Motorički nemiri i tikovi

Tomić, Natali

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Pula / Sveučilište Jurja Dobrile u Puli**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:137:934127

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Image not found or type unknown

Repository / Repozitorij:

Digital Repository Juraj Dobrila University of Pula

zir.nsk.hr

Image not found or type unknown

Sveučilište Jurja Dobrile u Puli
Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti

NATALI TOMIĆ

MOTORIČKI NEMIRI I TIKOVI

Završni rad

Pula, svibanj, 2017.

Sveučilište Jurja Dobrile u Puli

Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti

NATALI TOMIĆ

MOTORIČKI NEMIRI I TIKOVI

Završni rad

0303046255, izvanredni student

Studijski smjer: Stručni studij predškolski odgoj

Predmet: Rani emocionalni poremećaji

Znanstveno područje: Društvene znanosti

Znanstveno polje: Psihologija

Znanstvena grana: Razvojna psihologija

Mentor: Đeni Zuliani, v. pred.

Pula, svibanj, 2017.

IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

Ja, dolje potpisani _____, kandidat za prvostupnika _____ovime izjavljujem da je ovaj Završni rad rezultat mojega vlastita rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na objavljenu literaturu kao što pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio Završnog rada nije napisan na nedozvoljen način, odnosno da je prepisan iz kojega citiranog rada, te da ikoji dio rada krši bilo čija autorska prava. Izjavljujem, također, da nijedan dio rada nije iskorišten za bilo koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

Student

_____

U Puli, _____, _____godine

IZJAVA

o korištenju autorskog prava

Ja, _____dajem odobrenje Sveučilištu Jurja Dobrile u Puli, kao nositelju prava iskorištavanja, da moj završni rad pod nazivom

_____
_____

_____ koristi na način da gore navedeno autorsko djelo, kao cjeloviti tekst trajno objavi u javnoj internetskoj bazi Sveučilišne knjižnice Sveučilišta Jurja Dobrile u Puli te kopira u javnu internetsku bazu završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice (stavljanje na raspolaganje javnosti), sve u skladu sa Zakonom o autorskom pravu i drugim srodnim pravima i dobrom akademskom praksom, a radi promicanja otvorenoga, slobodnog pristupa znanstvenim informacijama.
Za korištenje autorskog prava na gore navedeni način ne potražujem naknadu.

U Puli, _____ (datum)

Potpis

_____

S A D R Ž A J:

UVOD

I. dio

1. Hiperaktivni poremećaj (ADHD).....7

1.1. Karakteristike i simptomi poremećaja.....8

1.2. Uzroci poremećaja.....10

1.3. Komorbiditet.....11

2. Problemi u obitelji.....12

2.1. Kako postupiti na pravi način?.....12

2.2. Medikamentno liječenje.....14

3. Pojam tika.....15

4. Vrste tikova.....16

5. Tik kao znak poremećaja socijalnog funkcioniranja u djetinjstvu.....19

6. Liječenje i terapija tikova.....21

6.1. Psihoedukacija.....21

6.2. Psihoterapija.....22

6.3. Terapija igrom.....23

6.4. Kognitivno – bihevioralna terapija.....26

II. dio

7. Intervju s majkom djeteta s motoričkim nemirom.....29

7.1. Analiza intervjua.....37

8. Evidencijski list promatranja djeteta.....39

8.1. Analiza promatranja djeteta.....43

9. ZAKLJUČAK ……45

SAŽETAK

SUMMARY

10.LITERATURA….....48

UVOD

U središtu razvoja djece i adolescenata važnu ulogu ima mentalno zdravlje budući da se u tom razdoblju razvija ličnost djece i adolescenata. Međutim, može doći do zastoja u razvoju mentalnog zdravlja djece i adolescenata što rezultira pojavom poremećaja. Na pojavu poremećaja utječu razni čimbenici poput genetskih, socijalnih, bioloških i psihodinamičkih.

Postoji veliki broj poremećaja u djetinjstvu koji utječu na psihosocijalni razvoj djece i adolescenata, a imaju dugotrajne posljedice koje utječu na motorički razvoj. U te poremećaje spadaju tikovi i motorički nemir te ih nazivamo poremećaji pokreta ili navike. Pod pojmom tik podrazumijevamo učestalo psihološko stanje ponavljajućih, neritmičnih, iznenadnih, brzih nevoljnih motoričkih pokreta ili nekontroliranih glasovnih manifestacija. Postoji prolazni tik, kronični tik i tik Touretteovog sindroma. Osim tikova kod djece i adolescenata koji imaju poremećaj motoričkih pokreta može se javiti i poremećaj hiperaktivnosti. Hiperaktivni poremećaj možemo definirati kao stalno i teško oštećenje psihičkog razvoja koji se očituje kao nemogućnost zadržavanja pažnje, nemira i impulzivnog ponašanja. Osnovne karakteristike toga poremećaja su impulzivnost, poremećaj pažnje i motorički nemiri.

U prvom djelu završnog rada posvetit ću se definiranju motoričkog nemira, tikova, vrstama istih te proučiti načine liječenja.

U drugome dijelu prikazana je analiza slučaja djeteta sa motoričkim nemirom. Analiza slučaja obuhvaća promatranje djeteta u obiteljskom stanu u slobodnim i ponuđenim aktivnostima. Kroz analizu intervjua i promatranje djeteta pokušat će se približiti problem motoričkog nemira te izazovi svakodnevnog funkcioniranja djece s motoričkim nemirom i tikovima.

Cilj ovog rada je razumjeti probleme s kojima se susreću djeca s motoričkim nemirom, saznati kako se roditelji i obitelj nose sa odgojom djece s takvom vrstom poremećaja te koje su teškoće sa kojima se susreću.

I. dio

1. Hiperaktivni poremećaj (ADHD)

ADHD (eng. attention deficit / hiperactivity disorder) skraćeni je naziv za niz ponašanja koja nazivamo poremećaj pažnje i hiperaktivni poremećaj. Odnosi se na skupinu raznih simptoma koji najčešće obuhvaćaju smetnje pažnje, praćene nemirom i impulzivnošću. ADHD nije samo faza koju će dijete prerasti, nije uzrokovan roditeljskim neuspjehom u odgoju niti je znak djetetove ″zločestoće″. Hiperaktivnost je realni poremećaj, problem i izvor zabrinutosti kod roditelja, odgojitelja i nastavnika, a najviše samog djeteta kod kojeg je uočen poremećaj (Lucen – Mrđen, 2006).

Najjednostavnije definirano jest da je hiperaktivnost stanje u kojem je osoba neprirodno aktivna. Tijekom desetljeća istraživanja i definiranja tog poremećaja, mjenjao se njegov naziv. Prvi naziv je bio MCD – minimalna cerebralna disfunkcija, zatim se pojavljuju daljnji nazivi: ADD (Attention Deficit Disorder), hiperkinetička reakcija u dječjoj dobi. U suvremenim klasifikacijama bolesti i zdravstvenih problema prihvaćen je naziv – deficit pažnje / hiperaktivni poremećaj.

Hiperaktivni ili hiperkinetički poremećaj je poznat od 19. stoljeća. On je jedan od poremećaja u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji. Posebno je važan jer čini 50% populacije u dječjim psihijatrijskim klinikama, te je problem koji može mijenjati manifestacije tijekom razvoja iz prdškolske u odraslu dob. On ometa mnoga područja normalnog razvoja i funkcioniranja u života djeteta, a ne liječen predisponira dijete za psihijatrijsku i socijalnu patologiju u kasnijem životu (Lucen – Mrđen, 2006).

Hiperaktivni poremećaj je stalno i teško oštećenje psihološkog razvoja koje proizlazi iz visokog stupnja nemogućnosti pažnje, nemira i impulzivnog ponašanja. Karakteriziran je trijasom koji uključuje hiperaktivnost, poremećaj pažnje i impulzivnost (Gruden, 1996).

Osnovna karakteristika je postojanje konstantnog poremećaja pažnje ili hiperaktivnosti koja je češća i teža nego što se obično može vidjeti kod djece na sličnom stupnju razvoja. Taj je poremećaj karakteriziran ranim početkom, kombinacijom pretjerane aktivnosti, slabo moduliranog ponašanja s izraženijom nepažnjom i izostankom trajnijeg uključivanja u zadatak i impulzivnošću situacije i vremenskom trajnošću. Simptomi koji se pojavljuju najčešće narušavaju društveno, školsko i radno funkcioniranje.

Djeca su stalno u pokretu te ne mogu mirno sjediti, vrpolje se, stalno su u nekoj aktivnosti, a roditelji su često zbog toga vrlo iscrpljeni. Djeca koja imaju pretežni oblik hiperaktivnosti i impulzivnosti češće dolaze na procjenu nego djeca s primarnim simptomima smanjene pažnje. Poremećaj s izoliranom kliničkom slikom smanjene pažnje je rjeđi. Takva se djeca čine odsutnom kao da sanjare, da su zamišljena, teško ih je dozvati. Tijek poremećaja je vrlo varijabilan. Prekomjerna motorička aktivnost često je prvi simptom koji se ublažava ili nestaje. Hiperaktivni poremećaj treba razlikovati od specifičnih razvojnih poremećaja, poremećaja ponašanja i emocionalnih poremećaja (Gruden, 1996).

1.1. Karakteristike i simptomi poremećaja

Hiperaktivni poremećaj se još uvijek javlja u ranom razvoju obično u prvih pet godina života te je učestaliji u dječaka nego u djevojčica. Karakteristični problemi ponašanja ranog su nastanaka i dugog trajanja. Međutim, prije školske dobi teško je prepoznati hiperaktivnost zbog široke normalne varijacije. Samo ekstremne razine opravdavaju dijagnozu kod djece predškole dobi. Hiperaktivni poremećaj se može postaviti i u odrasloj dobi. Pravila su ista dok se pažnja i aktivnost procjenjuju u odnosu na razvojno odgovarajuće norme (Lucen – Mrđen, 2006).

Glavne karakteristike poremećaja su nepostojanost kognitivnih aktivnosti i sklonost kretanju od jedne aktivnosti prema drugoj bez završavanja prethodne uz dezorganizirane loše regulacije i pretjerane aktivnosti. Osim toga u glavne karakteristike spadaju umanjena pažnja i prekomjerna aktivnost koje su potrebne za dijagnozu i moraju postojati u više okolnosti koje se nastavljaju (Lucen – Mrđen, 2006).

- ***Poremećaj pažnje*** očituje se kao nesposobnost djeteta da ju održi. U školi poremećaj pažnje karakterizira prerano odustajanje od zadataka, kratki raspon pažnje, impulzivnost, dezorganizirano ponašanje i poremećaj koncentracije. Djeca često prelaze s jedne aktivnosti na drugu naizgled gubeći zanimanje za jedan zadatak jer su usmjereni prema drugom. Kod kuće poremećaj pažnje karakterizira manjkava poslušnost prema roditeljskim zahtjevima i uputama, zaboravljanje dnevnih aktivnosti, ne praćenje uputa ili nesposobnost sudjelovanja u dječjim npr, igra.

Poremećaj pažnje je vidljiv u svim područjima njihova života. Ove nedostatke ustrajanosti i pažnje treba dijagnosticirati samo ako su prekomjerni u odnosu na dob i inteligenciju djeteta (Delić, 2001).

- ***Hiperaktivost*** ili motorički nemir podrazumijeva neumjereni nemir osobito kada se zahtjeva relativna smirenost. Hiperaktivnost ili motorički nemiri su najvažnije obilježje hiperaktivnog poremećaja koji se sastoji od besciljne aktivnosti koja se očituje u grubom motoričkom ponašanju (skakanje, trčanje, penjanje) i u finom motoričkom ponašanju (koprcanje ili vrpoljenje), nemir i brzopletost za vrijeme aktivnosti ili obavljanja zadataka (nepotrebne pogreške vezene uz brzopletost, a ne pogreške vezane uz neznanje), nestrpljivost, upadanje u riječ, ometanje drugih u obavljanju zadataka koje je prisutno u školi i kod kuće. Poremećaj učenja je najčešći simptom kod hiperaktivne djece, djetetu je problem prikladno obraditi percipirane informacije. Također, prisutni su i simptomi poput niske tolerancije na frustracije, iznimno jaka uzbuđenost te dramatične promjene raspoloženja. Standard za procjenu je prekomjerna aktivnost u kontekstu očekivanog za tu situaciju i uspoređivanjem s drugom djecom iste dobi i inteligencije (Delić, 2001).

- ***Impulzivnost*** je treće obilježje poremaćaja koju karakterizira umanjena sposobnost kontrole motoričkih i emocionalnih impulsa. Takva djeca imaju ograničenu toleranciju na frustracije odnosno vrlo brzo ih uhvati ljutnja kada se ljudi ne ponašaju ili stvari ne odvijaju kako očekuju. Ta impulzivnost, tj. reagiranje bez razmišljanja o mogućim posljedicama ponašanja, izaziva brojne probleme hiperaktivnoj djeci i njihovim obiteljima. Roditelji moraju biti stalno na oprezu kako bi spriječili nezgode i ozljede kojima su ova djeca sklona. Tipičan primjer za to je prelaženje ceste gdje roditelji znaju da ako nešto skrene pažnju djetetu, ono će zakoračiti na cestu bez obzira na to postoji li na njoj opasnost ili ne. U školskoj dobi i adolescenciji impulzivnost je veliki problem jer su impulzivna djeca lako nagovorljiva. Impulzivnost može, isto tako, ometati i socijalne odnose djeteta. Vrlo često impulzivna djeca imaju teškoća sa stvaranjem i održavanjem prijateljstava. U želji da budu prihvaćeni od vršnjaka, često naprave stvari na koje ih oni nagovaraju. Budući da teško iskazuju svoje osjećaje, a još teže o njima mogu s nekim razgovarati još se više socijalno izoliraju (Zrilić, 2013).

1.2. Uzroci poremećaja

Poremećaj je povezan s različitim drugim poremećajima koji zahvaćaju moždane funkcije i postoje određene neurofiziološke i neurokemijske promjene u neke djece. Čini se da utjecaj na razvoj poremećaja imaju pridodani psihološki i okolinski čimbenici.

Uzroci se mogu podijeliti u tri grupe: 1. organski uzroci,
2. psihosocijalni uzroci,
3. genski uzroci.

1. Organski uzroci su početkom predstavljali različite hematološke promjene te s poremećajem pažnje povezuju učestale teške anemije i minimalne tjelesne anomalije koje su najčešće bile posljedica abnormalnosti u razvoju tijekom trudnoće osobito u prvom tromjesečju. Veliki dio djece s hiperaktivnim poremećajima potječu iz okruženja u kojem se nije vodilo računa o djetetovu tjelesnom razvoju, npr. loša prehrana, pomanjkanje vitamina, loša prenatalna, perinatalna i postnatalna skrb, loša primarna zdravstvena zaštita u ranijoj dječjoj i predškolskoj dobi, alkoholizma i narkomanija roditelja (Gruden, 1996).

2. Psihosocijalni uzroci su utjecaji među kojima najčešću ulogu imaju obiteljski stresovi povezani s lošom socioekonomskom situacijom, poremećaji u odnosu majka – dijete i drugi nepovoljni obiteljski čimbenici. Negativni način odgajanja dovodi do promjena u emotivnom razvoju djeteta što rezultira socijalnom izolacijom i depresijom. Dijete svoje psihičke probleme koji se kod odraslih manifestiraju u obliku anksioznosti i depresije manifestira nemirom, smetnjama pozornosti i impulzivnošću (Zrilić, 2013).

3. Genski uzroci utječu na hiperaktivni poremećaj te daju nekoliko predviđanja koje se mogu dokazati:

- hiperaktivni poremećaj se pojavljuje učestalije u pojedinim obiteljima
- jednojajčani blizanci pokazuju veću podudarnost za hiperaktivnost nego dvojajčani

- hiperaktivni poremećaj se prenosi putem bioloških, a ne adoptivnih obiteljskih odnosa
- obiteljsko prenošenje hiperaktivnog poremećaja je prilagođen modelima genskih, a ne kulturalnih prenošenja
- hiperaktivni poremećaj uzrokuju specifični geni.

Prema nekim genetičkim istraživanjima očevi i majke djece s deficitom pažnje i sami su u djetinjstvu imali takav poremećaj koji ih je vodio u socijalnu izolaciju. Obiteljska povezanost djece i odraslih s psihopatološkim poremaćajima upućuje na zaključak da je nemir u dječjoj dobi uzročno povezan s alkoholizmom, histerijom i psihopatijom (Gruden, 1996).

1.3. Komorbiditet

Veliki problem kod djece i adolescenata sa sindromom poremećaja pažnje ili hiperaktivnosti je komorbiditet koji je naglašen kako u kliničkom tako i u epidemiološkom uzroku. Uz ovaj poremećaj djeca imaju barem još jedan dijagnosticirani psihijatrijski poremećaj. Komorbiditet uključuje poremaćaje govora i komunikacije, poremećaje učenja, poremećaja ponašanja i opozicijsko – prkosni poremećaj, anksiozne poremećaje, poremećaje raspoloženja, Touretteov sindrom i kronične tikove (Gruden, 1996).

On je posebno značajan jer komplicira dijagnostički proces i utječe na tijek, prognozu i tretman djece i adolescenata s hiperaktivnim poremećajem. Postoje velike razlike u prirodi simptoma poremećaja hiperaktivnosti kod djevojčica i dječaka pri čemu djevojčice imaju sveukupno manje simptoma, a djevojčice s hiperaktivnim poremećajem i anksioznim poremaćajem su manje impulzivnije nego djevojčice koje imaju samo hiperaktivni poremećaj. Dijagnoza hiperaktivnog poremećaja uključuje duboke poremećaje razvoja, poremećaje socijalnog ponašanja, konvulzivne bolesti (npr. Epilepsija) i reakcije prilagođavanja na obiteljske odnose, prekomjerne zahtjeve škole i emocionalne poremećaje.

2. Problemi u obitelji

Dijete s poremećajem pažnje i hiperaktivnosti može imati teškoće u odnosima s članovima obitelji. Često se događa da su roditelji isprobali ″sve″ metode i imaju kroničan osjećaj nesposobnosti, nesigurnosti i stresa. Roditelji koji ne znaju o kakvom se poremećaju radi skloni su ponašanje djeteta proglasiti zločestim ili neposlušnim, nazvati ga napadom na njihov autoritet i iz takvog stava reagiraju neprimjerenim metodama kao što je vikanje, vrijeđanje ili batine. S druge strane neki roditelji djetetovo ponašanje procjenjuju kroz vlastitu krivnju, kao nešto za što su isključivo oni odgovorni te ponekad pretjerano popuštaju djetetu i ne postavljaju granice. Problem krivnje i odgovornosti, kao i sam poremećaj, vrlo su često izvor sukoba, ne samo između roditelja i djeteta, nego i između roditelja. Roditelji koji osjećaju frustraciju, ljutnju, bespomoćnost, razočarenje te ne znaju kako pomoći svome djetetu stvaraju prostor za sve češćim i ozbiljnijim problemima u obiteljskim odnosima gdje se dešavaju stalni sukobi i roditeljske rasprave oko provođenja dicipline te se izbjegavaju druženja i okupljanja zbog nelagode (Hughes, Cooper, 2009).

2.1. Kako postupiti na pravi način?

Kao i za druge brojne bolesti i poremećaje i kod ADHD – a važno je rano otkrivanje poremećaja što podrazumijeva otkrivanje u predškolsko doba. U tome važnu ulogu imaju liječnici poglavito pedijatri, odgojitelji i ostale osobe koje rade s djecom u vrtiću, nastavnici u školi, a osobito roditelji. Ujedno je važna koordinirana suradnja svih spomenutih osoba kako bi se djetetu pružila što bolja pomoć, postigao napredak i spriječilo pogoršanje.

Kod male djece u blažim slučajevima s poremećajem hiperaktivnosti roditelji koji imaju mogućnosti mogu sami pomoći svojoj djeci s minimalnom intervencijom izvana. Važno je da dijete živi u strukturiranoj sredini i da su postupci koji se primjenjuju dosljedni. Uspostavljanje kućnih navika je jedan od prvih koraka prema strukturi. Poštivajući koliko je god moguće obiteljski raspored obveza kod djeteta se počinju stvarati radne navike. Svaki dan u obitelji mora biti isplaniran, npr. vrijeme

šetnje, igre, pospremanja, kupnje i sl. Tako zacrtane programe treba dosljedno provoditi jer je dosljednost u postupcima pokazala kao jedan od temeljnih pravila u radu s djecom. Vrlo je važno da svaki član obitelji bude dosljedan i primjenjuje iste modele ponašanja u odnosu s djetetom.

Psihodinamički orijentirana obiteljska terapija najčešći je oblik terapijskog pristupa obitelji u kojoj netko ima poremećaj pažnje. Osnovno pravilo u radu s djecom s hiperaktivnim poremećajem je promjena ponašanja, za njezino postizanje koriste se metode poput ***nagrade, izolacije i gašenja.*** Djecu treba *nagrađivati* kada promjene nešto u svojem neprimjerenom ponašanju. Ako roditelji budu pri tome dosljedni dijete će početi mijenjati ponašanje u pozitivnom smislu. *Izolacija* je jedna od tehnika koja se primjenjuje kada tehnike nagrade i gašenja ne daju rezultate. Izolacija znači fizičko izdvajanje djeteta iz za njega problematične situacije. Iako ta metoda je djelotvorna katkada može imati suprotan učinak osobito ako dijete želi izbjeći učiniti ono što se od njega traži. Pod metodom *gašenja* podrazumijevamo ignoriranje djetetovih neprimjerenih postupaka. Najvažnije je da roditelj odvrati pažnju od takvog djetetova ponašanja koji na taj način nastoji zadobiti pažnju i zadovoljiti neki drugi zahtjev. Ako i dalje ne bude uspjevalo u tome mijenjat će svoje ponašanje (Gruden, 1996).

Intervencije usmjerene na školu se odnose na ponašanje u razredu i odnosima s vršnjacima. Najprikladnija razredna okolina je strukturirani razred u kojem dijete sjedi u prvom redu blizu nastavnika gdje se lakše usmjerava, a i manja je mogućnost odvlačenja pažnje.

2.3. Medikamentno liječenje

Liječenje treba biti individualizirano prema potrebama pojedinog djeteta s ravnomjernom procjenom problema, ali određenih snaga i sposobnosti djeteta. Osim toga značajnu ulogu imaju psihoterapeuti koji obavljaju ambulantne seanse i psihoterapiju roditelja. Danas se smatra da tretman ovog poremećaja mora imati višedimenzionalan pristup. U liječenju se primjenjuju kombinirana intervencija različitih pristupa, edukativne aktivnosti, dijeta, psihosocijalne i medicinske intervencije te medikamentna terapija.

U izvješću Nacionalnog instituta za psihičko zdravlje iz SAD – a, može se pročitati da u kratkom vremenu ljekovi koji sadrže metilfendatin pozitivno utječu na smirivanje simptoma djeteta te poboljšavaju njegovu koncentraciju, ali su potpuno neučinkoviti u kontroli agresije. Metilfenidat kao stimulans se primjenjuje sve više u ranijoj dobi jednom na dan i djeluje tijekom dana. No, može izazvati česte popratne pojave pa su potrebne učestalije kontrole, npr. poremećaji spavanja, smanjen apetit, razdražljivost i sl. Ovaj stimulans ne gubi svoj učinak nakon puberteta i ne razvija toleranciju na lijek niti vodi zlouporabi stimulansa.

Osim stimulacije u liječenju hiperaktivnog poremećaja, primjenjuju se antidepresivi, stabilizatori raspoloženja i neuroleptici. Antidepresivi imaju pozitivan učinak na hiperaktivnost , impulzivnost, nepažnju i najvjerojatnije na anksiozno i depresivno ponašanje. Stabilizatori raspoloženja pozitivno djeluju na simptome gubitka kontrole. Neuroleptici se danas rijetko upoptrebljavaju iako djeluju na disocijalni agresivni način ponašanja (Gruden, 1996).

Međutim, neki roditelji imaju otpor prema uzimanju medikamentozne terapije zbog straha od ovisnosti. Dilema s kojom se mnogi roditelji suočavaju je sljedeća: Terapija lijekovima predstavlja nepoznanicu jer je još nisu iskušali. Otpori prema terapiji najbolje se ogledaju u tome da roditelj, ako i prihvati terapiju, vrlo brzo prekida ili dijete ″zaboravi″ uzeti terapiju, naročito zato što djeca zbog svoje impulzivnosti i oscilacija u raspoloženju ne uzimaju terapiju, a roditelji im ne da ju podršku zbog svojega otpora (Zrilić, 2013).

3. Pojam tika

Kod djece, adolescenata i manje kod odraslih ljudi, tik je relativno učestala pojava ili patološko stanje poremećaja pokreta. Još se uvijek ne zna sa sigurnošću, što dovodi do pojave tikova. Smatralo da su emocije glavni uzrok njihovom javljanju, no danas se znanstvenici usmjeravaju i na biološke, kemijske i okolinske faktore. Pretpostavlja se da je sklonost razvoju tikova jednim dijelom urođena jer je poznato da se tikovi pojavljuju generacijski u nekim obiteljima.

Osim što su osnovni prevladavajući znak poremećaja socijalnog funkcioniranja u djetinjstvu, tikovi su nevoljne, nagle repetitivne kretnje koje su kratkotrajne i nastupaju u napadajima ili salvama. Tik možemo definirati kao nehotičan, nekontroliran, stereotipan, brz ponavljajući besciljni neritmičan motorički pokret ili trzaj koji obično zahvaća svaki dio tijela ili određenu skupinu mišića ili se javlja kao glasanje koje se pojavljuje iznenada kao izolirani fenomen koji nema nikakvu svrhu često povezani i s nizom emocionalnih poremećaja. Osnovno obilježe tika kao poremećaja je ograničenost na određenu skupinu mišića najčešće mišića glave, vrata ili dijafragme koji se doživljava kao neodoljivi te mogu biti potisnuti na određeno vrijeme. Tikovi se mogu pojačati u uvjetima stresa, psihičke napetosti i primjene različitih lijekova koji stimuliraju središnji živčani sustav (Begić i sur., 2015).

Tik je jedan od najučestalijih poremećaja kod djece no mali broj ih se javi psihijatru radi liječenja. Tikovi se češće javljaju kod djece nego kod odraslih te su znatno učestaliji kod dječaka u odnosu na djevojčice te je česta obiteljska anamneza tikova. Tikovi se pojačavaju kad je osoba pod stresom, čak i ako je stres pozitivan. Za vrijeme spavanja smanjuju se, ali ne nestaju, no s druge strane, kod nekih osoba tikovi su najizraženiji kada su opušteni. Također, tikovi se često smanjuju kad je osoba u nekoj novoj ili visoko strukturiranoj situaciji, kao npr. kod doktora, što pak otežava dijagnostiku. Često se tikovi pogoršavaju za vrijeme adolescencije, tj. postaju problematičniji jer ih osoba doživljava kao sramotne. Za tikove se kaže da su nevoljni pokreti, ali njih je ipak moguće zaustaviti svojevoljno, no to kod osobe uzrokuje izrazitu nelagodu te nakon toga može doći i do pogoršanja (Begić i sur., 2015).

Postoji velika različitost u težini tikova. Na jednom kraju pojava je skoro normalna gdje jedno od petoro djece ili jedno od 10 djece pokazuje prolazne tikove.

Međutim određeni razvojni zaostaci su također povezani s tikovima. S pojavom tikova povezuju se i korištenje određenih lijekova (za ADHD) ili zdravstvena stanja, kao što je cerebralna paraliza ili Huntingtonova bolest, infekcija streptokokom, hipoglikemija i dr. Nema jasne linije razgraničenja između tikova s popratnim emocijalnim poremećajima s popratnim tikovima (Svjetska zdravstvena organizacija, 2003).

Tikove razlikujemo od motoričkih poremećaja pa tako glavne značajke su iznenada, brza, prolazna i ograničena priroda pokreta bez dodatnog neurološkog poremećaja, njihovo ponavljanje, nestajanje tijekom sna i lakoća kojom se voljno izazivaju ili potiskuju. Nedostatak ritmičnosti odvaja tikove od stereotipnih ponavljanih pokreta koje nalazimo u nekim slučajevima autizma ili mentalne retardacije. Maniristički motorički pokreti koji obilježavaju ove poremećaje složeniji su i različitiji od onih uobičajenih za tikove. Opsesivno – kompulzivne aktivnosti su ponekad sličnije složenim tikovima, ali se razlikuju po tome što su njihovi oblici određeni svrhom. npr. dodirivanje predmeta ili okretanje određeni broj puta, a ne mišićnom skupinom, no međutim teško ih je razlikovati.

4. Vrste tikova

Sukladno Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje tikovi spadaju u kategoriju neurorazvojnih poremećaja ili specifičnije motoričkih poremećaja pa razlikujemo: Prolazni tik, Motorički tik, Glasovi tik, Kombinirani glasovni i višestruki motorički tik (Touretteov poremećaj), Nespecificiran tik i ostali tikovi.

Prolazni tikovi

Često se javljaju usred stresa, te ih napetost i uzbuđenje pogoršavaju. Karakterizira ih prisutnost jednog ili više motoričkih i/ili glasovnih (vokalnih) tikova, koji se javljaju više puta, dnevno skoro svaki dan kroz najmanje četiri tjedna, ali ne traju duže od jedne godine, a pojavljuju se prije odrasle dobi i zahvaćaju glavu, vrat i gornji dio tijela. Takav tik dijete nakratko može voljno spriječiti. Budući da se s vremenom mijenja, tik može zahvatiti prvo jednu, a zatim drugu skupinu mišića. Obično započinju u dobi od 3. godine do 10. godine, a javljaju se najčešće kod školske djece u obliku blagih tikova poput žmirkanja, pravljenja grimasa ili trzanja glavom. Prolazni tikovi mogu se javljati u više navrata kroz nekoliko godina kao jedinstvena epizoda ili pak u obliku mirovanja i ponavljanja. Liječenje nije potrebno jer oni nestaju sami od sebe (Smolić – Ročak, 2014).

Motorički tikovi

Motorički tikovi mogu biti jednostavni ili složeni, iako te granice nisu jasno određene, oni se dijele na:

Uobičajeni jednostavni motorički tikovi uključuju pojedinačne jednostavne motoričke pokrete, npr. žmirkanje, trzanje vrata, slijeganje ramenima i pravljenje grimasa

Uobičajeni složeni motorički tikovi su obično dugotrajni, a često uključuju oponašanje različitih pokreta kao što su dodirivanje različitih dijelova tijela, zastajkivanje u hodu, njuškanje pojedinih predmeta ili ušmrkavanje različitih tvari.

Također uključuju i brojne druge nekontrolirane pokrete i reakcije koje obuhvaćaju udaranje samog sebe, skakanje i skakutanje, distonične motoričke kretnje, složene nepristojne kretnje, ponavljanje kretnji drugih i dr. (Smolić – Ročak, 2014).

Glasovni tikovi

Razlikujemo: ***Uobičajeni jednostavni glasovni ili vokalni tikovi*** uključuju nakašljavanje, kašljanje, njušenje i zvaždanje.

Uobičajeni složeni glasovni ili vokalni tikovi često su popraćeni promjenom visine glasa, zatiskivanjem u govoru, izgovaranjem riječi izvan konteksta razgovora, ponavljanje pojedinih riječi ponekad i socijalno neprihvatljivih, često prostih riječi i ponavljanje vlastitih i tuđih riječi (Svjetska zdravstvena organizacija, 2003).

Najvažnija obilježja kroničnih motoričkih ili glasovnih (vokalnih) tikova je prisutnost motoričkih ili glasovnih tikova (vokalnih), ali ne obiju istovremeno. Javljaju se više puta dnevno, skoro svaki dan, dulje od jedne godine. Simptomi takvog poremećaja su slični Touretteovom poremećaju. Obično su mnogo lakši, ali su teži i dugotrajniji nego u prolaznom tiku. Moguće je da su ta dva poremećaja genski povezana. Prethodna dijagnoza Touretteova poremećaja isključuje kasniju dijagnozu kroničnog motoričkog ili glasovnog tika. Tretman je sličan onomu kod Touretteova poremećaja, te se može pokušati s primjenom niskih doza neuroleptika uz dugotrajne motoričke vježbe. U blažim slučajevima, medikamentozno liječenje neće biti potrebno dok je psihoterapija vrlo korisna (Svjetska zdravstvena organizacija, 2003).

Kombinirani glasovni i višestruki motorički tikovi

Ovaj oblik poremećaja se naziva Touretteov poremećaj. Kombinirani glasovni (vokalni) i i višestruki motorički tikovi je oblik tika koji sadrži jedan ili više glasovnih (vokalnih) tikova i višestruke motoričke tikove. Tikovi se pojavljuju više puta na dan i vraćaju se tijekom najmanje jedne godine bez prekida dužih od tri mjeseca. Uzorkuju veliku uznemirenost ili znatno oštećenje radnog ili drugih važnih područja

funkcioniranja. Touretteov poremećaj se pojavljuje približno kod četiri do pet među 10.000 osoba i češći je kod muškaraca. Počinje u djetinjstvu i to već u dobi od dvije godine, a nastavlja u adolescenciji (Svjetska zdravstvena organizacija, 2003).

Tijekom vremena se mijenja lokacija, broj, frekvencija i težina tikova. Tipično zahvaćaju glavu, a često i druge dijelove tijela, poprsje te gornje i donje okrajine. Prvo se pojavljuju motorički tikovi. Jednostavni motorički tikovi mogu biti prvi simptomi, najčešće treptanje očima, trzajevi vrata ili facijalne grimase. Nakon toga se pojavljuju složeni motorički tikovi kao diranje, čučanje, slijeganje ramena, pokreti dotjerivanja, skakutanje i poskakivanje na jednoj nozi. Od glasovnih ili vokalnih tikova se najčešće očituju kao različite riječi ili zvukove, npr. cvoktanje, cviljenje, nakašljavanje, gunđanje, šmrcanje i kašljanje. Složeni glasovni ili vokalni tik u kojem izgovaraju prostote prisutan je kod manjeg broja ljudi. Kao motorički glasovni (vokalni) mogu biti nakratko potisnuti, pojačani stresom ili nestati tijekom spavanja.
Najčešći popratni simptomi takvog poremećaja su opsesije i konvulzije, hiperaktivnost, rastresenost i impulzivnost. Česta je pojava nelagoda u društvu, srama, smetenosti i depresivnog raspoloženja. Zbog straha od pojave tikova u društvu i da ih ljudi neće prihvatiti, kod djece može biti oštećeno socijalno, radno i akademsko funkcioniranja. Simptomi obično traju cijeli život uz mogućnost ponavljanja tjednima ili godinama. U nekim slučajevima simptomi poremećaja potpuno nestanu, obično do rane odrasle dobi (Svjetska zdravstvena organizacija, 2003).

Zanimljivo je da hiperaktivni simptomi nastaju prije tikova dok opsesivno – kompulzivni poremećaj nastaje nešto kasnije (ako se razvije) odnosno kada su se već razvili tikovi. Tijek Touretteova poremećaja je različit. U oko 50% osoba simptomi se ublažuju. Teži oblici imaju rizik za razvoj anksioznih poremećaja, opsesivno – kompulzivnog poremećaja, poremećaja raspoloženja, hiperkinetskog poremećaja kao i poremećaja ličnosti. Potrebno je razlikovati i isključiti i druge neurološke poremećaje.

Čimbenici koji prethode takvom poremećaju nisu sasvim jasni, a čini se da mu uvelike pridonosi stres.

Touretteov poremećaj treba razlikovati od drugih abnormalnih pokreta koji mogu pratiti opće zdravstveno stanje, npr. Wilsonova ciroza, multipla skleroza i sl. koji nastaju zbog izravnog učinka neke tvari, npr. neuroleptika (Gruden, 1996).

Nespecificiran tik je onaj oblik poremećaja koji zadovoljava opće kriterije tikova, gdje podskupina nije određena ili njegove značajke ne udovoljavaju prolaznim, kroničnim ili kombiniranim tikovima.

Ostali tikovi

Pod ostalim tikovima podrazumjevamo sljedeće pokrete:

- *Koliformni pokreti* su plesni slučajni nepravilni i neopetovani.
- *Distonički pokreti* su sporiji i izvijajući, a izmjenjuju se s produljenim razdobljima mišićne napetosti.
- *Ateistični pokreti* su spori nepravilni izvijajući najčešće ručnih i nožnih prstiju.
- Mioklonički pokreti su kratke kontrakcije dijelova mišića ili mišićne grupe, ali sinergistični.
- *Hemifabilstični pokreti* su povremeni grubi jednostrani pokretni velike amplitude. *Spazni pokreti* su sterotipni sporiji i dugotrajniji, a zahvaćaju grupe mišića.

Sinkineza je nevoljni pokret koji prati neki voljni (Svjetska zdravstvena organizacija, 2003).

5. Tik kao znak poremećaja socijalnog funkcioniranja u djetinjstvu

Kroz stalne interakcije s okolinom dijete postupno stječe iskustava, otkriva svoje i sposobnosti i mogućnosti. Kako je mentalno zdravlje djece i adolescenata razvojni proces karakterizira ga stalni napredak u svim područjima razvoja i prilagodbe tijekom odrastanja. No može doći do poremećaja socijalnog funkcioniranja u djetinjstvu.

Poremećaje socijalnog funkcioniranja u djetinjstvu karakterizira djetetovo ponašanje. Atmosfera u kojoj se dijete nalazi određuje njegovo ponašanje u određenoj situaciji. Tikovi su najčešće povezani s djetetovim emocijama i najčešće se javljaju od 3. goiine do 7. godine života kada dijete postaje smostalnije, svjesno sebe te okoline u kojoj se nalazi. Za razliku od odrasle osobe, dijete ne zna kontrolirati stres i verbalizirati ono što proživljava. Kada se dijete nađe u nepovoljnoj situaciji za njega ili njime vladaju negativne emocije (neprihvaćenost od strane društva, nemogućnost izražajnog komuniciranja, osjećaj ugroženosti, strah, sram, ljutnja ...), tada se pojavljuje tik. Žmirkanje, sljeganje ramenima, pravljenje grimasa ili neki drugi tikovi pomažu djetetu da se oslobodi napetosti. Uobičajeno je iako je ima izuzetaka, u odnosu na određeno opće kognitivno oštećenje da se poremećaj definira u terminima ponašanja koje je devijantno u odnosu na mentalnu dob djece. Za poremećaj je karakteristično da između ostalog dovodi do socijalnog neprihvaćanja i dijete stvara lošu sliku o sebi što također može biti uzrok razvoja depresivne simptomatologije uz osjećaj napuštenosti i usamljenosti (Muačević i sur., 1995).

6. Liječenje i terapija tikova

Tikovi su manifestacija trenutačnih tjeskoba na čiji nastanak imaju utjecaj pretporođajno zdravlje i neonatalna krhkost djeteta. Liječenje tikova treba biti sveobuhvatno, fleksibilno, uključujući višenamjenske principe. U obzir dolazi psihoedukacija, terapija igrom, suportivno liječenje i psihodinamsko liječenje.

Neki lijekovi koji se propisuju kod poremećaja pomanjkanja pažnje ili za kontrolu psihotičnih simptoma mogu izazivati tikove kod djece jer djeluju stimulativno na središnji živčani sustav. To su tzv. Ostali tikovi. Ukoliko dijete čini neke od navedenih pokreta, prijeko je potreban neurološki pregled, a katkad i EEG (elektroencefalografija – neurološki pregled koji se izvodi pomoću elektroda povezanih sa računalom) (Sommers – Flanagan, 2006).

6.1. Psihoedukacija zauzima važan dio psihoterapijskog procesa. Ona podrazumijeva pomoć djetetu i obitelji da razumiju prirodu djetetova psihičkog poremećaja, ulogu etioloških faktora, potrebe i rezultate liječenja te tijek i prognozu poremećaja. Psihoedukacija postoji i kao zasebna intervencija radi prilagodbe bolesne osobe i njegove obitelji na potencijalne psihološke posljedice tjelesnih oboljenja. Odnosi se na niz intervencija čiji je primarni cilj razumijevanje svojih tjelesnih ili psihičkih smetnji te svladavanje tehnika koje će omogućiti što uspješnije nositi se s njima te njihovim posljedicama na svakodnevno funkcioniranje. Obično je kratkog trajanja i koristi se kada je poremećaj upravo dijagnosticiran ili je poduzeta nova metoda liječenja.

Psihoedukacija je sastavni i neizostavan dio kognitivno-bihevioralne terapije. Psihoedukacija može biti ponuđena u individualnom i grupnom obliku te putem raznih medija edukacije (predavanja, letci, knjige). Psihoedukacija pruža osnove razumijevanja trenutne problematike, jača doživljaj samoefikasnosti osobe te pospješuje doživljaj kontrole nad situacijom što se smatra važnim za psihoterapijski proces (Kordić, 2017).

6.2. Psihoterapija započinje temeljitim procjenjivanjem komorbidnosti i stupnja socijalnog i akademskog oštećenja, procjenom obiteljskog nefunkcioniranja i psihopatologije te reakcije predškolske ustanove i škole, kao i okoline. U većini slučajeva, tradicionalno se psihoterapija ne smatra prvim izborom u liječenju tikova već služi kao psihoedukacijsko i potporno savjetovanje djeteta i obitelji. Tu veliku ulogu ima obitelj, pogotovo roditelji koji imaju dužnost aktivnog sudjelovanja pri liječenju tikova. Osobe koje imaju tikove treba prihvatiti kakvi jesu, te one očekuju da ih se voli bez kritiziranja. Osim obitelji važnu ulogu ima socijalni radnik u školi kako bi se spriječilo kažnjavanje i druge neprimjerene reakcije, a time bi se reducirali stresori koji mogu utjecati na snižavanje samopouzdanja i podržavanja dugotrajnije depresivne reakcije. Osnovno je dakle rješavanje psihosocijalnog stresa, a komorbidne poremećaje treba posebno liječiti (Gruden, 1996).

Cilj svake psihoterapije je ostvarivanje emocionalnog davanja i primanja. Postizanje te emocionalne bliskosti u međuljudskim odnosima u okviru odnosa pacijenata i terapeuta je novo dragocjeno iskustvo i predstavlja srž svake psihoterapije. To je posebno istaknuto kada govorimo o *suportivnom* liječenju. U središtu ovog liječenja je podrška u obliku empatijskog slušanja i komuniciranja s brigom i pažnjom. U sklopu primjene ove metode često se zadovoljavamo time da pacijent u terapiji doživi novo emocionalno iskustvo. U suportivnom liječenju cilj je najčešće ograničen. Manji cilj često znači velik i raznovrsan posao psihoterapeuta. Terapijskim radom nastoje se postići određene promjene u ponašanju pacijenta ili mu pomoći da shvati i prihvati svoje unutrašnje konflikte i probleme te da se prema njima realnije postavi (Gruden, 1996).

Ovaj oblik liječenja koristimo kod blagih neurotskih reakcija i akutnih emocionalnih kriza ličnosti, koje su inače dobro prilagođene što zahtjeva visok stupanj fleksibilnosti psihoterapeuta u pristupu problemima oštećenog. U sklopu suportivnog liječenja, terapeut se koristi raznim metodama. Tako može pružiti stvarnu pomoć pacijentu. Često se događa, da naizgled male intervencije terapeuta u okviru suportivnog liječenja, mnogo pomognu bolesniku što neće iznenaditi iskusnog terapeuta. Pristup terapeuta pacijentu mora biti sasvim individualan. Potrebno je razumjeti ga, pomoći mu, empatijski primiti i biti mu blizak, ali ipak i stalno terapeut profesionalac. Rezultati suportivnog liječenja bit će zadovoljavajući samo kada terapeut realno procjeni vlastite i pacijentove mogućnosti (Gruden, 1996).

6.3. Terapija igrom

Osnovna psihoterapeutska tehnika sastojati se od pokušaja da se razumije što djeca i adolescenti misle i osjećaju te pomoći da to izraze. Od djece ne možemo očekivati slobodne asocijacije kao u liječenju odraslih osoba. Tehnika igrom ima svrhu pružiti djeci da prikažu svoje poteškoće i one kojih nisu svjesni ili ih se ne usude izraziti. I sama igra ima terapijsku vrijednost međutim sve dok djeca ne izraze svoje osjećaje i ne priznaju interpretacijski komentar, njihov otpor nije prevladan. Odnosi koji se stvaraju između terapeuta i djece u tijeku igre također imaju svoju vrijednost. Sve što djeca čine ima smisla jer ona to čine spontano, bez obzira odnosi li se to na njihove emocije ili se radi o pristupu prema terapeutu, roditeljima, ponašanju s igračkama, odnosima s društvom, stupnju suzdržanosti ili odbijanju.

Djeca i adolescenti nerado dobrovoljno govore o svojim dubokim problemima, pa je potrebna tehnika poput igre koja će im pomoći da ih osvijeste. Vrlo bitan terapijski čimbenik je da dijete spozna problem, stoga psihoterapeut nastoji stvoriti prijateljstvo ili točnije rečeno odnos s djetetom. Razgovor o problemima, osjećajima i stavovima je važan dio liječenja, stoga psihoterapeut nastoji da se djeca osjećaju ugodno u prostoriji u kojoj se odvija psihoterapija kako bi bila što korisnija. Što su djeca mlađa i uznemirenija manje će biti sposobni surađivati na takav način i psihoterapeut će više morati računati na svoju osobnu intuiciju donoseći zaključke na osnovi djetetovih i adolescentnih sudjelovanja u igri, slikanju ili nekoj drugoj aktivnosti. Uspostavom kontakta s djecom i adolescentima dolazi do interpretacije njihovih osjećaja i ponašanja prema sebi. Polazeći od toga može pomoći djeci i adolescentima da uspostave zdraviju emocionalnu reakciju. Tretman može biti na verbalnoj razini, a igra i crtež postaju pomoćna sredstva.

Terapijske tehnike igrom su:

1. Pješčanik
2. Igre s igračkama i dodatnim priborom
3. Igre okolnosti
4. Marionete

1. Pješčanik u psihoterapiji ima vrlo važnu ulogu, jer predstavlja dragocjenu projekcijsku tehniku od djetinjstva do kasne adolescencije. Starija djeca bi mogla smatrati da ponuda pješčanika ne odgovara njihovoj razini zrelosti. Da bi se ostvarila

suradnja moramo objasniti djetetu da pješčanik služi za opisivanje sebe u postojanju. Posebna pozornost se mora usmjeriti u izboru figura u pješčaniku. Pješčanik predstavlja djetetov univerzum kao prostor u kojem ono može stvoriti vlastiti svijet. Ovaj pijesak je bilo koje mjesto, djeci se sugerira određeni prizor kojeg treba napraviti u pješčaniku. Treba pokušati potaknuti dijete da stvori prizor koji mu stvara negativne emocije, kako se ono susrelo sa njima, te nakon toga promjeniti prizor onako kako bi on trebao izgledati. Cilj je djetetova spoznaja uzročno – posljedičnih veza, oslobađanje od straha i suočavanje s problemom.

Dobro je promatrati način na koji djeca pristupaju zadatku i kako mu se posvećuju. Većini to lako uspijeva, ali ima situacija kada su zakočena pa samo gledaju. Tada ih pokušamo ohrabriti i sugerirati im da mi prikažemo bilo koje mjesto. Psihoterapeut djeci mora omogućiti što raznovrsnije figure npr. životinje, vozila, vojnike, kuće, drveća, ljude, te predmete iz svakidašnjeg života. Dobro je predmete složiti u kutiju podijeljenu najmanje u četiri odjeljka kako bi djeca mogla izabrati jednu vrstu likova. Takav pristup jača dječje samopouzdanje, a način na koji koriste likove kako bi sagradili prizore otkriva nam njihovu sposobnost otkrivanja osjećaja. Ukoliko dijete odbija, tada mu pronalazimo neku drugu zadaću poput slikanja, igranja s ciglama i sl.

2. Igre s igračkama i dodatnim priborom, na primjer strukturne igračke, s kojima treba postupiti na određeni način, konstruktivne igre i one koje od djece zahtijevaju određene pokrete kao i sve igračke te kategorije predstavljaju opasnost, te mogu biti smetnja jer će potaknuti djecu da pobjegnu u svijet igre u kojem je odgovor već dan.

Igra ˝Čovječe ne ljuti se˝ korisna je kako bi se stupilo u kontakt s nemirnom djecom. Najbolje je takvu igru ne predložiti nego je staviti na uočljivo mjesto gdje ju djeca mogu vidjeti. Takvo pravilo vrijedi i za sve ostale igračke koje moraju biti na dohvat dječjih ruku što im omogućuje da slobodno izaberu ono što žele. U izboru pribora možemo upotrijebiti mašte koliko želimo no preporučuje se imati automobil, vlak, raketu, brod ili glinu za modeliranje, papir, olovku i gumicu, kutke (po mogućnosti oba spola), ploču i krede u boji.

Postoje i drugi oblici tehnika igrom kao što je modeliranje plastelinom ili glinom. Nekima je modeliranje ugodnije, a njihova djela su osnova za promatranje njihovih instinktivnih potreba i interpretaciju, što ovisi o sposobnosti psihoterapeuta.

Kod ovog oblika terapije kao i drugih tehnika igrom, psihoterapeut mora usmjeriti pozornost na dječju igru i zanimati se za nju. Djeca ponekad žele da psihoterapeut izravno sudjeluje u igri i tada to treba prihvatiti. Uloga psihoterapeuta u igri definira se kao uloga zainteresiranog aktivnog promatrača koji ohrabruje i pokušava razumjeti što igra znači.

3. Tehnika igre okolnosti podrazumijeva stručnost i strpljenje psihoterapeuta. Djeci se daje zadani okvir, što je mogućnost da djeca osjete opasnost i da preusmjeravaju svoj odgovor. Igračke koje se upotrebljavaju za tu tehniku su različite lutke koje predstavljaju majku, oca, bolesno dijete, brata, sestru i djetetove vršnjake. Psihoterapeut konstruira okolnost s kojom se ono susrelo ili se moglo susreti u stvarnom životu. U tu okolnost se smještaju potrebne lutke i traži se da djeca nastave s igrom. Terapeut upotrebljava maštu kako bi iskonstruirao različite scenarije pa o tome ovaj oblik liječenja nalikuje psihodrami. U prostoriji za igru može biti i vreća za boksanje kojoj je svrha ublažiti agresivnost.

4. Marionete omogućuju zanimljive tehnike za izražavanje osobnosti djece i ispoljavanje emocija, a psihoterapeutu daju priliku za inicijativu. Osnova te tehnike su izrađene marionete koji predstavljaju sve moguće ljudske likove dodavajući im vještice i životinje. Drugih izvora osim vlastitih nema. Tehnika je prihvatljiva za svaku osobu koja je dovoljno inicijativna i maštovita. Kazalište je tako postavljeno da djeca i psihoterapeut istodobno mogu igrati po ulogu. Djeci je dana uloga na biranje za što uzimaju odgovarajuću marionetu. Djeca određuju i psihoterapeutsku marionetu. Psihoterapeut konstruira scenarij prema onome što zna o djetetovoj prošlosti. Marionete tada obično predstavljaju izvorne likove. Korisne su i za psihoterapiju jer djeca igrom i riječima izražavaju ono što ne bi rekla u običnom razgovoru. Igranje prizora dovodi poremećaj na površinu čime se on ublažava (Gruden, 1996).

6.4. Kognitivno-bihevioralna terapija

Kognitivno-bihevioralna terapija je oblik psihoterapije koji naglašava važnost uloge mišljenja u onome šta osjećamo i kako se ponašamo. Terapija ponašanja koncentrira se isključivo na ponašanje koje se može promatrati. Neurološki simptomi se smatraju naučenim ponašanjem, neprilagođenim navikama koje su se razvile zbog određenih uvjeta u okolini. Cilj terapije ponašanja je promjena opažanja i ocjene pacjentovih iskustava u odnosu na okolinu i na njega samog, ali i promjena fiksiranih, neprilagođenih načina ponašanja odnosno navika prema socijalnoj okolini te prema samome sebi. Stoga je prvi korak točna analiza ponašanja koja se ostvaruje iscrpnim ispitivanjem pacijenta i osoba koje su pacijantu uzor, koje su mu važne, s kojima se u početku svojega razvoja poistovjetio i koje mu služe kao mjerilo vrijednosti. Pri analizi ponašanja ne uzima se u obzir samo pacijent nego i reakcija okoline na njega. U drugom koraku analize, terapeut kroz razgovor pokušava objasniti pacijentu da je naše mišljenje to koje prouzrokuje da se osjećamo i ponašamo na određen način. Zbog toga je, ukoliko doživljavamo emocije koje ne želimo ili se ponašamo na način koji ne želimo, važno prepoznati razmišljanja koja uzrokuju te emocije i ponašanja, te naučiti kako ih zamjeniti ili zauzeti drugačiji odnos prema razmišljanjima i emocijama koja vode reakcijama koje želimo. Sljedeći je korak planiranja terapijskog postupka i izbor najprikladnije tehnike. Općenito tehnike terapije ponašanja dolaze u obzir svagdje gdje postoje pretpostavke za psihoterapiju. Što je jasnija situacija koja izaziva anomaliju ponašanja i što su prisutniji elementi koji kontroliraju ponašanje veća je vjerovatnost da se promjeni terapijom ponašanja to ponašanje (Savjetovanje Krnetić, 2004).

U liječenju tikova također se primjenjuju i sljedeće tehnike:

1. Tehnika samokontrole temelji se na kognitivnom pristupu odnosno procesima središnjeg živčanog sustava koji posreduje između podražaja i odgovora. U ovakvom liječenju se ističe samoregulatorna snaga osobe bez vanjske kontrole.
2. Trening samopouzdanja temelji se na svrsi ovoga treninga da pomogne plašljivim, povučenim i u sebe nesigurnim ljudima da se bolje potvrde u društvu i da uspješnije artikuliraju svoje potrebe i želje.

3. Biofeedback je tehnika gdje bolesnik može opažati vlastite fiziološke procese putem prikladnih signala tako da stalno može registrirati promjene. U tu svrhu se najčešće primjenjuju formule autogena treninga. (Gruden, 1996)

Psihodinamičko liječenje se može provoditi individualno, grupno ili s obiteljima, ali zahtjeva specijalizirano umijeće. Psihoterapija je indicirana za liječenje tikova koji zahtijevaju srednje ili dugotrajno liječenje. Bitno je da psihoterapiju provode samo stručnjaci specijalizirani za duševno zdravlje koji su prošli formalnu izobrazbu iz određene vrste psihoterapije. U suprotnom će djeca i obitelji biti liječeni pogrešno i mogu pretrpjeti znatnu štetu.

U liječenju tikova lijekovi nisu prvi izbor, ali se primjenjuju u liječenju komorbiditentna stanja poput ADHD ili kompulzivnog opsesivnog poremećaja ili se indiciraju u slučaju jako izraženih tikova, na primjer, teži oblici. Najvažniji je lijek antagonist D2 receptora (haloperidol), ali mogu biti korisni i atipični antipsihotici. Cilj liječenja je učiniti tikove podnošljivim (Nikolić, Marangunić i sur., 2004).

II. dio

7. Intervju s majkom djeteta s motoričkim nemirom

Intervju se održao 20.03.2017 u trajanju od 30 minuta. Cilj intervjua odnosno razgovora s majkom je dobiti informacije koje će nam pomoći da bolje razumijemo motorički nemir, ispitamo koje su djetetove teškoće u razvoju (jezični, kognitivni, socijalni, emocionalni...) te kako one utječu na svakodnevno funkcioniranje djeteta. Također, cilj je saznati informacije o djetetovom ranom djetinjstvu te pojavljivanju prvih simptoma kao i odnosima unutar ukućana.

Odlučili smo se za intervju s majkom jer nitko ne može bolje opisati teškoće i pojasniti problematiku djeteta, kao majka koja 24 sata provodi sa svojim djetetom koje uz ostale dijagnosticirane teškoće (autizam, ADHD-e) ima i motorički nemir.

Intervju se održao u obiteljskom stanu, po želji majke, radi potrebnog mira i tišine prilikom razgovora, ali i čuvanja djeteta koje je za vrijeme razgovora boravilo u dnevnom boravku sa sestrom. Razgovor se održao u obliku slobodnog intervjua (ispitivač nema unaprijed pripremljena pitanja), radi osjetljivosti i opširnosti teme, stoga pitanja u daljenjem tekstu predstavljaju smjernice i uvid u bolje razumjevanje djeteta s motoričkim nemirom.

Prije početka intervjua napomenula sam majci kako ne mora odgovoriti na pitanja za koja smatra da su preintimna, ili za nju, iz nekog razloga prebolna.

Tijekom intervjua dobila sam uvid u zadnja dva specijalistička pregleda vezana za E.[1] i njegovo stanje. Osim čestih prehlada dobrog je općeg zdravlja.

U posljednjem nalazu logopeda, provedenom 11.11.2016, u Kliničko bolničkom centru Rijeka pri Centru za audiologiju i fonijatriju, navode se dijagnoze

[1] Sukladno Kodeksu etike za psihološku djelatnost (NN 13/05), radi zaštite anonimnosti djeteta u radu će se umjesto njegova imena koristiti inicijal E.

pervazivnog poremećaja u razvoju, nespecificirani oblik, kao i nespecificirani poremećaji razvoja govora i govornog jezika. Navodi se da dječak redovito pohađa specijalizirani vrtić za djecu s pervazivnim poremećajima gdje ima asistenta. U redovnom je praćenju od strane kliničkog psihologa i psihijatra zbog poremećaja autističnog spektra. Na zahtijev pokaže imenovanu igračku, međutim, pažnja koju usmjerava na ponuđene sadržaje je izrazito kratkotrajna. Također, navodi se da receptivna funkcija govora značajno zaostaje za dobi, slijedi i izvršava jednostavne, svakodnevne verbalne naloge (na uputu maše, govori ″Doviđenja″). Većinom odgovara na zahtjev, onomatopejama ili prirodnim gestama. Povremeno imenuje na engleskom jeziku, struktura riječi je nezrela, narušena izostavljanjima unutar riječi. U situacijama ljutnje vokalizira glas ″i″.

U nalazu psihologa, rađenom 17.11.2016 u Kliničkom bolničkom centru Rijeka pri Centru za kliničku, zdravstvenu i organizacijsku psihologiju, također se pod dijagnozom navodi pervazivni poremećaj u razvoju, nespecificirani oblik. Navodi se da je dječak uključen u psihodijagnostičko savjetodavno praćenje od lipnja 2012., te da je od rujna 2012. bio uključen u program projekta za ranu intervenciju za djecu sa pervazivnim razvojnim poremećajem. Spominje se kako u ponašanju djeteta perzistiraju oštećenja socijalne interakcije kao i verbalne i neverbalne komunikacije, intenzivan psihomotorički nemir te je otežano pridobivanje združene pažnje. Interesi su suženi, aktivnost stereotipna.

Pitanje: Molim Vas da mi ukratko predstavite E. (trudnoća, porod, stanje nakon poroda, rano djetinjstvo).

Odgovor: Trudnoća s E. bila mi je druga i tada sam saznala da nosim blizance, tako da E. ima mlađu sestru blizanku, a iz prve trudnoće imam kćer. U trudnoći s blizancima nije bilo nikakvih komplikacija. Rodila sam ih 2011. godine u Riječkom rodilištu, dva tjedna prije termina, porod je bio normalan tj. vaginalnim putem. Stanje oba djeteta nakon poroda bilo je uredno. E. je težio 2850 g. Odmalena je bio motorički izuzetno napredan, puno napredniji od svoje sestre blizanke. Sa šest mjecesi aktivnost njegovih kretnji, pogotovo ruku i nogu bila je daleko naprednija u odnosu na razvojne faze moja druga dva djeteta. Prohodao je sa 10 mjeseci, a sa 11 mjeseci je već trčao. Otprilike sa tri i pol godine počeo je pričati jezikom koji samo on

razumije, njegov govor bio je nerazumljiv, to je bilo ″mumljanje″. E. sada ima šest godina i još uvijek nosi pelene, od toga ga nikako ne možemo odučiti.

Pitanje: Kako biste sada opisali njegov govor, da li se vokabular proširio?

Odgovor: Njegov govor je jako usporen. On većinom razumije što mu se kaže, međutim, vokabular mu je jako siromašan. Većinom odgovara sa ″da″ i ″ne″ ili pak ponavlja riječi kao potvrdu da razumije. Tek, unazad šest mjecesi, upornim radom, uspjeli smo doći do toga da spoji rečenicu od dvije ili tri riječi. Na primjer: ″Mokar ko' miš″ ili ″Mamin dečko″ su rečenice koje upotrebljavam sa njime u svakodnevnom govoru. Međutim, iznenadilo me kada je sam povezao značenje te rečenice sa njezinom manifestacijom. To se desilo kada je trčao i oznojio se, sam je došao do mene i rekao: ″Mokar ko' miš″. Za mene je to bilo veliko iznenađenje.

Iako moram naglasiti da E. zna sva slova i brojeve, iako ga slova suprug i ja nismo učili.

Pitanje: Kako su tekle navike hranjenja i oblačenja, da li je samostalan ili mu je potrebna pomoć?

Odgovor: Što se tiče hranjenja to nam je bio jako veliki izazov i još uvijek je. Budući da E. ima izrazit motorički nemir, koji ne može kontrolirati, suludo je očekivati da će sjesti za stol i pojesti obrok ne dižući se s mjesta. Međutim, suprug i ja od početka smo uveli naviku da se jede za stolom, nismo nikada trčali za njime kako bi pojeo, već smo bili uporni i vraćali ga za stol dokle god nije shvatio da se jede za stolom. Uspjeli smo doći do toga da sjedne za stol, uzme pribor za jelo i stavi hranu u usta. To je njegov maksimum, nakon toga se digne, prošeta po kući i vrati po drugi zalogaj. Za stolom svaki puta sjedi na istoj stolici, ukoliko netko od ukućana slučajno sjedne na nju, E. odmah počne plakati i derati se te je u stanju čak i ne jesti taj obrok.

Prilikom oblačenja prilično je samostalan, jednostavnije stvari poput majica i hlača sam obuče, čak se i obuje, ali traži pomoć prilikom zakopčavanja patenta, vezanja vezica ili provlačenja dugmeta. To je još uvijek van njegovih mogućnosti. Pomoć traži

na način da me povuče za rukav i prstom pokazuje prema tenisici, pritom ispuštajući čudne zvukove, vrlo rijetko kaže: ˝Pomoć˝.

Pitanje: S obzirom da ste kao roditelji, Vi i suprug bili svjesni da Vaše dijete ima teškoće u razvoju, da li ste se nekome obratili i zatražili pomoć?

Odgovor: Da, suprug i ja vidjeli smo da postoji problem i prvi puta smo pomoć zatražili kada je dijete imalo godinu dana. O problemu je bila obaviještena i pedijatrica kojoj sam prvoj rekla kako mi se čini da je E. izrazito aktivan već u dojenačkoj dobi, na što je rekla da je još premali i da sačekamo pa ćemo vidjet kako će se dalje razvijati. Budući da je problem samo rastao, a vrijeme prolazilo, uputili smo se u dječju bolnicu Kantrida, gdje su E. pregledali liječnici i cijeli stručni tim pedagoga, psihologa i psihijatra te mu je dijagnosticiran autizam i to nespecificirani, ADHD – e i motorički nemir. E. je u rehabilitacijske tretmane uključen sa dvije godine. Također, uključen je u tretmane logopeda te i dalje redovito odlazi na tretmane i preglede sukladno dogovorima sa liječnicima.

Pitanje: Boluje li dijete od nekih težih bolesti (epilepsija, bolesti srca i sl.) i uzima li kakve ljekove?

Odgovor: Ne boluje od težih bolesti, ali uzima lijek pod nazivom *apripazol* koji spada u skupinu antipsihotika. Djeluje na način da smanjuje razinu povišene energije, umanjuje motorički nemir i razdražljivost te poboljšava koncentraciju.

Pitanje: Koliko dugo uzima taj lijek i kako ga podnosi, jesu li se simptomi smanjili?

Odgovor: Lijek koristi unazad godinu dana, u dogovoru sa doktoricom dajemo određenu dozu lijeka. Bilo je dosta izmjena dok liječnici nisu pogodili pravu dozu. E. je bio pod liječničkim nadzorom, i mogu reći da, od kada uzima lijek vidim napredak u zadržavanju koncentracije. Motorički nemir se smanjio vrlo, vrlo malo što vidim u

situacijama prilikom hranjenja gdje se produžilo vrijeme sjedenja za stolom ili prilikom gledanja crtanih. To je vrlo mala razlika, ali svim ukućanima primjetna.

Pitanje: Naglašavate konstantnu prisutnost motoričkog nemira, da li postoje situacije kada se motorički nemir smanjuje ili situacije u kojima potpuno nestane?

Odgovor: Motorički nemir kod njega je stalno prisutan, u svim situacijama tijekom dana. Smiruje se jedino primjenom navedenog lijeka i to vrlo malo, kao što sam i rekla. Dok lijek djeluje motorični nemir je manji, čim prestaje on se opet vrati. Nestaje prilikom spavanja, sa time nikad nismo imali problema, oduvijek je imao miran san i spavao cijelu noć, još kao beba.

Pitanje: Možete li mi navesti situacije u kojima se motorički nemir pojačava?

Odgovor: Motorički nemir se pojačava u situacijama kada mu suprug i ja nešto ne dozvolimo tj. kada ne dobije sve što hoće ili mu se mijenjaju njegovi rituali. Isto tako, pojačava se u novim i nepoznatim situacijama kao i u svim situacijama koje zahtjevaju strpljenje i mirno sjedenje ili stajanje na mjestu.

Pitanje: Spomenuli ste promjenu rituala, o čemu se točno radi?

Odgovor: Radi se o izlaženju iz dnevnog plana aktivnosti i tzv. prekidima radnje. Primjerice ukoliko je bolestan ili ne ide u vrtić dva tjedna, kada dođe vrijeme da mora u vrtić nastaju veliki izazovi. Tada, ne želi izaći iz kuće, počne vikati, bacati se po podu, štipati se ili gristi. Ne možemo ga nikako niti suprug niti ja smiriti. U takvim situacijama sama ga ne mogu svladati, počne se toliko jako opirati, dobije nevjerovatnu snagu da me fizički nadjača. Isto tako ukoliko se ne vraćamo kući istim putem kojim idemo u vrtić, jer moramo usput pokupiti njegovu sestru, odmah mi pokazuje rukom smjer kojim moram ići i počne vikati, skakati po autosjedalici, pokuša otkopčati remen i sl. Znaju nastupiti jako nezgodna i opasna ponašanja. Također, ukoliko mu se iz dnevnog plana nešto izostavi, počinje sa istim ponašanjima unatoč tome što ga na sve situacije pokušavam pripremiti razgovorom.

Pitanje: Osim motoričkog nemira, ima li dijete tikove poput čepljenja ušiju, zabacivanja glavom ili neke druge nehotične kretnje?

Odgovor: Da, često zna čepiti uši na način da ih prekrije cijelim dlanovima. To radi neovisno o tome da li je buka ili nije, iako je dosta osjetljiv na buku. Također, ima specifične pokrete rukama, kao i brze kretnje tijela i poskoke nogama, što ćete i sama vidjeti. Ti pokreti pojačavaju se prilikom uzbuđenja ili kada se javi osjećaj straha.

Pitanje: Smatrate li da je motorički nemir povezan s impulzivnošću?

Odgovor: Apsolutno da, upravo kretnje koje sam vam navela vrlo su impulzivnog karaktera kao i impulzivnost u opasnim situacijama (npr. istrčavanje na cestu), gdje on ne zna da mu prijeti opasnost.

Pitanje: Spomenuli ste da ide u vrtić, kakav je u interakciji sa ostalom djecom, da li je agresivan ili plašljiv?

Odgovor: Ide u vrtić za djecu sa posebnim potrebama, od treće godine i jako voli ići. Kada dođe u vrtić jako je sretan i zavolio je tete. Toliko mu je lijepo u vrtiću da uvijek plače prilikom odlaska. U društvu djece nije agresivan, po prirodi je veliki veseljak. Većinom se igra sam, ne voli boraviti gdje je puno ljudi. Kada god je u društvu druge djece, najčešće se povlači i izolira, traži mjesto gdje može biti i igrati se sam. Njegova nemogućnost zadržavanja koncentracije i pažnje, kao i motorički nemir ne dozvoljavaju mu sudjelovanje u društvenim igrama. Ukoliko i krene u igru, ustručava se, ima poteškoća pri ulasku u igru te se vrlo brzo razljuti i odustane.

Pitanje: Kakva mu je pažnja i koncentracija prilikom neke aktivnosti?

Odgovor: Vrlo često mijenja aktivnosti, prije uzimanja ljekova izdržao bi maksimalno dvije minute, ali otkako uzima navedeni lijek, vrijeme se povećalo na dvije do pet minuta nakon čega se počne ″vrpoljiti″, šetati i tražiti drugu aktivnost. Izuzetak su igre sa autićima, njih obožava i sa njima se zaigra čak i malo duže. Prilikom gledanja

crtanih, crtani će pogledati cijeli, ali ne može sjediti na miru. Dokle god traje crtani on neprestano šeta, skakuće. Potrebno ga je podsjetiti da sjedne na mjesto, što traje dvije minute, pa opet ispočetka.

Pitanje: Kako je dijagnoza utjecala na Vas i Vašu obitelj?

Odgovor: U početku nam je bio veliki šok, međutim brzo smo to prihvatili i krenuli u istraživanje. Prikupljali smo razne stručne literature, od knjiga, časopisa i članaka, te ih dobro razmotrili kako bi saznali što više informacija koje nam mogu pomoći da shvatimo problematiku i pomognemo našem djetetu. Suprug i ja proveli smo sate čitajući ih i razgovarajući o njima. Također, pohađali smo mnoge radionice za roditelje i slušali razne prezentacije od stručnih ljudi koje su nam jako pomogle.

Pitanje: Uz E. imate još dvoje djece, kakav je odnos između njih?

Odgovor: Sa obje sestre E. se slaže jako dobro, obje su mu velika podrška i zaštitnički su usmjerene prema njemu. Ne dozvoljavaju drugoj djeci da ismijavaju to što je njihov brat drugačiji. One ga smatraju posebnim. Aktivno ga uključuju u svoj život i poštuju način na koji se on igra i radi određene stvari. Pomažu mu maksimalno i znaju postupati sa njime, poštuju potrebu da bude sam. Svo troje slažu se jako dobro, ali ipak posebna povezanost vidi se između E. i njegove sestre blizanke. Ona ga posebno pazi, usmjerava, brine o tome da se negdje ne ozljedi. Iako ga ona sve više doživljava kao mlađeg brata, a ne kao svojeg vršnjaka, upravo radi njegovih ograničenih sposobnosti. E. svojim sestrama uvijek uzvrati ljubav na njegov svojstven način.

Pitanje: S kojim teškoćama ste se Vi i suprug, kao roditelji, susreli u odgoju vašeg sina?

Odgovor: Roditeljstvo je za svakoga veliki izazov, ali kao roditelj djeteta s motoričkim nemirom, autizmom i ADHD – om, mogu reći da je potrebno puno strpljenja, ljubavi i snage za izdržati bitke koje se vode svakoga dana. Susreli smo se sa puno teškoća u

odgoju, od promjene rituala, učenja navika, socijalizacije itd., no vječna ″borba″ je ona za ostvarivanje prava djece s teškoćama u razvoju s odgojno – obrazovnim sustavom Republike Hrvatske, no tu temu bi rado preskočila. Ono što uvijek zasmeta mog supruga i mene je činjenica da se djecu poput našeg E. etiketira kao zločestu, neodgojenu ili neposlušnu, pogotovo kada počnu neugodna ponašanja poput bacanja na pod, lupanja, deranja i sl. Ljudi znaju biti dosta zaprepašteni takvim ponašanjima te uvijek nabace komentar poput: ″Nije to ništa što batine ne bi mogle riješit″ ili ″Koje neodgojeno dijete″. Koliko god se pokušavamo ne obazirati na takve komentare, jer ljudi to većinom govore iz neznanja, toliko nas još uvijek zasmetaju jer znamo koliko ulažemo u odgoj našeg sina.

Pitanje: Što smatrate najvećim potencijalom Vašeg djeteta tj. njegovim prednostima?

Odgovor: E. je jedno predivno dijete, veliki veseljak, koji osmijehom i pogledom kaže više nego riječima. Kada mi je teško dođe do mene i zagrli me, rekla bi da radi kako osjeća, iako znam da zvuči čudno, u nekim situacijama me zbilja iznenadi njegova empatičnost. Ljubav i povezanost koju dijeli sa svojim sestrama za mene, kao roditelja, neprocjenjiva je. On na neki način povezuje obitelj, ne bi mogli zamisliti život bez njega, puno toga nas je naučio. E. se jako trudi, koliko god mu njegove mogućnosti dozvoljavaju, on prilikom neke aktivnosti daje sve od sebe, iako to traje kratko, u njegovim očima vidi se želja.

Pitanje: Nekoliko misli o budućnosti?

Odgovor: Moja obitelj i ja živimo dan po dan, ima težih i lakših dana, kao i kod svakoga. Svaki dan nam je veliki izazov te nemamo velikih planova za budućnost, već se nadamo boljoj budućnosti za našeg sina kao i poboljšanju cjelokupnog sustava vezanog za djecu s posebnim potrebama. Suprug i ja svijesni smo stanja našeg djeteta, te ono što nas u budućnosti, nakon vrtića čeka je pohađanje Centra za odgoj i obrazovanje, što smatramo vrlo bitnim za naše dijete. Ne brine me daleka budućnost, upravo zbog povezanosti E. sa njegovim sestrama koje se neizmjerno brinu za njega i sigurna sam da će tako i ostati.

7.1. Analiza intervjua

Razgovor s majkom za mene je bio veliko iskustvo i doživjela sam ga vrlo emotivno. Ne samo da smo upoznali ženu koja nije odustala od svoga sina, koja svakodnevno ulaže sebe u odgoj svoga djeteta, educirajući se konstantno, kako bi bila što bolja majka svo troje djece koja ne radi razlike između djece. Kako kaže, svo troje odgaja jednako, s istim pravilima; kako jedan tako svi. Upoznala sam ženu koju upornost, trud i realno sagledavanje stanja njezinog djeteta motiviraju da nastavi dalje čim primjeti i najmanji korak prema napretku.

Prve znakove da nešto nije u redu sa njezinim djetetom, roditelji su primjetili sa šest mjeseci starosti djeteta, kada je aktivnost njegovih kretnji bila daleko naprednija u odnosu na razvojne faze druga dva djeteta. Po navođenjima majke, dječak je prohodao sa 10 mjeseci, a sa 11 mjeseci je već trčao. Njegov govor jako je usporen, vokabular je izrazito siromašan. Odgovara sa ″da″ ili ″ne″ ili ponavljanjem riječi. Vrlo je interesantna činjenica da dječak zna sva slova i brojeve iako ga nitko to nije učio.

Motorički nemir kod dječaka je stalno prisutan, u svim situacijama, a pojačava je u novim i nepoznatim situacijama, osobito u onima koje zahtijevaju strpljenje. S obzirom da je motorički nemir postajao sve jači, u dogovoru s liječnicima, dječak uzima lijek apripazol koji spada u skupinu antipsihotika. Lijek koristi godinu dana te se uzimanjem lijeka motorički nemir smanjio i produženo je vrijeme zadržavanja koncentracije. Motorički nemir kod dječaka nestaje samo tijekom sna. Osim motoričkog nemira kod dječaka su prisutni i tikovi poput čepljenja ušiju cijelim dlanovima, neovisno o tome da li je buka ili nije.

Majka kao najveći problem navodi odbijanje promjene situacije i izražavanje otpora u takozvanim prekidima radnje, što vrlo ometa svakodnevno funkcioniranje jer se tada javljaju napadaju bijesa, jaka uzmenirenost, bacanje po podu, otimanje, plač i slično. U tim trenucima majka ne može sama svladati njegovu tjelesnu snagu.

Uz sve teškoće koje im roditeljstvo donosi, majka navodi kako im je najveća teškoća ″borba″ za ostvarivanje prava djece s teškoćama u razvoju s odgojno – obrazovnim sustavom Republike Hrvatske, te se nada poboljšanju cjelokupnog sustava kao i boljoj budućnosti za svoga sina.

Prvi puta roditelji su pomoć zatražili kada je dijete imalo godinu dana obrativši se pedijatrici. Budući da je problem samo rastao, odlučili su se uputiti u u dječju bolnicu Kantrida, gdje je dječak pregledan od strane lječnika i cijelog stručnog tima. Tada, sa dvije godine, dijagnosticiran mu je autizam, nespecificirani oblik kao i motorički nemir. Dječak je uključen u rehabilitacijske tretmane koji se i danas provode sukladno dogovorima sa liječnicima.

8. Evidencijski list promatranja djeteta s motoričkim nemirom

Promatranje se odvijalo kroz pet dana u tajanju od trideset minuta, jer po navodima majke, dječak ne može dulje izdržati i remeti se njegov dnevni red te se simptomi u tom slučaju pogoršavaju. Cilj promatranja je utvrditi kako dijete reagira na zadane aktivnosti, a kako se ponaša u slobodnim aktivnostima, prihvaća li obraćanje nepoznatih osoba, kako stupa u interakciju. Također, cilj je istražiti u kojim situacijama se motorički nemir pojačava te kako to izgleda. Promatranje se odvijalo u stanu obitelji, uvijek uz prisutstvo majke te ponekad i dječakove sestre blizanke.

PRVI DAN: S obzirom da me dječak nije poznavao, već nam je to bio prvi susret, prvi dan smo proveli u upoznavanju, te po uputama majke nismo radili nikakve aktivnosti. Majka me dječaku predstavila kao tetu koja će se par dana dolaziti igrati sa njime. Prilikom upoznavanje dječak je pružio ruku, uz pomoć majke, koja mu je također rekla da kaže kako se zove. Majka me upozorila da je moguće da dječak odbija suradnju u popodnevnim satima kada se promatranje odvijalo, jer mu se tada motorički nemir počne pojačavati (kada djelovanje lijeka kojeg dječak uzima unazad godinu dana, apripazola, počne slabiti) te postaje sve razdražljiviji.

DRUGI DAN: Drugi dan promatranja prošao je super. Boraveći u njihovom domu primjetila sam na frižideru slova koja imaju magnet sa stražnje strane. Dječak je bio vrlo suradljiv i dobro raspoložen te sam mu predložila da mi pokaže koje je koje slovo. Zamolila sam ga da dođe u kuhinju, što i učini. Uzimam slovo N i pitam ga da li zna koje je to slovo, odgovara točno, potom uzimam slovo R, O i A, također odgovara točno, na što ga pohvaljujem. Dječak se nasmiješio, počeo skakutati i prošetao do stanu. Potom se vratio, sam uzeo slovo D, L, I i istovremeno izgovarao. Opet odlazi prošetati, uzima autić i počinje trčati. Ponovo ga zovem te kada je došao do mene pitam ga da li može složiti riječ. Tada slažem riječ mama, što je on pozorno pratio, te kada sam složila pogledao svoju majku i pokazao prstom na nju. Pitam ga hoće li on složiti neku riječ. On uzima slovo D, N, E, pušta sva slova i odlazi do dnevnog boravka gdje počinje trčati oko stola, podizati i spuštati stvari sa stola, te se vraća. Potom uzima V, N, I, K te opet kreće šetati po stanu, odlazi u dnevni boravak sjedne

na kauč, pa se brzo digne. Istu radnju ponovio je tri puta. Potom se opet vraća za stol. Tada je prvi puta složio samostalno riječ. Majka je bila jako iznenađena i presretna. Kada se vratio pitala sam ga da li zna koju je riječ složio, odgovara: ″Dnevnik″, potom ga pitam gdje je to vidio, a on odlazi do televizije i pokazuje mi prstom na nju te počinje ispuštati čudne zvukove. Majka nije mogla skinuti osmijeh sa lica. Pitala sam ga da li želi složiti još neku riječ, međutim nije više htio, usmjeravao je pažnju na druge aktivnosti te otišao do dnevnog boravka i nosio mami DVD sa svojim omiljenim crtićem.

TREĆI DAN: Dječak nije bio za suradnju. Majka je rekla da je cijeli dan vrlo razdražljiv te imao izljeve bijesa. U takvom stanju jedino je moguće upaliti mu crtani i pustiti ga da gleda. Crtani ″Ovca Timi″, gledali smo u dnevnom boravku, pridružila nam se i njegova sestra blizanka. Majka kaže kako mu je taj crtani omiljemi i obožava ga gledati te ga gleda svaki dan, makar jednom dnevno, od svoje treće gorine. Čim ga je upalila, na prve taktove muzike, dječak je počeo skakutati i smijati se. Majka ga upozorava da sjedne na kauč i lijepo gleda crtani, što posluša. Nakon toga se diže, odlazi do televizije i pokazuje prstom prema ovci i kaže: ″Mama, buum″, majka objašnjava kako pokušava reći da će ovca upast u nevolju. Tada se uzmenirio, počeo je kružiti oko stolića, pokreti ruku i nogu postajali su sve brži, počeo je vikati te uzima daljinski i baca ga na pod. Tijekom trajanja crtanog, dječak bi sjedio minutu na kauču (kada mi ga majka upozorila) te se nakon toga opet dignuo i nastavio šetati. Na sceni kada prijatelji spašavaju ovcu iz nevolje, dječak se stalno smiješi, vrlo je sretan, ispušta razne zvukove od sreće, odlazi do svoje sestre blizanke zagrliti ju. Počinje skakati dižući koljena u vis do upozorenja majke, nakon čega počinje trčati oko malog staklenog stola u dnevnom boravku (na kojem sam primjetila da ima zaštitu na rubovima, kako bi se spriječile ozljede). U jednom trenutku odlazi ispred televizije, te na sceni, kada se ovca penjala uzbrdo, dječak je prstom pratio po ekranu kako se ovca micala i kada je nestala viknuo je: ″Bum″. Kada je crtani završio njegova sestra htijela je ugasiti DVD -e, ali E. počinje plakati i vidno se uzmenirio, počinje mahati rukama i nogama (kratki, nagli i brzi pokreti) i vikati: ″Mama, ne! Mama, ne!″. Počeo je jako histerizirati te udara sestru po ruci. Potom mi je majka objasnila kako svaki puta kada završi crtani, ne smije se ugasit dok ne prođu sva slova i natpisi (gdje se navodi redatelj, kamerman i sl.) jer ga inače uhvati panika.

ČETVRTI DAN: četvrtog dana promatranja cilj mi je bio ispitati raspoznaje li dijete boje. Pozvala sam dječaka da se idemo igrati s njegovim najdražim igračkama, a to su autići. Vrlo veselo je dotrčao do mene, primio me za rukav i odvukao do mjesta gdje mu stoje igračke. Pustila sam njega da vodi igru jer su me zanimale njegove reakcije i postupci. Uzeo je kutiju sa autićima, i iznenadilo me to da nije istresao sve autiće van kao što sam očekivala, već je svaki puta izvukao jedan. Slagao ih je na način da bi stavio jedan pored drugog sa skoro istim razmakom između autića. Nakon što je posložio niz od četiri auta, digao se i počeo šetati po stanu, potom je uzeo loptu u ruke i spustio je na pod, otišao do kuhinje sjeo za stol, pa se dignuo, zatim je napravio krug oko kuhinjskog stola, te opet sjeo na stolicu i dignuo se. Nakon toga vratio se kod mene opet igrati s autićima, te ih nastavio redati kako je i započeo. Kada bi uzeo određeni autić pitala bi ga koje je boje taj autić. Znao je reći crven, žuti, crni, dok je plavu boju zamijenio ljubičastom, te kada sam mu pokazala plavi autić i pitala koja je to boja, odgovorio mi je: ″Blu″. Iznenadilo me da zna na Engleskom jeziku boje. Isto tako zelenu boju zamijenio je sa sivom, te kada sam ga ponovo pitala koje je boje odgovara: ″Grin″. Dječak je prilikom igre s autićima vrlo sretan, ispušta čudne zvukove visoke frekvencije, te veselo ″skakuće″ po stanu, neprestano mjenjajući smjer kretanja.

PETI DAN: Prilikom intervjua s majkom rečeno mi je da dječak ne zna zakopčati niti provući dugmad. U dogovoru s majkom odlučila sam to ispitati i vidjeti da li dječak to uistino može ili ne. Donijela sam jedne dječje hlače, kojima su nogavice bile odrezane, te ih stavila na stol. Prije nego što sam pozvala dječaka, otkopčala sa dugme i spustila patent. Potom sam ga pozvala i zamolila da zakopča. U tom trenutku, to mu nije bilo interesantno te je uzeo hlače i bacio ih na pod. Otišao se igrati sa autićima. Majka mi je sugerirala da opet stavim na stol i sjednem na suprotnu stranu od njega te ne obraćam pažnju, što sam i učinila. Nakon par minuta igre s autićima, i kruženja po stanu, uzimanja i spuštanja stvari sa stola na pod i vraćajući ih natrag, dječak se vraća i sjedne za stol. Promatrao je hlače cijelo vrijeme sjedenja za stolom, oko dvije minute, nakon čega se opet diže i odlazi do autića i ponavlja sve navedene radnje. Nakon toga opet dolazi za stol i pokušava zakopčati patent, ali ga povlači prema dolje. Pokušavao je vući u svim smjerovima i uspio je povući patent prema gore, nakon čega sam ga pohvalila. On se opet ustaje od stola, počinje pljeskati, te skakati naizmjenično na lijevoj pa desnoj nozi. Nakon toga pitala

sam ga želi li zakopčati dugme, on odlazi do stola, sjedne i pokušavao je provući dugme, ali nije mu uspijevalo, nakon što se više puta ustao i opet vratio i dalje mu nije uspijevalo provući dugme. Međutim zadnji put kada je pokušao i spoznao da ne može, ustao se, došao do mene, primio me za rukav i rekao: ″Pomoć″. Tada je uz moju pomoć uspio provući dugme. Nakon toga majka i ja smo ga pohvalile i dječak je bio jako sretan. Potom je otišao po DVD – e i tražio da mu se stavi crtani.

Bio je to naš posljednji dan druženja, prilikom odlaska dječak me zagrlio, po navođenju majke pružio ruku i rekao: ″Bok″.

8.1. Analiza promatranja

Promatranje djeteta za mene je bilo veliko iskustvo. Upoznala sam predivnog dječaka E., promatrala njegovo funkcioniranje u svakodnevnim izazovima, njegove reakcije na zadane i slobodne aktivnosti. Promatranje je trajalo pet dana.

Prilikom promatranja dječaka s motoričkim nemirom primjećeno je kako je dječak neprirodno aktivan i stalno u pokretu. Motorički nemir ometa njegovo svakodnevno funkcioniranje u svim situacijama. S dječakom je moguće uspostaviti socijalni kontakt vrlo kratko koji dječak uspostavlja pomoću navođenja majke. Ne zna reći svoje ime u cjelosti, već kaže samo prva tri slova svoga imena. Dječakov govor vrlo je slabo razvijen, zaostaje za dobi, te se svodi na nekoliko riječi. Na upite odgovara sa da i ne, mimikom ili ponavljanjem riječi kao potvrdom. Ponekad imenuje i na engleskom jeziku. Utvrđeno je da dječak prepoznaje odnosno imenuje sva slova, iako ga po priči majke, nitko to nije podučavao. Također, povezuje napisani svakodnevni pojam s njegovim značenjem, iako taj pojam ne koristi u vokabularu. Dječak prihvaća obraćanje, međutim njegova koncentracija je vrlo kratkotrajna te ju usmjerava prema svojim interesima. Prilikom aktivnosti koje zahtijevaju mirno sjedenje, dječaka je potrebno vrlo često upozoravati da sjedne na mjesto, što traje minutu do dvije, nakon čega opet ustaje. Ukoliko mu je potrebna pomoć, dođe do osobe i kaže: ˝Pomoć˝ ili primi osobu za rukav te daje znakove mimikom i rukama.

Inače, dječak je stalo u pokretu, uvijek ima neki predmet u rukama, diže i spušta, vadi i sprema stvari, kruži po stanu, skače, izgovara nedefinirane i nerazumljive riječi. Ne zadrži se na jednom mjestu duže od dvije minute. Motorički je vrlo spretan i koordiniran. Prilikom osjećaja sreće dječak ispušta neobične zvukove različitih frekvencija, motorički nemir se pojačava te počinje veselo skakutati te maše glabom lijevo - desno. U situacijama koje izazivaju stanja poput izljeva bijesa i razdražljivosti, dječaku je najbolje ponuditi ono što ga uveseljava, a to je crtani koji gleda svaki dan, od svoje treće godine. U situacijama kada njime vladaju emocije ljutnje, dječak se vidno uzmnemiri, pokreti ruku i nogu postaju brzi, nagli i vrlo kratki te počne vikati, bacati se po podu, plakati, ima izljeve bijesa i slično. Takva ponašanja javljaju se i prilikom izlaženja iz dnevnog plana aktivnosti i takozvanim prekidima radnje. Prilikom izljeva bijesa nije dovoljna jedna osoba kako bi se svladala

njegova tjelesna snaga. Osim motoričkog nemira kod dječaka su prisutni i tikovi poput čepljenja ušiju na način da ih prekrije cijelim dlanovima, kao i specifični pokreti rukama, brze kretnje nogama s poskocima.

S obzirom na promatranje dječaka, čija je dijagnoza uz pervazivni poremećaj i motorički nemir te ADHD – e, potvrđuje se kompatibilnost teorijskih tvrdnji sa analizom promatranja, stoga se može iznjeti sljedeće:

Utvrđena je prisutnost konstantnog poremećaja pažnje, hiperaktivnosti i impulzivnosti u odnosu na djecu sličnog stupnja razvoja. Poremećaji su karakterizirani ranim početkom (sa dvije godine starosti dječaka), izrazitom nepažnjom prilikom aktivnosti i impulzivnim reakcijama, kao i pretjeranom motoričkom aktivnošću, što je potvrđeno u odnosu na teorijski dio. Motorički nemir koji se pojavljuje kod dječaka sastoji se od besciljne aktivnosti koje karakterizira određeno motoričko ponašanje, poput skakanja, penjanja, nemira, nestrpljivosti i slično. Teorija naglašava kako se prilikom motoričkog nemira i hiperaktivnosti javlja prelaženje s jedne aktivnosti na drugu aktivnost bez završavanja prethodne, što je potvrđeno. Simptomi koji se javljaju ometaju svakodnevno funkcioniranje djeteta. Utvrđeno je da uz motorički nemir osoba ima još makar jedan dijagnosticirani poremećaj, što potvrđuje komorbiditet koji ističe praksa. U ovom slučaju to su pervazivni poremećaj, nespecificirani oblik, ADHD – e, nespecificirani poremećaji razvoja govora i govornog jezika i tikovi. Teorija ističe kako se tikovi poput čepljenja ušiju, slijeganja ramenima i žmirkanja pojačavaju u nepovoljnim situacijama ili kada s osobom vladaju negativne emocije poput straha, srama, ljutnje, osjećaja ugroženosti i slično, što je također potvrđeno. Promatranjem se potvrđuje smanjenje motoričkog nemira i motoričke aktivnosti, poboljšanje koncentracije, odnosno vremensko produljenje zadržavanja pažnje prilikom aktivnosti, kao i smanjenje tikova uzimanjem lijekova koji spadaju u skupinu antipsihotika, što također i teorija iznosi.

9. ZAKLJUČAK

Odgoj djeteta veliki je izazov za svakog roditelja. Zahtijeva puno ljubavi, vremena, strpljenja, pažnje i učenja o tome kako biti dobar roditelj. Normalno je da su mala djeca hiperaktivna, stalno u pokretu, istražuju, nemirna su. U okvirima normalna razvoja motorička aktivnost povećava se do treće godine života, nakon čega se smanjuje. Iako motorički nemir i tikovi imaju zajedničke karakteristike poput motoričkih pokreta koji izazivaju poteškoće u komunikaciji i socijalizaciji, ipak se u ostalim karakteristikama razlikuju. Određivanjem dijagnoze ne znači da se odmah treba posegnuti za ljekovima, međutim, lijekovi su nekada neizbježni kako bi se pomoglo djetetu. Lijek koji se koristi za smanjenje povišene energije, umanjuje motorički nemir i poboljšava koncentraciju je apripazol, koji mora biti propisan od stane liječnika.

Istraživajući o motoričkom nemiru i tikovima te provodeći intervju s majkom djeteta s motoričkim nemirom utvrđeno je da motorički nemir i tikovi ometaju svakodnevno funkcioniranje djeteta te znatno utječu na odrađivanje bilo koje vrste aktivnosti. Dijete je stalno u pokretu, prisutan je psihomotirički nemir te ne usmjerava pažnju na jedan sadržaj, već prema svojim interesima. Aktivnosti se vrlo često ne izvedu do kraja, upravo zbog nemogućnosti zadržavanja pažnje i motoričke aktivnosti. Ono što najviše ometa svakodnevno funkcioniranje su napadaji bijesa, u situacijama kada treba završiti neku aktivnost, koji mogu postati vrlo opasni i rezultirati neželjenim ishodom poput povreda i ozljeda. U takvim situacijama zbog izrazite tjelesne snage, nije dovoljna jedna osoba da bi se dijete svladalo.

SAŽETAK

U radu je prikazana analiza slučaja djeteta s motoričkim nemirom koja obuhvaća intervju s majkom i promatranje djeteta u njegovom svakodnevnom funkcioniranju i teškoćama koje ono ali i cijela obitelj proživljavaju.

Motorički nemir je stanje u kojemu je osoba neprirodno aktivna. Karakterizira ga prekomjerna besciljna aktivnost koja je često praćena impulzivnim reakcijama, osobito u situacijama kada se javi osjećaj ljutnje ili se stvari ne odvijaju očekivano. Prilikom motoričkog nemira javlja se poremećaj pažnje te je prisutno često prelaženje s jedna aktivnosti na drugu aktivnost. Uz motorički nemir, često su prisutni i tikovi koji se pojačavaju prilikom negativnih emocija poput straha, nesigurnosti, ljutnje, pa čak i pozitivnog stresa. Zbog motoričkog nemira i tikova koji ometaju funkcioniranje djeteta u svakodnevnim aktivnostima, djeca se socijalno izoliraju što utječe na socijalne odnose. Teškoće koje su roditeljima najveći izazov su situacije koje dovode do izljeva bijesa koja se najčešće javljaju prilikom prekida radnje. U takvim situacijama nije dovoljna jedna osoba da bi se djetetova tjelesna snaga svladala. Uzimanjem lijekova koji spadaju u skupinu antipsihotika, propisanih od strane liječnika, mogu se ublažiti simptomi te motorički nemir, djetetu, učiniti podnošljivijim.

Ključne riječi: motorički nemir, tikovi, dijete, intervju, promatranje

SUMMARY

In this paper is presented an analysis of a child with motoric disturbance. This paper includes an interwiv with mother and observation of a child in his daily life activities and difficulties that him and his family are going through.

Motoric disturbance is a state in which a person is unnaturally active. Characteristic of that state is excessively purposeless activity which is often accompanied with impulsive reactions, especially in situations where a feeling of anger happens or the things do not happen as expected. During motoric disturbance, attention disorder orcurs and often childs attention jumps from one activity to another. Motoric disturbance is often accompanied with tics, which are getting stronger during negative emotions like fear, uncertainty,anger and even positive stress. Due to motoric disturbance and tics wich disrupt normal child functionig during everyday activities, children get socially isolated which affects their social relations. The most challenging difficulties for parents are the situations that lead to anger outbursts which mostly happen when child is disturbed in his everyday order. In that situations, one person is not enough to stop the childs physical outbursts. Taking the medications that fall into the group of antipsychotics, perscribed by the doctor, can ease the symptoms and motoric disturbance for the child, and make that symptoms and motoric disturbance bearable.

Key words: morotic disturbance, tics, child, interview, observation.

LITERATURA

BAČKONJA, K., VRSALJKO, J. (2015.) Dijete s tikovima. *Roditelji.hr* [Online] Dostupno na: http://www.roditelji.hr/vrtic/2521-dijete-s-tikovima/

[Pristupljeno: 21.veljače 2017]

BEGIĆ, D., JUKIĆ , V., MEDVEDEV, V. (2015.) *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.

GRUDEN, Z. (1996.) *Dječja psihoterapija*. Zagreb: Medicinska naklada.

DELIĆ, T. (2001.) Poremećaj pažnje i hiperaktivnost. *Hrčak* [Online] , 9 (1 – 2 Rujan) str. 2 – 4. Dostupno na:

http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=145676

[Pristupljeno: 10.veljače 2017.]

HRVATSKA PSIHOLOŠKA KOMORA (2004.) Kodeks etike psihološke djelatnosti. [Online] Dostupno na:
http://www.psiholoska-komora.hr/static/documents/dok_kodeks_etike.pdf
[Pristupljeno 22.travnja 2017.]

HUGHES, L., COOPER, P., Prijevod ZEC, A. (2009.) *Razumijevanje djece s ADHD sindromom i pružanje potpore: strategija za nastavnike, roditelje i ostale stručnjake*. Jastrebarsko: Naklada Slap,

KORDIĆ, A. Zašto je psihoedukacija važan dio terapijskog procesa? *Centar za psihološko usavršanje u Zagrebu, udruga za psihološku pomoć, kognitivno – bihevioralnu terapiju anksioznih i depresivnih smetnji te razvoj psiholoških vještina.* [Online] Dostupno na : http://kbtcpu.blogspot.hr/p/blog-page_4.html

[Pristupljeno 20.siječnja 2017.]

LUCEN – MRĐEN, J. (2006.) *Hiperaktivno dijete*. Zagreb: Poliklinika za zaštitu djece grada Zagreba.

MUAČEVIĆ, V., i sur. (1995.) *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada,

NIKOLIĆ, S., MARANGUNIĆ, M., i sur. (2004.) *Dječja i adolscentna psihijatrija*. Zagreb: Školska knjiga.

KRNETIĆ I. (2004.) Što je KBT? *Savjetovanje krnetic*: *privatna psihološka praksa u Bosni i Hercegovini*. [Online] Dostupno na: http://www.krnetic.com/kbt.html

[Pristupljeno: 24.veljače 2017.]

SMOLIĆ –ROČAK, A. (2014.) Kako nastaju tikovi i kada potražiti pomoć. *Istraži me* Dostupno na: http://www.istrazime.com/klinicka-psihologija/kako-nastaju-tikovi-i-kada-potraziti-pomoc/

[Pristupljeno: 7.veljače 2017.]

SOMMERS – FLANAGAN, R. i J. (2006.) *Kada nas dijete zabrinjava: uobičajena razdoblja djetinjstva ili ozbiljni problemi?*. Lekenik: Ostvarenje d.o.o.

SVJETSKA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA (2003.) *Višeosna klasifikacija psihijatrijskih poremećaja u djece i adolscenata*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

ZRILIĆ, S. (2013.) *Djeca s posebnim potrebama u vrtiću i nižim razredima osnovne škole: priručnik za roditelje, odgojitelje i učitelje*. Zadar: Sveučilište u Zadru.