

UNIVERSITY OF BELGRADE - FACULTY OF SPECIAL  
EDUCATION AND REHABILITATION

THE EUROPEAN ASSOCIATION ON EARLY  
CHILDHOOD INTERVENTION

EUROPEAN ASSOCIATION OF SERVICE PROVIDERS  
FOR PERSONS WITH DISABILITIES

# *Eurlyaid Conference 2017*

**Early Childhood Intervention:  
For meeting sustainable  
development goals of the  
new millennium**

*PROCEEDINGS*

*Belgrade, Serbia  
October, 6 - 8th 2017*



UNIVERSITY OF BELGRADE – FACULTY OF SPECIAL  
EDUCATION AND REHABILITATION

THE EUROPEAN ASSOCIATION ON EARLY CHILDHOOD  
INTERVENTION

EUROPEAN ASSOCIATION OF SERVICE PROVIDERS FOR  
PERSONS WITH DISABILITIES

# *Eurlyaid Conference 2017*

Early Childhood Intervention:  
For meeting sustainable  
development goals of the  
new millennium

*PROCEEDINGS*

Belgrade, Serbia  
October, 6 – 8th 2017



## **PROCEEDINGS**

### **PUBLISHER / IZDAVAČ**

University of Belgrade, Faculty of Special Education and Rehabilitation, Serbia /  
Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju

### **FOR PUBLISHER / ZA IZDAVAČA**

Prof. dr Snežana Nikolić  
University of Belgrade, Faculty of Special Education and Rehabilitation, Serbia /  
Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju

### **EDITORS / UREDNICI**

Prof. dr Mirko Filipović  
Prof. dr Branislav Brojčin  
University of Belgrade, Faculty of Special Education and Rehabilitation, Serbia /  
Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju

### **REVIEWER / RECENZENTI**

Prof. dr Zorica Matejić-Đuričić  
University of Belgrade, Faculty of Special Education and Rehabilitation, Serbia /  
Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju  
PhD Jean Jacques Detraux  
University of Liège, Liège – Department of Psychology: Cognition and Behavior,  
Special Education  
Jürgen Kühn  
University of Applied Sciences, Emden, Germany

### **PROOFREADING AND CORRECTION / LEKTURA I KOREKTURA**

Maja Ivančević-Otanjac

### **DESIGN AND PROCESSING / DIZAJN I PRIPREMA**

Biljana Krsić  
Zoran Jovanković  
University of Belgrade, Faculty of Special Education and Rehabilitation, Serbia /  
Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju

Proceedings will be published in electronic format CD.

Circulation: 200

ISBN 978-86-6203-101-3

## Opcije tretmana za decu sa deficitom pažnje i hiperaktivnošću (ADHD)<sup>1</sup>

Danka M. Radulović

*Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Srbija*

**Predmet istraživanja:** ADHD je sve prisutniji poremećaj među decom, a u trećini slučajeva progredira u delinkvenciju, pa je rana intervencija neophodna. No, kompleksna priroda ADHD sindroma i često prisustvo komorbidnih poremećaja otežava mogućnost iznalaženja adekvatnih formi tretmana dece sa ADHD i stvara potrebu za intervencijama namenjenim njihovim roditeljima i nastavnicima i širem socijalnom okruženju.

**Metod:** Iako postoje mnogobrojni vidovi tretmana njihova efikasnost je retko evaluirana, te su u radu razmotrene one intervencije koje se odnose na neposredni rad sa decom i na rad sa njihovim roditeljima i nastavnicima, a imaju preliminarnu empirijsku podršku.

**Rezultati:** Tretman ADHD ne predstavlja lečenje u medicinskom smislu, već je u funkciji redukcije simptoma poremećaja pažnje, impulsivnosti i hiperaktivnosti, odnosno poboljšanja bihevioralnih i emocionalnih aspekata funkcionisanja dece. Najčešći pristupi tretmanu su kognitivni i bihevioralni ili njihova kombinacija; koriste se i individualne i grupne forme psihoterapije, savetovanje i treninzi u porodičnom i školskom okruženju, a u psihijatrijskoj praksi farmakoterapija.

**Zaključak:** U planiranju tretmana, uz sagledavanje snage i slabosti deteta i njegove porodice, moraju se uzeti u obzir: uzrast i razvojni nivo deteta, najizraženiji deficiti koji otežavaju prilagođavanje i razvoj, pervazivnost simptoma i njihova situaciona varijabilnost, kao i koegzistirajući poremećaji. Generalno, najbolje rezultate obezbeđuje multimetodski pristup i prisustvo integrisanih intervencija u različitim okruženjima.

**Ključne reči:** ADHD, deca, roditelji, nastavnici, tretman

---

### 1. PREDMET

Nedostatak pažnje, impulsivnost i preterana motorna aktivnost, simptomima su ADHD sindroma (APA, 1994) sve prisutnijeg među decom, koji u trećini slučajeva progredira u delinkvenciju (Robins, 1966, 1987, prema Radulović, 2014), te

1 Rad je rezultat projekata Ministarstva prosvete, nauke i tehnološkog razvoja br. 47008 i br. 47011.

je od ključnog značaja da se što ranije otpočne sa tretmanom. Zbog složenosti ADHD sindroma (razvojni, neurofiziološki, bihevioralni) i čestih komorbidnih poremećaja (poremećaj ponašanja, opoziciono–devijantni i poremećaj učenja) postoji potreba da se intervencije kreiraju ne samo za decu, već i za roditelje, nastavnike i šire okruženje. Zato su u radu razmatrene moguće opcije tretmana dece sa ADHD s ciljem da se ukaže na prednosti i ograničenja u njihovoj primeni.

## 2. METOD

Mnogobrojni vidovi tretmana hiperaktivne dece koriste se u praksi, ali je relativno malo njih validirano, pa su u radu na bazi bibliotečkog i elektronskog (WoS) pregleda relevantne literature razmotrene one intervencije koje imaju preliminarnu empirijsku podršku.

## 3. REZULTATI

Tretman nema karakter lečenja u medicinskom smislu, već mu je funkcija u redukciji simptoma povezanih sa ADHD i u poboljšanju bihevioralnih i emocionalnih aspekata funkcionisanja dece koji su sa sindromom u vezi. Među empirijski verifikovanim opcijama tretmana su kognitivni, bihevioralni pristupi i njihova kombinacija, treninzi roditelja i nastavnika, integrisani i multimetodski pristupi i različite forme individualnih i grupnih psihoterapija.

### 3.1. Intervencije za decu sa ADHD

U tretmanu dece sa ADHD korisni su kognitivni i kognitivno-bihevioralni pristupi. Među *kognitivnim* su kognitivno modelovanje, neurofidbek i metakognitivne strategije. Cilj metakognitivnih strategija je da unaprede egzekutivne funkcije kod dece starije od 7 godina. Deca uz pomoć njih uče da prate svoj misaoni tok, menjaju način mišljenja i uspešno uče. Kod neurofidbeka se uz pomoć različitih kompjuterskih programa deca uče samoregulaciji, poboljšaju pažnje i fleksibilnosti u prelaženju sa jedne aktivnosti na drugu, a uspešno se može tretirati preko 20 specifičnih kognitivnih funkcija. Dobre rezultate daje kombinacija neurofidbeka i metakognicije (Thompson & Thompson, 1998).

*Kognitivno-bihevioralni pristupi* kombinuju kognitivne strategije (npr. samokontrole uz samoposmatranje i samoinstrukcije) sa bihevioralnim tehnikama (potkrepljenja, samopotkrepljenja i modelovanja). Prednost im je u prilagođavanju tretmana posebnosti deteta (Abikoff & Hechtman, 1996). Nalazi govore da je njihov uspeh kratkotrajan jer ostaje potreba za nastavkom nadzora i potkrepljenja za većinu dece sa ADHD (Barkley, 2007), a neke tehnike npr. rešavanja problema ne dovode do značajnih promena u ponašanju (Pffner, Barkley, 1998). No, kognitivno-bihevioralni pristup je uspešan kod hiperaktivne dece sa drugim paralelnim poremećajima (poremećaj učenja, anksioznost) (Hallahan et al., 2005).

### 3.2. Intervencije za roditelje

Za roditelje dece sa ADHD korisni su treninzi i edukacije u primeni biheviornih tehnika.

U okviru *treninga* radi se na promeni njihovog ponašanja prema deci, usklađivanju zahteva i očekivanja sa uzrastom dece i vrši se kontrola njihovih postupaka u kontaktu sa decom. Evaluacije pokazuju da se programi najefikasnije sprovode sa roditeljima predškolske dece (Sonuga-Barke et al., 2001). Uz visok nivo motivisanosti i odsustvo simptoma psihopatologije roditelja efikasni su i treninzi u cilju poboljšanja odnosa i interakcija u porodici sa hiperaktivnom decom od 2 do 11 god. koja kod kuće i u školi ispoljavaju neposlušnost i devijantno ponašanje (Berkley, 1997).

*Biheviornalne intervencije* podesne su jer deca sa ADHD imaju teškoće u regulaciji i inhibiranju ponašanja, ne slede pravila i uputstva, a naročito kada za to izostanu posledice ili su one blage i odložene (Berkley, 1998). Od roditelja se zahteva dosledna primena dogovorenih postupaka da bi se kreiralo predvidivo, strukturirano okruženje u kome su jasna pravila i očekivanja, ali i neposredne posledice za ponašanje deteta. Intervencije su delotvorne kod komorbiditeta ADHD sa poremećajima ponašanja, prkosom i buntom, anksioznošću i poremećajem raspoloženja. Dokazana je uspešnost programa sprovedenih u grupama roditelja koji uče različite biheviornalne tehnike (Barkley, 2007) kao i generalna efektivnost pristupa (Anastopoulos et al., 1993).

### 3.3. Intervencije za nastavnike

Nastavnici se obučavaju za primenu antecedensno i na posledicama zasnovanih intervencija u radu sa učenicima sa ADHD (Hoffman, DuPaul, 2000). *Antecedensne intervencije* su orjentisane ka zadatku i uputstvu (DuPaul & Stoner, 1994), a uz upotrebu kompjutera i uz tutorstvo vršnjaka doprinose poboljšanju pažnje i školskog postignuća (Dunlap et al., 1994).

*Na posledicama zasnovane intervencije* obuhvataju pozitivne odgovore za prikladno ponašanje (npr. "token" sistem) i negativne odgovore za neprihvatljivo ("time out", "cost" programi) (DuPaul & Hoff, 1998; Berkly, 1997). Troškovini model je znatno efikasniji od farmakoterapije u povećavanju obima željenih ponašanja (Rapport et al., 1982).

Oba pristupa se uspešno sprovode i kao komponente inkluzivnih programa, uz posredovanje grupa vršnjaka (McNail, 1995). Istraživanja potvrđuju njihovu uspešnost u smanjenju neželjenih ponašanja tokom nastave i u povećanju efikasnosti u izvršavanju školskih zadataka (Pelham et al., 1998, Pelham & Hinshaw, 1992). Ali po prestanku tretmana od strane terapeuta veliki broj učitelja i roditelja ne uspeva samostalno da primenjuje dogovorene postupke, pa se teškoće dece ponovo pojavljuju (Adesman & Wender, 1992). Najbolje je kombinovati oba pristupa jer je im je tada efikasnost veća (Charlson & Tamm, 2000).

### 3.4. Integrisan pristup

Proaktivan integrisan pristup temelji se na menjanju okruženja koje izaziva neželjeno ponašanje dece sa ADHD, a po Rapport-u (1998) idealan je u rešavanju problema u učenju. Primenjuje se na školskom uzrastu kao obavezan kurikulum u razredu, uz sinhronizaciju integrisano korišćenih računara, idr. materijala za treninge. Roditelji su uključeni u programe, a zadatak nastavnika je da dosledno prate i olakšavaju rad učenika. Pristup se zasniva na visoko sofisticiranoj opremi, a njegova vrednost je u preciziranju odlika proaktivno modelovanog okruženja u kome deca sa ADHD postižu najbolje uspehe u učenju.

### 3.5. Multimodalni pristup

Istraživanja dokumentuju da najveću efikasnost u tretmanu ima multimodalni pristup baziran na različitim kombinovanim psihosocijalnim i psihoedukativnim programima u koje se uključuju dete, roditelji, škola i relevantni drugi (Antshel, Remer, 2003). To potvrđuje i opsežno istraživanje iz 1999.god. "NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD" (Wells, et al., 2006; Pelham et al., 2000) koje nalazi da je multimodalni pristup efikasniji od bihevioralnog i od programa u zajednici jer između ostalog: smanjuje agresivnost i internalizovane simptome, unapređuje čitanje, socijalne veštine i odnos dete-roditelj i donosi dugoročno bolje efekte na ponašanje.

Pored navedenih opcija tretmana, koriste se i individualne i grupne forme psihoterapija koje deci podižu nivo samopoštovanja, pomažu u prevazilaženju kriznih situacija, depresije, anksioznosti i sl. U psihijatrijskoj praksi u porastu je primena farmakoterapije kod dece, čak i na uzrastu od 2 do 4 god. (Rapport, Murphy & Bailey, 1982), mada uz nju osnovni simptomi poremećaja ne nestaju, a dokazani su mogući štetni efekti (iritabilnost, pojačanje tikova, violentnost, suicidalne misli, simptomi depresije i psihoze). Stoga je važno da se roditelji upoznaju sa prednostima i nedostacima farmakoterapije, koja se može primenjivati samo u kombinaciji sa psihosocijalnim pristupima. Oslanjanje na nehemijske oblike tretmana daje dugoročno povoljnije efekte (Hoffman, DuPaul, 2000; Rapport, 1998; Abikoff, 2001; Abikoff & Hechtman, 1996).

## 4. ZAKLJUČAK

Izbor adekvatne opcije tretmana dece sa ADHD je veoma složen. U planiranju tretmana moraju se sagledati individualne snage i slabosti deteta i njegove porodice, vrste ispoljenih simptoma, njihova situaciona varijabilnost, uzrast i razvojni nivo deteta, njegovo školsko i socijalno funkcionisanje. Tretman bi trebalo da je fokusiran na simptome deficita koji su najizraženiji i pervazivni, te su stalni izvor problema i to u oblastima koje su važne sa stanovišta aktuelnog i budućeg prilagođavanja. Bitno je uzeti u obzir i koegzistirajuće poremećaje kod deteta,

ali i poremećaje prisutne kod roditelja. Studije dokazuju da, generalno, najbolje rezultate daje multimetodski pristup i primena integrisanih intervencija u različitim okruženjima (Pelham, 1999).

## LITERATURA

1. Abikoff, H., & Hechtman, L. (1996). Multimodal therapy and stimulans in the treatment of children with ADHD. In E.D. Hibbs & P.S. Jensen (Eds) *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (pp. 341-369) Washington, DC: American Psychological association.
2. Abikoff, H. (2001). Tailored Psychosocial Treatments for ADHD: The Search for a Good Fit *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(1), 122-125.
3. Adesman, A.R, Wender, E.H. (1992). "Helping the hyperactive child", *Patient Care*; 96-116.
4. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM IV). Washington DC.
5. Anastopoulus, A. D., Shelton, T., Du Paul, G. J., & Guevremont, D. C. (1993). Parent training for attention deficit / hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 581-596.
6. Antshel, K.M., Remer, R. (2003). Social skills training in children with attention deficit hyperactivity disorder: A randomized-controlled clinical trial. *Journal of Clinical Children and Adolescent Psychology*; 32 pp.153-165.
7. Barkley, R. (2007). School Interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Where to From Here?. *School Psychology Review*, 36(2), 279-286.
8. Berkley, R.A. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. The Guilford Press, New York.
9. Berkley, R.A. (1997). *Defiant children* (2nd ed.), *A clinician's manual for assessment and parent training*. New York: Guilford Press.
10. Carlson, C.I., & Tamm, L. (2000). Responsiveness of children with attention deficit – hyperactivity disorder to reward and response cost: Differential impact on performance and motivation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 73-83.
11. Dunlap, G., dePerczel, M., Clarke, S., Wilson, D., Wright, S., White, R., & Gomez, A. (1994). Choice making to promote adaptive behavior for students with emotional and behavioral challenges. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 505-518.
12. DuPaul, G.J., & Hoff, K.E. (1998). Attention/concentration problems. In T.S. Watson & F.M. Gresham (Eds.) *Handbook of child behavior therapy* (pp. 99-126). New York: Plenum Press.
13. DuPaul, G.J., Stoner, G. (1994). *ADHD in schools: Assessment and intervention strategies*. New York: Guildford Press.
14. Hallahan, D.P, Lloyd, J.W, Kauffman, J.M, Weiss, M., Martinez, E.A. (2005). In Merrill, Boston at al., *Learning Disabilities. Foundations, Characteristics, and Effective Teaching*. (3<sup>rd</sup> ed) Boston MA, Allyn & Bacon.



15. Hoffman, J.B, DuPaul G.J. (2000). Psychoeducational interventions for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, Jul, 9(3), 647-61.
16. McNail, C.B, (1995). *The ADHD Classroom Kit: An inclusive approach to behavior management*. King of Prussia,PA: Center for Applied Psychology.
17. Pelham WE, Gnagy EM, Greiner AR, Hoza B, Hinshaw SP, Swanson JM, Simpson S, Shapiro C, Bukstein O, Baron-Myak C. (2000). Behavioral vs. behavioral and pharmacological treatment in ADHD children attending a summer treatment program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(6), 507-526.
18. Pelham, W. E.(1999). President's message: The NIMH Multimodal Treatment Study for ADHD. Just say yes to drugs? *Clinical Child Psychology Newsletter*, 14, 1-10.
19. Pelham, W. E., & Hinshaw, S. P. (1992). Behavioral intervention for ADHD. In: S. M. Turnerr, K. S. Calhoun & H. E. Adams (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy* (2nd ed.), (pp. 259-283). New York: Wiley.
20. Pelham, W.E., Weehler, T., Chrinis, A. (1998). Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 190-205.
21. Pffiffer LJ, Barkley RA. (1998). Treatment of ADHD in School Settings, u: Barkley RA. *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. The Guilford Press, New York.
22. Radulović, D. (2014). *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju*. Univerzitet u Beogradu, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Izdavački centar, Beograd.
23. Rapport, M.D. (1998). Attention deficit/ hyperactivity disorder: In V.B. Van Hasselt & M. Herson (Eds) *Handbook of psychosocial treatment protocols for children and adolescents* (pp. 65-107), Hillsdale, NJ:Erlbaum
24. Rapport, M.D., Murphy, A., Bailey, J.S. (1982). Ritalin vs: response cost in the control of hyperactive children: A within subject comparison. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 15, 205–2016.
25. Sonuga-Barke, E.J.S., Daley, D., Thomson, M., Laver-Bradbury, C., & Weeks, A. (2001). Parent-based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized, controlled trial with a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 402-408.
26. Thompson, L., Thompson, M. (1998). Neurofeedback combined with training in metacognitive strategies: effectiveness in students with ADD. *Applied Psychophysiology Biofeedback*, 23(4), 243-63.
27. Wells. K.C., Chi, T.C., Hinshaw S.P., Epstein JN, Pffiffer LJ, Nebel-Schwain M, Owens EB, Arnold, LE, Abikoff H, Cnners CK, Elliott G, Greenhill LL, Hechtman L, Hoza B, Jensen PS, March J, Newcorn J, Pelham WE, Severe J, Swanson JM, Vitiello B, Wigal T. (2006). Treatment-related changes in objectively measured parenting behaviors in the Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Journal of Consultant Clinical Psychology*, 74, 649-657.

## TREATMENT OPTIONS FOR CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD)

Danka M. Radulović

University of Belgrade, Faculty of Special Education and Rehabilitation, Serbia

*Research subject:* An increasing number of children with ADHD and evidence that in third cases it progress into delinquency, means that early intervention is necessary. However, complex nature of ADHD syndrome and often presence of co-morbidity disorders make it more difficult to find appropriate forms of treatment of children with ADHD and creates the need for interventions aimed at their parents, teachers and broader social environment.

*Method:* Although many types of treatments are applied, their effectiveness is rarely evaluated, so in this paper we consider the interventions related to direct work with children and to work with their parents and teachers that have a preliminary empirical support.

*Results:* Treatment of ADHD does not means cure in medical sense, but reduction of symptoms of attention deficit, impulsivity and hyperactivity, and improvement in aspects of emotional and behavioral functioning of children. The most common approaches to the treatment are cognitive and behavioral, or their combination; individual and group forms of psychotherapy and counseling and training in family and school environment are also applied, and pharmacotherapy in psychiatric practice.

*Conclusion:* In planning treatment, beside considering child' s and family' s strengths and weakness, we ought to take into account: the age and child development level, the most salient areas of deficit that makes difficulties in adjustment and development, pervasiveness of symptoms and their situation variability and co-existing disorders. In general, multi-method approach and the presence of integrative interventions in different environments enable the best results.

**Key words:** ADHD, children, parents, teachers, treatment