

Kognitivno-bihevioralni tretman djeteta s hiperkinetskim poremećajem

/ *Cognitive Behavioural Therapy of a Child with Hyperkinetic Disorder*

Ljubica Paradžik¹, Ana Kordić¹, Anica Biško³, Nela Ercegović¹, Ljiljana Karapetrić Bolfan¹, Vlatka Boričević Maršanić^{1,2}

¹Psijhijatrijska bolnica za djecu i mladež, Zagreb; ²Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet, Osijek; ³Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb, Hrvatska

¹*Psychiatric Hospital for Children and Adolescents, Zagreb;* ²*Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine, Osijek;* ³*University Hospital Vrapče, Zagreb, Croatia*

Hiperkinetski poremećaj ili poremećaj pažnje s hiperaktivnošću (engl. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD*) neurorazvojni je poremećaj karakteriziran trijasom simptoma: hiperaktivnost, poremećaj pozornosti i impulzivnost. Postoje tri tipa ADHD-a: predominantno hiperaktivni/impulzivni, predominantno nepažljivi i kombinirani tip. Prevalencija ovog poremećaja iznosi oko 2-7 % kod djece školske dobi te se četiri do pet puta češće javlja u dječaka nego u djevojčica. Za postavljanje dijagnoze potrebni su jasni dokazi klinički značajnog oštećenja socijalnog, akademskog ili radnog funkcioniranja u dvije sredine (vrtić/škola, obitelj).

Prikazan je slučaj dječaka u dobi od 6 g. i 10 mj. kojemu je nakon timske obrade (pregled psihijatra, psihologa, logopeda, EEG pretrage i neurologa) dijagnosticiran hiperkinetski poremećaj te je uključen u kognitivno-bihevioralni tretman. Uključenost roditelja kao koterapeuta omogućila je bolje provođenje i implementaciju bihevioralnih i kognitivnih tehnika u svakodnevnom životu. Rano postavljanje dijagnoze i uključivanje u tretman omogućava bolje funkcioniranje djeteta u školi i kod kuće te smanjuje vjerojatnost razvoja sekundarnih poremećaja.

/ Hyperkinetic disorder or Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder characterized by three main symptoms: hyperactivity, attention deficit disorder, and impulsiveness. There are three types of ADHD: the predominantly hyperactive/impulsive type, predominantly inattentive, and combination type. The prevalence is 2-7% of school-age children, and it is 4 to 5 times greater in male than female children. Establishing the diagnosis requires clear evidence of significant impairment in social, academic, or work functioning in at least two environments (school/kindergarten and at home).

In this paper, we describe a case of a boy aged 6 years and 10 months (1st grade of elementary school) who was referred to a multidisciplinary team assessment (child psychiatrist, psychologist, speech therapist, neuropsychiatrist, and EEG). A diagnosis of hyperkinetic disorder was established, and the boy was included in cognitive behavioural therapy. The inclusion of parents as cotherapists enabled better implementation of behavioural and cognitive techniques in everyday life. Early detection/diagnosis and appropriate treatment leads to better outcomes and better child functioning, while also preventing development of secondary disorders.

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Ljubica Paradžik, dr. med.
 Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež
 Kukuljevićeva 11
 10 000 Zagreb, Hrvatska
 E-pošta: ljubica.paradzik@djecja-
 psihijatrija.hr

KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:

Hiperkinetski poremećaj / *Hyperkinetic disorder*
 Poremećaj pažnje s hiperaktivnošću (ADHD) /
Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)
 Djeca / *Children*
 Kognitivno-bihevioralna terapija / *Cognitive*
behavioural therapy

UVOD

Hiperkinetski poremećaj ili poremećaj pažnje s hiperaktivnošću (engl. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* - ADHD) je neurorazvojni poremećaj karakteriziran trijasom simptoma - hiperaktivnost, poremećaj pozornosti i impulzivnost.

Međunarodna klasifikacija bolesti, 10. revizija, (MKB-10) Svjetske zdravstvene organizacije (1) dijeli hiperkinetski poremećaj (F90) na poremećaj aktivnosti i pozornosti (F90.0), hiperkinetski poremećaj ophođenja (F90.1), ostale hiperkinetske poremećaje i nespecificirane hiperkinetske poremećaje (F90.9). Prema kriterijima MKB-10 za postavljanje dijagnoze trebaju biti zadovoljena sva tri kriterija: hiperaktivnost, impulzivnost i poremećaj pozornosti (1).

Prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (DSM-V) Američkog psihijatrijskog udruženja, obilježje ADHD-a je trajni model nepažnje i/ili hiperaktivnog impulzivnog ponašanja koji je češći i teži od tipičnog za osobe odgovarajućeg razvojnog stupnja. DSM-V razlikuje tri podtipa ADHD-a: predominantno hiperaktivno-impulzivni tip, predominantno nepažljivi tip te kombinirani tip. Simptomi hiperaktivnosti - impulzivnosti ili nepažnje, koji uzrokuju oštećenje trebaju biti prisutni prije 12-te godine života djeteta te moraju postojati jasni dokazi klinički značajnog oštećenja socijalnog, akademskog ili radnog funkcioniranja i simptomi u dvije sredine (vrtić/škola, obitelj) (2).

Prevalencija hiperkinetskog poremećaja iznosi oko 2-7 % djece školske dobi, a četiri do pet puta se češće javlja kod dječaka nego kod djevojčica (3,4). Nastanak hiperkinetskog poremećaja rezultat je interakcije genetskih čimbenika i utjecaja okoline (5). Hiperkinetski poremećaj je visokonasljedni neurorazvojni poremećaj (6,7). Genetske studije pokazale su kako je učestalost hiperkinetskog poremećaja kod roditelja i braće 2 do 8 puta veća nego u općoj populaciji dok adoptivne studije pokazuju veću učestalost hiperkinetskog poremećaja kod bioloških nego u adoptivnih članova obitelji (8). Simptomi nepažnje dovode se u vezu s insuficijencijom noradrenaličkog (NA) prefrontalnog puta i dopaminergičkog (DA) mezokortikalnog puta, dok se hiperaktivnost i impulzivnost povezuju s insuficijencijom DA nigrostrijatalnog puta (8). Prenatalni (komplikacije u trudnoći, pušenje, korištenje beta agonista) te perinatalni čimbenici (niska porođajna težina djeteta, fetalna iscrpljenost, intracerebralna hemoragija) povećavaju rizik za nastanak hiperkinetskog poremećaja (5). Od okolinskih čimbenika, niži stupanj obrazovanja majke, samohrano roditeljstvo te disfunkcionalnost obitelji mogu biti značajni čimbenici rizika za hiperkinetski poremećaj (5).

Djeca s hiperkinetskim poremećajem već od dojenačke dobi pokazuju pojačanu motoričku aktivnost i manjak potrebe za snom (9). U predškolskoj dobi često mijenjaju aktivnosti, ne dovršavaju aktivnosti do kraja, pokazuju

bučno i svadljivo ponašanje, nepopustljiva su, ne prepoznaju opasnost i sklona su ozljeda (8,9). Dijete s hiperkinetskim poremećajem u školi je nemirno, tijekom sata ustaje, hoda po razredu, ometa drugu djecu u radu (9). Pažnja je kratkotrajna i distraktabilna, početkom školskog dana je bolja, a potom slabi što dovodi do pojačanja motoričkog nemira.

Djeca s hiperkinetskim poremećajem socio-emocionalno su nezrelija za kronološku dob, pokazuju slabiju toleranciju frustracija, slabu mogućnost odgode poriva, mogu imati napade bijesa na male povode, ponekad uz ozbiljnu destruktivnost. Teško prihvaćaju zahtjeve različitih socijalnih situacija, loše procjenjuju socijalne odnose, ekscitabilni su u grupi vršnjaka, bolje funkcioniraju u manjim skupinama djece (10,11). U adolescenciji motorički simptomi se reduciraju, ali često ostaju osjećaj unutarnjeg nemira i simptomi nepažnje (10).

Već od predškolske dobi, kasnije tijekom školske dobi i adolescencije, zbog ometanja aktivnosti drugih, želje za dominacijom, neprepoznavanja socijalnih situacija te izljeva bijesa djeca s hiperkinetskim poremećajem često su izbjegavana od vršnjaka, nazivana „zločestima“ i/ili „neodgojenima“ od učitelja, što može dovesti do sniženog samopoštovanja, socijalne izolacije, osjećaja krivnje, a nerijetko i depresivnih reakcija.

Čak dvije trećine djece s hiperkinetskim poremećajem ima barem još jedan psihički poremećaj (poremećaj s prkošenjem i suprotstavljanjem i prkošenjem, poremećaj ophođenja, poremećaj učenja, anksiozni poremećaj, poremećaj raspoloženja, tikovi) (12,13). Također su pod povećanim rizikom za zlorabu sredstva ovisnosti u adolescenciji. Procjena prisutnosti komorbidnog poremećaja je važna zbog određivanja adekvatnog tretmana djeteta.

U dijagnostici hiperkinetskog poremećaja važan je multidisciplinski pristup što uključuje pregled kod dječjeg i adolescentnog psihija-

tra, psihologijsko testiranje, pregled logopeda, neuropedijatra te EEG pretragu. Potrebno je prikupiti informacije iz što više izvora (roditelji, stručni suradnici škole/vrtića, učitelji, psiholozi, pedagozi, odgajatelji, liječnik primarne zdravstvene zaštite ili liječnik školske medicine). Anamneza treba biti što detaljnija uključujući rizične čimbenike tijekom trudnoće, perinatalnog razdoblja, razvoja djeteta, neuropsihijatrijskog herediteta. Važna je procjena psihosocijalne situacije obitelji i opservacija djeteta, kao i dobivanje podataka od djeteta u skladu s razvojnom dobi. Psihologijska procjena daje uvid u kognitivno, socijalno i emocionalno funkcioniranje djeteta, pregled logopeda u razvoj govora i školske vještine djeteta, a pregled neuropedijatra je bitan radi isključivanja mogućih organskih oštećenja. EEG je bitno snimiti jer djeca s hiperkinetskim poremećajem mogu imati različite promjene u elektroencefalografskom zapisu, a i zbog činjenice da se kod djece s epilepsijom smetnje iz kruga hiperkinetskog poremećaja javljaju u 20-30 % slučajeva (14). Konačnu dijagnozu hiperkinetskog poremećaja može postaviti isključivo dječji i adolescentni psihijatar na temelju svih prikupljenih podataka, pri čemu je važno utvrditi prisutnost mogućih komorbidnih poremećaja.

Liječenje ADHD-a treba biti multidisciplinsko uz uključenost različitih stručnjaka kao što su dječji psihijatar, psiholog, logoped, edukacijski rehabilitator, liječnik primarne zdravstvene zaštite, liječnik školske medicine. Liječenje je potrebno prilagoditi individualnim potrebama djeteta (težina simptoma, prisutnost komorbidnog poremećaja, snage i prednosti djeteta, obiteljska situacija i dinamika).

Conners i sur. (15) su analizirali multimodalni pristup te navode da je primjena lijekova iz skupine psihostimulansa uz bihevioralne strategije optimalna za poboljšanje socijalnog, obiteljskog i akademskog funkcioniranja. Od lijekova su indicirani psihostimulansi, najče-

šće metilfenidat, u djece starije od 6 godina, ali samo kada se psihosocijalnim intervencijama nije uspjelo postići adekvatno funkcioniranje djeteta.

Tretman djece s hiperkinetskim poremećajem treba započeti što ranije kako bi dijete što prije usvojilo adekvatnije obrasce ponašanja te bilo u mogućnosti ostvariti školsko i socijalno funkcioniranje u skladu sa svojim potencijalima, ali i radi prevencije sekundarnih komplikacija (poremećaj ponašanja, depresija, ovisnosti, prekid školovanja, delinkventno ponašanje, problemi sa zakonom) (16,17).

Cilj ovog rada je prikazati kognitivno-bihevioralni tretman dječaka s hiperkinetskim poremećajem koji je pokazivao niz teškoća na planu socijalnog i akademskog funkcioniranja uz važnost multidisciplinskog pristupa u dijagnostici, ranog uključivanja u tretman, kao i nužnost podrške roditelja kao koterapeuta, učitelja te školske stručne službe u uspješnom liječenju dječaka.

KOGNITIVNO-BIHEVIORALNI TRETMAN HIPERKINETSKOG POREMEĆAJA

U kognitivno-bihevioralnom tretmanu (KBT) hiperkinetskog poremećaja intervencije su usmjerene na poboljšanje samokontrole, intrinzične motivacije za dovršavanje zadatka, ponašanje u skladu s pravilima. Neke od važnijih tehnika koje se primjenjuju su samoevaluacija, planiranje aktivnosti, stupnjeviti zadatci, direktno klasično potkrepljenje (primjena pozitivnog potkrepljenja u dobro planiranim uvjetima), uvježbavanje socijalnih vještina te upravljanje ljutnjom (edukacija o osjećajima, identifikacija osjećaja, uočavanje ranih znakova ljutnje, abdominalno disanje, STOP tehnika).

KBT se usmjerava i na nedostatke i distorzije u socijalno-kognitivnom funkcioniranju dje-

ce, uključujući distorzije u percepciji vlastitog ponašanja i ponašanja drugih, precjenjivanje neprijateljskog ponašanja drugih i rješavanje problema na direktan neverbalan način (agresivnost). Kognitivne intervencije koje se primjenjuju kod hiperkinetskog poremećaja individualno ili s manjom grupom djece su: verbalne samoupute (razvoj unutarnjeg govora), tehnike rješavanja problema te tehnike nošenja s pogreškama (u svrhu izgradnje mehanizma samokorekcije). Kognitivne strategije primijenjene izolirano su manje učinkovite. Razlozi za to su opća razvojna nezrelost, činjenica da deficiti inhibitorne kontrole nastaju „predverbalno“, prije izvršnih funkcija kao što je unutarnji govor te bolja učinkovitost kognitivne terapije za mijenjanje kognitivnih distorzija nego nadomještanje deficita u kognitivnim strategijama, čest komorbiditet s poremećajima ponašanja. Stoga, kognitivne tehnike u tretmanu djece s hiperkinetskim poremećajem potrebno je primjenjivati zajedno s bihevioralnim strategijama. Zajednički cilj svih tehnika je djelovati na socijalne kognicije u toku frustrirajuće ili provocirajuće situacije (18).

Ako dijete ima komorbidni poremećaj (depresija, anksiozni poremećaj), primjenjuju se i intervencije u okviru KBT-a za ove poremećaje (bihevioralna aktivacija, planiranje aktivnosti, postupno izlaganje, relaksacije, izlaganje u imaginaciji i *in vivo*, desenzitizacija, kognitivna restrukturacija).

U liječenju djece s hiperkinetskim poremećajem osobito je bitna psihoedukacija kako djeteta, tako i roditelja, nastavnika, učitelja. Roditelje treba usmjeriti da djetetu pomognu uspostaviti strukturu dana i aktivnosti, usvojiti radne navike postupnim stupnjevanjem zadataka te potkrepljujući pozitivna ponašanja, ali i uspostaviti dosljednost i usklađenost u odgoju. Intervencije koje su usmjerene na školu su psihoedukacija učitelja o samom poremećaju, druge djece, kao i roditelja druge djece te primjena individualiziranog pristupa u okviru

redovnog nastavnog plana i programa uz poticanje komunikacije i suradnje škola-dijete-roditelj-terapeut.

PRIKAZ SLUČAJA KOGNITIVNO-BIHEVIORALNE TERAPIJE HIPERKINETSKOG POREMEĆAJA

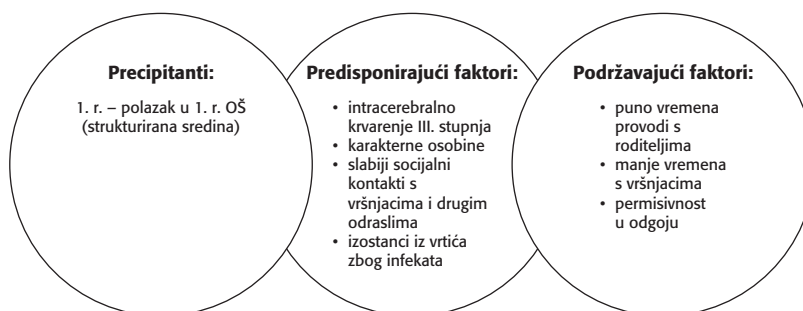
Dječak u dobi od 6 godina i 10 mjeseci, učenik prvog razreda osnovne škole, upućen je na timsku obradu (pregled dječjeg psihijatra, psihologa, logopeda, neurologa i EEG pretragu) na zahtjev škole. Ranije nije bio uključen u psihološko-psihijatrijski tretman. Razlozi upućivanja bili su sljedeći: od početka škole primijećeno je da je nemiran, vrti se u stolici, ustaje, hoda po razredu, voli biti dominantan u skupini vršnjaka, stalno priča, ne može čekati u redu, ne čeka da ga se prozove kako bi nešto govorio, odgovara odmah, upada u riječ. Teško podnosi komentare djece, svadljiv je, impulzivan, u nekoliko navrata imao je burne reakcije u školi, uz udaranje šakom dječaka, djevojčice i učiteljice. Kod kuće je također nemiran, često mijenja predmet interesa, burno reagira kada se nešto od njega zahtijeva, npr. kod pisanja zadatke plakanjem, vikanjem. Roditelji izbjegavaju mjesta gdje bi mogli sresti djecu iz škole, druge roditelje, srame se, jer ih svi „napadaju“ čim se pojave u školi. U drugom polugodištu prvog razreda dječak je ispisan iz dnevnog boravka.

Dječak živi s oba roditelja, otac je hrvatski ratni vojni invalid, majka boluje od reumatoid-

nog artritisa i hipotireoze te povremeno radi, psihijatrijski hereditet je negativan, obiteljski odnosi su opisani kao uredni. Po majci ima polusestru koja živi sa svojim ocem i dolazi povremeno vikendom. Dječak je pohađao vrtić od treće godine do polaska u školu. Roditelji opisuju kako je dječak oduvijek bio živahniji, volio je biti dominantan, ali su roditelji to uspijevali kontrolirati. U vrtiću neupadan, ali je često izostajao zbog respiratornih infekata. U tom razdoblju najviše vremena provodi s roditeljima, posebno s ocem koji je u mirovini. Socijalni odnosi obitelji su slabije razvijeni, nemaju širu obitelj kod koje bi dječak odlazio. Dječak se slabije druži s djecom izvan škole i ranije izvan vrtića. Dječak nema izvanškolskih aktivnosti i hobija, a dominantni interesi su mu lego kockice, gledanje crtića, igranje igrice na kompjutoru. Slika 1. prikazuje precipitirajuće, predisponirajuće i podržavajuće čimbenike u razvoju dječakovih smetnji.

Smetnje dječaka su izraženije pod nastavom, osobito u dnevnom boravku i krajem školskog dana, te najlošije predvečer kada je umoran, kao i krajem tjedna. Ponašanje je adekvatnije kad je dječak sam s učiteljicom i s manje djece te vikendom kada dječak ima manje obveza.

Rezultati timske obrade ukazivali su na dijagnozu hiperkinetskog poremećaja (F 90.0) kod dječaka prosječnog intelektualnog funkcioniranja. Agresivne reakcije bile su dio simptoma impulzivnosti, a njihova učestalost i intenzitet nisu zadovoljavali kriterije



SLIKA 1. Precipitirajući, predisponirajući i podržavajući čimbenici u razvoju dječakovih problema

za postavljanje komorbidnog poremećaja i/ili dijagnoze hiperkinetskog poremećaja opođenja (F90.1). Dječak je uključen u tretman dječjeg psihijatra s edukacijom iz KBT-a prema smjernicama Kendalla (18) te je slučaj tijekom provođenja supervizirao certificirani supervizor KBT-a.

Planiranje i tijek tretmana

Funkcionalna analiza ponašanja (FAP) je postupak kojim se utvrđuje što potiče disfunkcionalno ponašanje, tj. okolnosti koje mu pretihode (trigeri), koje sve oblike neadekvatnog ponašanja djeteta iskazuje (npr. vrištanje, guranje i udaranje druge djece, bacanje stvari), uz procjenu učestalosti, trajanja, intenziteta te posljedica koje slijede. Tako se određuje funkcija ponašanja djeteta, tj. nastoji li djeteta nešto neadekvatnim ponašanjem dobiti ili izbjeći. FAP je proveden u suradnji s roditeljima pomoću strukturirane tablice. Roditelji su pratili: situacije u kojima su se javljali neadekvatni oblici ponašanja (učenje kod kuće), neprihvatljiva ponašanja (odbijanje rada i učenja, plakanje, vikanje, lupanje po stolu, bacanje bilježnice, ležanje na stolu), učestalost (u početku gotovo svakodnevno), intenzitet (mjeren na ljestvici od 1 do 10) te trajanje neprihvatljivog ponašanja (u minutama). Do burnih reakcija dolazilo je zbog mentalnih napora ili zahtjeva da dulje vremena ostane fizički miran te usmjeren na jednu aktivnost (npr. pisanje zadaće). Utvrđeno je kako je funkcija disfunkcionalnih oblika ponašanja izbjegavanje za dječaka nelagodnih situacija. Ponašanje je negativno potkrepljiva-

la popustljivost majke. Učiteljica u školi je također pratila dječakova negativna ponašanja (neprihvatljive riječi u kontaktu s vršnjacima, ometajuće ponašanje u razredu, nesuradnja vezana uz zadatke zadane na satu). Nakon provedenog FAP-a postavljeni su problemi i ciljevi tretmana (tablica 1).

Na samom početku rada s dječakom provedena je *psihoedukacija* roditelja i dječaka (osnovne postavke kognitivno-bihevioralne terapije, edukacija o hiperkinetskom poremećaju, principi tretmana, kolaborativan pristup). Roditelji su podučeni važnosti uspostave usklađenosti i dosljednosti u odgoju, postavljanju pravila i granica, adekvatnog odgovora roditelja na neprihvatljiva dječakova ponašanja. Roditeljima je pojašnjeno da ako roditelj negativno potkrepljuje dječakovo ponašanje (npr. pri odbijanju pisanja zadaće dječak baca bilježnice, a roditelj popusti i odustane od daljnjih zahtjeva, dječak se smiruje) da se neprihvatljivi načini ponašanja na taj način učvršćuju. Ako roditelj, s druge strane, na neprihvatljiva dječakova ponašanja reagira burno (npr. kod zahtjeva dječaka da se kupi ono što on želi, roditelj reagira ljutnjom i vikanjem), dječak dobiva pažnju koja je snažan potkrepljivač te se može očekivati veća frekventnost neadekvatnog ponašanja djeteta.

Zajedno s roditeljima izrađen je *plan aktivnosti* dječaka tijekom dana (struktura dana) koji je istaknut na vidljivo mjesto u kući. Dogovoreno je uključivanje u sport (nogomet) kao dio strukturiranih dnevnih obveza, ali i ugodna aktivnost. U dogovoru s roditeljima izrađena

TABLICA 1. Utvrđeni problemi i ciljevi tretmana kod šestogodišnjeg dječaka s hiperkinetskim poremećajem

Problem	Cilj
Impulzivnost, verbalna i fizička agresija	Razviti samokontrolu (na frustracije ostati smiren)
Psihomotorni nemir (ustajanje pod satom, izlaženje iz učionice, vrpčenje, igranje sa školskim priborom pri čemu ometa drugu djecu, ne može mirno sjediti tijekom učenja i obroka)	Razviti samoregulaciju (osvijestiti nemir i naučiti kontrolirati ga kako bi bio usmjeren na zadatke)
Neizvršavanje školskih obveza u školi i kod kuće	Izvršavanje školskih obveza u školi i kod kuće

je *tehnika žetoniranja*: najprije su definirana poželjna (priprema za pisanje zadaće, pisanje jednog dijela zadaće, dovršavanje cijele zadaće, pospremanje igračaka i sl.) i nedozvoljena ponašanja (udaranje djece, lupanje šakom o stol). Roditelji su poželjna ponašanja nagrađivali „smajlicem“ svaki dan. Za dogovoreni broj prikupljenih „smajlića“ dječak je mogao birati veću nagradu (slatkiši, igranje kompjuterske igrice, odlazak u igraonicu). U početku su roditelji određivali nagradu, kasnije je dječak sam smišljao nagradu (odlazak s roditeljima u grad na sladoled, odlazak u kino). Tehnika žetoniranja primjenjivana je i u školi te su poželjni oblici ponašanja (izvršavanje zadaća, aktivno sudjelovanje na nastavi, uloženi trud u zadatke) potkrepljivani zvjezdicama, zlatnom kemijskom i sl.

Putem biblioterapije, tj. pričama, dječak je podučan *tehnikama identifikacije osjećaja* (sreća, tuga, ljutnja) te prepoznavanju ranih znakova ljutnje na tjelesnoj razini, misli koje se javljaju i ponašanja koja pokazuje u trenucima ljutnje. S dječakom je izrađena i njegova vlastita ljestvica ljutnje sa subjektivnom procjenom 1-10 kojom je procjenjivao intenzitet ljutnje u različitim situacijama.

Za *kontrolu ljutnje* dječak je podučan *tehnicama relaksacije – abdominalno disanje* koje je koristio u situacijama prepoznavanja prvih znakova ljutnje. Zatim je uslijedila *STOP tehnika*: udaljavanje iz razreda (uz dogovor i suradnju sa školom) te povratak u prostoriju za nekoliko minuta kada bi se intenzitet ljutnje smanjio. Kasnije je uslijedila modificirana STOP tehnika: abdominalno disanje, distrakcija pažnje (npr. brojanje djece s crvenom majicom) s ciljem „ostati u učionici“ i „ostati smiren“. Svaki pozitivan pomak (i trud i ostvaren rezultat) bio je uparen s pozitivnim potkrepljenjem (pozitivne samoizjave, samopotkrepljivanje, pohvalom i potkrepljivanjem učiteljice i pedagoga pred cijelim razredom i roditeljima). Na seansama je pregledavanjem domaće zadaće

također pozitivan pomak potkrijepljen pohvalom terapeuta.

Kognitivna restrukturacija uključivala je identifikaciju negativnih automatskih misli (NAM) i kognitivnih distorzija u percepciji vlastitog ponašanja i ponašanja drugih (precjenjivanje neprijateljskog ponašanja drugih) putem misaonih oblačića, testiranjem NAM-a (traženje dokaza za negativnu misao i protiv nje) te traženjem alternativne i realnije misli. Primjerice, kada dječak prekida učenje s ocem više puta zbog nemira, to razljuti oca. Dječaku se javlja misao: „Ja sam zločest i ništa ne radim dobro. Ja nisam dobro dijete.“ U terapiji je poučen da ove disfunkcionalne misli zamijeni funkcionalnijima: „Tata samo želi da što prije naučim, tako da možemo biti slobodni i ići što prije vani na igralište“ ili „Tata ne misli da sam ja zločest. Samo misli da je moje ponašanje ponekad loše. Uvijek kaže da sam dobar dečko.“. Slično, u školi kada mu djevojčica pod satom likovnog kaže: „To se ne crta tako“, dječaku dolazi misao: „Šta ona meni pametuje?“. Značenje ovog NAM-a za dječaka je „da ispada glup“. Umjesto prepuštanja ovim disfunkcionalnim mislima koje dovode do agresivnog ponašanja, poučen je testirati misli i zamijeniti mislima poput: „Djevojčica ne želi reći da sam glup. Samo mi želi pokazati još jedan način na koji mogu ovo nacrtati.“

Vezano uz psihomotorni nemir, dječak je naučio osvijestiti nemir (prepoznati da je nemiran, da se vrpolji i sl.). Za razvoj samoregulacije korištena je *tehnika unutarnjeg govora* (verbalne samoupute).

Prednosti dječaka korištene su i u tretmanu za poticanje poželjnih ponašanja. Kao najviši dječak u razredu dobio je zadatak predvoditi kolonu (bio je lokomotiva), a kao najjači štititi djevojčice i slabije dječake. U tretmanu su bili uključeni i roditelji te su osim tehnike žetoniranja i pozitivnog potkrepljenja, pomagali dječaku u identifikaciji NAM-a i kognitivnoj restrukturaciji.

Ishod i evaluacija tretmana

Sveukupno tijekom tretmana ostvareni su sljedeći rezultati: dječak prepoznaje vlastitu ljutnju i kontrolira je u potpunosti te izostaju agresivne reakcije, nemir uspijeva kontrolirati te uspješno izvršava školske obveze (u školi izdrži sjediti pod satom, kao i kod kuće tijekom pisanja zadaće), a i bolje je socijaliziran među vršnjake. Ima puno bolju sliku o sebi – usvojio je vjerovanje da je „dobro dijete koje se trudi“ i „moje ponašanje je ponekad loše, a ne ja“ dok je nekada govorio za sebe da je „zločest“. Ponosan je na sebe i svoje rezultate u školi i kod kuće. Sretan je jer ga učiteljica hvali. Djeca se žele igrati s njim u školi i na nogometu gdje pokazuje sve bolju adaptaciju u vršnjačku skupinu.

Tretman je trajao šest mjeseci. Seanse su se održavale u početku tri puta mjesečno, kasnije dva puta mjesečno te je ukupno održano 16 seansi s dječakom i roditeljima. Suradljivost roditelja i dječaka te motiviranost, koja je tijekom terapije rasla i kod dječaka i roditelja, mogu se istaknuti kao snage i prednosti u tretmanu. Dječak je i nakon godinu dana od završene KBT terapije u praćenju dječjeg psihijatra te nisu zabilježena značajna odstupanja u ponašanju i doživljavanju dječaka.

Poteškoću je početkom tretmana predstavljalo otežano roditeljsko prihvaćanje dječakovog stanja. Također, zamijećene su poteškoće u identificiranju NAM-a s obzirom na dob djeteta. Suradnja sa školom je u početku bila otežana, no nakon edukacije učiteljice i stručnog tima škole kognitivno-bihevioralne tehnike su primjenjivane i u školi što je značajno pridonijelo učinkovitosti cjelokupnog tretmana.

ZAKLJUČAK

Prikazan terapijski rad s dječakom ukazuje na učinkovitost intervencija u okviru kognitivno-bihevioralne terapije u radu s djecom s teškoćama iz kruga hiperkinetskog poremećaja, što je u skladu i s podacima iz literature (19). Pritom je važno kod djece mlađe dobi tehnike prilagoditi razvojnim karakteristikama djeteta i u tretman uključiti roditelje.

U dijagnosticiranju i tretmanu hiperkinetskog poremećaja iznimno je važan multidisciplinski pristup. Rane intervencije i pravodobno uključivanje u tretman uz suradnju između terapeuta, roditelja i škole nužne su za uspješno liječenje djece s hiperkinetskim poremećajem i u prevenciji razvoja sekundarnih komplikacija (depresija, ovisnosti, prekid školovanja, delinkventno ponašanje, i dr.).

LITERATURA

1. Folnegović Šmalc, V. Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja - klinički opisi i dijagnostičke smjernice, deseta revizija, MKB-10. Zagreb: Medicinska naklada, 1999.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistic manual of mental disorders (5th ed.). Washington DC: APA, 2013.
3. Barkley RA. Attention deficit hiperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd ed.). New York: The Guilford Press, 2006.
4. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry* 2003; 2: 104 -13.
5. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit Hyperactivity disorder. *Lancet* 2005; 366(9481): 237-48.
6. Albayrak O, Friedel S, Schimmelmann BG, Hinney A, Hebebrand J. Genetic aspects in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Neural Transm* 2008; 115(2): 305-15.
7. Rommelese NNJ, Franke B, Geurts HM, Hartman A, Buitelaar JL. Shared heritability of attention deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010; 19: 281-95.
8. Dodig-Čurković, K. i skupina autora. Psihopatologija dječje i adolescentne dobi. Osijek: Svjetla grada, 2013.
9. Nikolić S, Marangunić M. i suradnici. Dječja i adolescentna psihijatrija. Zagreb: Školska knjiga, 2004.
10. Kocijan-Hercigonja D, Buljan-Flander G, Vučković D. Hiperaktivno dijete: uznemireni roditelji i odgajatelji. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1998.

11. Boričević Maršanić V, Zečević I, Paradžik Lj, Šarić D, Karapetrić Bolfan Lj. Kognitivne tehnike u kognitivno-biheviornoj terapiji mlade djece s eksternaliziranim poremećajima. *Soc psihijat* 2015; 43(4): 183-90.
12. Juretić Z, Bujas-Petković Z, Ercegović N. Poremećaj pozornosti/Hiperkinetski poremećaj u djece i mladeži. *Pediatr Croat* 2011; 55(1): 61-7.
13. Young J. Common comorbidities seen in adolescent with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Adolesc Med State Art Rev* 2008; 19(2): 216-28.
14. Prpić I, Vlašić-Cicvarić, I. Poremećaj pažnje s hiperaktivnošću (ADHD) i pridružen neurorazvojni poremećaji. *Paediatr Croat* 2013; 57(1): 118-24.
15. Conners CK, Epstein JN, March JS i sur. Multimodal treatment of ADHD in the MTA: An alternative outcome analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(2): 159-67.
16. Edwards JH. Evidence - Based Treatment for Child AD: „Real World“ Practice Implications. *J Mental Health Counseling* 2002; 24(2): 126-40.
17. Klein RG, Mannuzza S, Ramos Olazagasti MA i sur. Clinical and Functional Outcome of Childhood Attention-Deficit /Hyperactivity Disorder 33 Years Later. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69(12): 1295-1303.
18. Kendall CP. *Child and Adolescent Therapy, Cognitive-Behavioral Procedures* (4th ed.). New York: The Guilford Press, 2011.
19. Miranda A, Presentación M. Efficacy of cognitive-behavioral therapy in the treatment of children with ADHD, with and without aggressiveness. *Psychol Schools* 2000; 37: 169-82.