z AD/HD pozorne na to, kaj razmišljajo, čutijo in kako ravnajo). Razvoj

samozavedanja je mogoč preko večih pristopov, od meditacije, borilnih veščin, do tai – čija, joge in senzorne integracije (Strong in Flanagan 2011, 139 – 150).

Mnogi ugotavljajo, da s spremembo prehrane, rabo vitaminov in drugih zelišč precej ublažijo simptome. Kar je naravno, pa ni nujno, da je tudi varno, saj je lahko v kombinaciji s čim drugim, strupeno. Osebe z AD/HD naj bi uživale čim manj poživilnih in osvežujočih pijač, naj bi se posluževale samo naravne vode. V prehransko shemo naj dodajo maščobne kisline kot so omega – 6 in omega – 3. Pozorne naj bodo na alergije in občutljivosti, ki jih zaužijejo z na primer mlečnimi izdelki, pšeničnimi, koruznimi izdelki, jajci ... Opustijo naj ogljikove hidrate, ki vplivajo na pomanjkljivo pozornost, utrujenost, begajoče misli; priskrbijo naj si obilo beljakovin, poslovijo se od sladkorja; uravnovesijo kvasovke; uberejo kakšno dieto (na primer dieto alergologa in pediatra Benjamina Feingolda); oskrbijo se z vitamini in drugimi zeliščnimi dodatki, specifičnimi prehranskimi dopolnili (šentjanževka in baldrijan); zaščitijo svoje okolje (temeljito čiščenje prahu, pršic, izogibanje plesni, cvetnemu prahu, itd.) (Strong in Flanagan 2011, 151 – 174; Žunko Vogrinc 2011, 164).

Pristopi, katerih namen je spremeniti vzorce delovanja možganov, vključujejo povratno zvezo imenovano nevrofeedback²². Z uporabo vaj nevrofeedback pomaga spremeniti možganske ritme – ritmično stimulacijo, ki spodbudi možgane. Terapija s povratno zvezo lahko zmanjša simptome, kot so impulzivnost, hiperaktivnost, pomanjkljiva pozornost in moten spanec. Z uporabo Tomatisove metode urjenja v slušni (poslušanje glasbe) in vizualni integraciji (vaje, ki jih izvajate z očmi), pa lahko celostno spremenite način delovanja možganov. Gre za neslišnost določenih frekvenc (ali prenežno ali preglasno), ki vodijo v težave s komunikacijo in vedenjem. S poslušanjem

²² Povratna zveza ali nevrofeedback je pristop, pri katerem z uporabo določenih vaj skušate spremeniti način delovanja vaših možganov. Aktivnost možganov izmerimo s frekvencami in amplitudami. Možganski ritmi kažejo aktivnost določenega dela možganov, kar je povezano s stopnjo momentalnega zavedanja: alfa, beta, delta in theta (Strong in Flanagan 2011, 176 – 177).

določene vrste glasbe se posameznik uči manjkajočih frekvenc oziroma tolerira tiste, ki jih sliši preveč na glas (Strong in Flanagan 2011, 175 – 188).

Strong in Flanagan (2011, 189) opisujeta še en možen pristop k izboljšanju simptomov AD/HD, ki so usmerjeni na živčni sistem (senzorna integracija) ali celostno ravnovesje v telesu (akupunktura).

6.3 Pomoč staršem pri vzgoji otroka Z AD/HD

Da lahko starš otroku pripomore k boljšemu življenju, se mora najprej sam poučiti o motnji AD/HD. Gre za trening staršev, ki vključuje razgovor o simptomih te motnje, vzrokih in tretmaju. Poudarek je na bioloških in prirojenih lastnostih, saj tako starši vedo, da imajo opravka s kronično nezmožnostjo. Z uporabo kognitivnih tehnik, lahko spremenimo starševska prepričanja in analiziramo njihove iracionalne misli kot so: »*Moral bi si zapomniti ne da bi te opominjali.*« Starše je potrebno naučiti tudi pravilne komunikacije (na primer: »Ne želim, da kričiš, tega ne bom upoštevala, rajši me primi za roko.«), ki povzročajo manj konfliktov. Velik poudarek je tudi na spreminjanju starševskega obnašanja in pozornosti do otroka, ki vključuje poslušanje, pozornost in ignoriranje motečega obnašanja. Potreben je čas in posvetitev pozornosti obnašanju brez prisile in usmerjanja (Soršak 2004, 45 – 46).

Čedalje bolj je jasno, da je za terapevtsko pomoč otrokom in mladostnikom s pomanjkljivo pozornostjo in hiperaktivnostjo najpomembneje, da starši spoznajo način otrokovega zaznavanja in si s tem razložijo, kaj morajo v okviru motnje sprejeti, kaj lahko spremenijo z vzgojo in kako to naredijo. Starši so v svojih prizadevanjih po nadzoru otrok nedosledni, enako velja tudi za šolsko okolje. Otroci ne znajo oceniti svoj položaj in niso preračunljivi, se ne morejo osamosvajati in se vidno razlikujejo od vrstnikov. Na pritiske se odzivajo z

agresivnostjo in »pavlihastim« obnašanjem, na napetost pa z glavoboli, s tiki²³ in jecljanjem. Otrokova želja pa je samo biti sprejet, najti prijatelje in imeti dober odnos tako s starši kot vzgojitelji (Passolt 2002, 107 – 108).

Koraki, kot so dobra komunikacija, doslednost, razumevanje ... pripeljejo v bližino otroka. Tudi, če niso strokovnjaki, lahko starši svojemu otroku pomagajo na različne načine: zmanjšanje motečih dejavnikov (delovno mizo naj ima v nemotečem kotičku), načelo bližine (med pogovorom se otroka po potrebi dotikajo in s tem dajejo občutek zanimanja, vendar vseeno preverimo če jih otrok posluša), odzivno poslušajo, prikličejo nazaj (z glasom, dotikom, bližino otroka prikličemo nazaj v »svet«), učijo ga samonadzora in njegovih strategij, omogočajo dodaten čas, učni stil (prilagoditev učenja, ki je osebi blizu) (Kesič Dimić 2008a, 42 – 43).

Predšolski otroci imajo prevladujoče težave s spanjem, z vzbujanjem pozornosti ob različnih priložnostih, nerazumljivi so tudi napadi besa. Šolskim otrokom dela največ težav branje in pisanje zaradi prenatrženosti, neopravljanje domačih nalog in težnja po goljufanju. Mladostniki težijo k delinkventnemu vedenju, ne znajo ravnati z denarjem, nagnjeni so k različnim vedenjskim izpadom ... Vse te vzroke in simptome je potrebno pojasniti staršem, da bi lažje razumeli svojega otroka. Otroci so pri zaznavanju površni, saj njihova pozornost preskakuje iz enega dražljaja na drugega. Vse to so dejstva, ki jih morajo starši sprejeti, se z njimi sprijazniti, kajti ne da se jih spremeniti. Otroci imajo kljub motnji AD/HD tudi veliko pozitivnih lastnosti. So zelo prisrčni, optimistični, zabavni, pripravljeni pomagati, so zelo skrbni, imajo izreden čut do narave in živali ... Starši svojega otroka najbolje razumejo, če se postavijo v njegovo vlogo, na primer z igro vlog.

²³ Tiki so nehoteni, nenadni, hitri, ponavljajoči se, neritmični, enostavni ali kompleksni gibe oziroma glasovi, ki se delijo na: enostavne motorične tike: vključujejo delovanje ene mišice ali mišične skupine: mežikanje, nagib z glavo, skomig z ramo; kompleksne motorične tike: grimasiranje, uvijanje udov, dotikanje stvari, udarjanje, poskakovanje, ponavljanje gibov za drugimi ljudmi, izvajanje obscenih gest; vokalne oziroma glasovne tike: hrkanje, kašljanje, cviljenje, ponavljanje besed, v redkih primerih preklinjanje; kognitivne tike: so ponavljajoče se misli, ki niso povezane z anksioznostjo, kot pri obsesivno-kompulzivni motnji (Oražem 2014).

V igri se razločno prikaže pretirana zahtevnost, arogantnost, nerazumevanje in podcenjevanje z namenom, da starši spoznajo kako negotovost in ponižanje vodita v blokiranje. Ko otrok vzkipi ali se razburi, je najpomembnejša tehnika tako imenovano *odloženo »močno čustvo«*, kjer se roditelj mirno odzove na otrokovo vedenje, saj le tako otrok lastno vznburjenost zmanjša. Kadar starši zahtevajo, da bi se otrok držal pravil, si lahko pomagajo s tehniko *P.J.O.* (prijazno, jasno, ostro). Tudi tehnika *»oditi iz polja«* ima velik delež pri vzgoji. Da bi v kočljivem položaju obvladovali razburjenost, je smiselno za kratek čas zapustiti prostor, ali pa iz njega poslati otroka, medtem pa ne smemo otroku pridigati ali ga poučevati kaj je naredil narobe. Važno je, da otroku damo čas, da se na nove stvari in razmere v okolju lahko privadi. Poleg sprejemanja in razumevanja otroka je potrebno dati čas tudi staršem, jih občutno podpreti, krepiti njihovo samozavest, saj morajo poslušati neskončno veliko nasvetov in očitkov (Neuhaus 2002, 108 – 120).

Obdobje dojenčka je izjemno naporno. Malčki nenavadno veliko jokajo, kričijo, se neprenehoma gibljejo, so jokavi, razdražljivi, nimajo radi telesnega stika, kar velikokrat vznemirja starše, predvsem mater, ki se sprašuje kaj dela narobe. Stalno moteno spanje privede vzgojitelje do razdražljivosti in napadalnih odklanjanj, kar privede do slabega ravnanja z otroki (tipične so poškodbe zaradi stresanja). Najpomembnejše za dobro vzgojo je, da imata starša potrpljenje, vztrajnost in dogovor med njima o delitvi dela. Kljub odklanjanju telesnega stika je otroku pomembna bližina. Prijetneje občutijo močan stisk kot pa nežen dotik. Nemir in hiperaktivnost lahko povzroča tudi preobčutljivost na hrano, zato jo je potrebno dobro preučiti, saj lahko privede do izboljšanja telesnega in duševnega stanja (Neuhaus 2002, 108; Skrodzki 2002, 128 – 130).

Predšolski otroci so strah in trepet med vrstniki. Mati in otrok prideta na slab glas v vrtcu in tam jih neradi vidijo. Z udarci, praskanjem, grizenjem, napadi besa spravljajo druge v ustrahovan položaj. Telesni razvoj otroka v tem obdobju je zelo različen. Eni shodijo že pri devetih mesecih, drugi šele po petnajstih. Za tem nastopi poskusna faza, ki je za okolico zelo naporna. Kar otrok dobi v roke, takoj razstavi, raztrese, zlomi ... sebe spravlja v nevarnosti, pleza po vseh

mogočih stvareh, uide ... zato se starši izogibajo obiskom, obdaja jih občutek sramu in so naveličani stalnih nasvetov drugih. Družina tako postane čedalje bolj izolirana. Pri vzgoji vse bolj nihajo, saj nasveti nasprotujejo ravno temu, kar starši delajo. Potrebno je postaviti jasne smernice, pravila in meje, ki se jih morajo držati. V primeru besa je dobrodošel time – out, kjer se otroka v določenem prostoru umiri, kajti tepež ni nikoli primerna vzgojna metoda. Starši morajo sprejeti tudi dejstvo, da otrok s to motnjo potrebuje gibanje, zato je dobrodošlo, da otroku nudimo čim več gibalnih aktivnosti v varnem okolju. (Neuhaus 2002, 108 – 109; Skrodzki 2002, 130 – 134).

Šolsko obdobje postane še znatno zahtevnejše. Največja je težava kako se vključiti v razredno skupnost, sprejeti določena pravila, ki tam vladajo. Otrok si jih skuša prirediti po svoje, kar privede do sporov in napetosti. Posledica tega je odklanjanje med vrstniki. Takšen otrok joče zaradi malenkosti, popadejo ga besna stanja, ki imajo nesramna in izzivalna izražanja. Tudi impulzivnost je moteča, saj otrok svoje impulze ne zmore kontrolirati in na vprašanja odgovarja brez smisla. Pomoč staršem tukaj je doslednost v obliki reda, jasnih pravil in mej, ki morajo veljati za vso družino, čim manj karanja, izogibati se je potrebo nekoristnim razpravam, kazni morajo slediti takoj v logični zvezi s prestopkom, otroka je potrebno tudi pohvaliti, ga naučiti nadzorovati svoje vedenje in mu omogočiti veliko gibanja (Neuhaus 2002, 109; Skrodzki 2002, 134 – 144).

Doba odraščanja se ujema z zaostajanjem v psihični zrelosti. Težave in spori s starši, uporniški duh pri poskusih osamosvajanja od primarne družine so neznosni. Pojav samoogrožanja, depresivnosti, kriminala, zasvojenosti z drogami ali celi poskusa samomora so pubertetnikom v tem obdobju zelo blizu. Iz hiperaktivnosti lahko nastane ravnodušje (me nič ne briga), ne zanimajo se za nič, težko se odločijo za poklic, so brez zanimanja za delo in ta sebičnost otroka predstavlja za starša poseben problem. Njihove želje niso realne z njihovimi zmožnostmi in staršem celo grozijo ali jih fizično napadejo. Če starši šele v tem obdobju poiščejo za svojega otroka pomoč, je skoraj prepozno, saj otrok vztrajno zavrača vse, kar mu svetujemo (Neuhaus 2002, 109; Skrodzki 2002, 144 – 146).

Tudi v *odrasli dobi* se motnja AD/HD nadaljuje. Iz hiperaktivnosti se največkrat nadaljuje neaktivnost, ki jo spremlja nervoza. Impulzivnost pripelje do nepremišljenih in nespametnih dejanj, nihanja so tudi v razpoloženju, prisotna je nepotrpežljivost in vzkipljivost, ki imajo hude posledice (Skrodzki 2002, 146 – 147).

Ne glede na to, če ima AD/HD kdorkoli v družini (otrok ali celo partner), se lahko k družinski harmoniji prispeva z načeli, kot so empatija²⁴, sposobnost učinkovitega medsebojnega sporazumevanja, izražanje čustev na zdrav način in izražanje hvaležnosti. Z empatijo se zmorete postaviti v kožo drugega in uvideti situacijo skozi njegove oči in prav tako uvideti kako vaša dejanja učinkujejo nanj, kar pa je seveda težko doseči. Z učenjem vživljanja v sočloveka lahko dojamete, da iste reči vsakdo občuti drugače. Dejavnost se morate tudi osredotočiti na odzivanje ljudi, tako besedno kot nebesedno sporočanje. Poskusite razumeti njegove občutke, svojih pa nikar ne tlačite. Zelo pomembno je, da občutke izrazite na zdrav način, tako vi, kot oseba z motnjo. Otroka lahko pred frustracijo odvrnete s pogovorom o tem, kako se počuti. Tudi jeza je čustvo, ki je pri teh otrocih izredno izrazita. Prav je, da jo tako eni kot drugi izražamo na neočitajoč način, brez občutkov krivde in zadreg. Celotna družina se mora naučiti poslušanja drug drugega med tem ko nekdo govori, v primeru nejasnosti je potrebno osebi dodatno pojasniti zadevo brez grajanja. Tudi če pride do nehotenih konfliktov, si je najbolje vzeti predah. Medsebojno navezanost najbolj negujemo s tem, da osebi z motnjo povemo, da jo cenimo, jo imamo radi ... (Strong in Flanagan 2011, 199 – 207).

Skrbniki otroka, ki ima težave na področju hiperaktivnosti in pozornosti, velikokrat ure in ure presedijo z njim pri učenju brez pravega učinka. Kljub njihovi utrujenosti in izčrpanosti pa so starši tisti, ki otroku pri delu za šolo lahko pomagajo. Starši morajo samo oblikovati pozitivna stališča o otrokovi bolezni, da si z njimi lahko pomagajo, ko nastopi težja faza. Potrebujejo tako podporo kot sodelovanje zakonca, partnerja, kot sorodnikov in podporo morebitne

²⁴ Empatija pomeni vživljanje v nekoga ali nekaj. Izhaja iz nemškega pojma *Einfühlung*, ki ga je prvi uporabil Robert Vischer (Simonič 2010, 30 – 31).

okolice. Da starši zmorejo vsakdan z otrokom, je potrebno ogromno truda, priprav in potrpljenja. Starši morajo znati motivirati otroka, ko ima le ta slab dan, ga pohvaliti tudi če mu ne uspe, kar pa starši dosežejo le, če se o problemu izobrazijo. Na voljo imajo tudi zdravljenje z zdravili, ki pa samo omili težave, a motnje ne pozdravi. Starši sebi pomagajo s skupinami za samopomoč, saj tako lažje razumejo svojega otroka. Spoznajo, da je otrok zaradi motnje različen od vrstnikov; svoj ego pripravijo na boj z dobrimi in slabimi lastnostmi otroka; se vživijo v otroka in s tem lažje razumejo njegova odklonilna dejanja; aktivno sodelujejo z organi med sabo (otrok – starš – šola – center), saj odpoved enega ali dveh akterjev ne zagotavlja uspeha (Žunko – Vogrinc 2011, 40 – 44).

Starši velikokrat doživljajo nemoč, kajti ne vedo več, kako se lotiti problema, kako imeti otroka pod nenehnim nadzorom, kam ga odpeljati, da ne bo nikomur šel na »živce«, kako mu omogočiti neodvisnost, kako mu v popolnosti zaupati. Če starš razume otrokove značilnosti vedenja (s težavo se prilagaja in podreja pravilom; spodbija avtoritete; namerno povzroča zmedo; zahteva pravičnost; prireja resnico ...), ki povzroča težave v vsakdanjem življenju, se bo lažje spoprijel s težavo. Z razumevanjem vedenja lahko starš vzpostavi jasen skupek pričakovanj in pravil, ki morajo biti jasno razložena, vedenje pa ustrezno nagrajeno. Otroka je potrebno motivirati, mu preprečevati dolgčas in se potruditi, da pri otroku ne opazimo vsake najmanjše napake. V primeru posredovanja je pomembno, da ne ravna iz jeze, uporabljajo malo besed pri razlagi, ostanejo mirni, njihov govor pa naj bo nežen, a odločen. Otroku pomagajte krepiti občutek lastne vrednosti, pri tem ga spodbujajte, zaupajte vanj, poudarjajte njegovo pozitivnost, pohvalite ga za vse napredke in bodite empatični z njim (Green 1999, 132 – 169; Strong in Flanagan 2011, 207 – 221).

Z vsakim otrokom, odraslim ali partnerjem, ki ima motnjo AD/HD ni lahko. Vsakodnevni napori in trud, ki ga vložite v odnosu, vzame veliko energije. Če se boste izčrpali ali izgoreli, bo stanje za vse samo še slabše, zato je potrebno poskrbeti v takšnih situacijah tudi zase. Za lajšanje stresa in umirjanje samega sebe je priporočljiva meditacija, joga, sprehodi, redno razgibavanje ali ukvarjanje s športom, masaža, branje knjig in sproščujoče kopeli. Te možnosti

lahko olajšate še s kakršnimkoli drugim početjem, ki vas osveži, da se lažje spopadate z izzivi motnje AD/HD (Strong in Flanagan 2011, 304).

6.4 Pomoč, usmerjena na šolo in okolico, v kateri odrašča otrok z AD/HD

Vsak otrok se v okolici nauči določenih pravil. V razredu je na primer potrebno ostati na svojem mestu, pustiti govoriti tudi drugim, dvigniti roko, ko želiš priti do besede, potrebna je velika mera doslednosti, biti pozoren na pravila, ki ne veljajo zgolj ob kršitvah ... Vsa pravila morajo biti otroku razumljiva (preprosta in kratka), naj jih ne bo preveliko število, namestimo jih na vidna mesta, morajo biti uresničljiva in pozitivno ojačana. V primeru kršitev vedenja je še kako priporočljiv time – out, saj otroka odstranimo iz okolja v katerem se nahaja in je to učinkovita intervencija; pri nepravilni uporabi time – outa pa lahko otrokovo obnašanje ojačamo v nasprotni smeri – če ga na primer odstranimo od dolgočasnega dela v drug prostor, kjer bo lenaril (Soršak 2004, 52 – 57).

V šoli otrok doživlja neskončen vir zmede in frustracij. Težave so krive za otrokov šolski neuspeh. Izrednega pomena je sodelovanje z učitelji, vzgojitelji in vsemi šolskimi strokovnjaki, ki so v stiku z vašim otrokom. Osnovnošolski otrok se srečuje s težavami kot so: razumevanje navodil, branje, pisanje, vzdrževanje pozornosti, mirno sedenje, upoštevanje pravil, razumevanje osebnih meja, organizacija. Težave se povečajo, ko otrok na predmetni stopnji, vsako uro, zamenja tako učitelja kot učilnico. Nastanejo dodatne težave: obvladovanje konfliktov, domače naloge, odnosi z vrstniki, pozabljanje ... V srednji šoli se pojavi še večja težava, kjer otrok morda ne sledi snovi, si zapisuje nepomembne informacije, se spopada z begajočo pozornostjo, kar lahko pelje v različne težave, tudi v slab učni uspeh, opustitev šolanja, nasilje in rabo drog. Težave, ki povzročajo ena drugo in se medsebojno krepijo, povzročijo vrtinec, iz katerega se sam ne more izkoptati (Strong in Flanagan 2011, 229 – 234; Žunko Vogrinc 2011, 33 – 35).

Šola mora pri izvajanju pomoči ves čas sodelovati s starši, jo dokumentirati, saj dokumentacija služi kot podlaga za poročilo o opravljeni pomoči. Učne težave se razprostirajo na kontinuumu od lažjih do zelo težkih. Zato se pomoč in podpora učencu s težavami po potrebi stopnjuje. Najprej je otroku ponujena pomoč učitelja, nato svetovalne službe, dodatne individualne in skupinske pomoči, pomoč zunanje strokovne ustanove in nazadnje usmerjanje v izobraževalni program s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo po Zakonu o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami – ZUOPP - 1 (Ur. l. RS, št. 58/2011). Otroku se lahko prilagodi organizacija, način preverjanja in ocenjevanja znanja, napredovanje, časovna razporeditev pouka in zagotovitev dodatne strokovne pomoči (Strong in Flanagan 2011, 236 – 239; Žunko Vogrinc 2011, 35 - 39).

Največji vpliv na uspešnost otroka ima ravno učitelj, ki je dan za dnem z njim. Zato je v interesu tako otroka, kot starša, da se najde dobrega učitelja, ki bo otroku nudil najboljše možno učno okolje; priznaval AD/HD kot resnično motnjo; je poučen o motnji oziroma se je pripravljen o njej poučiti; je potrpežljiv; uporablja multisenzorne (barve, oblike, učni pripomočki) učne strategije; razume vašega otroka; po potrebi prilagodi naloge; spodbuja otrokovo organiziranost; napravi pouk zanimiv; krepi otrokovo samozavest; odstrani motnje v okolici; navodila daje jasno in razločno in je vedno v kontaktu s starši (Strong in Flanagan 2011, 245 – 249; Žunko Vogrinc 2011, 40 – 44).

Veliko otrok s to motnjo ima težave z vključevanjem v družbo, pri čemer gre velikokrat za prevlado nad vrstniki, ne znajo prenesti poraza, vso pozornost želijo pritegniti nase, vdirajo v zasebne prostore drugih, vtikajo se v pogovor, napačno si razlagajo besede ali dejanja drugih. Vseh socialnih spretnosti se lahko otrok nauči s pomočjo učiteljev, psihologov ali socialnih delavcev. Otrok se nauči, kako je treba shajati z drugimi ljudmi in bolje razume družbena pravila (Strong in Flanagan 2011, 254 – 255).

Mnogi starši teh otrok zmotno ocenjujejo vzroke otrokovih šolskih težav. Najpogostejše so izjave: otrokova težava je posledica slabe vzgoje in

neustreznega ravnanja staršev; otrok je nemiren, neroden, neubogljiv, ker je »žleht«; otrok ima slabe ocene pri predmetih in vedenju, ker ga ima »učitelj na piki« ... (Mikuš – Kos 1990, 12).

Starši lažje prepoznajo težave pri svoji hčerki kot pa njen vzgojitelj, učitelj, saj jo le ta primerja z njenimi sošolci, med katerimi je polovica fantov in zaradi te primerjave dostikrat spregledajo pomembne znake. Starši na primer svojo hči primerjajo z drugimi deklicami v okolici in motnjo prej ugotovijo. Caralee Adams (2014) navaja nekaj tipičnih znakov pri pouku:

Neprestano govorjenje – deklica neprestano govori, ne želi biti nesramna, a moti pouk z neumestnimi komentarji. Deklica med poukom dostikrat impulzivno odreagira in svoj nemir pokaže verbalno, medtem ko fantje z motnjo AD/HD odreagirajo drugače, na primer hodijo in tekajo po razredu.

Kaj lahko storite? Učenca s to motnjo postavite blizu učitelja, naj ne sedi blizu drugih klepetavih sošolcev, med poukom naj ima krajše odmore, ki so namenjeni debatiranju o snovi s sošolci, da se preusmeri njena/njegova energija in je čim več zaposlen/a, na primer z deljenjem delovnih listov itd.

Težave s prijatelji – oseba s to motnjo je v družbi odrinjena, težje naveže stik s prijatelji zaradi svoje gospodovalnosti in motečnosti. Če dekleta ne dobijo pozornosti, svojo stisko pokažejo velikokrat z agresijo, verbalizirajo ali udarjajo, medtem ko fantje navežejo stike preko iger.

Kaj lahko storite? Dekleta z AD/HD motnjo potrebujejo veliko pomoči pri navezovanju stikov med vrstniki, zato bodite potrpežljivi z njo. Spodbujajte tako njo, kot razred k potrpežljivosti, k idilični harmoniji, poučujte tako njo kot sošolce kako se pridružijo skupni igri in kako ji dati kljub neuspehu kompliment.

Nepozornost – otroci težko ostanejo zbrani med poslušanjem učitelja. »Delajo« se, da poslušajo, v resnici pa odtavajo z mislimi, se igrajo s šolskimi predmeti (svinčnik, radirka) in pogosto odreagirajo s stavkom, da ničesar ne razumejo.

Kaj lahko storite? Poskusite manipulirati z otrokom tako, da ga vključite v vaše predavanje, ali pa predavanja skrajšajte na več delov. Pri tem pa seveda ne

pozabite na ostale učence. Pozornosti ne posvečajte v celoti samo osebi z motnjo, temveč vsem. Lahko si za priklic pozornosti z učencem izbereta »besedo«, katero uporabite vedno, ko le ta odtava daleč proč.

Izjemen nered – otroci imajo veliko organizacijskih težav. Težave z organiziranostjo na mizi ali v nahrbtniku predstavlja veliko težavo. Ne najdejo potrebščin, delovnih listov, domače naloge so napol narejene.

Kaj lahko storite? Prvi korak je, da zmanjšate število delovnih papirjev, ki jih je potrebno nalepiti v zvezek doma. Posredovanje jasnih, razumljivih navodil, pomoč pri organiziranosti na mizi (kaj je potrebno pri določenem predmetu), obvezna uvedba beležke za domače naloge in nedokončane obveznosti ali pomoč staršem preko spleta (kjer so potrebne naloge in navodila).

Nedokončano delo – učitelji vedno ne vedo, koliko se učenec z motnjo AD/HD bori do konca naloge, ne dokonča testa ali pa mu zmanjka časa, ne prepiše snovi s table ...

Kaj lahko storite? Pomagajte razčleniti delo v manjše naloge, jih obarvajte z njemu ljubo barvo, priporočljivo je, da mu pustite opravljati naloge in teste »prej in potem«.

Čustvenost – oseba se ob najmanjšem očitku ali zaradi nepomembne stvari razpoči v jok, bes. Takšni otroci težko nadzorujejo svoja čustva, so ranljiv in preko malih incidentov dobijo takoj solzne oči.

Kaj lahko storite? Takšni osebi pomagajte do občutka pomembnosti člana v razredu, naj se počuti uspešno, pohvalite jo/ga, saj ji to dosti pomeni, uporabljajte sprostivne tehnike (dihanje, pozitivno razmišljanje, štetje).

»No povej, ali mi lahko poveš, koliko je 7 in 5?« Začudeno in jezno je gledala Pika učiteljico. Potlej reče: 'Če pa tega sama ne veš, nikar ne misli, da ti bom jaz povedala'« (Lindgren 2001, 35).

Večina opozorilnih znakov AD/HD je opazna že v zgodnjem otroštvu, se pa največ nemirnih otrok odkrije prav po prihodu v šolo, saj morajo le ti slediti

ustaljenim normam in pravilom, ki veljajo v šolskem sistemu, zato se učitelji kaj hitro začnejo pritoževati, da naj starši za otroka poiščejo ustrezno pomoč.

»Pri učencih s posebnimi potrebami, ne glede na njihove primanjkljaje in motnje, vedno velja le eno zlato pravilo: »Najboljše metode in najboljše prilagoditve izhajajo iz otroka samega!« (Kesič Dimic 2008, 38). To ne pomeni, da otrok pove kaj želi, ampak ga preko učnih procesov opazujete. Kolikor je različnih otrok, toliko je različnih metod zanje.

Katarina Kesič Dimic (2008a, 38 – 41) v svoji knjigi *Ali deklice hitijo drugače* opiše na primeru opazovanja metode, ki lahko pomagajo na poti k boljšemu uspehu. Z *glasbeno stimulacijo* lahko med vodenjem učnega procesa pripomoremo, da se oseba sprosti in usmeri pozornost na poslušanje. *Konkretna razlaga* je učinkovita z abstrakcijo, saj je za osebo z motnjo AD/HD predstavljena tukaj in zdaj na oprijemljiv način. Z jasnim *strukturiranjem snovi* (na določenem primeru) otrok lažje ugotovi sistem reševanja. *Časovne sheme, načrti* so v pomoč skozi celo leto. S pomočjo koledarja in urnika ne pride do pozabe in zmede. Sprva ga vodi odrasla oseba, kasneje pa oseba s to motnjo zaradi potrebe po organiziranosti. Potrebna je tudi dobra *organizacija delovnega prostora in zvezka* z nenehnim opominjanjem, ki postane otroku rutina. Otroci potrebujejo tudi *organizacijo s časom*, saj zaradi slabega občutka za čas rešujejo naloge dalj časa kot je to potrebno. Otroci si lahko tudi z *opomniki* pomaga tako, da si nalogo napiše na roko, saj naloge napisane na lističih prehitro izgubi. Otroku postavljamo tudi *jasne meje* pri stvareh za katere vemo, da jih lahko stori. *Predvidimo* tudi vsak dogovor, ki bi lahko zmedel otroka (na primer sprememba urnika). Z raznimi barvami za lažje reševanje in razumevanje *prilagodimo domače naloge*. Za pisanje *spisov* je priporočljivo, da naslov izve vnaprej, zaradi uhajanja in preskakovanja misli. Tako si lahko vsaj okvirno sestavi miselni tok in se osredotoči na vsebino. Otroci so pogosto prestrašeni in potrebujejo učenje načinov s katerimi se znajo *postaviti sami zase* ali pa kaj vprašati pred razredom. Dogovorimo se za predmet (na primer modra barvica), ki je *znak za prenehanje govorjenja*. Z *igranjem socialnih situacij* oseba sama prepozna način in rešitev za boljšo reakcijo. *Pohvala* za

dober odgovor ali idejo, da osebi z motnjo AD/HD dodaten zagon. Osebi omogočimo čim več sprostitev dejavnosti, dajemo ji občutek zaupanja in spodbujamo k odkritem odnosu s starši, ki je temelj uspešnega dela.

Najboljše rezultate pri pomoči učencem z motnjo AD/HD daje kombinacija različnih intervencijskih metod, ki jih izvajajo tako učitelji, strokovni delavci in starši. Gre za intervencije kot so: učiteljeva pozitivna pozornost (pohvala mora biti pri učencih z motnjo pogostejša in močnejša kot pri drugih); konkretna nagrada (na primer z zlatimi žetoni za primerno vedenje); ignoriranje (ignoriranje neprimernega vedenja je lahko zelo učinkovito, saj občutno zmanjša motečnost in poveča primarno vedenje, ni pa nujno); verbalna graja (je ne le učinkovita, temveč izredno potrebna, saj celo bolj učinkuje kot pohvala; razumna graja, ki je takojšnja, je podkrepljena z izgubo privilegijev); cena odgovora (vsakič, ko otrok ni delal, je izgubil eno točko in posledično minuto odmora, kar je želeno vedenje bistveno izboljšalo, prav tako učni uspeh); začasna izločitev učenca (v primeru neprimernega in agresivnega vedenja ima time – out pozitiven učinek); kognitivno – vedenjska terapija (gre za samonadzor in samonagrajevanje otroka); zdravljenje z zdravili (psihostimulansi imajo pozitivne učinke na pozornost, hiperaktivnost, motorično – vizualne sposobnosti in celo na agresivnost); kombiniranje vedenjske in medikamentozne terapije (kombinacija obeh je veliko bolj učinkovita kot vsaka zase); pomoč staršev (je izrednega pomena, saj ko starši ukrepajo glede na vsebino poročila lahko ob pozitivnem odgovoru na primer otroku dovolijo dodatno gledanje televizije) (Žagar 2012, 89 – 93).

7. OPREDELITEV PROBLEMA RAZISKAVE IN UTEMELJITEV METODE RAZISKOVANJA

7.1 Raziskovalni problem

V Sloveniji se je o otrocih s hiperkinetično motnjo začelo govoriti leta 1970. Leto kasneje sta prva o njej govorila Mikuš – Kosova in Svetina (Žunko Vogrinc 2011, 11), ki sta poleg hiperkinetike otrokom pripisovala tudi minimalno cerebralno disfunkcijo. Pravita, da so to normalno bistri otroci, ki pa imajo težave zaradi blažjih možganskih delovanj. Danes so učenci s težavami na področju pozornosti in hiperaktivnosti obravnavani v sklopu skupine učencev s primanjkljaji na posameznih področjih učenja ali kot dolgotrajno bolni otroci.

Raziskave, ki so bile narejene do 2005, so pokazale, da je kar 63,3 odstotkov strokovnih delavcev na slovenskih šolah prištevalo učence z AD/HD med učence s primanjkljaji na posameznih področjih učenja. Sem jih uvrščajo zaradi težav v socialni integraciji, zaradi vedenjskih problematik, slabše razvitih socialnih veščin in psihomotoričnega nemira (Magajna 2005).

Otroci s to motnjo imajo že v samem zgodnjem otroštvu posebnosti v vedenju, kot so: razdraženost, jokavost, motnje spanja in hranjenja, impulzivnost, pretirana nemirnost, neposlušnost, kratkotrajna pozornost, upočasnjena motorika, problemi z disleksijo, dispraksijo, diskalkulijo, predvsem pa so »nagnjeni« k razmetavanju stvari.

Raziskave po letu 1990 utemeljujejo 5 odstotkov otrok s težavami na področju pozornosti in hiperaktivnosti; od 20 do 80 odstotkov pa z blažjimi težavami na področju pozornosti in zbranosti. Tudi v Sloveniji je bilo od leta 1971 10 odstotkov otrok z minimalno cerebralno disfunkcijo (Žunko Vogrinc 2009).

V Nemčiji so raziskave pokazale skoraj do 6 odstotkov otrok, ki so v starosti od šest do deset let prepoznani kot otroci s težavami na področju pozornosti s

hiperaktivnostjo, otrok z lažjimi težavami na področju pozornosti in s hiperaktivnostjo pa naj bi bilo kar 25 odstotkov. Od tega naj bi razmerje med spoloma bilo 1:2 za deklice proti dečkom. Tudi na Švedskem so razmerja podobna, le da so se tam ukvarjali predvsem z načini izobraževanja teh otrok. Največ pozornosti so namenili dečkom, katerih motnja hiperaktivnosti in impulzivnosti je prevladovala pred težavami s pozornostjo (Lloyd, Stead in Choen 2006).

V ZDA je po raziskavah Browna (2007) bilo skoraj 8 odstotkov otrok z diagnosticirano motnjo AD/HD, od tega skoraj 10 odstotkov za dečke in 4 odstotke za ženske, čeprav razlike med spoloma niso dokazane, zaradi redke vključenosti v postopek diagnosticiranja (Biederman et al. 2003).

Inkluzivno šolanje otrok na področju pozornosti s hiperaktivnostjo je učinkovito le, če se pomoč otrok s tem težavami izvaja v razredu, če je učni program usmerjen v vse učence, če se oblike in metode dela prilagajajo vsem učencem, če se upoštevajo različni stili učiteljev, tako da lahko učno snov razumejo vsi in se učijo po svojih učnih stilih. Uspešnost inkluzivnega šolanja otrok je v veliki meri odvisna od sposobnosti učiteljev in staršev, od ocenjevalnih lestvic in od učne učinkovitosti otrok pri branju in računanju. Tudi v Sloveniji bi moral razvoj inkluzije temeljiti na primerih dobre prakse vzgoje in izobraževanja otrok s posebnimi potrebami ter raziskovalnih ugotovitvah. Moljkova (2007) preko primera svoje prakse poudarja sistematičen in dosleden pristop, sposobnost sprejemanja drugačnosti in pozitivni zgled, pri sami organizaciji pouka pa je pomembno, da zagotovimo dovolj gibanja in sprostitev za otroke z AD/HD motnjo, saj je pomembnost načela individualizacije in notranje diferenciacije pri pouku še kako pomembno (Žunko Vogrinc 2011, 30 – 31).

AD/HD dandanes ni več takšna »tabu« tema, kot je bila nekoč, saj se o njej precej govori. Velikokrat slišimo starše, učitelje, sorodnike: »*Tale vaš/naš otrok je gotovo hiperaktiven!*« Današnji čas in slog življenja res silita v hitrost, kar pa ne pomeni, da so zato otroci hiperaktivni. Danes živijo v popolnoma drugačnem svetu, kot so odraščali njihovi starši in generacije pred njimi. V okolju je mnogo stimulansov, ki še bolj spodbujajo otrokovo hiperaktivnost. Otroci z AD/HD motnjo so z najbolj motečim vedenjem pogosto najbolj fascinantni, znanja željni

in globoki misleci, pogosto pa jih prehitro ocenimo ali celo preziramo. Starši teh otrok se velikokrat počutijo nemočne, saj okolica nenehno pritiska nanje; bodisi verbalno, bodisi z očitajočimi pogledi, o njihovi vzgoji. Stiska, obup, izjemna žalost, depresija so nenehni spremljevalci teh staršev, saj bi otroku na vsak način radi pomagali k izboljšanju njihovega razvoja. Ti otroci, pa kljub svoji navihanosti, nezbranosti, s pretirano energijo oddajajo mnogo pozitivnih lastnosti kot so: srčnost, odkritost, nezamerljivost, trdoživost, spontanost, sočutje, radi kramljajo, imajo občutek za pravičnost, spontanost, vedno pokažejo nov zorni kot in se bojujejo za svoj prav (Kesič Dimić 2010, 55 – 59).

V raziskovalnem delu magistrskega dela se bomo osredotočili na starše otrok, ki imajo otroka z omenjeno motnjo. Poskušali bomo odkriti, ali obstajajo bistvene značilnosti doživljanja staršev, ki so skupna ostalim soudeležencem, ki se srečujejo z otrokom z motnjo AD/HD; s kakšnimi strahovi se srečujejo starši; kje se pojavljajo kritični trenutki in kako se z njimi spopadajo ...

7.2 Raziskovalna vprašanja

Tekom teoretičnega raziskovanja področja motnje pozornosti in hiperaktivnosti (AD/HD) za namene magistrskega dela, nismo zasledili nobene raziskave, ki bi se dotikala doživljanja staršev, ki imajo otroka z motnjo AD/HD. Zato je osnovni namen naše raziskave bil ugotoviti, kako starši doživljajo otrokovo motnjo. Pri tem nam je bil v veliko pomoč intervju Marinke Bečela (2011, 51 – 54) s staršema, ki imata otroka z motnjo nemirnosti in nepozornosti. V samem intervjuju se je osredotočila na vzgojo otroka; katere intervencije pri vzgoji so najbolj učinkovite; kaj konkretno počneta starša v praksi; katere starševske reakcije so neučinkovite. Predstavljena vprašanja lahko služijo kot pomoč pri orientaciji in oblikovanju vprašanj tekom intervjuja. Za namen naše raziskave smo določili dva glavna raziskovalna vprašanja:

1. Kakšno je doživljanje staršev otrok z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti?
2. Kakšna je percepcija motnje AD/HD glede na širšo okolico?

Znotraj prvega vprašanja smo se osredotočili v tri glavne sklope. V prvem sklopu se vprašanja nanašajo na starševsko predznanje o motnji, njihova počutja ob diagnosticirani bolezni otroka, vpliv motnje na starše ...; v drugem sklopu se vprašanja navezujejo na doživljanje otrokovih potreb, neučinkovite reakcije pri vzgoji, doživljanje stisk in pozitivna področja pri otroku. V zadnjem tretjem sklopu prvega raziskovalnega vprašanja pa se bomo navezali na sam partnerski odnos, kako je motnja vplivala na oba starša, kdo prevzame vlogo »šefa« ob vedenjskem »izbruhu« otroka ...

Drugo raziskovalno vprašanje se nanaša na percepcijo motnje AD/HD glede na širšo okolico. Znotraj tega raziskovalnega vprašanja se bomo osredotočili na sklop vprašanj, ki zadevajo otrokove občutke v družbi, družini in institucijah v katerih se giblje, kje doživlja največjo stisko in kdo je odgovoren za njegovo sprejetost, socialnost.

Glavni cilj naše raziskave bo prispevati k boljšem razumevanju pojma o sami motnji in osvetliti koncept tudi z doživljajske perspektive staršev, ki jih avtorji do sedaj skoraj niso vključevali v raziskave.

V pomoč pri raziskavi nam bo tudi magistrsko delo Teje Bandel (2013). Avtorica je na podlagi pregleda znanstveno – raziskovalne literature predvidevala, da bo v družinah z otrokom z AD/HD oteženo medsebojno funkcioniranje. V raziskavo je vključila enainpetdeset družin z otrokom, ki imajo AD/HD motnjo, ter petdeset družin, v kateri noben otrok nima te motnje. S petimi vprašalniki, ki so merili značilnosti funkcioniranja družine, je prišla do statistično pomembnih razlik v nekaterih vidikih medosebnega funkcioniranja med ciljno in primerjalno skupino. Rezultati so pokazali, da se običajno z več težavami srečujejo družine, ki imajo otroka z AD/HD motnjo.

S poglobljenim poznavanjem doživljanja staršev otrok z motnjo AD/HD želimo prispevati tudi k oblikovanju pristopov pomoči staršem teh otrok, še zlasti pa podati izhodišča za psihoterapevtsko delo s starši otrok z motnjo AD/HD.

Pri analizi podatkov je bila uporabljena fenomenološka raziskovalna metoda. Gre za kvalitativno raziskovalno metodo, katere cilj je dojeti razumevanje dotične skupine, ki je predmet proučevanja. Raziskovalec ne more vnaprej določiti kategorije proučevanja, ampak jo raziskuje z vidika proučevanih oseb (Engel in Schutt 2005, 16).

V nadaljevanju se bomo nekoliko podrobneje dotaknili področja fenomenologije na splošno in fenomenologije v psihološkem raziskovanju.

7.3 Fenomenologija

Fenomenologija je preučevanje bistev in nanašanje problemov na dotično bistvo. Fenomenologija je tudi filozofija, ki vrača bista v bivanje in meni, da je človeka ter svet mogoče razumeti zgolj na njuno »dejstvenost«. Gre za transcendentalno filozofijo, ki trditve naravnega stališča postavlja v oklepaj z željo, da bi jih razumela pred refleksijo. Fenomenologija si ves čas prizadeva, da bi našla stik s svetom, saj gre pri tem za poskus neposrednega opisa našega izkustva, kakršno je, ne glede na njegov psihološki razvoj in ne glede na vzročne razlage, ki jih lahko podajo znanstveniki, psihologi in drugi. Dosežemo jo lahko le s fenomenološko metodo, saj pri njej gre za opise in ne za razlago ali morebitno analizo (Merleau – Ponty 2006, 9 – 10).

Fenomenologija doživljajev ima opraviti izključno z doživljaji v čisti bistveni splošnosti, ki jih je mogoče dojeti in analizirati v intuiciji. Dojeta bista in zveze temeljijo na bistvu, ki privede le te v deskriptivno metodo. Čista fenomenologija predstavlja področje nevtralnih preučevanj. Na eni strani služi psihologiji kot empirični znanosti, kjer v svojih postopkih analizira in opisuje predstave, sodobne in spoznavne doživljaje, ki jih empirično zapopade kot razrede realnih dogodkov. Na drugi strani pa fenomenologija odpira »izvore«, iz katerih izvirajo temeljni pojmi in zakoni čiste logike, h katerim se mora vrniti, da bi preskrbela jasnost in razločnost, ki je potrebna za spoznavno – kritično razumevanje. Cilj fenomenologije logičnih doživljajev je, da priskrbi potrebno široko deskriptivno

razumevanje psihičnih doživljajev in njihovih smislov, da bi dali vsem fundamentalnim pojmom trdne pomene, in sicer take, ki se pojasnijo z vrnitvijo na analitične preiskave (Merleau – Ponty 2006, 9 – 12).

Husserl svojo fenomenologijo opredeljuje kot splošno doktrino bistva, ki jo je videl v pojasnjevanju pojavnosti in danosti, pri čemer je enačil pojav s fenomenom. Po njemu je bila fenomenologija postopek, ki je težila k bistvu stvari, pri čemer ni bil samo cilj odkriti pojav, temveč tudi njegovo intuitivno dojemanje. Omenja subjektivno izkušnjo ljudi, ki predstavljajo njihovo naravno držo, s katero ljudje spoznavajo formo in vsebino lastne okolice. Za doživetje te izkušnje je nujno, da se oseba vzdrži vseh sojenj in predhodnih pričakovanj o doživljanju sveta, kar je mogoče doseči s fenomenološko redukcijo, ki pomeni trojno izključevanje. Prvič izključuje vso subjektivnost, ki jo raziskovalec morebiti vsiljuje na objekt; drugi korak je usmerjen na čisto danost pojava, ki ga je mogoče spoznati z izključevanjem vsakršnih teoretičnih nadgradenj in tretje izključevanje se veže na tradicijo, ki se drži samega opazovalnega pojava (Kogovšek 1998, 10 – 14).

Tudi Schutz (2004, 110 – 120) je svoj fenomenološki pristop gradil iz stališča vsakdanjega življenja. Pri tem pa je opozoril na pomembno razliko med naravoslovnimi in družboslovnimi vedami. V naravoslovju je predmet proučevanja na primer molekula, ki nima sposobnosti pripisovanja pomena posameznem dogodku ali okolju; v družboslovni znanosti pa so predmet proučevanja ljudje, ki lahko pripisujejo pomen raznim življenjskim dogodkom. Raziskovalec se mora znotraj te znanosti vprašati, kaj se dogaja s posameznikovo zavestjo, ki je povzročila raziskovan pojav, uporablja kognicijo s katero opazuje dotičen pojav. Pomembno je zavedanje, da je znanstveno delovanje bistveno drugačno od »blage« interpretacije, saj se veže na določene zakonitosti, ki veljajo za znanstveno interpretacijo in razumevanje. Ljudje si interpretirajo okolje po svoje, po lastnih izkušnjah, prepričanjih in interesih, sebe pa pojmujejo kot središče v svetu. Opazovalec pa vidi ta svet drugače, kot opazovanega, kot objekt svojega opazovanja in ne kot svet, ki je središče človekovega mišljenja. Bistvo fenomenološkega pristopa je, dati se iz središča in nepristransko opazovati dotičen pojav.

7.4 Fenomenologija v psihološkem raziskovanju

Pojasnitve temeljnih pojmov imajo svoj naravni vzrok v izrednih težavah stroge fenomenološke analize, pa naj gre za imanentno analizo doživljanjev, ali pa doživljanje v empirično – psihološki naravnosti. Psihologi se ukvarjajo z napačnim zoperstavljanjem notranjega in zunanjega zaznavanja. Izvor težav leži v protinaravni smeri zrenja in mišljenja, ki ju zahteva fenomenološka analiza. Namesto, da se usmerjamo k izvrševanju mnoštva med seboj povezanih aktov, raje izvajamo iz tega posledice in podobno. Usposobljenosti za raziskovanje ni lahko doseči in je tudi ni mogoče nadomestiti z nobeno drugo metodo. Odločno delo raziskovalca, ki se zaveda cilja in je povsem predan stvari, bo v celoti razrešil najvažnejša vprašanja tega področja, ki se nanašajo na njegovo osnovno sestavo. Gre za krog dosegljivih fundamentalnih odkritij, ki jim lahko manjka neposredno oprijemljiva koristnost za praktično življenje ali za zahtevo višjih potreb udobja; manjka jim tudi imponirajoči aparat eksperimentalne metodike, s katerim si je eksperimentalna psihologija priborila zaupanje in mnogo sodelavcev (Husserl 2006, 14 – 16).

Fenomenološko psihološki pristop ima svoje specifičnosti fenomenološkega psihološkega pristopa. Značilnosti, ki jih je opredelil Maurice Merleau – Ponty (2004) pa si sledijo tako:

Prva značilnost je uporaba preprostih opisov doživljanja, saj raziskovanje ne sme vsebovati razlag ali analiz, temveč jim mora raziskovalec slediti s preprostim opisom lastnega doživljanja. Udeleženci so tisti, ki opisujejo lastna doživljanja ob določenem pojavu ali izkušnji (Merleau – Ponty 2004, 10 – 12). V sami redukciji morajo biti opisi doživetij predstavljeni na nevtralen način, kar pomeni, da morajo doživetja biti predstavljena tako, kakor da je raziskovalec zunanji opazovalec lastnih doživetij (49). Tretja značilnost, ki jo Merleau – Ponty opiše, je iskanje glavnih struktur znotraj določenega izkustva, ki se razkrijejo preko procesa miselnih variacij, za katere je univerzalnost njihov bistven pomen (50 – 51). Četrta značilnost fenomenološko psihološkega pristopa pa je intencionalnost, ki pomeni značilnost raziskovalčeve zavesti (25 – 33). Fenomenološka metoda upošteva to značilnost in jo razširi še na vedenje, ki je

usmerjeno v nekaj in se vedno veže na določeno situacijo. Pomembna značilnost same metode pa je tudi odnos med raziskovalcem in udeležencem raziskave, saj sta oba obravnavana kot enako pomembna za raziskovalni proces, saj vplivata tako drug na drugega, kot na sam proces raziskave (76 – 79).

Fenomenološko psihološka metoda želi čim bolj natančno opredeliti natančen opis doživljanja, pri čemer nas do tega pripelje možnost opisa konkretne situacije, v našem primeru doživljanja staršev otroka z motnjo AD/HD. Udeležencev ne bomo o doživljanjih spraševali na splošno, ker bi to lahko vplivalo na težave pri priklicu vseh značilnosti doživljanja, temveč se bomo osredotočili na doživljanje ob konkretni situaciji. Fenomenološka psihologija se poskuša v raziskovanju čim bolj distancirati od stališč in predpostavk, ki jih imamo v raziskovalnem pojavu. Zato pri samem raziskovanju ni postavljanja hipotez in predvidevanj rezultatov (Tančič Grum 2011, 81 – 82).

Kvalitativno raziskovanje pri analiziranju samih podatkov poudarja besede, saj gre za interpretativen in induktiven raziskovalni pristop. Bistvo tega je videti svet skozi oči udeležencev, upoštevanje konteksta, poudarek na samem procesu ter prožnost pri oblikovanju rezultatov proučevanega procesa. Poudarek na razumevanju konteksta je bistven za raziskovalce, saj ne morejo razumeti v naprej vedenja proučevane osebe, če ne upoštevajo konteksta specifičnih situacij, v okviru katerega je vedenje nastalo (Bryman 2004, 266; 280 – 281). Tudi udeleženci, ki imajo otroka z motnjo AD/HD spadajo v proučevano skupino, ki jo je težje pridobiti, saj gre na področju te teme za delikatna vprašanja, ki so osebna in velikokrat označena kot »tabu«.

8. METODA

8.1 Udeleženci

Udeleženci, ki so bili vključeni v raziskavo, so morali izpolnjevati dva pogoja oziroma kriterija. Glavni kriterij za vključitev udeležencev v raziskavo je bil, da so starši otroka z diagnosticirano motnjo AD/HD.

Naslednji pogoj, ki je bil prav tako pomemben za našo fenomenološko psihološko raziskavo, je bila sposobnost udeležencev, da se jasno izražajo pri opisovanju lastnih čustvenih doživljanj. Za natančnejši kriterij te sposobnosti smo se opirali na opredelitev ki navaja pet odločilnih veščin. Te so: zmožnost tekočega jezikovnega izražanja; zmožnost začutiti in izraziti lastne občutke in čustva brez sramu in zadržkov; zmožnost začutiti in izraziti telesne občutke, ki spremljajo ta čustva; spontano zanimanje za lastno doživljanje; zmožnost natančnega govornega ali pisnega opisa lastnega doživljanja (Tančič Grum 2011, 83 – 84).

Sposobnost udeležencev smo predhodno preverili tako, da smo z njimi opravili krajši pogovor, kjer smo jih prosili, naj nam čustveno opišejo poljubno izbran dogodek »izpada«, ki ga doživi njihov otrok z motnjo AD/HD. Na ta način smo preverili, ali oseba tekoče in jasno govori, se natančno izraža in prepozna svoja doživljanja ter jih s pravilnimi izrazi tudi opiše. Vse udeleženske, ki so bile na koncu vključene v intervjuje, so bile sposobne jasno izraziti svoja doživljanja.

V raziskavo je bilo vključenih šest oseb, ki so bile ženskega spola. Povprečna starost udeleženk je bila 42,8 let. Najmlajša udeleženka je bila stara 39 let, najstarejša pa 51 let. Vse udeleženske so imele otroka z diagnosticirano motnjo pozornosti in hiperaktivnosti. Tri udeleženske, ki so sodelovale v raziskavi so živele v izvenzakonski skupnosti, dve v zakonski skupnosti, ena pa je živela sama z otrokom. Povprečna starost njihovih otrok je bila 9,3 leta. Najmlajši je štel 8 let, najstarejši pa 12 let. Vsi otroci sodelujočih mater v intervjujih so bili moškega spola.

8.2 Pripomočki

Intervjuje smo s predhodnim strinjanjem udeleženk snemali z avdio napravo (diktafon).

Za pridobitev okvirnih informacij, ki so pomembne za razumevanje celostne slike, smo sestavili demografska vprašanja, ki so zajemala podatke o otroku (spol in starost), o motnji (kdaj se je pojavila in kako dolgo je prisotna), ter o staršu (spol, starost in zakonski stan starša).

Drugi del intervjuja je vseboval polstrukturirana vprašanja, ki smo jih oblikovali na podlagi lastnih raziskovalnih interesov, pregledanih teoretičnih izhodišč in pregledanih sekundarnih virov.

Znotraj prvega raziskovalnega vprašanja (Kakšno je doživljanje staršev otrok z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti?) smo se osredotočili na tri glavne sklope. Najprej smo se osredotočili na zaznavanje motnje, ki zadeva samega starša in znotraj tega postavili sledeča okvirna vprašanja:

- Kdo vas je opozoril, da so z vašim otrokom problemi?
- Koliko ste imeli predznanja o sami motnji?
- Kako ste se počutili, ko ste izvedeli, da ima vaš otrok motnjo AD/HD?
- Kako je motnja vplivala na vas?
- Kakšno pomoč priskrbite sebi, kdo vam pri tem pomaga, kdo vam je najbolj v oporo?

Naslednji sklop vprašanj se je nanašal zgolj na povezavo med staršem in njegovim otrokom. V sklopu dela tega smo postavljali naslednja vprašanja:

- Kako reagirate na otrokove težave – potrebe?
- Katere vaše reakcije se pokažejo kot neučinkovite?
- Kje doživljate največjo stisko in kakšna je ta stiska?
- Katera področja pri otroku bi lahko opisali kot pozitivna?
- Ali prakticirate strukturirano vzgojo in kakšen vpliv ima le ta na otroka?

- Kako je otrokovo vedenje povezano s pravili družinskega življenja; jih upošteva; kakšne so sankcije; kakšno vzdušje vlada takrat v družini?

V zadnjem, tretjem sklopu prvega raziskovalnega vprašanja smo se osredotočili na povezavo med staršema, torej partner s partnerjem. V sklopu tega pa smo postavljali naslednja vprašanja:

- Kako je motnja vplivala na vajin odnos; vaju je zbližala ali morebiti oddaljila?
- Kako poteka umirjanje »neobvladljive« situacije in do kakšnih zaključkov ste prišli; kdo prevzame vlogo »šefa« oziroma kdo je zaslužen za razrešitev nastalega problema?
- Kako je otrokovo funkcioniranje povezano z vajino prepoznavno starševsko močjo?
- Kako si delita vloge/ naloge s partnerjem, ko nastane problem pri otroku?

Drugo raziskovalno vprašanje se nanaša na percepcijo motnje AD/HD glede na širšo okolico (Kakšna je percepcija motnje AD/HD na širšo okolico?). Znotraj tega raziskovalnega vprašanja smo se osredotočili na naslednji sklop vprašanj:

- Kako se po vašem mnenju počuti vaš otrok v skupini, razredu, s sovrstniki; kako zgleda običajen družinski obisk?
- Kdo je odgovoren za otrokovo sprejetost; kakšen je njegov socialni položaj?
- Ali doživljate stisko in kakšna je ta stiska, ko se z otrokom nekje pojavite?

V zaključnem delu, pa smo želeli od intervjuvancev izvedeti še, kaj si na splošno mislijo o motnji, ki zadeva njihovega otroka. To smo naredili na način, da so si intervjuvane predstavljale motnjo AD/HD kot »človeka«. Poskušale so jo opisati v spolu, starosti, značaju, kaj počne v življenju, kako se oblači, s čim se prehranjuje, kdo jih spominja na to motnjo ...

8.3 Postopek

Udeleženci so bili povabljeni k sodelovanju v raziskavi s pomočjo virtualnih sredstev in preko Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše v Mariboru, kjer smo dogovorne s samim področjem raziskovanja seznanili jeseni 2014. Ker nas je pri izbiri teme naloge zanimalo doživljanje staršev, ki imajo otroka z AD/HD motnjo, smo želeli raziskovanje omejiti zgolj na starše, ki imajo te izkušnje. Zato smo k sodelovanju povabili le starše otrok z diagnosticirano motnjo pozornosti in hiperaktivnosti (*priloga 1*). Z dovoljenjem Alenke Sršen Fras smo se osebno odpravili v Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše v Mariboru. V skupini za starše otrok z AD/HD motnjo smo predstavili naš namen raziskave in prosili za pomoč pri sodelovanju. Sprva je bilo navdušenje v raziskavi s strani udeležencev zelo veliko, nato pa so se za sodelovanje v raziskavi odločili zgolj trije, kar pa za naše namene raziskovanja ni bilo dovolj. Po ponovnem pozivu in prošnji k sodelovanju se je odzvalo zadostno število staršev. Nekaj udeležencev za raziskavo smo pridobili tudi preko interneta, kjer smo preko forumov in preko Facebook strani prišli do oseb, ki so bile pripravljene sodelovati. Intervjuji so bili opravljeni z dvanajstimi osebami. Za namene naše raziskave pa smo jih na koncu za obdelavo izbrali šest, saj smo menili, da je to dovolj veliko število za primerno analizo, izbrali pa smo jih glede na to, kako eksplicitno in natančno so opisali svoje doživljanje.

Zaradi varovanja osebno zaupnih informacij so sogovorniki želeli popolno anonimizacijo identifikacijskih podatkov, kar smo v celoti spoštovali in po potrebi prekrili podatke. Prepisi intervjujev ne smejo biti javno objavljeni, so pa na vpogled pri avtorici pričujočega dela.

Zbrane podatke smo zbrali in obdelali po fenomenološko psihološki metodi, ki jo sestavljajo tri faze (Polkingorne 1989, 46 – 56):

- zbiranje opisov doživljanja,
- analiza opisov doživljanja in
- oblikovanje glavne/ splošne strukture raziskovanega doživljanja.

8.3.1 Zbiranje opisov doživljanja

Najpogostejša načina za zbiranje opisov doživljanja v fenomenološko psihološki metodi sta pridobitev opisa doživljanja, ki jih raziskovalec pridobi v pisni obliki udeleženca, ali pa raziskovalec opravi z udeleženci fenomenološki intervju. Slabost pisne oblike je, da udeleženec običajno težje ostaja v svoji izkušnji, saj pisanje spodbuja refleksivno držo (Mahen 2007, 67). Sodelovanje preko intervjuja pa udeleženca približa lastnemu doživljanju, njegovi izkušnji in mu razširi tako njegovo zavedanje kot razumevanje. Prednosti intervjuja so tudi, da lahko udeležencu prilagodimo vprašanja in se na ta način strukturiran intervju prilagodi v polstrukturiranega. Vprašanja so v naprej zastavljena samo okvirno, saj se intervju odziva na pripovedovanje udeleženca, prav tako pa se mu prilagaja tudi sam potek intervjuja. Fenomenološki intervju zato tudi pri raziskovanju istega doživljanja ne poteka pri vseh udeležencih enako. Raziskovalec preko pogovora spodbuja udeleženca, da z njim deli njegov doživljajski svet (Radanović in Kordeš 2009, 26), pri tem pa mora vzdrževati držo brez pričakovanj in predvidevanj. Odprt mora biti za spontanost udeleženca, ga spodbujati k čim bolj konkretnim in natančnim opisom s čim manj posploševanji. Glavni cilj fenomenološkega intervjuja je pridobitev natančnega, občutljivega opisa izkustev udeleženca brez iskanja razlage ali vzrokov (Tančič Grum 2011, 86).

8.3.1.1 Aktivnosti pred izvedbo intervjujev

Za pomoč pri oblikovanju primernih vprašanj smo s pomočjo primarnih ter sekundarnih virov oblikovali okvirna vprašanja. Z intervjujem, ki smo ga opravili z gospo Adelo Klehar, pa smo prišli do poglobljenih in razširjenih vprašanj, ki so zajemala našo temo. Gospa Kelharjeva je namreč ena izmed prvih ustanovnih članov skupine, ki so se ukvarjali s pregledi šolskih novincev. Začetki segajo v leto 1965, kjer so s pomočjo strokovnjakov, ki so sodelovali pri preverjanju in s

pomočjo testov (Šalijev test²⁵, Benderjev test²⁶) preverjali zrelost otroka, tako mentalno kot kronološko zrelost. Otroke so v tistem obdobju delili na levičarje in desničarje. Ker se je takrat smatralo, da so levičarji v zaostanku tako pisnem, verbalnem, kot socialnem nivoju so jih povabili k sodelovanju in izboljšanju njihovih »hib«. Za takratni čas imenovani »obiski na domu«, so pripomogli k raziskavam otrokovega vedenja, tako doma kot izven doma. S tako imenovanimi »obiski« so opazovali tudi nemirnost in nepozornost otrok. Ni jim bil pomemben cilj, kako se otroka umiri, temveč dejanje, ki otroka zaposli, tisto dejanje, ki ga rad počne. Pustili so jih, da otrok sam raziskuje, ustvarja in da je pri tem umirjen, ustvarjalen in krepi svoj talent. Šolska praksa pa je težila k povsem drugim načelom kot ravno k tem, ki so jih ti strokovnjaki opazovali. Namen le teh je bil, da odkrijejo otrokovo uspešnost, odkriti njegov talent in ga pri tem ne ovirati, ga pustiti k razvijanju lastne vrednosti. Leta 1989 je gospa Kelharjeva vodila prvo šolo za starše, kjer so se učili »Gordonove komunikacije²⁷«. Skoraj desetletje kasneje pa so v program šole za starše uvedli novo psihologijo človekove svobode po Glasserju. Starši so se na srečanjih učili tako novih komunikacij z otrokom, kot novih tehnik poslušanja ter sporočanja.

²⁵ Šali pojma kot sta disgrafija in disortografija uporabljata kot sinonima in sorodna izraza za legastenijo – danes bolj poznano kot disleksija. Opredeli jo kot posebno motenost v učenju branja in pisanja, ki ima več pojavnih oblik. Lahko se pojavi kot eden izmed simptomov v sklopu hiperaktivnega sindroma – AD/HD, minimalne cerebralne disfunkcije – MCD ali kot motnja pozornosti in koncentracije – ADD (Šali 1975, 24 – 25).

²⁶ »Benderjev test« - gre za vizualno – motorično testiranje, ki ga je razvila Lauretta Bender. Preizkus se je uporabljal za vrednotenje vizualno – motorične zrelosti za pregled razvojnih motenj, saj so z njimi ocenili nevrološko funkcijo ali morebitno poškodbo možganov. Preizkus, ki traja od 7 – 10 minut, je sestavljen iz devetih kartic, na katerih je prikazana slika. Postopek zahteva, da se sliko preriše na prazen papir, rezultati pa dajo jasno sliko o otrokovi vizualno motorični sposobnosti (Wikipedia 2015, Bender Visual Motor Gestalt Test).

²⁷ Gordonova tehnika je način za ustvarjanje idej in sprejemanje odločitev. Tesno je povezana s tehniko možganske nevihte, zato ljudje pogosto mislijo, da je variacija te znane metode. Poglavitna razlika je ta, da moderator skupine točno pozna značaj problema, ki ga skupina obravnava - udeleženci pa ne. Šele, ko so udeleženci blizu zadovoljivi rešitvi, vodja skupine začne skupinsko debato in predstavi pravo situacijo (Iforest, 2015, Gordonova tehnika).

Vzgoja je povsod najzahtevnejša stvar, tako petdeset let nazaj, kot danes. Otroku je potrebno dovoliti, da je to kar je in da se nauči sožitja z drugimi. Vzgoja, ki je odnos, zahteva, da drugega sprejmeš v vsej svoji biti in da ga ne spreminjaš. Staršem pa je to mnogokrat težko dopovedati. V vzgoji nikoli ni enotnosti, in tudi če bi bila, je to največji »nesmisel«. Eden reče tako, drugi tako; en trenutek je takšen, drugi drugačen. Zdaj si na moji strani, zdaj na drugi. Seveda je to dobrodošlo za otroka, da v primeru, ko mu je najtežje, lahko pride do enega, kakor tudi do drugega starša, saj je na eni strani varno, na drugi pa žal sledijo sankcije.

Uporaba medikamentov, po mnenju gospe Kelharjeve, dela otrokom, ki imajo težave, veliko krivico in škodo, saj zdravila, kot so »Ritalin« in podobna, delujejo na možgane tako, da uničujejo otrokovo kreativnost. Zdravilo je le »orožje« za šolo in podobne institucije. Medicina v tem primeru ni popolnoma nič v podporo otroku, temveč samo učiteljem, staršem in strokovnjakom, ki so v stiku z otrokovo motnjo. Tudi sama prehrana ni tolikšna težava, kot je človekovo »nerazumevanje« in nezmožnost biti vztrajen pri »drugačnih« otrocih.

Pred izvedbo intervjujev smo pregledali literaturo, ki se navezuje na naše področje motnje AD/HD, vendar podrobnejših informacij o doživljanju staršev, ki imajo otroka s to diagnosticirano motnjo, nismo dobili. Tako smo na osnovi lastnega zanimanja o sami motnji in koristnih iztočnic intervjuja Marinke Bečela, prišli do vprašanj, ki so nas vodila skozi intervju.

Na podlagi predhodnih dejavnosti in preučene literature smo sestavili okvirna vprašanja, ki so navedena v poglavju 8.2.

Udeleženke smo k samem sodelovanju povabili z dopisom, ki smo jim ga osebno vročili, ali poslali po pošti ali elektronski pošti. V njem smo na kratko predstavili namen naše raziskovalne naloge. S prošnjo pozitivnega odziva, smo jih povabili k sodelovanju. Udeleženke, ki so bile pripravljene na sodelovanje, so se same odzvale povabilu preko e – pošte ali osebne številke avtorice, ki jo je navedla v samem dopisu. Osebe, ki so se javile za intervju smo kontaktirali nazaj preko e – pošte in se dogovorili za termin našega srečanja. Opisali smo jim postopek našega intervjuja, trajanje, namen in cilje našega raziskovanja.

Večini intervjuvank smo morali vnaprej poslati okvirna vprašanja za lažjo odločitev pri sodelovanju. Vsem udeleženkam smo povedali, da bi intervjuje, za lažje razumevanje in čim boljšo empatično držo samega izpraševalca, posneli z audio napravo, torej diktafonom, pri čemer smo poudarili, da bo identiteta vseh intervjuvancev povsem zavarovana, prav tako pa lahko kadarkoli med samim intervjujem sodelovanje prekinejo.

Poslani ali osebno vročeni dopis se nahaja v prilogi (priloga 1).

8.3.1.2 Izvedba intervjujev

Intervjuje smo s posamezniki opravljali med novembrom in decembrom 2014 v primernih prostorih na mirni lokaciji. Pred vsakim intervjujem smo pridobili tudi informirano ustno soglasje, s katerim so udeleženske izjavile, da so na vsa vprašanja glede raziskave dobile odgovore, da zavestno in svobodno sodelujejo v raziskavi, ter da so bile o namenu, načrtih in metodah primerno in na razumljiv način poučene; prav tako so raziskovalki dale dovoljenje za uporabo zvočnih posnetkov, nastalih v času intervjuja in potrdile, da so bile seznanjene, da zaradi raziskave ne bodo deležne nobenih neprijetnosti ali tveganja ter, da so bile seznanjene, da lahko med raziskavo od nje kadarkoli odstopijo.

Najkrajši intervju je trajal okoli 40 minut, najdaljši pa kar 1 uro in 20 minut. Transkripcije intervjujev nismo dodali v prilogo zaradi zaupnosti podatkov udeleženk raziskave, so pa na voljo v vpogled pri avtorici pričujočega dela.

Uvodni del vsakega intervjuja je sestavljal enak začetek in je zajemal osnovno obrazložitev dejavnosti:

»Še enkrat iskreno hvala za vašo pripravljenost sodelovati v intervjuju. Kakor sem vam že v dopisu napisala, bi rada danes z vami spregovorila o vašem doživljanju otroka z motnjo AD/HD. Pri tem vas bi rada opozorila, da se bodo moja vprašanja vezala na dva sklopa. V prvem bomo skušali zajeti vašo doživljanja v povezavi najprej z vami, potem v povezavi z otrokom in še na koncu, kakšna povezanost vaju družijo s partnerjem. V drugem delu pa bomo želeli izvedeti percepcijo motnje glede na širšo okolico, kjer se bomo

osredotočili tudi na počutje vašega otroka, sprejetost v družbi in stisko, ki jo doživlja. Zanimalo nas bo vaše doživljanje, ki ste ga v določenem trenutku izkušali, vsekakor so drugi dejavniki in okoliščine pomembne za celostno razumevanje. Najbolj pa nas bo vsekakor zanimal vaš notranji čustveni svet. Radi bi, da se osredotočite na vaša občutja, razmišljanja v dani situaciji in nam jo poskušate čim bolj podrobno opisati. Skozi intervju vas bom vodila z vprašanji jaz. Če na katero vprašanje ne boste želeli odgovoriti, lahko kadarkoli prekinete pogovor in me na to opozorite«.

Pogovor je po uvodnem delu potekal različno pri vsaki udeleženci. Kljub vnaprej pripravljenim okvirnim vprašanjem, je največjo težavo predstavljalo predvsem spontano pripovedovanje udeleženk. Le te so z našim usmerjanjem in ustavljanjem pri konkretnih situacijah lažje sodelovale, saj so opisi na ta način bili mnogo bolj natančni kot pri opisovanju doživljanja na splošno. Če je bilo med samim intervjujem povedano kaj nejasnega, smo to poskušali podkrepiti z ustreznimi podvprašanji. Določenim intervjuvankam pa je bilo dovolj samo postavljanje okvirnih vprašanj in so na svoj način podajale široke odgovore, ki so zajemali natančne opise celotne situacije in opise doživetih čustev. Nekatere udeleženke pa so pri pripovedovanju potrebovale več spodbude in usmerjanj o sami temi. Veliko intervjuvank je raje opisovalo zunanje okoliščine in dejavnike, ki so se navezovala na dano situacijo, zelo malo pa jih je spregovorilo o lastnih čustvih, kljub postavljanju in usmerjanju s podvprašanji. Pogovore smo zaključili ob trenutku padca motiviranosti intervjuvanke, ali ko je avtorica pričujočega dela začutila, da je udeleženci postalo neprijetno. Vedno smo spoštovali in upoštevali meje vprašanj, ter poskrbeli, da nismo posegali v preveč intimna področja, ki bi bila za udeleženke boleča. Na koncu smo vedno postavili vprašanja, če jim ostaja še kaj v zvezi s tem dogodkom oziroma, če bi želeli še kaj povedati. Zaradi občutljivosti naše teme smo se povsem prilagajali pripravljenosti udeleženke glede na same odgovore, in nismo posegali v vprašanja, če smo začutili tesnobo s strani udeleženk.

8.3.1.3 Aktivnosti po izvedbi intervjujev

Po izvedbi naših intervjujev z udeleženkami, smo pripravili transkripcije posameznega intervjuja, pri čemer samega pripovedovanja udeležencev nismo spreminjali. Izvirnost pogovorov smo spremenili le toliko, da smo jih zaradi lažje berljivosti zapisali v slovenski knjižni jezik (medtem, ko so intervjuji potekali v pogovornem jeziku). Nekatero pogovorno izraze, ki so po našem mnenju pomembni za razumevanje udeleženčevega doživljanja, smo pustili v nespremenjeni obliki. Transkripcij zaradi varovanja osebnih podatkov in želje vseh udeleženk nismo priložili v pričujoče delo, so pa na voljo in vpogled pri avtorici dela.

8.3.2 Analiza opisov doživljanja

Za analizo opisov doživljanja je bila uporabljena metoda, ki sta jo Fisher in Wertz (1979) oblikovala za raziskovanje doživljanj, kasneje pa jo je natančno opredelil in opisal Wertz (1983a; 1983b; 1985). Faze analize so sestavljene iz treh podfaz, in sicer:

- oblikovanje opisov, ki so ustrezni za analizo,
- psihološke analize individualnega fenomenološkega opisa in
- skupne psihološke analize.

8.3.2.1 Oblikovanje opisov, ki so ustrezni za analizo

Iz vsake transkripcije intervjuja smo želeli oblikovati kratek in zgoščen opis doživljanja, ki bo primeren za nadaljnjo analizo. Pri tem smo sledili Wertz – u, ki navaja pet potrebnih korakov za oblikovanje opisov. Opisi morajo biti oblikovani v prvi osebi ednine ter zgoščeni v jednat opis doživljanja (Wertz 1985, 164 – 169). Koraki so naslednji:

- a) Najprej smo posamične transkripcije prebrali in si o njej skušali ustvariti celosten vtis. S postavitvijo v vlogo udeleženke smo bili pozorni na udeleženkina izražanja.

- b) Sledila je razdelitev transkripcije na večje število pomenskih enot, saj smo med branjem zaznali več premikov in sprememb posameznih pomenov, ki so se kazala kot preskok miselnih procesov v opisovanju čustev in doživljanj udeleženke. Rezultati te faze so bili, da smo transkripcijo posameznega intervjuja razdelili na med seboj različno število pomenskih enot, s prav tako različnimi dolžinami posamezne enote.
- c) V naslednjem koraku je bilo potrebno natančno pregledati vse enote, ki smo jih pomensko razdelili, in presoditi, katere enote so pomembne za raziskavo. Pomenske enote smo razdelili na tiste, ki po našem mnenju lahko prispevajo k razumevanju raziskovalnega doživljanja, ostale enote, ki niso bile v skladu z doživljanji udeleženk pa smo opustili.
- d) Pomenske enote smo razporedili po časovnem zaporedju doživljanj in v skladu z njihovim samim razumevanjem pomena tako, da je opis dobil neko smiselno obliko koherence. Prednost pomenskih enot smo dali intervjujem, v katerih je prišlo do preskakovanj udeleženca iz teme v temo.
- e) Zadnji korak transkripcije pa je bil, da smo iz celote odstranili nepomembne pomenske enote, ter s tem dobili novo obliko opisa, ki je značilen za vsako udeleženko. Gre za individualni fenomenološki opis, saj zajema urejene pomenske enote, ki so odločilne za analizirane transkripcije. Nove opise smo zapisali v prvi osebi ednine.

8.3.2.2 Psihološka analiza individualnega fenomenološkega opisa

Ta faza zahteva, da vsak individualni fenomenološki opis pogledamo s psihološke perspektive. Cilj faze je odkriti vse bistvene psihološke pomene posameznih situacij, kot jo doživlja intervjuvanec (tudi pomene, ki jih morebiti sam ne prepozna) in medsebojno povezanost oziroma strukturo pomenov. Faza analize je zelo kompleksna, saj psihološki vpogled v fenomenološki opis

predstavlja hkrati odkritje in ustvarjanje, saj se raziskovalec v transkripcije pogloblja tudi implicitno (Tančič Grum 2011, 92).

8.3.2.2.1 Komponente psihološke naravnosti

Pri sami psihološki analizi smo sledili petim komponentam raziskovalčeve naravnosti do opisov intervjuvank. Komponente ter deset aktivnih operacij psihološke refleksije Wertz (1985, 174 – 178) postavlja kot pogoj za oblikovanje psihološke analize. Pogojem smo tudi sami sledili v analizah transkripcij. Komponente, ki se med seboj prepletajo in vplivajo druga na drugo, smo navedli po točkah:

- a) *Empatična poglobitev v opis*: Wertz (1983a, 204) poudarja, da raziskovalci ne smejo ostati zgolj opazovalci, temveč se morajo s pomočjo empatije čim bolj približati doživljanju udeleženca. Branje posamezne transkripcije s sočutno držo pomeni, da raziskovalec poskuša videti in razumeti vsebino na čim bolj poglobljen način. Poskušali smo se vživeti v samega intervjuvanca in na doživljanje gledati skozi njegove oči.
- b) *Ustavljanje ob podrobnostih*: pri branju opisov smo se poskušali ustavljati ob vseh podrobnostih. Trudili smo se, da jih nismo prezrli ali obravnavali kod razumljive, že znane, samoumevne, saj bi to lahko pomenilo, da jih napačno ocenimo in ovrednotimo kot nič posebnega. Med samim branjem naših transkripcij smo bili usmerjeni v prepoznavanje teh podrobnostih, ki so se kazale v obliki besede in so bile za udeleženke intervjuja specifične.
- c) *Povečanje pomembnosti situacije*: s pozornostjo in ustavljanju na določenih detajlih, so le ti dobili večji pomen, ter tako dobili osvetljeno pomembnost, saj bi se brez predhodne komponente ne mogli razkriti.
- d) *Opuščanje naivnega verjetja in intenzivno zanimanje za izkustvo*: s to komponento se raziskovalec najprej približa opisu doživljanja. Raziskovalec mora stopiti korak nazaj v svoji empatični drži, ter se pripraviti na

refleksiranje in udeležencevo doživljanje gledati z željo po širšem spoznavanju dane situacije. Pomembno se je usmeriti v razumevanje, kaj je izkustvo pomenilo za udeleženca in kako je do njega prišel. Pri tej komponenti smo skušali celostno pogledati na doživljanje intervjuvanca. Vodilo nas je pristno zanimanje za udeležencevo doživljanje in interes, da bi lažje spoznali njegovo strukturo in razvoj.

- e) *Preusmeritev pozornosti z opisa na njegov pomen*: v zadnji komponenti gre za preusmerjanje raziskovalčeve pozornosti na tisti pomen, ki je imel za udeleženca določena dejstva, besede, dogajanja, ki jih je v opisu navedel. V opisu čustev, situacij in dogodkov smo pridobili udeležencev pogled na dano situacijo.

8.3.2.2.2 Aktivnosti psihološke refleksije

V naši analizi smo izvedli tudi nekaj posebnih aktivnosti psihološke refleksije, ki prispevajo h končnemu rezultatu. Posamezne dejavnosti, kakor jih navaja Wertz 1983a, 207; 1983b, 39) so:

- a) *Uporaba »eksistenčne podlage«*: Gre za ozadje, od katerega se raziskovano doživljanje razlikuje in je zaradi tega tudi bolj opazno. Podlaga doživljanja je dejavnost, znotraj katere odkrivamo tiste komponente, ki se navezujejo na raziskovano izkustvo. V skladu s tem smo obravnavali situacije, ki se niso navezoval na čustveno doživljanje AD/HD oziroma simptomi niso bili prepoznani.
- b) *Refleksija presoje pomenskih enot*: Presojanje pomenskih enot zajema našo aktivnost, kjer v besedilu intervjujev iščemo enote, ki postanejo del individualnega fenomenološkega opisa. Poskušali smo ugotoviti, v čem je le ta relevantna za razumevanje dotičnega doživljanja in kaj nam le ta pove o raziskovanem doživljanju.
- c) *Dojemanje implicitnih pomenov*: Opisi udeležencev so za psihološko refleksijo osnovno izhodišče za raziskovanje udeležencevega doživljanja.

Žal pa refleksija ne ostane samo pri njem, temveč se osredotoča tudi na stvari, ki v opisu niso eksplicitno izražene (Wertz 1983a, 207; 1983b, 40). Pri opisu smo se torej ukvarjali s prepoznavanjem skritih, implicitnih pomenov izkustev, ki jih ni bilo moč neposredno razbrati iz udeležencevih besed. Poglavitno pri tem je bilo vživljanje v doživljanja udeleženk, kakor da bi sami doživljali opisano situacijo.

- d) *Razlikovanje*: Ker smo skušali zajeti različne aspekte izkustev, smo se osredotočili na razlikovanje posameznih komponent udeleženkinih doživljanj in se skušali spraševati, kaj je tisto »drugačno« od drugih komponent.
- e) *Odkrivanje povezav*: Nasprotna aktivnost razlikovanja je odkrivanje povezav med samimi enotami. Skušali smo spoznati, na kakšen način je dotični del povezan z drugimi deli in celoto transkripta, ter s tem preveriti odnose med posameznimi komponentami. Pri tem smo se za vsako komponento spraševali, kako je povezana z drugimi komponentami ter prepoznavali njuno dinamiko.
- f) *Tematizacija ponavljajočih se pomenov*: Znotraj vsebin so se ponavljale določene teme, ki jih je bilo potrebno prepoznati kot pomembne pri oblikovanju razumevanja celotnega izkustva udeleženk. Ponavljajoče se vsebine tvorijo temelj udeležencevih doživljanj in razkrivajo bistvene lastnosti čustvenega sveta intervjuvank.
- g) *Razlikovanje nejasnosti*: Pri manj razumljivih delih opisa, smo se morali ustavljati in se dalj časa poglobljati vanje. Skušali smo odkriti njihov pomen tudi z raziskovanjem njihovega konteksta.
- h) *Uporaba miselne variacije*: Pri tej komponenti gre za aktivnost, kjer spremenimo določen del opisane vsebine in s tem preverimo, ali bi spremenjeni del kljub temu sestavljal opis istega doživljanja. Če želimo to storiti, si moramo miselno predstavljati spremembo doživljanja (na primer:

udeleženka je opisala, da na obisku pri sorodnikih s svojim otrokom doživlja veliko stisko; mi pa smo miselno spremenili izkustvo in si predstavljali, da je udeleženka obisk doživljala povsem običajno, sproščeno in mirno).

Z variiranjem sestavnih delov smo se odločili, kateri morajo biti vključeni v opis, da bo prikazoval raziskovano doživljanje, kateri pa so redundantni in za raziskovano strukturo niso pomembni (Tančič Grum 2011, 96).

- i) *Ubesedovanje*: Rezultate in ugotovitve izvedenih aktivnosti smo poskusili na primeren način ubesediti v obliko psihološke terminologije, na način opisovanja in izogibanja kakršnekoli razlage ali sklepanja.
- j) *Verificiranje*: Pri verifikaciji gre za preverjanje in vračanje k osnovni transkripciji ter ali se naša refleksija sklada z udeleženčevim opisom doživljanja. Preverjali smo, če smo zajeli vse pomembne vsebinske elemente in če nismo vanjo vnesli zgolj svojih pogledov in prepričanj, ne pa pomenov, ki smo jih prepoznali v pripovedovanju udeleženk.

Sestava opisa individualne psihološke strukture doživljanja je potekala na način prepletanja vseh omenjenih komponent psihološke refleksije z upoštevanjem petih korakov psihološke naravnosti. Tako smo oblikovali opis individualne psihološke strukture doživljanja za vsako udeleženko, ki ima otroka z AD/HD motnjo, kar je končni rezultat te faze analize (Wertz 1983a, 211; 1983b, 44).

8.3.2.3 Skupna psihološka analiza

V zadnji fazi smo poskušali na podlagi opisov individualne psihološke strukture raziskovalnega doživljanja vseh udeleženk oblikovati splošni opis bistvenih značilnosti doživljanja staršev, ki imajo otroka z diagnosticirano motnjo AD/HD. Ta faza je nadaljevanje prejšnjega procesa, v katerem na podlagi individualnih psiholoških opisov oblikujemo splošni opis skupnih značilnosti doživljanja. Faze po Wertz – u (1983a, 228 – 235; 1985, 188 – 191) zajemajo naslednje korake:

- a) *Prepoznavanje splošnih značilnosti v individualnih psiholoških strukturah*: V vsaki individualni psihološki strukturi smo poskušali prepoznati in ugotoviti, katere karakteristike doživljanja odražajo splošne lastnosti, ki jih je lahko prenesti na vse udeleženske v raziskavi, in katere ne. Vsako transkripcijo smo ponovno prebrali in ugotavljali ali so v karakteristikah doživljanja takšne lastnosti, ki so značilne za vse udeleženske in ali jih je mogoče prenesti v splošno strukturo doživljanja.
- b) *Primerjanje individualnih psiholoških struktur*: Pri iskanju individualnih psiholoških struktur doživljanja udeleženk se nismo upirali zgolj samo na predvidevanje o njeni splošnosti, temveč smo njeno splošno veljavnost preverjali tako, da smo individualne psihološke strukture primerjali tudi med sabo in karakteristiko skušali najti v drugih opisih. V primerjanju individualnih psiholoških struktur smo bili še posebej pozorni na opise doživljanj, ki so vsebovali skrite in globlje pomene znotraj celotne strukture opisanega čustvenega doživljanja. Tiste značilnosti, v katerih so se strukture udeleženk prekrivale, smo obravnavali kot splošne in veljavne za vse, ostale pa smo obravnavali kot individualne in tipične zgolj za posameznika.
- c) *Miselna variacija*: Z miselno variacijo v tej fazi smo želeli stopiti korak dlje od individualne doživljanja in poskušali z variiranjem splošnih značilnosti, komponent doživljanja prepoznati, katere so tiste, ki nujno določajo raziskovano izkustvo. Poskušali smo ugotoviti, katera čustvena doživljanja so resnično nepogrešljiva pri prepoznavanju in določanju raziskovalnega izkustva. Določene strukture smo miselno spreminjali, saj smo želeli ugotoviti splošno raziskovalno strukturo, ki je značilna ne le za eno, temveč za vse udeleženske.

8.3.3 Oblikovanje splošne strukture raziskovanega doživljanja

Ta struktura predstavlja hkrati zadnjo aktivnost znotraj skupne psihološke analize, ki jo opredeljuje Wertz (1985, 191) in zadnjo fazo fenomenološke

psihološke raziskave v skladu s Polkinghorn – ovo (1989, 56) razdelitvijo. V zadnji fazi smo jasno in jedrnato podali splošni opis vseh bistvenih značilnosti doživljanj intervjuvank, ki imajo otroka z motnjo AD/HD, kar pomeni, da smo vključili vse komponente, ki so nujne za opredelitev raziskovanega doživljanja in njihovo strukturno povezanost. Do njih smo prišli tako, da smo med samim raziskovanjem preverjali, če lahko izkustvo obstaja brez katere določene komponente. Če smo na podlagi opisov udeleženk ali miselne variacije dobili pritrdilen odgovor, smo to komponento vključili v splošno strukturo raziskovanega doživljanja.

9. REZULTATI

V nadaljevanju bomo predstavili končne rezultate uporabljene fenomenološko psihološke metode. V prvem delu bomo podali opise individualnih psiholoških struktur doživljanja staršev, ki imajo otroka z diagnosticirano motnjo AD/HD. V drugem delu pa bomo predstavili opise splošne strukture doživljanja staršev otrok z motnjo AD/HD.

9.1 Opisi individualnih psiholoških struktur doživljanja staršev, ki imajo otroka z motnjo AD/HD

Udeleženka A

Udeleženka A pripoveduje, da so se hujše težave z otrokom pričele že v vrtcu. Njen otrok, je kot pravi, od nje zahteval vso pozornost in njeno nenehno prisotnost, saj je v nasprotnem primeru vse okoli sebe razmetal, nagajal in izsiljeval z jokom. Udeleženka pove, da se je počutila izredno nemočno, saj je mislila, da so ti odzivi otroka zgolj posledica nebivanja z očetom. Podobna doživljanja je udeleženka že doživela pri prvem sinu, saj je tudi ta imel podobne težave v vrtcu, šoli in doma, vendar kot pravi, takega stanja takrat niso identificirali kot otroka z motnjo AD/HD. Ob šoku, ki ga je doživela, ko je izvedela za sinovo motnjo pove, da je sina sprejela takšnega kot je in ga skuša še naprej vzgajati da odraste v samostojno in uspešno osebo. Udeleženka pove, da ji ukvarjanje z njenim devetletnikom vzame ogromno časa in energije, po drugi strani pa je vesela, saj z otrokom tako preživi več časa, kar koristi tako njej, kot otroku samemu. Ob vseh naporih, ki jih doživlja, si sebi osebne pomoči ni priskrbel, temveč je našla, kot pravi, »skupne ventile« s sinom, kjer se oba sprostita in uči (na primer: plavanje, sprehodi s psom ...).

Udeleženka skuša na otrokove težave reagirati čim bolj umirjeno, ga voditi in motivirati tako, da se sam uči in hkrati nauči. Sin od nje zahteva veliko nežnosti,

prijaznosti in ogromno pohvale. Popolnoma neučinkovite in zanjo naporne so grožnje v vzgoji (na primer, če ne narediš naloge, ne gledaš risank, nimaš računalnika in podobno). Udeleženka pove, da je najboljši učinek, če otroka trdno zgrabi in mu z jasnim tonom pove, kaj želi od njega. Kljub vsem radostim svojega materinstva pa udeleženka pove, da največjo stisko doživlja prav v dogajanjih v povezavi s šolo. Pove, da sin razgraja v šoli namesto da bi sledil pouku, ne piše in tudi podaljšano bivanje je zanj »*poligon*« preizkušanja meja. Ker sina vzgaja večino sama, ga z opazovanjem in preizkušnjami »*koliko prenese*« skuša čim bolj motivirati z zamujeno snovjo v šoli, za kar pove, da ji vzame ogromno energije. V družini takrat vlada napeto vzdušje, saj pravila upošteva šele po ponovnem pozivu, kateremu pa ob neupoštevanju sledijo sankcije. Kljub vsem naporom, trdom in vlaganju energije v vzgoji, pa udeleženka pove, da njegova čustva in močna intuicija do sočloveka odtehta vso nastalo zmedo. Sin je izredno čustven, saj takoj zazna ljudi v stiski. Pravi, da je kot »rentgen«. Ne le da goji sočutje do ljudi, temveč ima tudi velik čut do živali.

V trenutni partnerski odnos motnja ni veliko posegla, saj z otrokovim očetom ne živijo skupaj. Trenutni partner ji je v veliko pomoč, saj pravi, da je sprejel otroka, kot da je njegov. Intervjuvanka pove, da se v vzgojo ne bo preveč vpletal, a pomoč dobi na drugi strani, ko je treba skuhati kosilo, pospraviti hišo, oprati perilo in opraviti ostala gospodinjska dela. To ji je v veliko pomoč, saj, kot že poprej povedano, ji vzgoja in učenje vzameta ogromno časa. V primerih izbruha, neposlušnosti vlogo »šefa« prevzame udeleženka sama, saj najbolje pozna otroka in ve kako ga pripraviti do dela. V naprej poskuša preprečiti napade z jasnimi navodili in utemeljevanjem sankcij.

Udeleženka postane nemočna, če se s sinom nekje pojavi. Ali je to na obiskih pri sorodnikih, ali šoli ali v trgovini, saj sin začne nagajati, ko mu postane dolgčas. Če ga kdo okara, kritizira po krivici, plane v jok, ona pa je pri tem nemočna in žalostna. Med sovrstniki, učitelji in osebami, ki so v stiku z otrokom opaza, da je dobro sprejet, za kar je vesela, je pa res, da ji ni všeč in občuti jezo, ko njen sin, katerega motnja traja že pet let, prevzema vlogo podrejenega »sužnja«. Poleg vseh stisk, tegob in nevšečnosti, ki jih doživlja v okolici, pove

tudi, da je velika stiska tudi ob samem prehranjevanju njenega sina. Pravi, da jo spravlja v neroden položaj, saj se zažene v hrano, kot »da ne bi jedel sto let« in vse okoli sebe popacka.

Udeleženka doživlja motnjo svojega otroka kot »osebo«, ki hodi po rokah, oči ima na prstih, sedi na ušesih, usta se ji povečajo ko se prehranjuje, v želji, da bi se z enim grižljajem lahko najedel. Glede starosti pravi, da je to oseba, ki nikoli ne odraste, kot na primer Peter Pan, spominja pa jo na Pika Nogavičko, saj se ves čas smeje, je dobre volje in bi se z veseljem družila z njo tudi v preostalem udeleženkinem času.

Udeleženka B

Udeleženka opisuje, da jo je že pri treh letih starosti otroka na njegovo vedenje opozorila vzgojiteljica v vrtcu. Njenega trenutno osemletnika, so označevala določena vedenjska odstopanja v smislu impulzivnosti, hiperaktivnosti in nepozornosti. Že s samim predlogom, naj obiše svetovalko v vrtcu, je doživela precejšen šok. Ker motnja po mnenju staršev ni bila tako izrazita, otroka raje niso »mučili« s pregledi. Pred zadnjim pregledom ob vstopu v šolo, pa udeleženka pove, da je po napotnosti osebne zdravnice dobil njen otrok končno strokovno mnenje za AD/HD. Potrditve si sprva ni priznavala, a se je morala z njo sprijazniti, saj jo je že na nek način o njej opozarjal tako osebni zdravnik, kot vsi strokovnjaki, ki so bili v stiku z otrokom. Sledilo je poglobljanje in izobraževanje o sami motnji, saj je želela otroku kar se da najbolje in učinkovito pomagati. Kljub pedagoškem poklicu, ki ga opravlja, pove, da je med samim študijem prejela premalo informacij o tej problematiki, tako da je o porastu te motnje, ki sloni na medikamentni terapiji, izvedela od sodelavk. Z lastnim izobraževanjem, mnenji različnih strokovnjakov, pedagogov, defektologov se mora vedno boriti, da bi lažje razumela sinove stiske in mu omogočila napredovanje brez medikamentov. Zavestno se je odločila, kljub nasvetom psihiatrov, da otroku ne bo dajala zdravila Ritalin, dokler to ne bo resnično potrebno. Pove, da se trudi čim bolje razumeti otrokov način razmišljanja, za kar pa ji vzame ogromno energije. Dejstvo, da bo njen otrok vedno drugačen, in da bo vse šolanje potreboval pomoč strokovnjakov in morda

medikamentov, jo je postavilo na realna tla. Obdajal jo je občutek nemoči, negotovosti in strahov, kako bo z njenim otrokom v šoli, med vrstniki in tako naprej. Sedaj se je povsem sprijaznila z »*drugačnim*« otrokom, ter skuša najti pozitivne strani same motnje. Ponosna je, da lahko odkriva njegova dobra področja, posebnosti in darove. Jezna pa je nase, ker že prej ni znala uvideti njegovih ustvarjalnih potencialov in ni znala usmerjati njegove hiperaktivnosti. Sedaj lažje prenaša sinovo drugačnost in mu na ta način pomaga, hkrati pa tudi sam čuti, da so mu bolj naklonjeni. Motnjo je usmerila iz spontane materinske v prakticirano vzgojo, katero je prej odklanjala, ker se ji je zdela hladna. Spremeniti je morala svoje občutke v odnosu do otroka, saj se je zavedala, da lahko otroku s svojimi čustvi prej škoduje, kot koristi. Pravi, da je sama imela v otroštvu podobne težave, katerih se je začela zavedati šele ob sinovi drugačnosti. Šele sedaj ugotavlja, koliko je ta motnja ukradla časa njej in njenim članom, predvsem pa čuti slabo vest do starejše hčere, saj se ji ni mogla toliko posvetiti. Zaradi sinove drugačnosti, so ves čas in energijo usmerjali samo vanj. Pove, da že sama priprava na sprehod marsikdaj ohromi njeno celotno družino in jo naredi apatično. Zaradi sinove nepredvidljivosti so se kot družina začeli izogibati obiskov, se izolirati, »*bitka s časom*« pa jim je na nek način postal dober izgovor za razna srečanja. Udeleženka je izjemno hvaležna za trenutno sinovo razredno učiteljico, saj ga velikokrat bolje »*pogrunta*« kot mati sama in ji s tem pomaga, kako naj naredijo na primer domačo nalogo. Veliko poguma, volje, spodbude in zaupanja ji daje razredničarka, ki pove, da se bo sinovo stanje ob njihovem trudu nekoč izboljšalo in bo zmožen slediti sovrstnikom. Tudi partner jo vseskozi podpira, ji daje moči in zagona za naprej. V pomoč ji je tudi hči, ki je z bratcem dosti bolj inovativna pri motivacijskih prijemih. Ker ima njen otrok tudi disleksijo, ji velikokrat pripomore otrokova babica, ki ima »*jeklene*« živce pri branju, hkrati pa kot pravi otrokova mama, je na nek način sinov primanjkljaj pri igri z vrstniki.

Vse težave, izbruhe in zmedo poskuša čim bolj umirjeno in skoncentrirano rešiti, pri tem pa se zaveda, da mora biti v popolnem stiku z otrokom, ga pozorno poslušati, saj lahko pri njemu pride do napačnih razlag. Vsi člani družine so se navadili potrpežljivosti. Priganjanje in siljenje k opravi je bila

velika muka za njih. Udeleženka pove, da pri njih ni kazni, saj jo sin doživlja preveč čustveno, kar posledično vpliva tudi nanjo. Z inovativnimi idejami, oblikami »trgovanja« z opravili, sina pripravi, da se z veliko vnemo loti recimo domače naloge. Kadar je v ospredju njegova trma in s prigovarjanjem ne doseže ničesar, se otrokovo vedenje spremeni, saj mu strogo in odločno da vedeti, da se ne misli več pogajati z njim. Takrat se udeleženka srečuje z veliko stisko obdržati ves ta pritisk in resnost na obrazu. Grozno se počuti tudi, ker nikakor ne zna dopovedati sinu, da je končanje šole izjemnega pomena za njegov nadaljnji razvoj. Hromi jo dejstvo, da ne gre pri njenem otroku zgolj za motnjo AD/HD, temveč tudi to, da se ob vsem tem pojavlja še disleksija, diskalkulija in motnje avtističnega spektra. Ob vsej stiski, ki jo doživlja, pa poudarja sinovo čustveno plat, njegovo senzibilnost in empatičnost do drugih. Občuduje njegov besedni zaklad, natančnost in smisel za humor.

Motnja je zblížala vse družinske člane, saj so na ta način več časa skupaj. Udeleženka pove, da jo to včasih »frustrira«, vendar so vsi spontano postali sinovi zavezniki in njegove posebnosti ne čutijo kot breme. Največja stiska, ki jo doživljajo, je le čas. Odkrivanje sinove drugačnosti je zanj vedno pomenil izziv in enkratno priložnost odkrivati drugačne načine razmišljanja, ki vodijo k posebni ustvarjalnosti in inovativnosti. Stresne situacije udeleženka doživlja tudi takrat, kadar s partnerjem nista enotna glede reakcij na sinovo vedenje, vendar pove, da se vedno bolj usklajujeta in dopolnjujeta v vzgoji. V raznih izbruhih, trmastih trenutkih, prevzame vlogo »šefa« mati sama, saj je večinoma miren pogajalec, dokler ji ne »zavre«. Ko je povsem nemočna, vlogo prevzame partner, ki z večjo odločnostjo doseže usmerjen cilj. Zaradi lastne nedoslednosti in neodločnosti jo sin lahko »vrti okoli prsta«. Udeleženka pove, da brez partnerja ne bi zmogla, saj si vloge, zaradi stiske s časom, delita izmenično. Nista vedno prisotna ob sinovih problemih, pove pa, da po napadih trme problem skuša rešiti sama, v čemer ima prepričevalno vlogo, partner pa je v vlogi iskalca kompromisov.

Stiska, ki jo udeleženka čuti, je tudi v razredu, kjer se nahaja njen otrok. Zaradi otrokove nesprejetosti je žalostna, zamorjena in apatična. Želi si, da bi otrok bil sprejet tako v družbi, okolici kot širši družini. Obiskov se raje ne udeležujejo, saj

so odvisni od trenutne sinove razpoloženosti. Udeleženka pove, da največjo stisko doživlja tudi pri obiskih pri zdravniku, saj se je tam potrebno osredotočiti na pogovor, njen sin pa je takrat ravno v največji »akciji«, ki dodatno stimulira njegovo hiperaktivnost. Večino izpade kot razvijen otrok, ona pa kot popustljiva mama, ki ga je slabo vzgojila. Takrat se počuti nemočno in postane zbegana in dekoncentrirana.

Kljub vsej žalosti, nemoči in stiski, ki jo udeleženka doživlja, pa si o motnji misli tako: predstavlja si jo kot navihanega fanta pri dvanajstih letih, tik pred puberteto. Fant bi rad bil heroj, a je v resnici še otročji pobalin. Ima zelo širok horizont in marsikaj vidi, vendar si ne zna še vsega predstavljati, zato je zelo ne siguren. Je odprtega duha, in zelo dobrega srca, pravi mali Robin Hood, ki bi prej rešil celi svet kot sebe. V prostem času zelo rad eksperimentira in najde 1001 način, da preseneti okolico s svojim novim izumom. Oblači se v modro – vijolična oblačila in je najraje bos, saj se le tako počuti »prizemljenega« in se ne prepušča dnevnemu sanjarjenju. Rad ima rdeče jagode in borovnice, ki jih nabira sam. Čeprav je večino časa videti zamišljen in neprisoten, se ob stiku s sočlovekom zna prav posebej nasmejati in se mu zazreti v oči tako globoko, da ga zlepa ne pozabiš. Z veseljem bi odšla na sprehod s to osebo, jo opazovala in iskala rešitve, kako ona na svoj način opazuje svet okoli sebe. Na to osebo jo nekako spominja Einstein, s svojo čudaško podobo in živahnimi očmi ter nenehnim razmišljanjem. Drugače pa jo motnja kot oseba spominja na njenega pokojnega očeta, ki vse svoje življenje ni mogel prerasti svoje otroške duše, ki se je kljub njegovem skrivanju zmeraj pojavila ob pravem času in znala popestriti vsakdanjik.

Udeleženka C

Udeleženka je sama prišla do spoznanja, da je njen sedaj osemletnik, »nadpovprečen« in da odstopa od svojih vrstnikov. Nemudoma se je odzvala na dejstva in značilnosti o sami motnji ter opozorila tudi vzgojiteljico, katera pa žal ni imela predhodnega znanja in pristopa za delo z njim. Tako je pomoč poiskala pri drugih strokovnjakih. Kljub svoji dolgoletni praksi v vrtcih in delom z otroki s posebnimi potrebami, se je morala ogromno naučiti o sami motnji, da je lahko

pomagala svojem sinu, saj predznanja o njej ni imela. Pravi, da velik trud vloži v samo poglobljanje znanja o motnji AD/HD, v pomoč so ji razni strokovnjaki, ki sicer še vedno izhajajo iz teorije, sama realnost pa je nepopisno drugačna in neprimerljiva z znanjem, ki ga dobi od drugih. Pravi, da se z znanjem, ki ga dobiva sproti, najbolje znajde, je pa res, da ji pomaga njena doslednost in pozornost na kompletne odzive otroka. Poudarja, da vlaga ogromno energije, da je vsaj »en korak« pred otrokom, saj le na ta način zna »operirati« z izbruhi. Ko so ji strokovnjaki, pred dvema letoma povedali in »ožigosali« kot pravi, njenega otroka, je zadevo sprejela precej normalno, pozitivno, mirno in brez kakšnih večjih notranjih in zunanjih strahov. Pravi, da je zelo pomembno, da verjameš najprej vase kot starša, in izhajaš iz sebe, ker si s tem največji podpornik otroku in njegovim težavam. Ker je večna borka in zagovornica otrok s posebnimi potrebami, je odločna v argumentih in vedno stoji za tem kar pove. Želi si, da tako imenovani »strokovnjaki« sprejmejo drugačnost otrok, saj so velika dobrobit za vsako družbo.

Udeleženka doživlja otrokove potrebe včasih zrelo, včasih pa zelo otročje. Vse je odvisno od dnevnega počutja, ker noben dan ni podoben dnevu. Otrok velikokrat začuti njeno popuščanje, saj je zaradi preobremenjenosti v službi in porabljene energije, izredno utrujena. Otrok njeno nedoslednost izkoristi kot igro »med dvema ognjema«. Največjo stisko doživlja udeleženka prav ob pomanjkanju časa in energije. Vedno znova se sprašuje, kdaj se bo vse skupaj zaključilo. Pravi, da je potovanje do pozitivnih sprememb dolgo in neizbežno, a upanje umre zadnje. Zato živi za dan, ko bo posijalo sonce. Udeleženka, kolikor se le da z vztrajnostjo in dosledno vzgojo, dosega pozitivne rezultate pri otrokovem učenju, vzgoji in podobnem, za kar pa porabi izjemno veliko časa in energije. V družini vlada uspešno vzdušje, kadar jo otrok uboga, naredi svoje naloge, za kar sledi nagrada, v primeru neposlušnosti, neupoštevanj, pa bi najraje dan kar prespala in se s problemi soočala naslednje jutro. Sin si želi biti na vseh področjih večni zmagovalec. Tako v igri, sestavljanju kock kot v športu. Pravi, da vso žalost, jezo in stisko, ki jo doživlja, odtehta sinova iskrena ljubezen in sočutje.

Udeleženka pravi, da je največja nasprotja doživljala ravno v odnosu do otrokovega očeta. Motnja je nanju vplivala izjemno negativno, velikokrat nista bila istega mnenja, in sta se začela odtujevati in oddaljevati drug od drugega. Pravi pa, da kljub neizbežnim, žalostnim in pozabljenim trenutkom, ki so jih preživeli skupaj, poudarja, da so s tem prišli do velikanskih izkušenj, plemenitih dejanj, ki so pozitivno vplivale na otroka, saj se je začel zavedati okolja okoli sebe in razumeti, da je poseben in dobrodošel v svetu. Udeleženka je nemočna ob vsakem izbruhu, globoko v sebi čuti paniko, vendar nikoli ne pomisli, da bi vrgla »*puško v koruzo*«. Pravi, da si predstavlja, da ima čarobno palico, s katero se lažje osredotoči na vsak problem in potrebo otroka, ter s tem dobi dodaten zagon in način, ki jo vodi do rešitve. Velikokrat se počuti, kot da je na koncu z močmi, izbruhe otroka pa doživlja kot tek na tisoč metrov, kjer si na koncu z močmi. *Želiš si in vidiš cilj*, ki pa vseeno ni tako blizu, kot bi lahko bil. Z doslednostjo in vztrajnostjo svoje vloge, lahko vpliva na otrokovo vzgojo. Če tega ni, se velikokrat zgodi, da se vloge v družini menjajo, ko otrok postane starš in obratno. Situacija, kot pravi, je zelo nevarna, saj otrok ne predvidi dinamike, posledic v dogajanju, za kar še enkrat poudarja, da mora biti vedno korak pred njim. Partnerjeva vloga ji pri sami vzgoji ni v veliko pomoč. Ko so skupaj, se v večini merila »*krešejo*«, si niso podobna, so nasprotna, kar privede v velik kaos, ki slabo vpliva na otroka.

Otrok udeleženke se trenutno nahaja v enem izmed Zavodov v Sloveniji. Naselitev vanj, kot pravi, je bila neizogibna, saj je velik del pomoči prispevala tudi osnovna šola, v katero je hodil njen sin. Odgovor, ki ga je podala šola, je bil, da za njenega sina nimajo ustreznega strokovnjaka, kljub nenehnim izobraževanjem pedagoških delavcev, a so v praksi rezultati negativni. Udeleženka je bila razočarana in žalostna, kajti sprememba okolice in prostora je za otroka velik šok. Danes tega tveganja ne obžaluje, saj vidi, da iz otroka nastajajo pozitivni rezultati, za kar jo navdaja miren občutek. Kljub temu, da ima njen otrok stigmo, ki se »*vleče*« že iz njegove predhodne osnovne šole, je vesela, da so ga v novem okolju in institucijah, kjer se nahaja, sprejeli kot čisto normalnega otroka. V preteklosti se je udeleženka konstanto borila za obstanek

in željo po zmagi, danes pa pravi, da je srečna, ker vidi svojega otroka srečnega.

Na vprašanje, kako bi opisala motnjo AD/HD pa je udeleženka odgovorila, da. motnjo doživlja kot znanstveno fantastiko, vidi jo kot skupek večih oseb in ne kot individuuma. Oseba mora za trenutni obstanek predelati prejšnje življenje, sedanje in prihodnje. Pravi, da se zelo rada druži s tako »osebo«, saj je nepopisno lepa, privlačna, inteligentna in ima neprecenljive vrednote. S svojo karizmo ovrednoti družbo, jo navda s pozitivizmom in jih uči, kako preživeti v tem svetu.

Udeleženka D

Udeleženka pove, da je za otrokovo motnjo z opazovanjem izvedela sama. Z možem sta takrat doživljala strah in nemoč, kako mu pomagati. Ko je motnjo podkrepila in utemeljila še psihologinja v prvem razredu, sta se z motnjo sprijaznila. Sprva je bilo težko, saj nista imela nobenega predznanja o njej, intenzivno pa sta ga pridobivala sproti s pogovori drugih staršev, ki imajo podobne probleme z otrokom, z raznimi predavanji, branjem literature in obiskovanjem raznih skupinskih srečanj. Neizogiben je bil proces pridobivanja sinove odločbe, saj so mu le tako lahko pomagali pri dodatnih urah v šoli, saj je zaradi vseh težav, ki pestijo otroke z motnjo AD/HD, izgubljal rdečo nit. Že od rojstva udeleženka ve, da je njen otrok drugačen, zato je posledično njen spremljevalec vedno stiska in psihične obremenitve. Starša, svojega trenutno desetletnika, nista mogla brezskrbno pustiti v varstvu, tudi, če je šlo zgolj za kratek čas, saj je v očeh vzgojiteljev in sorodnikov bil zelo poreden in neubogljiv otrok. Vsako jutro, ko je puščala otroka v varstvu, je poslušala »*litanijs*« o nenormalnem obnašanju njenega sina, tako med poukom, med odmorom, v podaljšanem bivanju in tako naprej. Skratka, zaradi vseh pritiskov okolice in nezmožnosti obvladovanja popoldanskega varstva s strani moža, je bila prisiljena prekiniti delovno razmerje in ostati doma. Udeleženka pove, da se je velikokrat bala, da sin ne bi koga poškodoval, oziroma, da se njemu ne bi kaj zgodilo. Pove, da so bili strahovi upravičeni, saj je do sedaj zaradi neljubih situacij, ki so nastajale med vrstniki, in ker se ni iz »*kaosa*« pravočasno

umaknil, posledično izgubil dva stalna zobka. Udeleženka se počuti utrujena od osveščanja okolice, sorodnikov, učiteljev, katehistinje, trenerja in župana, saj je v njihovih očeh mama, katera razvaja otroka, za sinovo neprimerno obnašanje pa vedno znova išče izgovore. Pravi pa, da je edini balzam za dušo trenutna razredničarka. Zanj in za moža je sinova motnja, kot ena velika preizkušnja, ki ne izzveni. Ogromno truda so morali vložiti na medsebojnih odnosih, povezanosti, naučili so se drugače gledati na zdravje, naravo, prehrano in posledično na postavljanje ciljev, ki so si jih zadali na svoji domačiji. Udeleženka pove, da brez moževe podpore, srečevanja v starševskih skupinah ne bi zmogla vzgajati otroka sama. V veliko pomoč pa ji je tudi tehnika EFT tapkanja²⁸.

Udeleženka pove, da na otrokove težave reagira različno, saj je od tega odvisno, kako dolgo se že polni kozarec in kdaj gre prva kaplja čez rob. Najbolj neučinkovita je v grajanju in pridiganju sinu, se pa zelo trudi, da bi preusmerila njegovo pozornost in ga čim večkrat pohvalila, za kar je sin zelo dovzeten. Včasih preprosto ne zmore več in dobi občutek, da je slaba in ne dovolj dobra mama, ker ne najde učinkovitih prijemov. Pri sami vzgoji se velikokrat ukvarja s sankcijami, kajti sinovo nenehno nerganje, upiranje in »trmarjenje« ji vzame veliko energije. V kolikor pravil ne upošteva, sledijo posledice, vendar z možem težita k temu, da sam že v naprej uvidi situacijo in išče rešitev. Nekatera pravila upošteva takoj, nekatera pa šele ob nenehnih prerekanjih. Vesela in ponosna je na sina, ko sam uspešno razreši kakšno stvar. Ob vsej tesnobi, ki jo čuti zaradi otrokove motnje, pa lahko poudari sinove izjemne čustvene sposobnosti, srčnost, odnos do starejših in mlajših. Iskreno vesela je vsake male pozornosti (nabiranje šopkov, sporočila v zahvalo ...), ponosna je na sinovo verbalno komunikacijo, na njegovo zanimanje za EKO kmetovanje, željo po organizaciji

²⁸ EFT tehnika je oblika psihološke akupresure, pri kateri se s konicami prstov nežno tapka po meridianih – akupunktura brez igel. Medtem, ko tapkamo po meridianih, se s pravilno verbalno komunikacijo identificira težavo in se odstranjuje negativna čustva ter težav, ki jih imamo. S pomočjo EFT tehnike se v kratkem času dosega velike spremembe in olajšanja. Točke, ki jih »tapkamo« s pomočjo EFT tehnike, so na vrhu glave, začetku obrvi, zunanji strani očesa, pod očesom, pod nosom, na bradi, ključnici in pod pazduho (Padubsky 2015).

tabora za otroke ... Fascinira jo tudi sinova sposobnost za estetiko, likovno sposobnost in videnja lepega v naravi (sončni vzhod, zahod ...).

Motnja na sam partnerski odnos ni veliko vplivala, saj se o sami motnji in njeni problematiki z možem veliko pogovarjata. V vlogi »šefa« nastopita oba, odvisno je od situacije, kateri je trenutno zraven »nerodnega položaja«. Brez želje po vztrajnosti in doslednosti si starša sploh ne znata predstavljati, kakšna bi bila sinova vzgoja.

Udeleženka je pomirjena, saj meni, da je njen sin prijetno sprejet tako v razredu kot družbi. Nikoli mu ni dolgčas, saj si takoj najde »prijatelja«, ki mu prežene dolgčas. Čuti pa, da se sin obremenjuje s tem, ker v razredu nima pravega in tesnega prijatelja. Doživlja tudi nemoč in stisko, saj pravi, da se že skoraj redno od četrtega razreda dalje polula v hlače. Na obiskih, ki se jih udeležujejo, nastajajo problemi, saj otrok ne sliši njunih opozoril. Posledično pride do poškodb soudeležencev, ali celo do lastnih poškodb. Velik sram in stiska jo navdajata takrat, ko sin vzbuja pozornost z raznimi zvočnimi efekti (prdenje, riganje, cmokanje, vzdihovanje). Udeleženka ve, da je sama odgovorna za sinovo sprejetost in socialni položaj, vendar je nemočna pri vsej situaciji.

Na vprašanje kako bi opisala motnjo, pa pravi: motnja je ženskega spola, stara pet let in jo je vsepovsod polno. Je polna energije, nabita s čustvi in občutljiva na stisko sočloveka. K družbi ne zna pravilno pristopiti, za kar je deležna mnogih očitajočih pogledov in površinskih obsodb. Ker ne more biti blizu človeka, se obrača k naravi in uživa njene sadove. Oblečena je v preprosta oblačila, a vseeno drugačna od vsakdanjih. Velikokrat se nasmeje, a skriva pod smehom kanček stiske. Zaradi vse pozitivne energije, ki jo oddaja, bi z veseljem odšla na sprehod s to osebo, saj jo nanjo spominja udeleženka sama.

Udeleženka E

Udeleženka je največjo grozo, stisko in ponižanje doživela ob prijavi na CSD in Varuhu otrokovih pravic, saj je sin govoril, da ga muči in je zato nima rad. Vedela je za te njegove izpade, vendar je to povezovala s trmo in razdorom družine, jezo zaradi selitve in posledično novega šolskega okolja. Po prijavi se

je obrnila na pedopsihiatra in Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše. Bila je izjemno prestrašena, jezna in zaskrbljena, a po nekaj prespanih nočeh trdno odločena, da se njen sin vključi v obravnavo pri strokovnjakih in Svetovalnem centru. O sami motnji, ki traja že štiri leta, ni imela popolnoma nič predznanja, ga pa pridobiva na srečanjih s starši otrok, ki imajo isto motnjo in z branjem literature. Udeleženko je bilo strah zaradi prijave in obsojanj, kaj bodo drugi rekli. Vedela je, da si otroci priredijo stvari po svoje tako, kot jim je v danem trenutku najbolje, vendar je znan rek, »*da otroci govorijo resnico*«, zanjo zelo težak in se z njim ne more povsem strinjati. Danes se ob vsem tem počuti dobro, saj je seznanjena s stvarmi in glede izpadov ne čuti stiske, da bi dobila stigmo »grozna mama«, ki muči otroka. Še vedno upa, da bo motnja njenega desetletnika izzvenela, saj bi bilo za vse lažje. Vedno upa, da bodo otrokove reakcije primerne času in kraju, vendar skuša kljub neprimernosti ostati mirna, se ne dreti, stopiti do njega in mu jasno ter glasno ponoviti, kako skrajno resno misli, dopovedati svoje želje in cilje. Pravi, da se je velikokrat drla in vztrajala pri stvareh, za katere sedaj ve, da jih sin nikoli ne bo mogel sam stoodstotno opraviti. Želela je le, da bi njen otrok bil enak kot ostali. Izjemno hvaležna je pomoči pedopsihiatra in Svetovalnega centra, saj se z njo ukvarjajo v večini in veliko manj z otrokom.

Na otrokove težave in potrebe reagira povsem normalno, saj je ugotovila, da je dretje neučinkovito. Otroku da vedeti, da bo vztrajala in naj ne skuša ovinkariti pri nujnih opravilih. Največjo stisko doživlja udeleženka ob tem, da je šolstvo nepodučeno o sami motnji. Ker doma prakticira strukturirano vzgojo, si jo želi tudi v šoli, kjer pa žal ni posluha. Velikokrat je težko vztrajati in biti dosleden, saj se sin ob njenem nerganju velikokrat zapre v sobo in se umakne. Udeleženka pove, da je njen otrok na splošno »*full ok*« in da je vesela, da ga ima, saj ji kljub težavam s svojim sočutjem večkrat polepša turobne dni.

Žal je udeleženka v vzgojo sina prepuščena sama, saj s partnerjem ne živita skupaj, ga pa o sami motnji redno obvešča. Velikokrat je nemočna, saj prihaja ob izbruhih do prerekanj in obtožb. Na koncu pravi, da ima vedno prav ona in naj se sin s tem že enkrat sprijazni. Ve, da mogoče tega ne dela prav, a utrujenost, nemoč in stiska s časom ji drugačnega rezultata ne dopuščata. Če ni

dosledna in vztrajna, otrok točno ve, kdaj in kje lahko izkoristi situacijo, ki bo njemu v prid. Če so problemi, izbruhi in neprimerna obnašanja, sledijo sankcije, o katerih pove, da redno obvešča tudi očeta otroka v upanju, da bo sankcije upošteval tudi on.

Glede percepcije motnje v povezavi s širšim okoljem udeleženka pove, da čuti strah prehoda v višjo stopnjo, kjer se otroci selijo v matično šolo, saj otrok potrebuje veliko časa za vključitev v družbo. Za njegov socialni položaj je odgovorna sama, pravi pa tudi, da je že čas, da se sin sam socializira in da bo okolica poskrbela za njegovo sprejetost. Največjo krivico čuti, ker ne more biti z očetom otroka, kar si sin najbolj na svetu želi. Pove, da je še vedno njen mali »ljubček« in jo užalosti, ker vidi, da sin odrašča in ji ne daje več tiste nežnosti in sočutja kot nekoč.

Motnjo udeleženka opiše kot moškega srednjih let, ki v življenju ne počne ničesar. »Lufta« naokoli in »zajebava« ljudi. Je športno oblečen, večino časa v kavbojkah in brez majice. Prehranjuje se z nezdravo, hitro hrano, nasmeje se kadar komu uspe nagajati in ga »zafrkniti«. Pove, da bi z največjim veseljem odšla na kavo s to osebo in ji povedala, da naj odide iz tega sveta. Na to osebo jo spominja večina naših politikov, ki smo jih izvolili, da odločajo o naših usodah.

Udeleženka F

Vseskozi je opazala, da je njen trenutno dvanajstletnik drugačen, da drugače doživlja in sprejema informacije. Pravi, da je bilo veliko specifičnih posebnosti (tiki, hipersenzibilnost), ki so se razlikovale od drugih otrok. Učne težave so izpostavili v drugem razredu, čemu je sledil pogovor pri psihologu in dodatne tri ure učne pomoči. Udeleženka je bila nad vsem dejanjem šokirana in odločno pripravljena pomagati svojemu otroku. Znanje, ki si ga je ob prebiranju strokovnih knjig, člankov, obiskih podpornih skupin in strokovnega kadra v šoli, ji je v veliko pomoč tako doma, kot tudi v sodelovanju s šolo. Diagnoza jo je sprva presenetila, a se je z njo sprijaznila. Največje skrbi so jo navdajale ob stigmatizaciji otroka. Ali ga bodo označili (vrstniki, učitelji) za drugačnega in

izolirali, če bo imel dodatno učno pomoč v šoli, ali bo potem še slabše. Nenehen strah, ki jo je navdajal, je danes povsem zbledel, saj ve, da je bilo to za otroka tisti trenutek zelo pomembno. Veliko dela, napora in truda je vložila tudi v komunikacijo med otrokom in okoljem, da zadeve danes funkcionirajo normalno. Motnja je nanjo vplivala tako, da se ji je razširil pogled na življenje. Ugotovila je, kakšen je pomen sprejemanja stvari, vztrajnost, zaupanje vase in v otroka ne glede na situacijo in mnenja v okolju.

Na otrokove težave reagira z veliko mero potrpežljivosti, vztrajnosti in doslednosti, ki je vedno podkrepljena z empatijo. Pomembno ji je, da nikoli za vsako ceno ne vztraja pri stvari, če vidi, da ni *njegov* dan ali ura. Poskuša ga usmeriti in motivirati brez prisile. Udeleženka se je naučila »filtracije« in sortiranja stvari, ki so bolj pomembne v danem trenutku. Velikokrat uporabi metodo štetja do tri, kajti pri pomembnih stvareh si ne dopušča napak in popuščanja. Če ne gre tisti trenutek, to naredi kasneje. Največja stiska, ki jo doživlja, je delanje nalog in učenje na pamet za določene teste. Velikokrat sta utrujena tako ona kot njen sin, vendar ob strukturirani vzgoji premostijo vse težave in ovire. Pravi pa, da kadar zaidejo s poti, se to velikokrat kaže na sinovem vedenju in uspehu v šoli. Tisočkrat lahko ponovi, da pravila obstajajo, a on jih bo tisočkrat prvič skušal prekoračiti. Sankcije, ki sledijo pri neupoštevanju navodil, skuša prilagoditi na pravila. Če na primer ne pelje psa na sprehod, se ne sme z njim »*crkljati*«; če se pes polula, ker ga ni peljal ven, mora za njim sam počistiti ... Vzdušje, ki takrat vlada v družini, je izjemno napeto. Sin loputa z vrati, nerga, dviguje glas in joka. A kljub vsem izpadom, udeleženka vidi v sinu pozitivne lastnosti, ki jih redko kdo premore. Te so: hiper – motivacija; koncentracija, radovednost in nad – vztrajnost za stvari, ki ga zanimajo; sočutje do soljudi in čut za pravičnost; priljubljenost in energičnost ter neverjetna motorična sposobnost.

Največja stiska, ki jo doživljajo, je pomanjkanje časa. Včasih je to zelo težko, ker je nadzor pri sinu nujno potreben, za kar trpi njun partnerski odnos. Po drugi strani pa pravi, da sta se prav zaradi sinove motnje naučila sodelovati pri vzgoji, se pogovarjati v njegovo dobro in kljub stiski najti čas zase. Veliko truda porabi za predvidevanje morebitnih izpadov, situacij, ki so nemogoče. Če že pride do

izbruha, mirno počaka, da najhujše mine, opozarja ga na destruktivno vedenje. Sinu se skuša z vsemi napori približati in ga spraviti k pameti. Vedno mora biti korak pred njim, saj včasih deluje en prijem, včasih drug. Če ni vztrajnosti in doslednosti v vzgoji, se to odraža na otrokovem vedenju, neuspehu v šoli in njegovem nezadovoljstvu. Ker je sama človek »akcije«, vedno skuša sina prepričati, da lahko vse naredi, le če se tako odloči in skupaj poiščeta rešitve. Mož pa je dober v tolaženju, prepričevanju in komunikaciji.

Udeleženka pove, da se otrok v okolici počuti dobro, da se razume z vsemi otroci, je neproblematičen, do mlajših pa je zelo pozoren. Če mu kdo v družbi ne odgovarja, se umakne, saj v nasprotnem primeru pride do neljubih konfliktov in prepira. Izredno ponosna je nanj, saj ima visoko stopnjo samokontrole in kljub temu, da je provokator, ve, kdaj gre čez rob. Za njegovo sprejetost udeleženka pove, da dolguje to čast odločitvi v drugem razredu. Kljub ponujeni medikamentozni terapiji sta z možem želela preizkusiti vse prej kot to. S skupno odločitvijo sta prišla do zaključka, da sina prepiseta v vaško šolo. S spremembo okolja, učiteljev so se pričeli kazati boljši rezultati. Kljub raznim izpadom, izbruhom (saj je rad klovn razreda) ga učitelji niso karali, temveč apelirali na sošolce, naj bodo potrpežljivi, kar je nasprotno od prejšnje šole, kjer ga je učiteljica izolirala od ostalih in s tem stigmatizirala. Vesela je, da je njen otrok sproščen v razredu in sprejet, čuti pa še vedno nemoč in stisko, kako mu pomagati pri boljši organiziranosti, usmerjanju in prilagoditvi. S ponosom pove, da je sin še vedno brez zdravil. Stiska, ki jo udeleženka doživlja, je še vedno ob določenih izpadih, vedenju ljudi, ki ga ocenijo kot nevzgojenega, lenega, čeprav ne vedo koliko truda in energije mora vložiti v vzgojo in usmerjanje, ter koliko energije in moči mora otrok sam vložiti v opravke, ki so drugim sami po sebi umevni. Stisko ob sinu doživlja tudi takrat, ko le ta ne ve, ne zmore ali ne razume, kaj bi nekdo rad od njega.

Udeleženka si motnjo predstavlja kot nagajivo Piko Nogavičko, ki se nenehno smeje, uživa, je brezskrbna in dela vse po svoje. Najbolj pa ji je všeč primerjava Marka Fereka (2006): »Nismo vsi za vse. Ferrari je krasen avto, vendar ne more orati njive kot traktor«.

9.2 Opisi splošne strukture doživljanja staršev otrok z motnjo AD/HD

Z motnjo otroka so se vse udeleženke večino srečale v ranem otroštvu. Ob razgrajanju, jokavosti, pretirani impulzivnosti, hiperaktivnosti in nepozornosti, so čutile veliko stisko in nemoč, ker niso znale pravilno pristopiti k otroku. Velikokrat so se počutile jezne, žalostne, zakaj se je stanje pripetilo ravno njim, kasneje pa so se z »*drugačnostjo*« svojega otroka morale sprijazniti. Sprva povedo, da jim je bilo težko a ker so imele spodbudo, podporo s strani ali partnerja ali okolice, so k zadevi pristopile s pozitivizmom in z željo pomagati ter usmerjati svojega otroka v čim bolj normalno življenje. Kljub prestrašenosti, jezi in zaskrbljenosti, ki so jo prejemale s strani strokovnih pomočnikov/spremljevalcev, se niso vdale v usodo. Veliko energije in časa so morale posvetiti sami vzgoji otroka, tako pri učenju, kot vsakodnevnih obveznostih, ki jih otrok mora narediti. Velikokrat so bile pri tem nemočne, saj je bila v ospredju otrokova neubogljivosti, trma ali neposlušnost, vendar so s striktno vzgojo, doslednostjo in vztrajnostjo dosegale zavidljive rezultate. Udeleženke poudarjajo nenehno utrujenost in nezmožnost normalnega funkcioniranja v družini, družbi ali službi zaradi preobremenjenosti doma. Pred lastnim obupom in negativizmom so jim v oporo partnerji, razne skupine za starše, ki imajo otroka s podobnim problemom in institucije, v katerih se njihov otrok nahaja.

Udeleženke se izjemno trudijo z motiviranostjo svojega otroka, saj le ta od njih zahteva ogromno pozornosti in pohval. Nekatere pa zaradi lastne preutrujenosti »*vržejo puško v koruzo*« in čakajo, da nelagodni trenutek mine. Njihova vzgoja takrat deluje kot »*bojno polje*«, polno prerekanj in groženj, ki pa, kot pravijo, niso učinkovita. Pri vzgoji se trudijo biti vztrajne in dosledne, saj v nasprotnem primeru otrok začuti njihovo popuščanje ter nastane kaos, zamenjava družinskih vlog, čemur sledijo razne sankcije in slaba volja, v očeh udeleženk pa stiska, žalost in miselnost o sebi kot »*slabi*« materi. Z največjo stisko se srečujejo udeleženke ravno v povezavi s šolo, kajti zaradi nedela, neubogljivosti, neposlušnosti prihaja do vnovičnih pripomb s strani institucij, kjer se otrok nahaja. Tisti učitelji, ki so o motnji poučeni, so staršem v veliko pomoč

in spodbudo, ter jim vlivajo novega pozitivizma in volje pri novih težavah, ki se pojavljajo, saj želijo vse dobro otroku tako eni kot drugi. Vse udeleženke pa kljub nerganju, težavah, ki jih prinaša vzgoja, povedo, da so srečne, saj njihov otrok z iskrenim nasmehom, dobro voljo in velikim sočutjem do soljudi prežene vso stisko stran.

Pri nekaterih udeleženkah se v vzgojo vključujejo tudi partnerji, pri drugih pa, žal, zaradi razhodov, ne. Zaradi nesoglasij, odtujitve, oddaljitve z očetom otroka, so same prepuščene nemoči pri vzgoji. Želijo si, da bi se zavoljo otroka zbližale s partnerjem, a zaradi osebnih zamer tega niso zmožni storiti. Tiste, katerim partner pomaga, pa povedo, da se je njihov odnos veliko bolj zbližal, utrdil in poiskal skupne temelje. S skupno vztrajnostjo, doslednostjo in odločnostjo pomagati otroku prihajajo do mirnih zaključkov dneva, kar prinaša veliko pozitivne energije in dobre volje med družinskimi člani. Veliko moči, energije in inovativnih idej porabijo za predvidevanje morebitnih izpadov, saj s tem preprečijo slabo voljo tako sebi, ostalim članom družine kot tudi otroku. Velikokrat skupaj z otrokom iščejo skupne rešitve, cilje, ki vodijo v pozitivna stanja in nagrade za opravljena dela. Udeleženke povedo, da brez podpore partnerja ne bi zmogle v celoti uspešno vzgajati otroka, saj le ta od njih zahteva popolno pozornost. Z doslednostjo, ne–popuščanjem, natančnostjo in »trdo roko« so same dostikrat prepričljive v vzgoji, partnerji pa imajo vlogo tolažnika in izvajanja morebitnih sankcij.

Udeleženke doživljajo stisko, zbeganost in nemoč tudi, če se z otrokom nekje pojavijo, ali je to na raznih obiskih, praznovanjih, obiskih pri zdravnikih, saj takrat njihov otrok postane še bolj nemogoč. Udeleženke čutijo sram in doživljajo kup očitajočih pogledov ter obsojanj. Nekatere so zaradi pritiska okolice bile prisiljene spremeniti otrokovo okolje. Sprva so imele občutek podrejenosti in prilagajanja okolici, kakor tudi njihovi otroci, kasneje pa se je ta poteza obrestovala pozitivno tako zanje, kot za otroka. Še vedno je v ospredju večna borba s časom, saj je večkrat njihov sovražnik kot zaveznik.

10. RAZPRAVA

V pričujočem delu smo raziskovali pojem AD/HD, ter želeli nanj pogledati z doživljajske perspektive staršev. Poskušali smo odkriti, ali obstajajo bistvene značilnosti doživljanja teh staršev, zato smo se v samem raziskovanju osredotočili na dve glavni raziskovalni vprašanji: kakšno je doživljanje staršev otrok z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti ter kakšna je percepcija motnje AD/HD glede na širšo okolico.

Glavni cilj fenomenološko psihološke metode je oblikovanje splošnega opisa bistvenih značilnosti doživljanja, ki določa raziskovano doživljanje. Zbrano gradivo smo analizirali z namenom, da bi skladno z našim raziskovalnim vprašanjem zaznali specifične načine doživljanja staršev otrok z motnjo AD/HD. Čeprav se pri kvalitativnem raziskovanju večkrat primeri, da med analizo ne pridemo do ugotovitev, po katerih smo se sprva spraševali, pa je v našem primeru analiza besedila pripeljala do spoznanj, ki omogočajo vpogled v nekatera starševska doživljanja motnje AD/HD, tudi v tista, ki niso neposredno vezana na naša raziskovalna vprašanja, vendar se nam zdijo za razpravo ravno tako pomembna.

10.1 Doživljanje staršev otroka z motnjo AD/HD

Pri prvem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo, kakšno je doživljanje staršev otrok z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti. Znotraj tega smo raziskovali sledeča področja: percepcijo motnje samega starša, nato v povezanosti starš – otrok in še nazadnje, kako motnja vpliva na morebitni partnerski odnos.

Nekatere udeleženke motnjo AD/HD doživljajo kot del njihovega življenja, in so se sposobne uspešno soočiti z vsemi njenimi negativnimi pozitivnimi posledicami. Za razliko od staršev, ki imajo »*normalnega*« otroka, doživljajo večjo mero čustvene stiske, krivde, sramu in nemoči. V sami fazi potrjevanja diagnoze svojega otroka ženske doživijo šok zaradi novice o tem, da je njihov

otrok drugačen. Kakor lahko zasledimo iz opisov, predstavlja začetna faza občutek trenutne šokiranosti. Udeleženka B opisuje: *»Ker smo se že od otrokovega drugega leta zavedali njegove hiperaktivnosti in se je ta motnja AD/HD postopoma napovedovala, je bil naš odziv in odziv okolice nekako spontan«*. Tudi udeleženka C razlaga podobno: *»Ko so »označili/ožigosali« mojega otroka z motnjo AD/HD, sem sprejela vse skupaj povsem mirno, brez notranjih in zunanjih strahov. Pomembno je, da verjameš najprej v sebe kot v starša in izhajaš iz sebe, ker si na ta način največji »suport« otroku in njegovim težavam«*. Tudi udeleženka D pove: *»Odziv na motnjo se nam ni zdel nič posebnega, saj sva z možem to že sama ugotovila«*. Udeleženka A pove: *»Sprva sem mislila, da je to pač zato, ker pogreša očeta, saj živimo brez njega. Stanje sina sem sprejela, moj otrok je«*. Udeleženka E: *»Ne že toliko šokirana, temveč prestrašena, jezna in zaskrbljena sem bila, ko sem izvedela za motnjo«*. Udeleženka F pove, da s samo šokiranostjo ni imela problemov, saj je otroka vseskozi opazovala. Njen otrok je imel veliko specifičnih posebnosti, ki so se razlikovale od drugih otrok. *»Ker sem bila pripravljena na to in sem o tem že dosti vedela, me diagnoza ni presenetila«*.

Šokiranje in sprejetje same diagnoze je v udeleženkah pustilo veliko primarnih emocij, kot so, žalost jeza, sram in strah. Žalost je povezana z občutji kot so razočaranje, nemoč, nebogljenost ter občutek manjvrednosti in včasih celo ničvrednosti. Prikrito pa je lahko povezana tudi z jezo, besom, ki sta potlačena (Gostečnik 2010, 13 – 19).

Skupna občutja udeleženkam v fazi sprejemanja njenega *»drugačnega«* otroka, so vezana na upanje, da jih bo motnja AD/HD povrnila v prvotna fizična in čustvena stanja, v katerem so bile, preden so izvedele za diagnozo svojega otroka. Kot povedo, so bile udeleženke ob sami postavitvi diagnoze izjemno nemočne, saj predznanja o motnji niso imele skoraj nič. Udeleženka A pove: *»Predznanja nisem imela nič. Informacije pridobivam od pedopsihiatrinje, preko interneta, preko fb skupin in preko šolske svetovalne službe«*. Udeleženka B: *»Pred dvajsetimi leti se ta problematika ni posebej obravnavala. Ko sem zaslutila to motnjo pri otroku, sem bila pozorna na članke in oddaje o tej problematiki. Po sami strokovni literaturi pa sem posegla šele, ko mi je psiholog*

potrdil, da so to znaki AD/HD motnje. Kasneje sem od psihiatra, pedagoga in defektologa dobila napotke pri opravljanju šolskih nalog». Tudi udeleženka C pove, da predznanja ni imela nobenega, prav tako pa ji niso bile v pomoč nobene predhodne izkušnje, kljub delu v vrtcu z otroki s posebnimi potrebami.

Udeleženka B pove, da so ji v največjo podporo srečanja staršev v Svetovalnem centru. »V veliko oporo mi je tudi sinova razredna učiteljica, ki ga dosti bolje »pogrunta« in mi s tem pomaga pri domačih nalogah, največ pa mi pomeni njeno razumevanje celotne situacije in odprtost do sinovih težav. Daje mi upanje, da se bo sinovo stanje ob našem trudu nekoč izboljšalo in bo zmožen slediti svojim vrstnikom«. Pri učenju in spodbudi ji stoji tudi njena hčerka, ter babica otroka, ki je dosti bolj inovativna pri motivacijskih prijemih.

Naslednja skupna doživljanja v nemoči udeleženk je tudi stiska s časom. Udeleženka A pove, da ji ukvarjanje s sinom vzame ogromno energije in časa, po drugi strani pa jo prisili, da na ta način preživi več z otrokom. Udeleženka B pove: »Pomemben vpliv je motnja imela na naše družabno življenje, kajti zaradi sinove nepredvidljivosti smo se začeli izogibati obiskom in se na nek način izolirali. Tudi zaradi bitke s časom je bil to po navadi dober izgovor. Zato se aktivnosti raje ne lotimo, postajamo zapečkarji, kar pa nikakor ne koristi otrokovi socializaciji, ki je že tako šibka«. Udeleženka C pove, da je največja stiska, ki jo doživlja čas. »Vedno znova se sprašujem, kdaj se bo vse skupaj zaključilo. Potovanje do pozitivnih sprememb je dolgo in neizbežno. Ampak upanje umre zadnje. Zato živim za dan, ko bo posijalo sonce«. Prav tako pove udeleženka F, da so največja stiska s časom prav domače naloge, učenje na pamet.

Reagiranje na otrokove težave se lahko pokaže kot učinkovito ali kot neučinkovito. Spontana vzgoja deluje brez psihološke in pedagoške navlake. Če se vzgoje starši lotijo kot strokovnjak, je le ta že v naprej obsojena na neuspeh. Če pa se težav lotijo kot starši, so jim veliko lažje kos in to z boljšimi rezultati. Starši vedo, kaj je prav in kaj ne, so zgled otroku (Juhant in Levč 2011, 169 – 170). Spontanost pri vzgoji je za nekatere starše otrok AD/HD veliko bolj učinkovita, za druge pa strukturirana vzgoja nujno »zlo«, brez katerega si dneva ne morejo predstavljati. Tako opisuje tudi udeleženka F: »Brez velike mere potrpežljivosti, vztrajnosti in doslednosti nikoli ne vztrajamo pri stvari, če vidimo,

da ni njegov dan ali ura. Pomembno je, da sortiramo stvari, ki so bolj ali manj pomembne, za kar pri pomembnih stvareh ni popuščanja«. Tudi udeleženka D pove: »Grajanje, pridiganje niso pri vzgoji učinkovite. Pomembna je preusmeritev pozornosti in velika mera pohvale. Brez doslednosti, vztrajnosti pri vzgoji si sploh ne znam predstavljati, kakšen bi bil najin sin«. Prav tako si dneva brez strukturirane vzgoje ne predstavlja udeleženka E, ki pravi: »Strukturirana vzgoja ima na mojega otroka zelo dober vpliv, saj brez dnevnega reda ne zvožim dneva. »Dretje« pa vsekakor ne pomaga, je zelo neučinkovito. Moja vztrajnost mu da jasno in glasno vedeti, da se mora«. Udeleženka B si želi, da bi na otroka učinkovala s strukturirano vzgojo, vendar se ji to ni najbolj posrečilo. Pravi: »Otroci, predvsem takšni z AD/HD motnjo, zelo hitro ugotovijo, da na nekem področju nisi siguren in tako je tudi moj sin kaj kmalu ugotovil, da je moja strukturirana vzgoja zaigrana in mi ne leži najbolje, posledično pa se je zato nanjo odzival z začudenjem in neodobravanjem. Tako smo doma bolj prakticirali »intuitivno« vzgojo«. Na potrebe in težave skuša udeleženka reagirati čim bolj umirjeno in skoncentrirano, kar pa seveda ni zmeraj mogoče. Tudi udeleženka C si želi, da bi lahko vedno odgovorila s strukturirano vzgojo, kar pa zaradi njene nezrelosti včasih izpade, kot igra »med dvema ognjema«. Želi si vztrajnosti in doslednosti, kar pa ji kot samohranilki redko uspe. Udeleženka A skuša svojega otroka voditi in motivirati na način, da se sam uči in nauči. Sina zgolj opazuje, koliko prenese na določen dan, zato ne prakticira strukturirane vzgoje. Neučinkovite v vzgoji se kažejo grožnje v smislu: »Če ne narediš opravila, ne gledaš risanke«. Neučinkovito je tudi kričanje. Namesto tega udeleženka pove, da »ga primem z rokami, ga pogledam direktno v oči in mu povem, da sem srečna ker me je izbral za mamico, vendar želim, da naredi, kar mu je bilo naročeno«.

Veliko vlogo na otrokovo vedenje in udeleženkino stanje igrajo pravila povezana z družinskim življenjem. Da sistem deluje, je v veliki meri odvisno od njegovih posameznih delov ali podsistemov. Vsak posameznik je v sistemu posebna in enkratna odslikava celotnega sistema. Vsaka družina je sestavljena iz podsistemov, ki na osnovi pravil in rutin, ki se kompulzivno ponavljajo, sestavljajo ter organizirajo sistem v afektivno celoto. Temeljna podsistema v

družini sta starševski in otroški podsistem. Vsak sistem družine je sestavljen iz odnosov, ki povezujejo družinske člane ter njihove medsebojne komunikacije na intrapsihičnem, interpersonalnem in sistemskem področju. V vsaki družini obstajajo pravila, ki vodijo in urejajo družinski sistem. Pravila, ki jih vsak družinski sistem pozna, so zavedna ali pa nezavedna, in zato še siloviteje določajo in opredeljujejo sistem družine. Gre za pravila, kot so izražanje ali neizražanje čustev, katera čustva je mogoče ali dovoljeno pokazati in katera ne ... Pri tem je izrednega pomena vloga staršev, ki ustvarijo varno okolje za otroka, sprejetost, občutek ljubljenosti in hotenosti. Otroci pa so usmerjeni k posnemanju odraslih v njihovih vedenjskih, mišljenjskih in čutenjskih modelih (Gostečnik 2010, 73 – 81).

Kaj pa če temu ni tako? S problemi otrokovih vedenj in njihovim vplivom na celoten družinski sistem se soočajo prav ti starši. Udeleženka A pove, da pravila otrok upošteva šele na ponovni poziv, čemur sledijo sankcije. *»Slaba volja, ki takrat navda tako mene, kot celoten družinski sistem, včasih hitro mine, včasih pa pripelje do velikih razhajanj med mano in vsemi člani družine«*. Tudi udeleženka C pove, da *»so dnevi, ko nam gre super in so dnevi, ko bi želeli vse skupaj prespati in začeti znova naslednje jutro. Pravila sin največkrat ne želi upoštevati, in ko jih ne, si sam dodeli kazen, katero pa želi sproti spreminjati. Vzdušje v družini je takrat napeto, polno nerganja, a ko je naloga uspešno opravljena, se vsi pomirimo in pozabimo na nastalo situacijo«*. Udeleženka B pove, da je večina družinskega življenja prilagojena na sinovo vedenje. *»Ob večjih izbruhih trme, ko se ne more držati niti osnovnih pravil, se najprej skušam z njim pogovoriti, kar ponavadi ni ravno uspešno. Zanimivo pa je, da kadar začuti mojo veliko stisko, se odzove zelo čustveno in je nato pripravljen pomagati, zato mu večkrat tudi razložim, kako se jaz počutim, ko mi tako nagaja«*. Da se izognejo živčni situaciji, vsi nekako poskušajo vnaprej predvideti posledice dejanj in se izogniti situacijam, ki vodijo k njej. Tudi v družini udeleženke E želi otrok vztrajati v svojih pravilih, a ko vidi, da tako ne gre naprej, se zapre v sobo in tam leži, dokler se ne umiri in uvidi, da so pravila zato, da se jih upošteva. Udeleženka D je ponosna na svojega otroka, če se le ta sam trudi z iskanjem rešitve in je stvar uspešno razrešena. Napeto ozračje in

neprijetne situacije z otrokovim vedenjem pa pripeljejo v družino drugačno vzdušje. Tudi udeleženka F pove, da je velika stiska in nemoč ravno v povezavi z vzpostavljanjem pravil družinskega življenja. *»Hudo mi je, ko otrok ne upošteva naših pravil. Takrat loputa z vrati, dviguje glas, joka ... Jaz pa sem ob vsem tem nemočna, žalostna in želim, da se zadeva čim prej umiri«.*

Kljub sankcijam je avtoriteta ključnega pomena za dobro vzgojo. Otrok je dolžan priznavati starša, učitelje in vse starejše ljudi. Avtoriteta ne prosi, temveč ukaže kdaj in kako otrok uboga. Če starši svoje dolžnosti opravijo in na otroke prenesejo svoje vrednote, jim s tem podarijo največ kar se da. To je največja dediščina (Juhant in Levč 2011, 14 – 20). Tako so tudi vrednote, ki jih izkazujejo otroci teh staršev, izredno navdihujoči v očeh vseh ter pozabijo na vso stisko in togoto, ki jo prinaša motnja AD/HD. Tako udeleženka A pove, da je njeno otrok izjemno čustven, kar jo velikokrat spravi v pozitivno voljo, ko je na dnu. *»Zelo je čustven, takoj zazna ljudi okoli sebe, je kot rentgen z zelo močno intuicijo. Pozitivno se odzove na prijaznost in simpatije okoli njega. Ljubi živali in je zelo uspešen v športu«.* Udeleženka B pove, da je njen otrok od nekdaj izstopal s širokim besednim zakladom in smislom za srkanje zanimivih stavčnih zvez iz različnih pogovorov. *»Navduševal je tako mene, kot vzgojiteljico s svojimi ugotovitvami in opazili sva, da se zelo zanima za pogovore odraslih ljudi. Zmeraj je zelo hiter in domiseln pri odgovorih, ki znajo biti humorni, ter zelo vztrajen v svoji radovednosti. Zna razstaviti kakšne predmete in preštudirati, kako jih predelati v nekaj novega, kar nam niti na misel ne bi prišlo. Zanimiva in pozitivna se mi zdi tudi njegova neposrednost in pogum v odnosih z odraslimi. Kljub težavi z disleksijo zna hitro odkriti napake, ki jih nihče ne opazi. Je zelo senzibilen in se zna vživeti v čustva drugih. Vedno je pripravljen takoj priskočiti na pomoč«.* Udeleženka C vidi pozitivne vrednote v svojem sinu predvsem na področju športnih aktivnostih, igranju šaha, je pa res da *»si želi biti na vseh področjih prvi in edini večni zmagovalec«.* Udeleženka D prav tako vidi v svojem otroku izjemno veliko pozitivnih stvari. *»Izjemno srčnost, odnos do starejših in mlajših, pozornost, verbalno komunikacijo, ponos da je to kar je, estetika, sposobnosti risanja in videnja lepega v naravi, so vrline, ki jih jaz nikoli morda ne bom dosegla tako kot on, zato mi je še v posebno veselje, da se lahko učim*

od njega«. Prav tako udeleženka F pove, da je srečna, ker je lahko s svojimi vrlinami, sposobnosti nudila otroku to kar danes je. *»Zanimajo ga res vse stvari in je nad njimi hipermotiviran, koncentriran in nadvztrajen. Izredno je sočuten in ima čut za pravičnost«.*

V samem jedru družine je poglaviten odnos med partnerjema otroka. Oddaljenost ali ločenost enega vedno znova predstavlja silovito grozo, ki jo doživlja posameznik. Bodisi partner, bodisi otrok. Biti zavržen lahko posamezniku preprečuje, oziroma ga zavedno ali pa nezavedno ovira pri vzpostaviti odnosov z drugimi. Posamezniki, ki so izkusili izdajstva, prevare, zavrženosti ali grenkobo odhodov ljubljenih oseb, težko ponovno vzpostavijo stik z lastnimi čutenji. Posameznik se težko poda v nova izkustva. Strah pred zavrženostjo dobesedno duši otroka (Gostečnik 2010, 243 – 244).

Skozi celotno izkušnjo motnje AD/HD udeleženke čutijo potrebo po podpori lastne družine in ožjega socialnega kroga. Med pomembnejšimi osebami, v katerih iščejo oporo, so njihovi partnerji. Udeleženka A, ki živi trenutno z drugim moškim, pove, da od biološkega očeta nikoli *»ni bilo nič«*. Ker sama v vzgoji ni zmogla, ji je življenje na pot prineslo novega partnerja, ki ji je v neizmerno pomoč in podporo. *»Partner še sicer ni našel prave poti do sina, mi pa pomaga pri drugih opravilih tako, da skuha, pospravi hišo, opere perilo in poskrbi za ostala gospodinjstva opravila.* Udeleženka B pove, da je motnja precej zblížala tako njiju kot vse družinske člane. Pove tudi, da sta oba s partnerjem imela podobne simptome v otroštvu in sedaj bolje razumeta ozadje njunih trmastih odločitev. *»Ker sva oba drugačna od »klišejev«, nama to pomeni nekak izziv. Ker nisva ambiciozna v smislu doseganja uspehov v šoli, na motnjo nisva nikoli gledala s stališča, da bo otrok prikrajšan, le trdila se zelo, da bi dohajal vrstnike, zato da ne bi izstopal in bil moteč v razredu. Kljub stresnim situacijam, si včasih nisva enotna glede reakcij na sinovo vedenje, vendar se o tem veliko pogovarjava in vedno bolj usklajujeva najino vzgojo«.* Udeleženka C pove, da je motnja na odnos med njo in očetom otroka vplivala negativno. Največkrat se je pripetilo, da nista bila istega mnenja in sta se začela odtujevati eden od drugega. *»Veliko neizbežnih, žalostnih in od vsega še ne pozabljenih trenutkov smo preživeli skupaj, vendar pa moram poudariti, da smo ob tem prišli do*

velikanskih izkušenj, plemenitih dejanj, ki so vplivale na otroka, da se je začel zavedati okolja okrog sebe in razumeti, da je poseben in hkrati dobrodošel«. Oseba D pove, da je motnja zbližala njun odnos. Skupaj poskrbita za obravnavo tako problemov kot sankcij in se o tem veliko pogovarjata. Udeleženka E živi sama z otrokom, vendar partnerja o njej redno obvešča, kakor tudi o sankcijah ki sledijo v upanju, da je to upoštevano tudi pri očetu. Tudi udeleženka F si ne zna predstavljati svojega »normalnega« življenja brez podpore partnerja. Pravi, da je včasih zelo težko, saj nimata časa eden za drugega, po drugi strani pa pravi, da ko nastane problem, sta se skupaj za otrokovo dobro naučila sodelovati in pogovarjati. *»Deliva si nadzor nad učenjem, nalogami in govorilnimi urami*«. Pove tudi, da je sama »bolj človek akcije«. *»Otroka poskušam prepričati, da lahko naredi vse, le če se tako odloči in skupaj iščeva rešitve. Partner pa je dober v prepričevanju, komunikaciji in tolaženju*«.

10.2 Doživljanje motnje AD/HD glede na širšo okolico

Drugi del raziskovalnega vprašanja je bil usmerjen na ugotavljanje kakšna je bila percepcija motnje AD/HD glede na širšo okolico.

Vsak starš si želi, da bi njegov otrok bil sprejet tako v družini, družbi, skupini, med sovrstniki ... Vsi se zavedajo, da je za njegovo sprejetost najprej odgovoren otrok sam, nato starš, socialne in zdravstvene ustanove. Velikokrat pa stiska in strah pred očitki pripelje ravno v odtujitev iz okolice, izolacije med ostalimi člani širše družine, družbe.

Udeleženka A pove, da se njen sin v raznih skupinah počuti dobro, je pa žalostna, ker kljub »sprejetosti« otrok še vedno doživlja »neprištevanja«, »neodobravanja« in izbruhne v neutolažljivi jok. Veliko stisko in sram udeleženka doživlja pri prehranjevanju otroka, saj le ta hiti jesti, *»kot da ne bi jedel že sto let*«. Udeleženka B pove in upraviči svoj strah otroka pred neodobravanjem okolice zaradi njegove neposrednosti in manjše spretnosti. *»Za njegovo sprejetost se počutim odgovorna jaz, ga pa navajamo, da mora*

tudi sam poskrbeti, da bo zaželen v družbi. Boleče je predvsem to, ko moram gledati in prenašati sinovo osamljenost, saj razen trenutnih sošolcev nima druge družbe. V okolici, na primer pri zdravniku, se počutim nemočno, postanem zbegana in dekoncentrirana, zaradi opazk kot so: otrok je razvajan, mati pa popustljiva«. Udeleženka C pove, da je bila namestitev njenega otroka v enega izmed zavodov v Sloveniji neizogibna. Najprej se je soočala z veliko stisko, depresijo, ker je njen otrok oddaljen od svojega okolja, nato pa se je z dano situacijo zavoljo otroka morala sprijazniti. Pove, da je za sprejetost najprej odgovoren starš, skrbnik in šele nato družba z vsemi svojimi razpoložljivimi institucijami. Največja stiska in želja je borba po večni zmagi pred motnjo. Udeleženka D pove, da se je sprijaznila z otrokovo motnjo, se z njo ne obremenjuje več, jo pa še vedno boli neodobravanje okolice, kljub vednosti o sami motnji. Odgovornost za otrokovo sprejetost čuti predvsem iz svoje strani in strani trenutne učiteljice. »Stisko še doživljam občasno, vendar smo se je z leti navadili. Zaradi očitajočih pogledov, kot so cmokanje, vzdihovanje ... smo se enostavno izolirali od javnih prireditev, obiskov v domači cerkvi ...«. Udeleženko E je predvsem strah prehoda v višjo stopnjo, kjer se otroci iz podružnic selijo v matično enoto. Strah jo je pred vnovičnim spopadom z okolico, očitajočimi pogledi, neodobravanjem tako javnih kot drugih institucij. »Tu sem se komaj navadila očitajočih pogledov, mnenj in ne vključevanja v družbo in že misel na ponovno soočanje z vsemi koraki me dela depresivno«. Tudi udeleženka F pove, da je »najhuje še vedno, da ob določenih izpadih, vedenju ljudje ocenijo mojega otroka, kot da je nevzgojen, len, čeprav ne vedo, koliko energije moram vložiti v vzgojo in usmerjanje, ter koliko energije in moči mora on sam vložiti v opravke, ki so drugim sami po sebi umevni«. Otrokov trenutni socialni položaj je v veliki meri zaslužen od njegove trenutne učiteljice.

Vsem udeleženkam je skupno to, da so diagnozo, ki je »ožigosala« njihovega otroka, najprej sprejele kot šokantno, znotraj tega so čutile velik strah, obremenjenost, zaskrbljenost in neprijetnosti zaradi stanja, v katero so bile postavljene. Želijo si, da bi njihov otrok bil »normalen«, in da ne bi več čutile stiske ne na njihovi strani in ne s strani otroka. Udeleženke se soočajo z velikim občutkom nemoči, saj imajo le redke podporo s strani partnerja, družine ali

okolice. Pogosto se spopadajo z jezo, depresijo in sramom, saj otrokovo obnašanje ni v skladu z njihovimi pričakovanji. Večni tekmeč z njimi pa je vsekakor čas, ki jim pobere še zadnji kanček upanja na boljšo prihodnost. Šolske in družinske obveznosti jim vzamejo še tisti del svobode, ki bi jo kot starši imele pravico izkoristiti. Ker so otroka brezpogojno sprejele, so zavestno sprejele tudi vse »negativne« strani motnje in doumele, da nikoli ne bo lahko ne z vzgojo, ne s prihajajočim življenjem, ki jih čaka. Na poti bo mnogo ovir, odrekanj, ki so jih pripravljene premagati že sedaj.

10.3 Uporabnost rezultatov

Raziskava lahko doprinese k večjemu razumevanju doživljanja staršev, ki imajo otroka z AD/HD motnjo, saj rezultati nudijo vpogled v notranji proces, ki ga prehodijo starši, ki se soočajo s samo motnjo. Raziskovalno delo prikazuje podrobnejšo sliko, kaj starši čutijo takoj ob spoznanju, da je njihov otrok »zapečaten« z drugačnostjo in kako se morajo s to zapečatenostjo soočati. Rezultati raziskave so lahko v pomoč pri oblikovanju celostnega sistema podpore in svetovanja staršem, ki se soočajo z »ožigosanji« njihovih otrok. Rezultati lahko prispevajo tudi k boljšem razumevanju splošnega čustvenega dogajanja oseb, ki se znajdejo v situaciji obupa, nemoči in hkrati omogočijo uvid v specifičnost doživljanja vsakega posameznika posebej.

10.4 Omejitve raziskave

Kot pri vseh kvalitativnih raziskavah, je bila pri pričujoči, glavna težava zagotavljanje veljavnosti in splošnosti. Raziskava je potekala na majhnem vzorcu, zato so rezultati samo odraz doživljanja pričujočega vzorca in jih ne moremo posplošiti na celotno populacijo. Kot pomanjkljivost vzorca lahko omenimo tudi, da so bile udeleženske samo ženske (matere), kar pomeni, da lahko rečemo, da opis strukture doživljanja motnje AD/HD, ki je rezultat našega

raziskovanja, velja le za matere, pa še to le za naš vzorec, medtem ko bi bilo potrebno za opis specifičnosti doživljanja očetov otrok z motnjo AD/HD izvesti raziskavo na vzorcu, ki bi ga sestavljali samo moški (očetje).

Podatki so bili v vseh primerih zbrani na primerljiv način, saj je vse intervjuje vodila ista raziskovalka. Kljub urejenemu načinu kodiranja pa se nismo uspeli izogniti interpretativnemu vplivu predrazumevanj in pričakovanj raziskovalke. V skladu s tezo, da jasna eksplikacija raziskovalčevih predrazumevanj zmanjša vpliv le teh na samo analizo, bi bilo verjetno smiselno pred začetkom empiričnega dela raziskave natančno preiskati pričakovanja ter odnos raziskovalke do teme.

V sami izvedbi smo se veliko ukvarjali z vprašanjem, koliko (če sploh), bi lahko zmanjšali obseg intervjujev in za koliko (če sploh) bi lahko zmanjšali faze raziskave, da bi še vedno dobili smiselne rezultate in vpogled na celoto, kot smo ga dobili sedaj. Dejstvo je, da je naša metoda raziskovanja dokaj obremenila udeležence, saj nekaterih vprašanj zaradi prisotnosti tesnobe sploh nismo postavili. Po drugi strani pa je intenzivnejša vključenost udeležencev v fenomenološkem raziskovanju nujna, saj izkušnje fenomenoloških raziskovalcev (Hurlburt 2006) kažejo, da je ponavljanje – torej dolgotrajna in intenzivna raziskava najboljše zagotovilo za poglobljeno fenomenološko študijo. Udeleženci fenomenoloških raziskav morajo postati soraziskovalci, kar pomeni, da so za raziskavo primerni samo tisti, ki jih področje raziskave vsaj malo zanima.

Z vidika perspektive in idej za nadaljnje raziskovalno delo pa bi bilo zanimivo spremljati dolgoročne učinke raziskave (oziroma ukvarjanja z doživljanji). Zanimivo bi bilo izvedeti, ali se po daljšem času udeleženci še vedno posvečajo izobraževanju o novostih AD/HD motnje; ali je motnja že kaj zbledela v njihovih očeh, ali je le ta postala še večji del njihovega vsakdana; kako se spreminja vsebina otrokove motnje; ali jim še vedno stroka nudi dovolj podpore ... Pričujoča raziskava je pripeljala do nekaterih dokaj jasno definiranih kategorij, ki bi jih s primerjavo z drugimi fenomenološkimi študijami lahko pretvorili v

kvantitativne spremenljivke. Na tak način bi lahko predstavljeno raziskavo uporabili kot pilotsko študijo pri oblikovanju širše, kvantitativne raziskave doživljanja staršev otrok z motnjo AD/HD.

SKLEP

Magistrsko delo je nastalo s ciljem spoznati in preučiti značilnosti motnje AD/HD z vsemi njenimi karakteristikami, predvsem pa smo želeli preučiti, kakšna doživljanja pestijo starše, ki imajo takšnega otroka, čemur smo posvetili tudi empirični del.

Po pregledu strokovnih virov, literature, mnenj nekaterih strokovnjakov, smo ugotovili, da obstaja veliko definicij in opredelitev same motnje. Skupna točka vsem pa je, da gre pri motnji AD/HD za prisotnost simptomov nepozornosti, hiperaktivnosti in impulzivnosti. Gre za motnjo, ki ne izzveni, saj njene značilnosti ne poniknejo, temveč se iz otroštva v odraslo dobo samo nekoliko umirijo. Poleg primarnih simptomov, ki jih vsebuje motnja, pa motnjo spremljajo še sekundarni simptomi, kot so: zdolgočasnost, frustriranost, nizka samopodoba, učne težave, motnje vedenja in motnje na čustvenem področju. Tudi razumevanje biologije te motnje je ključnega pomena za uspešno soočanje z njo. Samo magistrsko delo se dotika tudi aktualnih vzrokov motnje AD/HD, tako v genetskih raziskavah, anatomskih, kemičnih in raziskavah delovanja možganov. Vsi simptomi, ki so opisani v drugem in tretjem poglavju, so v veliko breme tako posameznikom, kot osebam, ki so v stiku z otrokom, mladostnikom ali odraslim. Potrebna je velika mera potrpežljivosti in empatije, da lahko tako osebo razumemo in ji pomagamo.

V magistrskem delu je opredeljeno tudi diagnosticiranje motnje AD/HD. Za uradno diagnosticiranje je potrebno mnenje strokovnjaka. Niso vsi popolnoma enako specializirani, vendar je za postavitev diagnoze vendarle najbolj primeren psihiater, pedopsihiater in nevrolog. Ostali strokovnjaki podajo zgolj mnenja in preučujejo simptome, ki jih vidijo v posamezniku. V Sloveniji je področje diagnosticiranja še vedno slabo razvito, vendar si lahko pomagamo z nekaterimi načini ugotavljanja pojavnosti motnje. Velikega pomena je, da identificiramo otrokove težave na vseh področjih, pri čemer nam je v pomoč otrok sam, njegovi starši in osebe, ki so v stiku z otrokom. V primeru, ko starši posumijo, da

gre pri njihovem otroku za motnjo pozornosti in hiperaktivnosti, je najbolje, da se obrnejo na zdravniško osebje, kjer se bo njihov sum potrdil, ali morebiti ovrgel. Ni vsak živahen otrok že hiperaktiven. Za ugotavljanje in potrjevanje diagnoze obstaja kup meril in ovrednotenj, a najbolj preprost način, kjer se ovrednotijo simptomi na lestvici od neobstoječih do hudih, je Connersov vprašalnik. Obstajajo še drugi vprašalniki, ocenjevalne lestvice, ki pripomorejo k odkrivanju, vendar se večino strokovnjakov poslužuje ravno tega. Poleg diagnosticiranja je potrebno oceniti tudi človekov intelektualni potencial, preizkusiti njegove spretnosti, oceniti vedenje in opraviti vse medicinske preiskave.

Osvetliti smo želeli tudi, kakšna je pojavnost motnje AD/HD glede na spol, starost in različno populacijo. Ugotovili smo, da se motnja pri vsakem posamezniku kaže drugače, prav tako pa je motnja drugačna znotraj dane populacije. Pri dojenčkih in otrocih, je motnja izredno opazna, saj imajo le ti težave s spanjem, hranjenjem, imajo pretirano potrebo po starševski pozornosti, so nenasitni, imajo izbruhe togote, nagnjeni so k nečistoči... Pri mladostnikih velikokrat primarne simptome zasenčijo sekundarni, kot so nizka samopodoba, frustracija, neuspeh, z dolgočasnost, apatičnost ... Spoprijemajo se z organizacijskimi težavami, počasneje dozorevajo tako na čustvenem kot mentalnem nivoju. Mladostniki se pogosto srečujejo tudi z depresijo ali kakšno drugo obliko psihiatrične motnje. Odrasli razvijejo načine, s katerimi premagajo željo po prekomerni aktivnosti, razvijejo strategije za spoprijemanje z vsemi težavami, simptomi, ki opredeljujejo motnjo, ter izberejo sebi primerne poklice v katerih so inovativni in ustvarjalni. Raziskave, ki so jih do sedaj opravili, kažejo, da se motnje tudi do petkrat pogosteje pojavljajo pri osebah moškega spola, kar nakazuje, da je veliko žensk z blažjim AD/HD morda spregledanih in ostanejo brez diagnoze. Simptomi se pri ženskem spolu kažejo v ponotranjeni obliki, v obliki pretiranega govorjenja, nizke samopodobe in depresije.

Pred pregledom literature smo pričakovali, da obstaja veliko intervencij, strategij, tehnik, ki pomagajo tako otroku z AD/HD, kot tudi staršem. Vendar smo ugotovili, da je takih virov in literature, predvsem v našem prostoru, še

vedno premalo. Otroci so brez strokovne pomoči pri šolskih dejavnostih izgubljeni, dezorganizirani, vedenjsko problematični, saj motijo delovni proces v skupini. Zato je potrebna celostna pomoč tako iz strani strokovnjakov, kot iz strani staršev, saj mora delo potekati kontinuirano redno in vsak dan. Ni potrebna samo intervencija v družini, temveč tudi povsod, kjer se oseba z motnjo nahaja, bodisi v vrtcu, šoli ali zunanjem okolju. Vzgoja takih oseb je podobna minskemu polju, saj se vsi sprašujejo in težijo k pravemu načinu vzgoje, za katero pa formula na obstaja. Otrok je res da žrtev, zato je potrebno najti pravi pristop, ki bo v pomoč tako njemu kot staršu, vzgojitelju in ostalim, ki so v stiku z njim. Pri otroku je potrebno pri vsaki obravnavi vključiti tudi biološko, psihološko in socialno plat. Z biološko obravnavo, kot je pravilna prehrana, zdravila, vitaminski dodatki, lahko dosežemo urjenje možganov in ponovno vzpostavljanje ravnovesja v telesu. Psihološki pristop se izboljša z raznimi svetovanji, psihoterapijo in obvladovanjem vedenja. Ko poskrbijo starši za psihološko in biološko obravnavo, se morajo osredotočiti tudi na socialne veščine in učenje novih mehanizmov spoprijemanja. Zdravila, ki jih predpišejo in priporočajo strokovnjaki, so v pomoč zgolj staršem in osebam, ki so v stiku z otrokom, njemu samemu pa so prej v slabost kot korist, saj vpliv zdravil nanj pusti posledice v obliki nespečnosti, izgubi apetita, razdraženosti, omotičnosti ... Če že otrok ne more spremeniti obnašanja, mišljenja, je to potrebno spremeniti drugje. Tako so starši poklicani k spreminjanju svojega obnašanja in pozornosti do otroka, ki vključuje poslušanje, pozornost in ignoriranje motečega vedenja. Za to pa je vsekakor potreben čas in posvetitev pozornosti obnašanju brez prisile in usmerjanja. Koraki, kot so dobra komunikacija, doslednost, poslušnost in razumevanje, pripeljejo v bližino otroka.

Ker je v empiričnem delu magistrskega dela v ospredju vprašanje, ki je vezano na doživljanje staršev, ki imajo otroka z motnjo AD/HD, smo za ta namen povabili k raziskavi ravno takšne starše, ki se soočajo tako s pozitivnimi, kot negativnimi doživljanji ob otroku. Najprej smo opredelili problem raziskave in utemeljili izbor metode raziskovanja. Ker gre v raziskovanju za globoka doživljanja, smo se odločili za kvalitativno raziskovalno metodo v obliki poglobljenih intervjujev s šestimi posameznici, ki imajo izkušnje z otrokom

AD/HD motnje. S fenomenološko metodo smo želeli čim bolj natančno opredeliti in spoznati doživljanja udeleženk, ob samem raziskovanju pa smo bili pozorni tako na čustvena doživljanja, kakor tudi na konkretne situacije in okoliščine, ki so pripeljale do diagnoze same motnje. Po intervjujih smo naredili transkripcije, čemur je sledila analiza rezultatov, opisi individualnih struktur doživljanja in opisi splošne strukture doživljanja staršev, ki imajo otroka z motnjo AD/HD. Skupna analiza zajema opis vseh bistvenih lastnosti raziskovanega doživljanja, ki so skupna udeleženkam v raziskavi. Vse udeleženke so čutile najprej šok, ko so izvedele za diagnozo njihovega otroka. Ob vsem tem so se počutile nemočne, jezne in polne sramu, ko so se z otrokom nekje pojavile. S sprejetjem otrokove »bolezni« pa so vse usmerjene k pomoči tako njemu kot sebi. Udeleženke so se velikokrat počutile krive ali pa so stanje svojega otroka obžalovale, vendar so s pomočjo strokovnjakov prišle do spoznanj, da je otrok »tu« in je zanj potrebno poskrbeti tako ali drugače. Potrebna je velika mera potrpežljivosti, inovativnosti in komunikacije, pri čemer pa je večni njihov tekmeč čas. Vsem udeleženkam je skupna časovna stiska, ki jo ene opisujejo kot pozitivno, saj se zaradi pojavljanju sramu v njih izognejo morebitnim obiskom, druge pa opisujejo časovno stisko v negativnem vidiku, saj jim za vse ostale skupne aktivnosti v družini zmanjka časa. Udeleženke poudarjajo tudi, da so v veliki meri hvaležne za podporo partnerjev, svojcev in ostalega sorodstva, saj bi brez njihove pomoči ne zmogle »ukrotiti« otrokovega vsakdana.

Pri pisanju magistrske naloge smo prišli do spoznanja, da je vsak otrok z motnjo AD/HD nekaj posebnega, oziroma, da si niti dva posameznika nista enaka. Vsakega je potrebno dobro spoznati, se mu približati, upoštevati informacije, ki nam jih podaja, saj mu le na ta način lahko pomagamo. Pomembno je tudi sodelovanje med starši, vzgojitelji in vsemi strokovnimi delavci, ki so v stiku z otrokom. Pri samem empiričnem delu pa ostaja spoznanje, da je zelo pomembna priprava na izvedbo raziskave, saj z dobro pripravo olajšamo analiziranje pridobljenih podatkov.

POVZETEK

V magistrskem delu avtorica preučuje, kaj je motnja AD/HD, na kratko predstavi mite in dejstva o sami motnji, ter zgodovino in različna poimenovanja le te skozi obdobja razvoja. Delo predstavi tudi vse simptome motnje AD/HD, ki jih imajo otroci, tako primarne, kot so impulzivnost, nemirnosti in odvrnljiva pozornost, kot sekundarne simptome, kot so zdolgočasenost, frustriranost, nizka samopodoba, učne težave, motnje vedenja in motnje na čustvenem področju. V delu se dotakne tudi aktualnih raziskav motnje, kot so: genetske, kemične, anatomske in raziskave delovanja možganov. V magistrskem delu se avtorica posveča tudi ugotavljanju, kakšna je pojavnost motnje glede na spol in različno populacijo. Delo nas seznani tudi s strokovnjaki in pripomočki diagnosticiranja same motnje. Omenjene so tudi nekatere oblike pomoči in podpore tako otrokom, staršem, kot pomoč, usmerjena na širšo okolico v kateri otrok odrasča. Za doseganje vidnih rezultatov je v obravnavo potrebno vključiti tako starše, vzgojitelje, kot vse strokovne delavce, ki so v stiku z otrokom.

V empiričnem delu magistrskega dela je najprej opredeljen problem raziskave in utemeljen izbor metode raziskovanja. S fenomenološko psihološko metodo smo raziskovali doživljanje staršev, ki imajo otroka z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti. Do rezultatov smo prišli z analizo intervjujev, ki smo jih opravili z vsako udeleženko posebej. Sledila je analiza doživljanj, tako individualnih kot skupnih. Rezultati kažejo na veliko podobnih čustvenih doživljanj, ki jih imajo ženske, ki so v stiku s svojim otrokom. Rezultati raziskave lahko pripomorejo k večjem razumevanju doživljanja drugih staršev, ki se soočajo s podobno problematiko svojih otrok.

Ključne besede: motnja pozornosti in hiperaktivnosti (AD/HD), impulzivnost, nemirnost, odvrnljiva pozornost, diagnosticiranje AD/HD, vzgoja in pomoč otrokom z AD/HD, doživljanja staršev, starševstvo.

ZUSAMMENFASSUNG

In dieser Magister Arbeit prüft die Autorin was die Erkrankung AD/HD ist, es werden Mythen und Fakten dargestellt, sowie sie ihre Entwicklung in der Vergangenheit. In dieser Arbeit werden auch die verschiedenen Symptome der Erkrankung AD/HD vorgestellt die Kinder haben primäre, impulsive Unruhe und ungewollte Aufmerksamkeit Defizite, so wie sekundäre Symptome, diese sind Langeweile, Frustration, geringes Selbstgefühl, Lernschwierigkeiten, gestörtes Verhalten und emotionale Störungen. Diese Arbeit enthält auch einen Teil der aktuellen Forschung über die Störung wie zum Beispiel: genetische, chemische, und anatomische Untersuchungen des Gehirns. In dieser Magister Arbeit wendet sich die Autorin der Aufklärung zu, wie sich das Geschlecht und die Beliebtheit auf die Krankheit auswirken. Die Arbeit soll auch aufklären wie die Forscher mit ihren Hilfsmitteln die Störung diagnostizieren. Es werden auch einige Hilfsmittel für Kinder, Eltern und dessen Umfeld in dem das Kind aufwächst vorgestellt. Für einen sichtbaren Erfolg ist es erforderlich die Eltern, Lehrer sowie alle diejenigen die mit dem Kind in Verbindung stehen mit einzubeziehen.

Im empirischen Teil der Magister Arbeit wird das Problem aufgeteilt in Untersuchungen und angemessene Auswahl der Methoden. Mit dem Phänomen der psychologischen Methode haben wir die Eltern untersucht dessen Kind an einer Aufmerksamkeits schwache und Hyperaktivität leidet. Wir sind durch Analyse von Interviews mit jedem einzelnen zum Ergebnis gekommen. So analysierten wir deren Erfahrungen individuell, wie auch die gleichen Erfahrungen. Die Ergebnisse zeigen ein ähnliches emotionales Erlebnis von Frauen die im Kontakt mit ihren Kindern stehen. Die Ergebnisse der Untersuchungen können helfen größten Teils zu verstehen, was andere Eltern durchleben, durch gleiche oder ähnliche Probleme mit ihrem Kind.

Stichwörter: Konzentrations Schwierigkeiten (AD/HD), impulsives Verhalten, Unruhe, Aufmerksamkeits Defizite, die Diagnose AD/HD). Erziehung, Hilfe für die Kinder mit AD/HD, Erlebnisse der Eltern, Elternschaft.

REFERENCE

Adams, Caralee. 2014. *Girls and ADHD: Are You Missing the Signs?* <http://www.scholastic.com/teachers/article/girls - and - adhd – are – you – missing – signs> (pridobljeno 8. april 2014).

Bago, Ružica. 2004. *Dijagnostika sindroma fragilnog X kromosoma metodama molekularne medicine*. <http://www.udruga-zvoncici.hr/sindrom-fragilnogx.html> (pridobljeno 29. april 2014).

Bandel, Teja. 2013. Osnovnošolski otroci z motnjo hiperaktivnosti in pozornosti: medosebne značilnosti družin ter motnja hiperaktivnosti in pozornosti pri starših. Magistrsko delo. Teološka fakulteta Univerze v Ljubljani.

Bečela, Marinka. 2011. Pomen postavitve pravil in mej v družinskem sistemu. V: Suzana Žunko Vogrinc, ur. *Otroci s težavami na področju pozornosti s hiperaktivnostjo: Kako z njimi vzpostavimo dober odnos in jim učinkovito pomagamo*, 48 – 55. Maribor: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.

Biederman, Joseph, Stephen V. Faraone, Michael C. Monuteaux, Elizabeth A. Plunkett, Julie Gifford in Thomas Spencer. 2003. Growth Deficit and Attention – Deficit/Hyperactivity Disorder Revisited: Impact of Gender, Development, and Treatment. *Pediatrics* 111, št. 5:1010–1016. Navaja Suzana Žunko Vogrinc, ur., *Otroci s težavami na področju pozornosti s hiperaktivnostjo: Težave na področju pozornosti in hiperaktivnosti*, 18. Maribor: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše, 2011.

Binder, Gisli, in Richard Michaelis. 1999. *Moj otrok vendar ni neumen! Razvojne in učne motnje*. Ljubljana: Kres.

Brežnik, Darja. 2013. Zanemarjenost v otroštvu in poznejši partnerski odnosi. Diplomsko delo. Teološka fakulteta Univerze v Ljubljani.

Brown, Thomas E. 2007. A new Approach to Attention Deficit Disorder. *Educational Leadership*, 64 (5), 22 – 27. Navaja Suzana Žunko Vogrinc, ur.

Otroci s težavami na področju pozornosti s hiperaktivnostjo: Težave na področju pozornosti in hiperaktivnosti, 17. Maribor: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše, 2011.

Bryman, Alan. 2004. *Social research methods*. Second Edition. London: Oxford University Press.

Chandler, Chris. 2010. *The Science of ADHD. A Guide for Parents and Professionals*. Chichester : Wiley-Blackwell.

Conners, Keith C., in Juliet L. Jett. 2001. *Attention deficit hyperactivity disorder (in adults and children): the latest assessment and treatment strategies*. Kansas City, MO: Compact Clinicals.

Engel, Rafael, in Russel Schutt. 2005. *The practice of research in social work*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Estes, Clarisa Pinkola. 2003. *Ženske ki tečejo z volkovi. Miti in zgodbe o arhetipu Divje ženske*. Nova Gorica: Založba Eno.

Ferek, Marko. 2006. *Hiperaktivni sanjari: drugačiji, lošiji, bolji: osvrt na ADHD - deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj*. Zagreb: Buđenje.

Glasser, William. 2007. *Kako vzpostaviti učinkovit nadzor nad svojim življenjem: teorija nadzora*. Ljubljana: Samozaložba A. Urbančič.

Goleman, Daniel. 1997. *Čustvena inteligenca*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Gostečnik, Christian. 2004. *Relacijska družinska terapija*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.

Gostečnik, Christian. 2010. *Neprodorna skrivnost intime*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.

Greene, Ross W. 1999. *Eksplzivni otrok: nov pristop k razumevanju in ravnanju s kronično neprilagodljivimi otroki*. Ljubljana: Orbis.

Hurlburt, Russel T. 2006. The Descriptive Experience Sampling method. <http://link.springer.com/article/10.1007/s11097-006-9024-0> (pridobljeno 18. januar 2015).

Husserl, Edmund. 2006. *Izraz in pomen: raziskave k fenomenologiji in teoriji spoznanja*. Ljubljana: Nova revija.

Iversen, Leslie L. 2006. *Speed, Ecstasy, Ritalin. The Science of Amphetamines*. Oxford: University Press.

Juhant, Marko, in Simona Levč. 2011. *Varuh otrokovih dolžnosti*. Mavčiče: Čmrli, komuniciranje in ustvarjalnost.

Karras, Tula. 2014. Types of ADHD in Girls. http://www.babycenter.com/0_types-of-adhd-in-girls_67350.bc (pridobljeno 7. april. 2014).

Kesič Dimic, Katarina. 2007. Spregledane Pike nogavičke: deklice z ADHD. V: France Prosnik, ur. *Različni učenci, različni pristopi*, 24 – 28. Ljubljana: Supra.

Kesič Dimic, Katarina. 2008a. ADHD – Ali deklice hitijo drugače? *Spregledanost deklic z motnjo ADHD*. Ljubljana: Bravo, društvo za pomoč otrokom in mladostnikom s specifičnimi učnimi težavami.

Kesič Dimic, Katarina. 2008b. Neukročene trmoglavke. Tako lepa pa tako umazan jezik. *Otrok in družina*. Leto LVII – marec 2008: 24 – 25.

Kesič Dimic, Katarina. 2009. *Adrenalinske deklice, hitri dečki: svet otroka z ADHD*. Nova Gorica: Educa.

Kesič, Katarina. 2009. Zakaj imajo otroci z ADHD težave pri navezovanju prijateljstev. 9. november. [http://www.viva.si/Otro%C5%A1ke - bolezn - Pediatrija/ 2577/ Zakaj - imajo - otroci – z - ADHD - te%C5%BEave - pri - navezovanju - prijateljstev](http://www.viva.si/Otro%C5%A1ke%20-%20bolezn%20-%20Pediatrija/2577/Zakaj%20-%20otroci%20-%20z%20ADHD%20-%20te%C5%BEave%20-%20pri%20navezovanju%20-%20prijateljstev) (pridobljeno 15. april 2014).

Kesič Dimic, Katarina. 2010. *Nino in Adi HoDko*. Ljubljana: Alba 2000.

Kesič Dimic, Katarina. 2010. *Vsi učenci so lahko uspešni: napotki za delo z učenci s posebnimi potrebami*. Ljubljana: Rokus Klett.

Kocijan Hercigonja, Dubravka, Gordana Buljan Flander, Dinka Vučković. 2004. *Hiperaktivno dijete. Uznemireni roditelji i odgajatelji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Kogovšek, Tina. 1998. Kvaliteta podatkov v kvalitativnem raziskovanju. Magistrsko delo. Fakulteta za družbene vede Univerze v Ljubljani.

Kordeš, Urban. 2008. Fenomenološko raziskovanje v psihoterapiji. *Kairos: Slovenska revija za psihoterapijo*, 2, št. 3 – 4: 9 – 21.

Lamovec, Tanja. 2006. *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup : nove oblike skrbi za osebe v duševni krizi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Lloyd, Gwynedd, David Choen, in Joan Stead. 2006. Critical new perspectives on ADHD. Navaja: Suzana Žunko Vogrinc, ur., *Otroci s težavami na področju pozornosti s hiperaktivnostjo: Težave na področju pozornosti in hiperaktivnosti*, 17. Maribor: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše, 2011.

Magajna, Lidija. 2005. Učenci z učnimi težavami v osnovni šoli. Navaja: Suzana Žunko Vogrinc, ur. *Otroci s težavami na področju pozornosti s hiperaktivnostjo: Težave na področju pozornosti in hiperaktivnosti*, 10 – 11. Maribor: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše, 2011.

Matlen, Terry. 2005. *ADHD: Not Just For Kids Anymore*. http://www.add.org/page/not_just_for_kids (pridobljeno 7. april. 2014).

Merleau – Ponty, Maurice. 2004. *Phenomenology of perception*. London: Routledge. Navaja Alenka Tančič Grum, *Terapevtovo doživljanje terapevtske delovne alianse pri delu s posameznikom in parom oz. družino v prvih letih prakse*, 75 – 78. Magistrsko delo. Teološka fakulteta Univerze v Ljubljani, 2011.

Merleau – Ponty, Maurice. 2006. *Fenomenologija zaznave*. Ljubljana: Študentska založba.

Mikuš – Kos, Anica. 1990. *Nemirni otroci*. Ljubljana: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.

Nadeau, Kathleen, in Patricia Quinn. 2014. Work with your ADD (ADHD), not against it! http://www.addvance.com/add_friendly/working_with.html (pridobljeno 7. april 2014).

Neuhaus, Cordula. 2002. Kakšen je tako imenovani nemirnež: Možnosti za usmerjeno poseganje v družino in šolo; Trening staršev. V: Michael Passolt, ur. *Hiperaktiven otrok: psihomotorična terapija*, 104 – 126. Ljubljana: Sožitje – zveza društev za pomoč duševno prizadetim Slovenije.

Oražem, Jasna. 2014. *MOJ OTROK IMA TIKE. KAJ NAJ STORIM?* <http://www.bibaleze.si/clanek/starsi/moj-otrok-ima-tike-kaj-naj-storim.html> (pridobljeno 14. april 2014).

Padubsky, Gaja. Kaj je EFT tehnika? http://www.efttehnika.si/index.php?option=com_content&view=article&id=120&Itemid=69 (pridobljeno 17. januar 2015).

Polkinghorne, Donald E. 1989. Phenomenological research methods. V: Ronald S. Valle in Steen Halling, ur. *Existential – phenomenological perspectives in psychology*, 46 – 56. New York: Plenum Press. Navaja Alenka Tančič Grum, 2011. Terapevtovo doživljanje terapevtske delovne aliance pri delu s posameznikom in parom oz. družino v prvih letih prakse, 85 – 90. Magistrsko delo. Teološka fakulteta Univerze v Ljubljani, 2011.

Potočnik Dajčman, Nataša. 2011. Vloga pedopsihiatra pri diagnostiki in obravnavi otroka, mladostnika z motnjo pozornosti ali brez hiperaktivnosti. V: Suzana Žunko Vogrinc, ur. *Otroci s težavami na področju pozornosti s hiperaktivnostjo: Kako z njimi vzpostavimo dober odnos in jim učinkovito pomagamo*, 152 – 166. Maribor: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.

Pulec Lah, Suzana. 2006. Dejavniki uspešnosti pri mladostnikih s pomanjkljivo pozornostjo in hiperaktivnostjo. V: Marija Kavkler, ur. *Otroci in mladostniki s specifičnimi učnimi težavami – spodbujanje, podpiranje in učinkovita pomoč*, Zbornik prispevkov: druga mednarodna konferenca o specifičnih učnih težavah

v Sloveniji, 103 – 108. Ljubljana: Društvo Bravo – društvo za pomoč otrokom in mladostnikom s specifičnimi učnimi težavami.

Radovanović, Karolina, in Urban Kordeš. 2009. *Most k temnemu svetu – fenomenološka študija*. Kairos 3, št. 3/4:19 – 35. Tančič Grum, Alenka. 2011. Terapevtovo doživljanje terapevtske delovne alianse pri delu s posameznikom in parom oz. družino v prvih letih prakse, 85 – 86. Magistrsko delo. Teološka fakulteta Univerze v Ljubljani, 2011.

Rijavec Klobučar, Nataša. 2012. Partnerja vzgajata skupaj. *Moj otrok & vrtec*. Št. 5, Marec 2012:8.

Rotvejn Pajič, Leonida. 2000. Motnje pozornosti s hiperaktivnostjo in nekateri vidiki učne učinkovitosti. Magistrsko delo: Filozofska fakulteta Univerze v Ljubljani.

Rotvejn Pajič, Leonida. 2002. Otroci s hiperkinetično motnjo. V: Končnik – Goršič, Nataša, ur. *Specifične učne težave otrok in mladostnikov: prepoznavanje, razumevanje, pomoč*, 29 – 42. Ljubljana: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše (SCOMS).

Rutar Leban, Tina. 2011. Kako vzgajati? *Uporabne informacije za starše, Baby Book, Moj otrok v vrtcu*. 22 – 23.

Sandberg, Seija. 2002. *Hyperactivity and attention disorders of childhood*. Cambridge: Cambridge University Press.

Schutz, Alfred. 2004. Problem racionalnosti v družbenem svetu. V: Adam Frane in Matevž Tomšič, ur. *Kompandij socioloških teorij*, 110 – 120. Ljubljana: Študentska založba.

Shapiro, Lawrence E. 2003. *Ščepec preventive: kako preprečimo težave, preden se sploh pojavijo*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Simonič, Barbara. 2010. *Empatija: Moč sočutja v medosebnih odnosih*. Ljubljana: Založba Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.

Skrodzki, Claus. 2002. Daljše opazovanje otrok s hiperkinetičnim sindromom in vsakdanje urjenje njihovih problemov. V: Michael Passolt, ur. *Hiperaktiven otrok: psihomotorična terapija*, 127 - 147. Ljubljana: Sožitje – zveza društev za pomoč duševno prizadetim Slovenije.

Slovar slovenskega knjižnega jezika. 2004. Ljubljana: Državna založba Slovenije.

Slovenski medicinski slovar. 2012. Ljubljana: Amebis.

Soršak, Srečko. 2004. *Nepozorni, nemirni in vedenjsko moteni otroci: pojavne oblike in tretman*. Maribor: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.

Strong, Jeff, in Michael O. Flanagan. 2011. *Motnja pozornosti in hiperaktivnosti za telebane*. Ljubljana: Pasadena: Društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami.

Šali, Borut. 1975. *Motnje v branju in pisavi*. Ljubljana: Zavod RS za rehabilitacijo invalidov – Ljubljana.

Tančič Grum, Alenka. 2011. *Terapevtovo doživljanje terapevske delovne alianse pri delu s posameznikom in parom oz. družino v prvih letih prakse*. Magistrsko delo. Teološka fakulteta Univerze v Ljubljani.

Topolovec, Nada. 2011. Mladostniki z ADHD – starši – učitelji. V: Suzana Žunko Vogrinc, ur. *Otroci s težavami na področju pozornosti s hiperaktivnostjo: Kako z njimi vzpostavimo dober odnos in jim učinkovito pomagamo*, 96 – 106. Maribor: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.

Viola, Stephen. 2004. *Obravnava otrok z motnjo pozornosti in s hiperaktivnostjo*. Ljubljana: Seminar v okviru društva Bravo.

Wertz, Frederick J. 1983a. From every day to psychological description: An analysis of the moments of a qualitative data analysis. *Journal of phenomenological psychology* 14, št. 2:197 – 241. Navaja Alenka Tančič Grum, *Terapevtovo doživljanje terapevske delovne alianse pri delu s posameznikom in parom oz. družino v prvih letih prakse*, 90 – 99. Magistrsko delo, Teološka fakulteta Univerze v Ljubljani, 2011.

Wertz, Frederick J. 1983b. Some constituents of descriptive psychological reflection. *Human Studies*, št. 6:35 – 51. Navaja Alenka Tančič Grum, Terapevtovo doživljanja terapevtske delovne alianse pri delu s posameznikom in parom oz družino v prvih letih prakse, 90 – 97. Magistrsko delo, Teološka fakulteta Univerze v Ljubljani, 2011.

Wertz, Frederick J. 1985. Method and findings in a phenomenological psychological study of a complex life – event: being criminally victimized. V Amadeo Giorgi, ur. *Phenomenology and Psychological Research*, 155 – 219. Pittsburg: Duquesne University. Navaja Alenka Tančič Grum, Terapevtovo doživljanja terapevtske delovne alianse pri delu s posameznikom in parom oz družino v prvih letih prakse, 91 – 98. Magistrsko delo, Teološka fakulteta Univerze v Ljubljani, 2011.

»Zakonu o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (ZUOPP)«. V: *Uradni list RS št. 58/2011*. 22. julija 2011. <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=201158&stevilka=2714> (pridobljeno 14. februarja 2015).

Zavrišek, Darja. 2000. *Hendikep kot kulturna travma*. Ljubljana: Založba Cf.

Zupančič Danko, Alenka. 2011. Vloga staršev pri vzgoji otrok. *Moj otrok & vrtec*. Št. 1 – Oktober 2011:20.

Žagar, Drago. 2012. *Drugačni učenci*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.

Žunko Vogrinc, Suzana. 2009. Povezanost inkluzivne prakse z učiteljevo vlogo pri delu z učenci z motnjo pozornosti. V: Suzana Žunko Vogrinc, ur. *Otroci s težavami na področju pozornosti s hiperaktivnostjo: Težave na področju pozornosti in hiperaktivnosti*, 17. Maribor: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše, 2011.

Žunko Vogrinc, Suzana. 2011. Težave na področju pozornosti in hiperaktivnost. V: *Otroci s težavami na področju pozornosti s hiperaktivnostjo: Kako z njimi vzpostavimo dober odnos in jim učinkovito pomagamo*, 10 – 26. Maribor: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.

Žunko Vogrinc, Suzana. 2011. Pomoč otrokom s težavami na področju pozornosti in s hiperaktivnostjo. V: *Otroci s težavami na področju pozornosti s hiperaktivnostjo: Kako z njimi vzpostavimo dober odnos in jim učinkovito pomagamo*, 27 – 47. Maribor: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.

PRILOGA 1: POVABILO K SODELOVANJU V RAZISKAVI

Sem Darja Brežnik, absolventka drugostopenjskega študijskega programa Zakonske in družinske študije, ki se izvaja na Teološki fakulteti, Univerze v Ljubljani. Moj študij se zaključi z izdelavo in zagovorom magistrskega dela, ki je empirične narave, kar pomeni, da je v samo nalogo vključen raziskovalni del, v mojem primeru intervju. Naslov mojega dela je: *Značilnosti doživljanja staršev otrok z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti (AD/HD)*. Za pridobitev informacij potrebujem nekaj udeležencev, ki bi bili pripravljeni sodelovati v intervjuju, ki bo vseboval vprašanja o lastnem doživljanju (kako prepoznate in sprejemate otrokove težave, potrebe; kakšna doživljanja so prisotna, ko se z otrokom nekje pojavite ...). V samem procesu priprave magistrskega dela bo poskrbljeno za strokovnost dela in varnost oseb v raziskavi. Izjavljam tudi, da se bom držala etičnosti raziskovanja, kakor ga določa etični kodeks Združenja zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije.

Iskreno hvaležna bom za vaš odziv.