

Doc. dr. Mirha Šehović, Filozofski fakultet u Tuzli

UTICAJ NEKIH PORODIČNIH FAKTORA NA RAZVOJ HIPERKINETSKOG SINDROMA KOD DJECE

Abstarkt

Razvojni hiperkinetski sindrom (RHS) spada u poremećaje psihomotorike koji ometaju neposrednu komunikaciju djeteta sa okolinom. S obzirom dfa primarna komunikacija između djeteta i okoline počinje «toničnim» dijalogom (ajurijaguera) djeteta sa majkom, smatramo dsa je problem roditelja kao osnovne matice prema kojoj se organizuje način komunikacije djeteta, ovdje od posebnog značaja.

Teorijske osnove

Marija Montessori govori kako mišići, dakle psihomotorika, imaju privilegiju da neposredno realizuju život i ostvaruju potrebe djeteta u socijalnom polju. Organizovanost psihomotorike jeste zasnovana na biološki datim strukturama, ali se ostvaruje pod uticajem socijalnog polja. Istraživači na ovom polju polazili su od sljedećih pretpostavki: Velez i saradnicu sz 1989. godine su u okviru logitudinalnih studijaistraživali značaj demografskih faktora i osobina roditelja kao eventualnih rizika u nastajanju RHS. Sama pojava određene kliničke slike u oblasti psihomotorike djeteta uznemirava porodični krug, čime se povećava nesigurnost pri vaspitanju ove djece i u porodici i u školi. Kada kod djeteta sa RHS izuzmemo obilježje – «slab uspjeh u školi» dobićemo opis ponašanja djeteta koji odgovara znatno mlađem uzrastu. Svaki senzorni podražaj izazivapoprnatnu motoričku aktivnost, pokret tijelom, ispružanja ruke, odlazak, dolazak itd. To je ponašanje karakteristično za senzomotoričke šeme odnosa prema svijetu. Takvo ponašanje, na uzrastu školskog djeteta kada očekujemo roditelja ili nastavnika kao

identifikacioni uzor, a logiku kao okretača aktivnosti, djeluje kao poremećaj. U jednom istraživanju (Bojanin, 1986) utvrđeno je da postoji oko 7 % djece hiperkinetskog ponašanja na predškolskom uzrastu (5-6 godina), i oko 5 % djece u mlađim razredima osnovne škole. Ovakva dinamika pojave poremećaja objašnjena je samim procesom sazrijevanja. Na osnovu ovih iskustava i analiza smatramo da je hiperkinetski sindrom problem razvoja, te o njemu govorimo kao o razvojnem hiperkinetskom sindromu.

Važno je napomenuti da se roditelji, kao i spoljašnja sredina, prema hiperkinetičnosti male djece, odnose sa više benevolencije, pripisujući to djetinjstvu sve do onog momenta kad na starijem uzrastu njihova očekivanja budu iznevjerena. Tada se simptomatologija RHS najprije shvata kao «nevaspitanje, bezobrazluk».

Cilj rada

Cilj našeg rada je procjena uloge nekih porodičnih činilaca nastanku RHS. Hipoteze su sljedeće:

RHS kao problem psihomotoričke organizovanosti je pod uticajem odnosa između roditelja i djece.

Potpuna porodica, nudeći identifikacione uzore i muškom i ženskom djetetu ima manje djece sa poremećajima u oblasti psihomotorike.

Djeca jedinci predstavljaju veći rizik za pojavu RHS.

Metodologija istraživanja

Ispitali smo djecu školskog uzrasta od 7 do 14 godina koja su se u periodu od 1997. do 1999. godine javila na pregled u Školski dispanzer – savjetovalište za djecu i omladinu u Tuzli. Kod sve djece poremećaji su dijagnosticirani po važećim dijagnostičkim kriterijumima. U uzorku je bilo 52 djeteta sa RHS, dok je 40 djece bez psihomotornih smetnji činilo kontrolnu grupu. Podatak o porodičnom faktoru uzimali smo iz socio-epidemiološke ankete koja se radi redovno prilikom prvog pregleda u dispanzera. Iz uzorka smo isključili svu djecu koja su, pored za nas značajnih simptoma, imala: oštećenje CNS-a, promjena EEG-u, razvojnu disharmoniju, IQ ispod 90 i svaki poznati klinički entitet koji za posljedicu može ostaviti poremećaj pažnje i hiperkinetsko ponašanje. Kontrolnu grupu su sačinjavala

djeca školskog uzrasta u približno jednakom broju zastupljena po polu. Djeca su metodom slučajnog uzorka odabrana u jednoj osnovnoj školi u Tuzli, takođe slučajno izabranoj. Podaci su uzimani iz dokumentacije školskog pedagoga-psihologa. Uslovi za kontrolnu grupu bili su:

- da lice nema prisutnu psihopatologiju, niti prisutne neurološke simptome,
- da nemaju pozitivnu psihijatrijsku anamnezu,
- da imaju IQ iznad 90

Porodični faktori koje smo uzimali u razmatranje bili su:

- cjelokupnost porodice
- broj djece u porodici
- zdravstvenmo stanje roditelja
- zanimanje roditelja, i
- alkoholizam u porodici

Upoređivali smo zastupljenost svakog od navedenih porodičnih faktora u spomenutoj dijagnostičkoj kategoriji u odnosu na kontrolnu grupu. Statističku značajnost uočenih razlika testirali smo Hi-kvadrat testom.

Rezultati

Iz tabele br. 1 se vidi da je RHS znatno učestaliji kod dječaka nego kod djevojčica.

Tabela 1. : Prikaz učestalosti posmatrane djece po polu

Red. br.	Pol	RHS	%	Kontrolna grupa	%
1.	Djevojčice	16	15	36	45
2.	Dječaci	88	85	44	55
	Svega	104	100	80	100

Rezultati pokazuju da je razlika zastupljenosti po polu djece sa RHS statistički značajna: od 104 djeteta sa RHS-om bilo je 16 djevojčica (15 %)i 88 dječaka (85 %). Obradom rezultata pomoću Hi-kvadrat testa pokazana je statistički značajna razlika ($p < 0,01$ za $DF = 1$)

Tabela 2. : Prikaz najčešćih uputilaca djece sa RHS

Red. br.	Djeca dolaze upućena od	RHS	%	Svega	%
1.	Roditelja	44	42	44	42
2.	Škole	32	31	32	31
3.	Ljekara	22	21	22	21
4.	Ostalo	6	6	6	6
	Svega	104	100	104	100

Školu najviše zabrinjavaju simptomi u okviru RHS-a (31% djece) i zato upućuje u dispanzer, tj. da joj najviše smetaju “nemirna djeca”.

Tabela 3. : Prikaz školskog uspjeha djece sa RHS

Red. br.	Uspjeh u školi	RHS	%	Kontrolna grupa	%
1.	Odličan	2	2	32	40
2.	Vrlo dobar	24	23	32	40
3.	Dobar	22	21	14	18
4.	Dovoljan	10	10	2	2
5.	Slab	28	27	0	0
6.	Dijete pohađa I razred OŠ	18	17	0	0
	Svega	104	100	80	100

Uspjeh u školi kod djece sa RHS-om je slabiji (visoka statistička značajnost) u odnosu na kontrolnu grupu.

Rasprava

Naše istraživanje navodi na sljedeći niz razmišljanja o hiperkinetskom sindromu I poremećaja psihomotorike i socijalizacije djece školskog uzrasta. Na prvom mjestu se potvrđuje činjenica da je ovim problemom zahvaćeno više dječaka nego djevojčica. Odnos je oko 80% prema 20%. Svakako se nameće pitanje specifičnosti organizovanije motorike djevojčica. Odnos sredine prema ovoj djeci je najagresivniji kad je riječ o RHS sindromu. Škola znatno teže podnosi RHS u odnosu na druge poremećaje (tikove I mucanja). To se vidi po tome što 31% djece sa ovim smetnjama upućuje sama škola, skrećući roditeljima pažnju na ponašanje njihove djece. Zanimljivo je kako su djeca sa

RHS ustvari usamljena. Znatno ih je više u porodicama sa jednim roditeljem (nepotpuna porodica). Isto tako je visoko statistički značajna prisutnost očeva alkoholičara u djece sa RHS, što nije slučaj sa kontrolnom grupom. Ovo nas navodi na sljedeći zaključak: znamo da se djeca sa RHS teško oblikuju prema nekom identifikacionom liku, koji, ustvari ne otkrivaju u svojoj okolini. Slobodni smo da pretpostavimo da nepotpuna porodica kao I otac alkoholičar koji obično apsorbuje sve snage porodice oko svoga problema ne otkrivaju djeci, obično svom jedincu, identifikacioni uzor u vrijeme kad treba. To čini da se u djeteta ne zasnije onaj početni uzor koji se kasnije zamjenjuje i postaje stub emocionalnog razvoja, centar kontinuiteta motivacija usmjerenih prema objektinom prostoru i prema drugima. To znači da nepotpuna porodica I porodica sa ocem alkoholičarem, ometaju skladnost ranih senzomotoričkih iskustava putem kojih se organizuje i život i osjećanja djece i saznanje.

Zaključak

Istraživanje odnosa unutar porodice djece sa RHS i škole omogućava da definišemo dva zaključka:

RHS sindrom nastaje najčešće u porodicama koje su nepotpune, gdje je otac alkoholičar i gdje je dijete jedinac. To ometa ovu djecu da odaberu identifikacioni uzor prema kojem će organizovati svoju egzistenciju.

Škola ne prihvata djecu sa RHS jer se ne uklapaju, bez očiglednih dodatnih zahtjeva u nastavni process. Škola se, dakle, ne odnosi prema ličnosti djeteta, niti ga razumije. Ona djecu vrednuje prema svojim instizucionalizovanim zahtjevima i kvalitetima podobnim ovim zahtjevima.

Literatura

1. Bojanin, S. (1977): *Dizgrafija djece mlađeg školskog uzrasta kao dispraksička pojava*, Beograd
2. Bojanin, S. (1985): *Neuropsihologija razvojnog doba i opšti reedukativni metod*, Beograd.
3. Cohen, M. C. et al. (1989): *Parent, Teacher, Child. A Trilateral Approach to Attention deficit disorder*
4. Tadić, N. (1988): *Psihijatrija djetinjstva i mladosti*

5. Velez, C. N. Johanson, J. and Cohen, P. (1989): *A Longitudinal Analysis of selected Risk factor*

THE INFLUENCE OF CERTAIN FAMILY FACTORS ON CHILD DEVELOPMENT DUE TO THE HYPERKINETIK SYNDROME

Summary

This paper deals with some family factors, such as socio-economic status, parents' education, family alcoholism, parents' marital status, the completeness of the family, number of children, etc, that may be significant for the manifestation of the Developing Hyperkinetic Syndrome (DHS).

As concerns the school it was observed that children with DHS and those stammering were not adequately accepted because of a poor degree of adaptation to the process of learning.