

Evropski akreditovan psihoterapijski trening institut  
Studio za edukaciju Beograd (EAPTI-SEB) & EAPTI-GPTIM

NETWORK (EGN)

Program: Diploma iz geštalt psihoterapije

Modul: Završni ispit

## **POREMEĆAJ PAŽNJE - GEŠTAL PERSPEKTIVA**

**Edukant:**

dr Natalija Radivojević Banović

**Mentor:**

D.Psych.Hon. Marija Stefanović

Mart, 2024.

## Sadržaj

Sadržaj .....	1
Odakle zainteresovanost za ovu temu? .....	2
Uvod.....	4
Osnovni geštalt postulati i njihov značaj za razumevanje AD(H)D-a .....	5
Dijagnostikovanje poremećaja pažnje iz perspektive klasične psihodijagnostike .....	8
Dijagnostika poremećaja pažnje kod dece – geštalt pristup.....	12
Poremećaj pažnje kao problem kontakt-granica i poremećaj u funkciji selfa.....	13
Rad sa decom kojoj je dijagnostikovano poremećaj pažnje.....	16
Izgradnja samopodrške kod dece kojoj je dijagnostikovano AD(H)D .....	19
Rad sa roditeljima dece kojoj je dijagnostikovano AD(H)D .....	20
Rad sa adolescentima kojima je dijagnostikovano AD(H)D .....	21
Rad sa odraslima kojima je dijagnostikovano AD(H)D .....	23
Razumevanje uzroka poremećaja pažnje - neurološki problem ili refleksija poremećaja relacionih odnosa? .....	24
Zastupljenost AD(H)D-a u različitim kulturama .....	25
Nastanak AD(H)D simptoma kao neurološki odgovor na nedostatak adekvatnog kontakta .....	27
AD(H)D kao modifikacija relacionih odnosa .....	29
Razvoj telesnog sopstva i neurološki korelati.....	30
Implikacije i zaključak .....	33
Literatura:.....	34

## **Odakle zainteresovanost za ovu temu?**

Tema poremećaja pažnje privukla me je najpre dolaskom klijenta koji je pokazivao vidne simptome poremećaja pažnje, a ubrzo zatim i situacijom u lokalnoj osnovnoj školi gde su se i majka i učiteljica obratile za pomoć oko jednog deteta. U tom momentu, moje znanje i razumevanje ove teme svodili su se na okvirno prepoznavanje simptoma i uopštenu svesnost o izazovima koje poremećaj pažnje donosi i pojedincu i okruženja u kojem je. Kako je vreme odmicalo, uočavala sam intenzivne emocionalne potrebe i klijenta sa kojim sam radila i deteta koje sam gotovo svakodnevno susretala. Te potrebe su kod mog klijenta, momka od 24 godine, bile usmerene na to da ostvari prihvatanje od strane značajnih drugih, da (iznova) stekne njihovo poverenje, kao i da bolje razume sebe i osnaži svoje poverenje u sebe koje je bilo narušeno brojnim “incidenatima” koji su mu se “događali”. Ono za čim je on ponajviše čeznuo su bliskost i povezanost sa drugima, potvrda da je on u redu, da ima kapaciteta da voli i da je za njega moguće da bude voljen. Kod deteta (7 godina) je takođe bila izražena potreba za bliskošću, povezanošću, prihvatanjem toliko, da su na trenutke te emocije drugima znale da budu previše. Postojala je potreba da dete nauči da svoje posezanje ostvari na način da to bude prepoznatljivo i prihvatljivo i drugima. Ovo nije bio mali izazov, ni za dete ni za okruženje, imajući u vidu sve reakcije i emocije koje kod drugih provociraju senzitivnost deteta sa poremećajem pažnje, intenzitet njegove ekspresije emocija, specifičnost njegovog funkcionisanja u susretu sa zadacima i školskim obavezama, kao i sveukupna zahtevnost rada i saradnje sa njim. Sve to zajedno je u meni pojačalo potrebu da bolje razumem značenje simptoma koje su ove dve osobe ispoljavale, da shvatim njihove potrebe, kao i moguće uzroke pojave simptoma koje su ispoljavali. Želela sam i da razumem načine na koje bi se moglo pomoći.

Inicijalno pretraživanje literature mi je ukazivalo na to da postoji razvijena klasična psihodijagnostika (DSM), usmerena na simptome i pre svega usmerena na dijagnostiku kod

dece. Implikacija ovog tradicionalnog pristupa je da je “kvar” u detetu, moguće u njegovom neurološkom funkcionisanju. Uobičajeni tretmani ticali su se dominantno farmakoterapije, kao i rada sa roditeljima i bihejvioralne terapije usmerene na učenje veština i korigovanje ponašanja. Uočila sam i da je prepoznavanje poremećaja pažnje kod odraslih trend novijeg datuma. Tradicionalno, simptomi poremećaja pažnje u detinjstvu se očekivalo da u najvećem procentu slučajeva prosto iščeznu do odraslog doba. Ukoliko bi simptomi ipak opstali i u odraslom dobu, usled složene kliničke slike bi u čak 80% slučajeva bili sagledavani u kontekstu poremećaja ponašanja, poremećaja ličnosti (najčešće graničnih poremećaja), adicija, poremećaja raspoloženja i anksioznih poremećaja (Katzman et al., 2017). Drugim rečima, postala sam svesna da poremećaj pažnje kod odraslih veoma često ostaje neprepoznat.

Ovakav prvi utisak ostavio mi je dosta otvorenih pitanja. Nejasnoća uzroka ADHD-a, moguća uvezanost sa drugim životnim događajima, velika razlika u incidenci u različitim kulturama, polarizovana mišljenja oko korisnosti i efikasnosti farmakoterapije, nejasnoća u pogledu toga kako (i da li zaista) AD(H)D iščezava sa odrastanjem, a opet uvezanost poremećaja pažnje sa drugim značajnim poremećajima,...sve to je kod mene podstaklo potrebu da nastavim da tragam za odgovorima koji bi pružili dublje objašnjenje.

Paralelno sa mojim proučavanjem ove tematike, imala sam prilike da svedočim, kako se kod deteta iz mog okruženja, kroz prepoznavanje i prihvatanje njegovih potreba i njegove jedinstvenosti, kreira postepena promena. Angažovanjem roditelja u smislu svesnosti, prisustva, pravovremenog reagovanja i spremnosti na učenje, kao i ličnim angažovanjem učitelja i druge dece, simptomi koje je dete inicijalno ispoljavalo, su se ublažavali, a dete je uspevalo da ostvari bolje socijalne interakcije i veće prihvatanje u zajednici, kao i bolje školsko postignuće i veći osećaj ličnog zadovoljstva. Teškoće uslovljene poremećajem pažnje nisu nestale, baš kao ni kod klijenta sa kojim sam neko vreme radila, ali pomak koji sam zapažala

mi je bio podsticaj da se zagledam i u druge pristupe, kao što je geštalt, koji mogu pružiti možda baš ono što nedostaje u klasičnim objašnjenjima i vidovima tretmana poremećaja pažnje.

Bavljenje ovom temom donelo mi je još jednu priliku za ugledavanje naše potrebe za autentičnom ljudskom povezanošću. Uprkos (ili baš zbog) kompleksnosti sveta u kom živimo, iznova mi je donelo poštovanje za ono što izgleda kao najjednostavnije – da smo tu, stvarno prisustni, da se istinski čujemo, vidimo, osećamo i prihvatamo.

## **Uvod**

Tema poremećaja pažnje nije mnogo zastupljena u geštalt literaturi, a opet, osnovni postulati geštalta su upravo ono što je neophodno za njegovo obuhvatno sagledavanje – kod pojedinca, u porodici i širem društvenom okruženju. Iskustva terapeuta i do sad sprovedena istraživanja potvrđuju da geštalt pravac poseduje kapacitete za kreiranje pristupa koji će pružiti potrebnu podršku, pre svega deci i mladima, ali i odraslima sa teškoćama koje donosi poremećaj pažnje.

Poremećaj pažnje prepoznat je još ranih 1900. godina. Nazivan je “minimalna moždana disfunkcija”, “dečiji hiperaktivni sindrom”, “hiperaktivni poremećaj pažnje sa ili bez hiperaktivnosti” i sada “hiperaktivni poremećaj pažnje” /Attention Deficit Hyperactive Disorder ili ADHD/ (Oaklander, 2006). Kod nas su deca sa poremećajem pažnje prepoznavana kao “teška deca”.

Do današnjeg dana, ne postoji jedno prihvaćeno objašnjenje uzroka poremećaja pažnje. Mogući uzroci koji se navode su genetika, neurobiološki uzroci, nezrelost nervnog sistema pod uticajem rane traume, osetljivost na neku hranu, toksini u okruženju ili čak i neki vidovi osvetljenja kao što je fluorescentno svetlo. Isto tako, upotrebu farmakoterapije koja je i dalje veoma zastupljena u tretmanu poremećaja pažnje, istovremeno prati dosta kontraverzi i

neodgovorenih pitanja. Relativno se malo zna o dugoročnim efektima korišćenja ovih lekova. (Oaklander, 2006).

Poremećaj pažnje, sa hiperaktivnošću ili bez /AD(H)D/ utiče na sve aspekte života pojedinca, od detinjstva pa do odraslog doba.

U prošlosti se ADHD smatrao dečijim stanjem, ali je sada prepoznat kao doživotno stanje koje se nastavlja i u odraslom dobu u oko 30-50% slučajeva (Skirrow et al, 2009), a prema longitudinalnom istraživanju koje su sprovedli Sibli i saradnici, čak 60% osoba kojima je u detinjstvu dijagnostikovano ADHD nastavljaju da imaju simptome i u odraslom dobu (Sibley et. al, 2017).

### **Osnovni geštalt postulati i njihov značaj za razumevanje AD(H)D-a**

Poremećaj pažnje (sa ili bez hiperaktivnosti) i dalje je, kao što vidimo, polje obavijeno sa mnogo pitanja i nejasnoća. Uobičajena praksa usmerava se na tretiranje simptoma. Međutim, kada nam je jedina figura kojom se bavimo - *Simptom*, zanemarujući pri tom širi kontekst (polje u kom je nastao i u kom se manifestuje), ni naše razumevanje simptoma kao kreativne adaptacije, kao ni naš pristup unapređenju kvaliteta života pojedinaca i njihovih porodica, ne može biti dovoljno kompletan, dovoljno prihvatajući i obuhvatajući.

Geštalt psihoterapijski pristup je pre svega pristup koji je holistički, fenomenološki, egzistencijalistički i relacioni.

Geštalt je nemačka reč koja označava celovitost, formu. U osnovi ovog psihoterapijskog pristupa je da pojedinca sagledava u celini uzimajući u obzir celinu njegovog/njenog bića - misli, osećanja, njena/njegova jedinstvena duhovna i telesna iskustva.

To znači i da se pojedinac i njegovi simptomi u okviru geštalt psihoterapijskog pristupa sagledavaju ne izolovano (kao „problem“ koji treba „rešiti“ ili „bolest“ koju treba „izlečiti“), već kao deo šireg konteksta, kao deo porodičnog i društvenog okruženja, kao sastavni deo polja

u kom su kreirani kao, za jedinku, najbolji mogući vid kreativne adaptacije na životne okolnosti u datom momentu. Drugim rečima, prema teoriji polja – svaki deo sistema je neodvojiv od datog sistema, delovi sistema su uzajamno međusobno povezani i promena u bilo kom delu sistema imaće efekat na sistem u celini. Jontef kaže: „Teorija polja je okvir za proučavanje bilo kog događaja, iskustva, objekta, organizma ili sistema. Ono naglašava totalitet sila koje zajedno formiraju integrisanu celinu i determinišu delove polja“ (Kurt Lewin, 1952, Yontef, 1981, 1991). Ovo takođe znači da, iako postoji objektivnost događaja u sredini, način na koji će ih osoba doživeti će biti u direktnoj vezi sa potrebama, uverenjima, vrednostima i sposobnostima te osobe. Prema Perlsu i saradnicima, „Samo će uzajamna interakcija organizma i sredine...konstruisati psihološku situaciju, a ne organizam i sredina uzeti odvojeno“ Perls, Hefferline and Goodman (1973).

Upravo ovakav pristup nam daje priliku da bolje razumemo složenu prirodu i manifestacije poremećaja pažnje.

Geštalt pristup je takođe po svojoj prirodi i fenomenološki i relacioni što je izuzetno značajno, ne samo za razumevanje pojedinca koji je razvio ADD kao kreativnu adaptaciju u svom porodičnom i širem društvenom okruženju, već je od značaja i za dalje usmeravanje psihoterapijskog procesa.

Fenomenološki pristup sastavni je deo i filozofije i metodologije geštalt psihoterapijskog pravca (Yontef, 1993). To je pristup u kom se usmeravamo na zapažanje i opisivanje onoga što je prisutno u ovde i sada istovremeno ostavljajući po strani (stavljajući u zagradu, kako to Huserl kaže), naša prethodna iskustva, interpretacije, pretpostavke. Time omogućavamo podizanje nivoa svesnosti o tome šta se događa i kako se događa, gde sama svesnost potom daje priliku za promenu (Edmund Husserl, 1931).

Fenomenološke teorije su takođe po svojoj prirodi i relacije, što bi značilo da su naše percepcije i ono što doživljavamo kao našu realnost, zapravo ko-kreirani u našem odnosu, u interakciji posmatrača i posmatranog. Ovaj fenomenološki stav donosi brisanje oštre kartezijanske podele na subjekat i objekat i daje legitimitet svim perspektivama koje se u datom odnosu pojavljuju (Yontef, 1993, 2002)

Još jedna specifičnost geštalt pravca u odnosu na druge, tradicionalne psihoterapijske pravce je odnos koji se ko-kreira između klijenta i terapeuta. To je odnos koji je ravnopravan, inkluzivan, empatičan, nenametljiv odnos poverenja koji prihvata perspektivu koju klijent donosi i daje joj potrebni legitimitet bez nametanja promene klijentu. Ovo klijentu omogućava da razume sebe i dobije potvrdu svojih iskustava. Ovo je takođe odnos koji na prvo mesto stavlja bivanje sa klijentom (ja-ti odnos), umesto odigravanja sebe i odnosa sa klijentom čime se ostavlja prostor da se i klijent i terapeut ugledaju i ostvare jedan autentični susret, upravo onakvi kakvi jesu. Pri svemu tome, važno je da terapeut iako saoseća i doživljava klijentovu perspektivu u isto vreme ne gubi doživljaj sebe, da iako svoj rad bazira na određenim teorijskim konceptima, zadržava poziciju skromnosti, radoznalosti i posvećenosti onome što u ovde i sada ko-kreira sa klijentom (Buber, 1970, Brace, 1992, Yontef, 2002). Prema paradoksalnoj teoriji promene, identifikovanje sa iskustvom, stanjem i egzistencijom osobe gradi osnovu koja podržava lični rast (Beisser, 1970). Kada terapeut praktikuje inkluziju tako što je autentično prisutan i posvećen onome što se pojavljuje u kontaktu ovde i sada, kada nije posvećen ni jednom prethodno definisanom ishodu, kada nosi u sebi veru u svesnost i kontakt proces i kada u sebi može negovati poziciju prihvatanja neizvesnosti koju ovakav pristup donosi u terapijski odnos, tada možemo reći da su kreirani maksimalni preduslovi za rast i isceljenje (Staemmler, 1997, Yontef 2002).

Ovakav pristup može imati izuzetan značaj klijentu kojem je dijagnostikovano AD(H)D, budući da obezbeđuje osobi prihvatanje (bez osuđivanja i zahteva za promenom), podržava osobu u



podizanju stepena svesnosti, kako o unutrašnjim senzacijama sa kojima stupa u kontakt putem svojih čula, tako i o svesnosti o načinima na koje, kroz usmeravanje svoje pažnje i aktivnosti stupa u kontakt sa sredinom ili taj kontakt modifikuje. Takođe doprinosi izgradnji negujućeg i samoprihvatajućeg odnosa prema sebi, većeg razumevanja sebe u kontekstu i intrapsihičkog i spoljašnjeg okruženja, podržavajući pri tom kod osobe njenu ličnu autonomiju i izgradnju jednog pozitivno formulisanog, osnaženog selfa (Oaklander, 2006; Mate, 2021).

Geštalt pristup dakle razume bolest kao rezultat disharmonije u odnosima između čoveka i okoline, koji čine nedeljivu celinu ("Bolest je relacija" Ribeiro /1985/) i ima za cilj da prevaziđe opis simptoma, tragajući za značenjem patologije i subjektivnih iskustava osobe koja je nosilac simptoma (Antony & Ribeiro, 2005).

### **Dijagnostikovanje poremećaja pažnje iz perspektive klasične psihodijagnostike**

Klasična psihodijagnostika usmerava se na simptome koji se mogu prepoznati kod pojedinca. Osobe koje manifestuju simptome poremećaja pažnje mogu dobiti dijagnozu u detinjstvu ili u odraslom dobu. Ipak, mnogi odrasli sa ADHD-om nikada ne dobiju dijagnozu.

ADHD u detinjstvu identifikovan je češće kod dečaka nego kod devojčica i taj odnos je između 2:1 i čak 10:1 (Nøvik et al., 2006; Ramtekkar et al., 2010; Willcutt, 2012) Istraživanje koje su sprovedili Bitsko i saradnici pokazuje da je odnos dijagnostikovanih dečaka i devojčica 13% : 6% (Bitsko RH, Claussen AH, Lichstein J, et al, 2022). Međutim, ove razlike u učestalosti u odnosu na pol postaju daleko manje iskrivljene sa godinama, kako se u odraslom dobu više žena identifikuje i dijagnostikuje. Nekoliko faktora može objasniti ova zapažanja. U detinjstvu, devojčice imaju manje spolja vidljivih problema od dečaka: one pate od internalizovanih problema, hroničnog umora i nepažnje, dok dečaci više ispoljavaju hiperaktivnost i agresivnost (Biederman et al., 2002; Biederman and Faraone, 2004; Biederman et al., 2010; Hinshaw et al., 2012; Slobodin & Davidovitch, 2019). Žene pokazuju niže stope hiperaktivnosti i češće imaju nepažljivi podtip ADHD-a (Hinshaw et al., 2006). Iz ovih razloga, ljudi zaposleni u zdravstvu

su manje svesni ADHD-a kod žena zbog čega je manja verovatnoća da će one biti upućene na lečenje.

U odraslom dobu, veća učestalost anksioznosti i depresivnih poremećaja kod žena može prikriti ADHD koji je u osnovi svih tegoba i uticati na dijagnozu i lečenje, koji neće biti adekvatni.

Nema definitivnog testa kojim bi se odredilo prisustvo ADHD već se o prisustvu ADHD zaključuje na osnovu prisustva više različitih vidova ponašanja.

Kliničke smernice za dijagnozu AD(H)D-a prema Američkom udruženju psihijatara u dijagnostičkom priručniku Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, peto izdanje (DSM-5) predviđaju da prilikom postavljanja dijagnoze, odrasli treba da imaju najmanje pet prisutnih simptoma. Ovi simptomi mogu da se menjaju tokom vremena, tako da simptomi koje ljudi imaju kada su odrasli mogu biti modifikovani (mogu imati drugačije manifestacije) u odnosu na period kada su bili deca.

DSM-5 navodi tri prezentacije (manifestacije) ADHD-a:

- pretežno nepažljiv,
- hiperaktivno-impulsivan i
- kombinovan.

Simptomi za svaki od njih su u nastavku.

ADHD pretežno nepažljiva prezentacija:

- Ne obraća pažnju na detalje ili nepažnjom pravi greške
- Ima poteškoća u održavanju pažnje
- Čini se da ne sluša

- Ima teškoća da sledi uputstva
- Ima poteškoća sa organizacijom
- Izbegava ili ne voli zadatke koji zahtevaju trajni mentalni napor
- Gubi stvari
- Lako izgubi fokus (podložan distrakcijama)
- Zaboravlja u svakodnevnim aktivnostima

ADHD pretežno hiperaktivno-impulsivna manifestacija:

- Nemir u rukama ili nogama ili se migolji u stolicima
- Ima poteškoća da ostane da sedi
- Preterano trči ili se penje (kod dece); ekstremni nemir kod odraslih
- Ima poteškoće da u tišini učestvuje u aktivnostima
- Ponaša se kao da ga pokreće motor; odrasli će se često osećati iznutra kao da ih pokreće motor
- Preterano priča
- Izgovara odgovore pre nego što su pitanja postavljena do kraja
- Poteškoće sa čekanjem ili sa čekanjem svog reda
- Prekida ili upada drugima u reč

Kombinovana prezentacija ADHD-a:

- Osoba ispunjava kriterijume i za nepažnju i za hiperaktivno-impulsivne ADHD prezentacije.

Postoje i dodatni preduslovi, neophodni da bi se dijagnostikovao ADHD kod odraslih, a to je da nekoliko simptoma mora da je bilo prisutno pre 12. godine. Ovo generalno zahteva potvrdu roditelja ili neke druge osobe kao izvora informacija. Važno je napomenuti da je za dijagnostikovanje ADHD-a ključno da se utvrdi da su bar dva značajna aspekta života klijenta u velikoj meri impaktirana ADHD-om. Primeri bi bili gubitak posla zbog simptoma ADHD-a, doživljavanje većih sukoba i teškoća u bračnim odnosima, upadanje u finansijske probleme zbog impulsivnog trošenja, neplaćanje računa na vreme ili značajne teškoće u studiranju/učenju. Ako pojedinac pokazuje određeni broj simptoma ADHD-a, ali oni nemaju značajan negativni uticaj na život klijenta, on/ona možda ne ispunjava kriterijume za dijagnostikovanje ADHD-a kao kliničkog poremećaja.

Kod dijagnostike, radi se intervju o simptomima u detinjstvu, kao i u sadašnjem trenutku, radi se skrining u pogledu drugih psihijatrijskih poremećaja, prikupljaju se dodatne informacije od značajnih drugih, procenjuje se ponašanje na sklama procene kako bi se napravila razlika između ADHD i ponašanja koje ne odgovara ovoj dijagnozi i rade se medicinski pregledi kako bi se eliminisali drugi medicinski uzroci.

ADHD često prate poremećaji ponašanja (25-40%), poremećaji raspoloženja (10-30%), anksioznost (30%), tikovi (6%) (Barkley, 2006, Drewers & Schaefer, 2010). Osim toga, za decu sa ADHD-om su tipična razvojna kašnjenja, a kod dve trećine dece sa ADHD-om su prisutni disleksija, anksioznost i depresivnost (Macintyre, 2010).

Kada se radi o dijagnostici kod dece, možemo se držati okvira koji daje DSM IV i prema kome najmanje 6 aspekata ponašanja u ove dve dijagnostičke grupe mora biti prisutno u periodu od najmanje 6 meseci i takođe moraju značajno odstupati od ponašanja tipičnog za dati uzrast u kom je dete. Studije pokazuju da oko 4% dece svih uzrasta ispunjava ove kriterijume (Oaklander, 2006; Du Paul & Stoner, 2003; Drewes & Schaeffer, 2010; Serfontain,

2017). Prema DSM V, sada je to najmanje 5 aspekata ponašanja u ove dve dijagnostičke grupe, budući da se pokazalo da je u dijagnostici AD(H)D-a kod adolescenata i odraslih (sve koji imaju 17 i više godina) potrebno ublažiti kriterijum (6 od 9 aspekata).

### **Dijagnostika poremećaja pažnje kod dece – geštalt pristup**

Oaklander razlikuje dve grupe dece koja manifestuju ADHD:

- Deca kod koje se ADHD prepoznaje veoma rano, praktično već na rođenju, a svakako pre 3-4 godine i vrlo često se to smatra “pravim” ADHD-om
- Deca koja počinju da pokazuju znake ADHD ponašanja oko 5-6 godine, kada započnu formalno obrazovanje. U ovu kategoriju svrstavaju se i deca koja počnu da ispoljavaju znake ADHD čak i kasnije. Prema mišljenju Oaklander, u ovim slučajevima se radi u većoj meri o emocionalnim i psihološkim uzorcima takvog ponašanja.

U dijagnostici Oaklander smatra da je važno ne samo staviti akcenat na dijagnostičke protokole (koji jesu bitni), već akcenat staviti i na detetovu posturu i motoriku, na njegovo/njeno kognitivno, emocionalno i relaciono funkcionisanje. Važno je obratiti pažnju na način na koji se dete kreće (kako stoji, sedi, kakva je postura, kako hoda, kakva je fleksibilnost...), kakva je kognitivna i emocionalna ekspresija, kako razume emocije, kakav je detetov glas (ekspresivan, tih, šapućući, zaravnjen...), kakva je zainteresovanost za okruženje, ima li je...a najvažnije na šta je potrebno staviti akcenat je uspostavljanje odnosa sa detetom. Potrebno je susresti se i bivati sa detetom gde god da se ono u datom momentu razvojno nalazi i bez očekivanja da ono bude neko drugi. Potrebno je biti u potpunosti prisutan i spreman na kontakt čak iako dete to nije, poštovati dete i biti autentična osoba koja jesmo. Potrebno je poštovati sopstvene granice i ne gubiti osećaj toga ko mi jesmo dok imamo susret (seansu) sa detetom. Oaklander ovakav vid odnosa smatra esencijalnim za čitavu terapiju. (Oaklander, 2006)

## **Poremećaj pažnje kao problem kontakt-granica i poremećaj u funkciji selfa**

Iz perspektive geštalt terapije, ADHD bi bio problem kontakt-granica, odnosno nemogućnost da se održi kontakt sa osobom ili okruženjem, kao i poremećaj u doživljaju selfa. Naime, Oaklander objašnjava, da bi se održala zdrava interakcija sa okolinom JA mora biti očuvano. U tom smislu, put tretmana bi bio da se pomogne detetu da obnovi self, vrati ga sebi (odnosno vrati se sebi) i osnaži (Oaklander, 2006).

Prema Oaklander, detetovo hiperaktivno ponašanje se može smatrati defleksijom, odbranom ili izbegavanjem emocija, vidom dečije depresije transformisane u ljutnju i bunt (Oaklander, 2006).

Antony i Ribeira, objašnjavaju defleksiju hiperaktivnog deteta kao vid prekida kontakta koji karakterišu nejasan i površan način uspostavljanja kontakta sa stvarima i sa drugima zbog teškoće suočavanja sa situacijama napetosti i anksioznosti. Komplementarna suprotnost defleksiji kao prekidu ciklus kontakta bi bila svesnost. To znači da je kod deteta potrebno podržati samosvest, sposobnost da prepozna potrebe koje se pojavljuju, mogućnosti za izbor predmeta/načina, a koji će mu potom obezbediti zadovoljenje potreba. Uvećanje svesnosti je, dakle, nešto što je ključno razvijati kod deteta kojem je ADHD dijagnostikovano (Antony & Ribeiro, 2005).

Antoni i Ribeira prepoznaju i druge vidove prekida kontakta karakteristične za decu kojoj je dijagnostikovana hiperaktivnost. Projekcija predstavlja prekid kontakta u fazi „akcije“. Dete ne preduzima odgovarajuću aktivnost u okruženju jer ima negativne introjekte („Dosadni ste“, „Nikad ne ćutite.“ „Neposlušni ste.“ „Nikada niste dobri, uvek radite pogrešne stvari“). Ovi introjekti sprečavaju dete da postupa u skladu sa svojim izvornim, autentičnim potrebama. Rezultati testiranja otkrili su da deca sa ADHD-om vrlo često vide svet kao neshvatljivo, agresivno, netolerantno i neprijateljsko mesto od kog se treba braniti, koje ne prihvata detetov

uznemiren način postojanja. Dete, dakle, živi u trajnom unutrašnjem sukobu između „ne bi trebalo“ i onoga što je, prvobitno, njegov način bivanja i delovanja. Sve ovo kreira kod deteta osećaj krivice zbog onoga što radi i što ono jeste, a što dovodi do niskog samopoštovanja. Nisko samopoštovanje proizilazi iz konfuzne slike o sopstvenom telu i sopstvenim telesnim doživljajima, koja deluje ometajuće na detetova aktivnosti i interakcije sa sredinom (Antony & Ribeiro, 2005).

Dakle, situaciju dodatno komplikuje to što deca ovakvog ponašanja izazivaju mnogo negativnih reakcija. Ove negativne reakcije, kao što je rečeno, provociraju detetov negativni doživljaj sebe.

Oaklander na nešto drugačiji način objašnjava sliku o sebi koju dete izgrađuje kroz interakciju sa drugima. Naime, u prirodi razvoja je da su deca konfluentna. Deca stiču svoj doživljaj sebe od drugih, odnosno sliku o sebi grade na osnovu slike koju su o njima izgradili drugi. Deca imaju nejasne granice, pa se simptomi pod uticajem ovih negativnih reakcija okoline samo pojačavaju. Deca se bore za separaciju, za osećaj selfa, bore se da izgrade svoje granice od početka svog života, težeći dostizanju zdrave zrelosti. Budući da je njihov self već pod pritiskom, oni u cilju osamostaljivanja dodatno pojačavaju svoje ponašanje, pri čemu nemaju ni kognitivnu ni emocionalnu zrelost koje bi im omogućile da razumeju šta se događa. Kako su deca u svom prirodnom dečijem egocentrizmu sklona da preuzmu krivicu za sve što se događa, ona krive sebe za reakcije koje doživljavaju (Oaklander, 2006).

Pored prekida kontakta u vidu defleksije, introjeksije i projekcije, uočljiv je i egotizam. Prema Antony i Robeiro (2005) egotizam (ne dolaženja do tačke zadovoljstva) se javlja kao psihološki proces koji čini osnovu detetove ličnosti. Egotizam proističe iz detetove afektivnosti, sa jedne strane i determinacije, sa druge strane. Dete može biti svojevolejno, da ne prihvata tuđe mišljenje i da želi da postupi po svom (čak i ako je to pogrešno). Ovo je pojačavanje ponašanje o kom

govori i Oaklander, a koje ima za cilj težnju ka osamostaljivanju. Dete kojem je dijagnostikovano ADHD u isto vreme će vrlo često imati potrebu da bude u centru pažnje i imati veliku potrebu za naklonošću drugih. Ovo čini da dete bude i veoma emocionalno reaktivno i ranjivo (može lako da zaplače, oseća se veoma ljubomorno, može da traži puno fizičkog kontakta i da bude veoma nežno). Iz ugla roditelja i nastavnika, deca sa ADHD-om imaju afektivnu potrebu koju je teško zadovoljiti. Ovde uočavamo još jedan paradoks u funkcionisanju: deficit afektivnosti uz hiper-emotivnost. Komplementarni pol u ciklusu kontakta, za egotizam bi bio zadovoljstvo, ali dete kao da praktično nikada ne uspeva da ga dosegne. Ovo ukazuje na to da je dete u stalnom stanju nezadovoljstva u razmeni sa okolinom. Dete tada pribegava mehanizmu pružanja drugima onoga što je njemu potrebno, kao zdravom mehanizmu sa ciljem da popravi svoje neprimereno ponašanje, a u nadi da će ovo pomoći da zauzvrat dobije odobrenje i naklonost (Antony & Ribeiro, 2005).

Antony i Ribeiro funkcionisanje deteta sa dijagnostikovanom hiperaktivnošću objašnjavaju na sledeći način: Kod deteta sa hiperaktivnošću postoji višak uzbuđenja koji stvara visok nivo mobilizacije energije za izvođenje akcije koja se izvodi promptno i impulsivno. Dete održava površan kontakt sa stvarima, neprestano menjajući fokus pažnje ili svoje aktivnosti sa jednog predmeta na drugi prerano, bez održavanja kontinuiteta, dok se geštalt ne zatvori. Međutim, dete ne uspeva da dostigne tačku potpunog zadovoljstva, ne ulazi u povlačenje, ne postiže harmoniju organizma i doživljava trajno stanje nezadovoljstva. Dakle, dete živi beskrajn proces traženja sopstvene samoregulacije i nastavlja da funkcioniše u „visokom naponu“, gde hiperaktivnost odražava površan kontakt kako sa samim sobom tako i sa drugima. Svrha nemira i nepažnje je da se dete odbrani od onoga što je mučno osećati i misliti: kritičnog, netolerantnog drugog i zbunjenu, pogrdnu sliku o sebi (Antony & Ribeiro, 2005).



Oaklander primećuje da se pri tom deca u isto vreme osećaju nemoćnima da ovakvu situaciju promene. Težeći da nađu način da osete makar neki stepen lične snage i moći, veliki broj ove dece (čak 40%) uđe i u iskustvo antisocijalnog ponašanja (Oaklander, 2006).

### **Rad sa decom kojoj je dijagnostikovano poremećaj pažnje**

Oaklander navodi svoje iskustvo u radu sa decom kojoj je dijagnostikovano poremećaj pažnje uz zapažanje da zapravo većina dece koja joj je upućena sa ovom dijagnozom ne pokazuje ove simptome u navedenoj meri kada su u interakciji sa njom. Kada im se posveti pažnja i kada deca imaju doživljaj da ih osoba ozbiljno shvata, ona imaju kapacitet da svoje simptome umanje (Oaklander, 1978)

Dakle, bez obzira na to da li se radi o odrasloj osobi ili o detetu, važno je da ga sretnemo i prihvatimo upravo tamo gde osoba u tom momentu jeste, u tački svoje lične egzistencije sa svim svojim stanovištima i ograničenjima. Tek sa te tačke se možemo pokrenuti ka većem samopoštovanju i većem osećaju sigurnosti (Oaklander, 1978).

Ključni aspekt rada sa decom generalno, a naročito decom sa dijagnostifikovanim ADHD-om, prema Oaklander je rad na čulnim iskustvima, na svemu onome što se dobija putem čula sluha, mirisa, ukusa, vida, dodira, našem dahu i disanju, intuiciji. Oaklander citira Perlsa "Izgubite pamet i vratite se čulima" podsećajući nas na svu mudrost i bogatstvo koje nam naša čulna iskustva daruju (Oaklander, 1978).

Nasuprot nekim pristupima koji savetuju smanjenje stimulacije u radu sa klijentima kojima je dijagnostikovano ADHD, praksa Oaklander pokazuje da je stimulativna sredina (boje, varijabilitet, novine) jednako potrebna i značajna i deci sa ADHD-om kao i deci tipičnog razvoja. Primer koji Oaklander navodi je kako je na decu umirujuće delovalo kada bi zajedno sa njima odvojila vreme da se posveti i „distrakciji“ koja se pojavila (npr. avionu koji su zapazili kroz prozor tokom časa.) Njena praksa je bila da se nekoliko minuta posvete avionu

koji su videli, komentarisanju date situacije, što im je omogućavalo da se potom svi mirni i srećni vrate zadacima zadržavajući pri tom dobar kontakt i sa njom kao nastavnicom (Oaklander, 2006).

Struktura je veoma bitna u radu sa decom sa dijagnostikovanim ADHD-om budući da ona imaju nedovoljno jasne granice, kao i teškoće da slede pravila. Da bismo u radu sa decom imali dovoljno jasne granice, neophodno je da prvo nama te granice budu jasne. Što su nama jasnija pravila i granice, lakše nam je da ih postavimo deci. Sa druge strane, potrebna je struktura, koja opet nije rigidna i nefleksibilna. Nekada je potrebno vreme da uvedemo neka pravila i strukturu i to radimo nežno i dosledno (Oaklander, 2006).

U radu sa decom sa ADHD-om važno je zapažati mikropomake i posvećivati pažnju kontaktu. Veoma male, gotovo neprimetne promene predstavljaju pomak kojem težimo i koji pozdravljamo. Ovakav rad -1:1 omogućava detetu da razvija zdrave granice i snažan osećaj selfa koji omogućava funkcionisanje u spoljnom svetu. Ovakav vid iskustva je jedinstven, a za dete – iskustvo je sve (Oaklander, 2006).

Senzorni rad – rad sa čulima – je veoma važan kako bi se angažovala detetova čula (prozori u svet) vid, sluh, dodir, ukus, miris. Mogući načini rada su sa glinom, bojenje prstima, kaleidoskop, slikanje/rad uz muziku... Doživljaj sopstvenog tela (body image) koji je negativan, nedostatak kontrole nad sopstvenim pokretima, nejasan doživljaj sopstvenih telesnih granica vodi utisku da deca sa ADHD-om najčešće koriste svoje telo nesvrshodno i nepovezano. Zbog toga je veoma važno kreirati što je moguće više telesnih iskustava. Neki od mogućih načina: „pokaži mi na koliko načina možeš pasti na ovih nekoliko jastuka?“, pantomima, odglumiti/izraziti nešto prstima, rukama, glavom, stopalima...i td. Odglumiti sportove, igre, životinje, situacije (nalik pozorištu). Na ove načine, deca postaju svesna svoga tela (Oaklander, 2006).

Veoma je važno biti svestan svog daha. Duvanje balona, držanje balona u vazduhu uz pomoć našeg daha i kreiranje takmičenja u ovim aktivnostima deca veoma vole, a značajno je jer po pravilu deca sa ADHD-om ne dišu dobro. Vežbe relaksacije sa imaginacijom su od velike koristi. Mnoga deca sa ADHD-om vole borilačke veštine i one su im veoma korisne. Feldenkrais metod je takođe nešto od čega deca sa ADHD-om mogu imati koristi. Energy Field Therapy (Arenson, 2001), tapkanje akupresurnih tačaka, kao i senzorna metoda Jean Ayres (Ayres,1995), a takođe i biofidbek metoda. Definišući svoje granice, dete počinje da oseća podršku iz sebe, sopstveni oslonac (Oaklander, 2006).

Onog trenutka kada dete počne da upoznaje sebe kroz senzorna i telesna iskustva, detetovo čitavo biće počinje da se osnažuje. Ovo je naročito važno ako imamo u vidu da su intenzivna, složena, često suprotstavljena osećanja u detetu kada nema dovoljno podrške, zastupljena pre svega na visceralnom nivou i često van detetove zone svesnosti.

Što dete više može da stupi u kontakt sa svojim telesnim iskustvima, ono osnažuje svoj kapacitet da usmerava pažnju i postaje svesnije sebe, svog tela i svojih osećanja.

Kako dete osnažuje svoje kontakt veštine – da vidi, čuje, dodiruje, miriše, oseća ukus, da se kreće, izražava svoje stavove i emocije – self se osnažuje. Dete počinje da oseća sebe, oseća poverenje i snagu da ostane prisutno i angažovano, šta god da zajedno sa njim radimo, što dodatno čini da self jača (Oaklander 1978; Oaklander, 2006).

Kada se događa da detetu izuzetno luta pažnja, da prelazi sa predmeta na predmet, na zvuk, doživljaj, sliku...tada od koristi može biti paradoksalna intervencija – podržati dete u toj tendenciji kako bi postalo svesno da prelazi sa sadržaja na sadržaj, sa jednog predmeta interesovaja na drugi. Tada možemo pratiti dete u njegovoj/njenoj aktivnosti, pa ako se zainteresovalo za jednu igračku učestvovati (npr. Kako ti se čini igračka? Vidi kakva je boja?

Jesi li proverio šta sve može? A kada dete pređe na drugi sadržaj, podržati dalje njegovo istraživanje) a sve sa ciljem da se poveća detetova svesnost o tome kako usmerava svoju pažnju (Oaklander, 1978).

Ono što se nekada zanemaruje u radu sa decom sa ADHD-om je davanje prilika za pravljenje izbora. Decu podržavaju prilike da se izjasne u pogledu sebe, svojih misli, stavova, ideja, imaginacije. Doneti odluku znači vežbati volju i prosuđivanje. Doneti odluku znači i uroniti u sopstvena osećanja i promišljanje, pa čak i u intuiciju. Preuzimanje odgovornosti za sopstveni izbor je nešto što se uči. Da bi dete moglo da napravi izbor potrebno je da ima dovoljno osnažen self. Što je self osnaženiji, donošenje odluka je lakše. *To be able to make these statements implies security of self, a strength of being.* Zbog toga je veoma važno podržavati decu da prave izbore (Oaklander, 2006). Igra Tačno-Netačno može podržati decu u pravljenju izbora. Terapeut izgovara rečenicu, npr. „Voliš crvenu boju“, a zadatak deteta je da zatvorenih očiju (kako bi se pojačao kontakt deteta sa sobom) ponovi ovu rečenicu u prvom licu („Volim crvenu boju“) te da zastane nekoliko sekundi, proveru u svom telu kakav je osećaj i u zavisnosti od toga odgovori „Tačno“ ili „Netačno. Pravljenje izbora i donošenje odluka osnažuje naš osećaj selfa (Oaklander, 2006).

### **Izgradnja samopodrške kod dece kojoj je dijagnostikovano AD(H)D**

Svakako, jedan od najznačajnijih segmenata rada sa decom sa ADHD-om tiče se toga kako ih podučiti i podržati da budu negujući i nežni prema sebi. Ovo je veoma bitno budući da svojim ponašanjem, deca sa ADHD-om u svom okruženju isprovociraju veliki broj negativnih reakcija i absorbuju mnogo negativnih poruka o sebi, što dodatno provocira osećaj krivice i negativna osećanja prema sebi. Ukoliko nema terapijskog rada, ovakvi introjekti se učvršćuju i prate dete na dalje tokom života. Zbog toga je veliki deo rada sa decom usmeren na osnaživanje selfa koji je otcepljen, inhibiran, suzbijen. Uprkos tome što dete odrasta i napreduje, a stav roditelja

se koriguje u razumevajući i podržavajući, ostaje deo detetovog selfa (formiran na ranom uzrastu) koji je zadržao te stare, negativne poruke. Promena stava roditelja prema detetu nije dovoljna. Potrebno je podržati dete da napravi kontakt sa tim delovima sebe i da prema njemu izgradi negujući stav. I to je zadatak koji samo dete za sebe može da uradi, i to onda kada postoji samopodrška (Oaklander, 2006).

Jedan od načina na koje se može izgrađivati samopodrška je kroz igru lutkama ili figurama koje dete pravi od plastelina ili nacрта. Figura predstavlja deo deteta koji ga „uvali“ u nevolje. Kroz postavljanje pitanja kako se oseća u pogledu ovog dela sebe i zahtev da kaže to tom delu sebe, dete dobija priliku da izrazi svoju frustraciju, a dobija i podršku da ispolji svu potisnutu ljutnju koja se kreirala tokom „nevolja“ koje su se detetu događale, umesto da ljutnju okreće ka sebi (retrorefleksija). Možemo proveriti da li se dete seća ovog dela sebe na ranijim uzrastima (sa 4 godine, 5, ...) Na ovaj način dete dobija podršku da kontaktira negujući deo sebe. Zatim možemo uzeti figure dobre vile i pitati dete šta bi ta dobra vila rekla tom detetu kada je ono imalo npr. 5 godina. Kada dete uspe da kroz figuru dobre vile dođe do saosećanja i razumevanja u sebi, možemo tražiti detetu da onda te iste reči ponovi samo sebi (svojoj figuri) kada je bilo na uzrastu od npr. 5 godina, u prvom licu (npr. ti si jedna dobra devojčica/dobar dečak, koji samo želi da se igra i da ga drugi čuju, a ne da pravi neprilike). Onda proverimo sa detetom kako se oseća kada sebi to kaže. Potom možemo podržati dete da kod kuće nađe igračku (npr. plišanog medu) koja bi predstavljala njega/nju na uzrastu od 5 godina i kojoj bi mogao/mogla da kaže svako veće ove lepe stvari. Tako dete dobija mogućnost da integriše ove negativne delove sebe sa snažnijim, zdravijim delom sebe (Oaklander, 2006).

### **Rad sa roditeljima dece kojoj je dijagnostikovano AD(H)D**

U radu sa decom sa ADHD-om važnu ulogu igra i rad sa njihovim roditeljima što nam omogućava uvid u detetovo funkcionisanje van terapisjske seanse. Takođe, rad sa roditeljima

pruža priliku da se terapeut pozabavi temom ekspresije emocija, naročito ljutnje u porodici – kako svaki član porodice izražava ljutnju, kako to izražavanje ljutnje izgleda, šta ih ljuti, kako doživljaj ljutnje izgleda na nivou tela. Može se i nacrtati ono što svakog od članova porodice ljuti. Takođe, kao dobar vid vežbe ispoljavanja ljutnje može biti da svaki član porodice može svakome od ostalih reći “jedna stvar koju kod tebe volim je...” , “jedna stvar koju kod tebe ne volim je...”. Tokom ove igre diskusija se ostavlja po strani, za kasnije. Ova vežba uči decu da je ljutnja prirodna i dozvoljena i da se može izraziti mirno i bez eksplozije. Još jedna vežba koja zaista omogućava porodicama da bolje sagledaju sebe je kada se svako od članova porodice izjasni koju bi ocenu na skali (1 do 10 ili 1 do 100) dao svojoj porodici, a potom se diskutuje o onome što je dobro, a onda i o onome što nedostaje (Oaklander, 2006).

Roditeljima se često daju i domaći zadaci u vidu eksperimenta koji bi isprobali u nekom kraćem periodu (jedna ili dve nedelje). Zadatak se na primer može odnositi na postavljanje granica, i njihovog pridržavanja (Oaklander, 2006).

### **Rad sa adolescentima kojima je dijagnostikovano AD(H)D**

Farmakoterapija (najčešće su to stimulansi, mada ima i lekova koji to nisu), kao što je već pomenuto, se smatra najefektnijim, brzim rešenjem, ali i najkontraverznijim. Osobi može biti pogrešno postavljena dijagnoza i pogrešno prepisana terapija, može doći do preteranog oslanjanja na farmakoterapiju jer ona podstiče zavisnost što vodi posezanju za većim dozama i jačim stimulansima. Iako farmakoterapija može biti dobro rešenje u određenom trenutku, upitni su dugoročni efekti korišćenja (Mash & Wolf, 2010).

Rad sa adolescentima tipično obuhvata, pored farmakoterapije, treninge namenjene unapređenju socijalnih veština, porodično savetovanje/porodičnu terapiju, grupe podrške za porodice sa članovima kojima je dijagnostifikovano ADHD, a može da uključi i terapiju igrom, individualnu ili grupnu. Geštalt terapija igrom je novija grana geštalt psihoterapije i u

mnogome nalikuje radu sa decom koji smo imali prilike da razmotrimo. Geštalt terapija igrom usmerava se na podizanje svesnosti klijenta i uspostavljanje kontakta sa okruženjem. Uloga terapeuta je da bude osetljiv na individualne potrebe klijenta i da pruža podršku u procesu promene (Corey, 2013). Proces geštalt terapije igrom vodi obučeni terapeut pri čemu koristi benefite igre sa ciljem da klijenta podrži u prevazilaženju socijalnih i psiholoških teškoća. Time se kreira idealna osnova za rast i razvoj klijenta (Frost et.al, 2012; Serfontain, 2017).

Geštalt terapeut ima aktivnu ulogu u terapiji igrom, primenjuje različite intervencije i eksperimente kako bi i pojedinca i grupu podržao u podizanju svesnosti, kao i u doživljaju sopstvenih ličnih i interpersonalnih konflikata. Zadatak terapeuta je da kreira pozitivno, podržavajuće i hranljivo okruženje unutar sesije i grupe (Corey, 2013) Prema Blumu, tri ključna zadatka geštalt terapije igrom su promovisanje samopodržavajućeg ponašanja, svesnost o sopstvenim procesima i integracija (Bloom, 2006). S obzirom na to da igra podržava imaginaciju, omogućava osobi da koristi simboliku i simbole igre za ono što je teško iskazati rečima, pomaže širenju duha i oslobađanje inhibicija (Oaklander, 2001). Kroz terapiju igrom se podržava uspostavljanje kontakta sa senzornim sadržajima i zbivanjem u telu, osnažuje se osećaj selfa (koji, po geštaltu, mora biti odvojeni aspekt selfa od njenog/njegovog okruženja). U svrhe osnaživanja selfa posvećuje se pažnja prekidima ciklus kontakta, a takođe i polarnostima i njihovom integrisanju (Bloom, 2006). Takođe, podržava se emocionalna ekspresija, za koju je preduslov osnažen self (Bloom, 2006). Koriste se projektivne tehnike i imaginacija (Serfontain, 2017).

Istraživanje efekata grupne geštalt psihoterapije igrom, koje je sprovela Serfontain kroz 8 grupnih susreta sa adolescentima, bilo je usmereno, po fazama, na: izgradnju atmosfere uzajamnog poverenja i kreiranje grupne kohezije, na podizanje svesnosti o senzornim doživljajima koje dobijamo putem naših 5 čula, potom na podizanje emocionalne svesnosti, na osnaživanje selfa, onda na emocionalnu ekspresiju koja se odnosi na ispoljavanje ometajućeg

ponašanja, a zatim na emocionalnu ekspresiju usmerenu na etiketu „dete sa ADHD-om“. Poslednje dve faze su se odnosile na osnaživanje koping mehanizama i samopodršku i na evaluaciju i završavanje ovog programa grupne terapije igrom. Svaka pojedinačna sesija sadržala je vežbu relaksacije uz muziku (Serfontain, 2017). Nalazi istraživanja dali su podršku daljoj primeni u radu sa adolescentima sa ADHD-om budući da je zabeleženo da ovakav vid rada ima pozitivnog efekta na bolje usmeravanje pažnje, smanjenje hiperaktivnosti i impulsivnog reagovanja. Nalazi takođe sugerišu da ovo može biti koristan vid terapije u kombinaciji sa drugim metodama, kao što su, medikamentozna terapija, porodična terapija/savetovanje. Različiti vidovi podrške su veoma važni, naročito imajući u vidu da osobe sa ADHD-om ne mimoilaze ni oubičajene životne teškoće, koje u kombinaciji sa ADHD-om mogu za osobu predstavljati značajan izazov (Serfontain, 2017).

### **Rad sa odraslima kojima je dijagnostikovano AD(H)D**

Smatra se da oko 2.5% odrasle opšte populacije ima poremećaj pažnje koji ovim osobama donosi značajne teškoće u svakodnevnom funkcionisanju. Kod odraslih, poremećaj pažnje retko postoji izolovano i u 80% slučajeva prate ga drugi poremećaji, kao što su poremećaji raspoloženja i anksioznosti, zloupotreba supstanci i poremećaji ličnosti. Smatra se da postoji značajna neurobiološka sličnost i povezanost između ADHD-a i različitih povezanih psihijatrijskih komorbiditeta. Samim tim, simptomi koji se preklapaju između poremećaja pažnje i drugih poremećaja predstavljaju izazov za dijagnozu i lečenje (Katzman et al., 2017).

Smatra se da pravovremena dijagnostika i adekvatna intervencija mogu pozitivno uticati na tok života osoba sa poremećajem pažnje i sprečiti pojavu drugih poremećaja kao što su poremećaji raspoloženja i anksioznosti (Biederman et al. 1999, 2009. u Katzman et al., 2017).

Tretman odraslih osoba kojima je dijagnostikovano AD(H)D usmeren je na smanjenje simptoma, ali i na poboljšano svakodnevno funkcionisanje i bolji kvalitet života (efikasniji



rad ili učenje, stabilnije odnose sa drugima, uspeh u upravljanju agresivnim impulsima i bolje roditeljstvo). Tretman uključuje medikamentoznu terapiju, ali se smatra da centralnu ulogu igraju zapravo psihosocijalne i/ili bihejvioralne intervencije, koje kada su u kombinaciji sa psihofarmacima, unapređuju njihov efekat (CADDRA, 2011; Philipsen et al., 2015).

Slično kao i sa adolescentima, smatra se da je psihoterapija značajna, ali da sama nije dovoljna i da je preporučena onda kada postoje teškoće sa zadržavanjem posla, teškoće sa samopouzdanjem, odnosima sa drugima, problemi u pogledu osećaja identita osobe, kada je potrebna podrška i osnaživanje koping mehanizama osobe. Osim toga, osobama sa ADHD-om je od velikog značaja psihoedukacija o ADHD-u kako bi bolje razumeli i podržali sebe, edukacija iz socijalnih i bihejvioralnih veština, grupna podrška kao i vežbe relaksacije kako bi imali prilike da otpuste deo nakupljene tenzije. Pravci psihoterapije koji se preporučuju su kognitivno-bihejvioralna i interpersonalna u koju bi spadao i geštalt (Gentile, Atiq & Gillig, 2006; CADDRA, 2011; Philipsen et al., 2015).

### **Pokušaj razumevanja uzroka poremećaja pažnje - neurološki problem ili refleksija poremećaja relacionih odnosa?**

Mnogo je sprovedenih istraživanja koja su imala za cilj da pronađu specifičan biološki uzrok koji objašnjava poremećaj pažnje. Međutim, nema ubedljivih dokaza o neurofiziološkim povredama ili urođenim, genetski predisponiranim disfunkcijama. Kako navode Debroitner i Hart (1997) "poremećaj pažnje je složen i višedimenzionalan. Verujemo da je naša nacionalna opsesija genetikom kao faktorom kojim se objašnjavaju društvene disfunkcije i psihološki problemi, našla svoju granicu sa ADHD-om" (Debroitner i Hart, 1997).

Kada je reč o uzrocima ADHD-a Gabor Mate (2021) ostavlja prostor za dva ugla gledanja: jedna perspektiva je iz ugla medicinskog modela u kom tražimo „kvar“ kod osobe, i tragamo za odgovorom u genetskim predispozicijama i malformacijama DNK, u moždanim lezijama i drugim neuro-biološkim uzročnicima. Druga perspektiva sagledava čovekovo neuro-biološko

formiranje i oblikovanje u kontekstu ne samo genetske predispozicije u vidu bazične osetljivosti osobe već i sredinskih uslova koji će doprineti da osoba razvije i neurološke i bihevioralne simptome AD(H)D-a. Drugim rečima, Mate naglašava da se ne može govoriti o genetskoj osnovi za AD(H)D, već o genetski zasnovanoj senzitivnosti, koja u nepovoljnim sredinskim uslovima može dovesti do kreativne adaptacije u vidu AD(H)D simptoma. „Postojanje osetljivosti ljudi“, kaže Mate, „prednost je za čovečanstvo jer upravo ta grupa izražava njegove kreativne nagone i potrebe.“ „U normalnim okolnostima, oni su umetnici ili zanatlije, tragači, pronalazači, šamani, pesnici, proroci. Postojali bi valjani i snažni evolutivni razlozi za opstanak genetskog materijala koji kodira osetljivost.“ Prema Mateu: „Ne nasleđuju se bolesti, već crta koja je od suštinske važnosti za preživljavanje ljudske rase. Osetljivost se pretvara u patnju i poremećaje samo kada svet nije u stanju da poslušna fino podešene fiziološke i psihičke odgovore osetljive osobe. Mate dodaje: „ADD nije prirodno stanje,“ već „jedna od nelagodnosti u kulturi“ (Mate, 2021).

### **Zastupljenost AD(H)D-a u različitim kulturama**

Ako pogledamo statističke podatke o zastupljenosti AD(H)D-a možemo uočiti da postoje razlike između različitih sredina. Npr. podaci prikupljeni na teritoriji US pokazuju da je u crnačkoj populaciji zastupljenost je 12% u populaciji dece belaca 10%, kod hispano dece 8%, dok kod ne-hispano dece iznosi 2%; Slično tome može se primetiti drastična razlika u procentu dece kod koje je dijagnostikovano ADHD između država Luisiane (16.3%) i Kalifornija (6.1) Da se radi o genetskoj predispoziciji, mogli bismo očekivati da je ona u približno istom procentu prisutna u svim populacijama. Međutim, Uočavamo da, čak i kada je ista metodologija dijagnostike prisutna, kao u prethodnom primeru, postoje razlike.

U 2023. godini prevalenca odraslih sa ADHD u različitim zemljama, ovako izgleda:

- France – 4.7%
- Northern Ireland – 3.2%
- Mexico – 3.0%
- The Netherlands – 2.9%
- Belgium – 2.9%
- Brazil – 2.5%
- Germany – 1.8%
- Spain – 1.8%
- Portugal – 1.5%
- Lebanon – 1.5%
- Colombia – 1.2%
- Italy – .9%
- Peru – .8%
- China – .7%

Jedno od objašnjenja razlike u broju osoba sa simptomima AD(H)D-a jeste primena različite metodologije koja primenjuje blaže (DSM kriterijume) ili strože (ICD kriterijume) (Polanczyk et. Al., 2006).

Međutim, ove razlike mogu se interpretirati i sa stanovišta kulturoloških uticaja na razvoj simptoma AD(H)D-a, te nam traži da sagledamo širi kontekst u kom se javlja i održava AD(H)D.

## **Nastanak AD(H)D simptoma kao neurološki odgovor na nedostatak adekvatnog kontakta**

„Čini se da od ranog detinjstva naša sposobnost regulisanja emocionalnih stanja zavisi od svedočenja tome da značajna osoba u našem životu istovremeno doživljava slično stanje“ (Siegel, 1996)

Mate je jedan od autora koji zastupa stav da se oblasti korteksa koje su zadužene za pažnju i samoregulaciju razvijaju kao odgovor na emocionalne odnose sa bliskim osobama (majkom, negovateljem). Kako dete ne razume reči niti može da dešifruje njihovo značenje, ono prima čisto emocionalne poruke koje majka/staratelj prenosi neverbalnim putem (kroz ton i način govora, pogled, telesni stav) prenoseći na taj način detetu informacije o sopstvenom emocionalnom stanju. Tako desna hemisfera odraslog u kojoj su smeštene nesvesne emocije, „programira“ desnu hemisferu bebe. Drugim rečima, nesvesna komunikacija emocija između majke/negovatelja i bebe uticaće na način na koji će se formirati neuronska kola i hemijske zalihe sistema zaduženog za regulaciju osećanja i raspodelu pažnje u mozgu bebe. Prema Mateu, ADD potiče od stesova roditelja koji se održavaju na interakcije roditelja i deteta. Stresovi koje majka/negovatelj doživljava uzrokuju poremećaje u formiranju električnog i hemijskog kola koji se uočavaju kod ADD-a.

Ali kako se to događa?

Kako je rečeno u članku *Sajentifik Ameriken-a* koji Mate navodi „Oko je embriološki i anatomski produžetak mozga; gotovo da je vidljivi deo mozga“ i oči jasno prenose emocionalna stanja osobe. Mi, baš kao i deca, doživljavamo različita osećanja i prateće fiziološke i psihološke promene kada razmenimo poglede sa drugom osobom. Istraživanja takođe potvrđuje da način na koji nas osoba gleda može promeniti naše električne moždane

talase i može izazvati fiziološke promene u telu. Mate podvlači dodatnu osetljivost novorođenčeta na ovakva iskustva koja imaju direktan uticaj na sazrevanje moždanih struktura.

Takođe, Mate navodi i istraživanje koje potvrđuje promene EEG-a dece depresivnih majki, koja demonstriraju i smanjeni nivo aktivnosti, skretanje pogleda, manje pozitivnih emocija, razdražljivost. Istraživanje Sigela (1996) sa druge strane demonstrira kako na decu utiče nedostatak usklađivanja sa majkom. Naime, snimci srećnih lica majki snimljena tokom interakcije sa njihovom decom su deci naknadno puštani i deca su, nasuprot tome što su to njihove srećne majke, ostajala uznemirena. Razlog je u tome što je usklađivanje sa reakcijama dece u interakciji deteta sa snimkom – izostajalo. Nije bilo deljenog emocionalnog prostora. Mate citira Bolbija: „Novorođenče započinje interakciju ili se iz nje povlači u skladu sa svojim ritmom“, dok „majka reguliše svoje ponašanje tako da se poveže sa njegovim“. Sa druge strane, Mate navodi, napeta ili depresivna majka nije u mogućnosti da prati svoju bebu u opuštenim srećnim prostorima, niti je u mogućnosti da odgovori na potrebe i frustracije svog deteta onoliko efikasno koliko bi ono to želelo. Drugim rečima: „emocionalni stres majke ometa razvoj mozga novorođenčeta jer teži ometanju usklađivanja.“ Isto tako: „teškoće deteta sa ADD-om u čitanju socijalnih znakova verovatno potiču iz toga što njegove znakove nije pročitala negujuća osoba koju je omeo stres“ (Mate, 2023).

Osobe koje su odrasle sa roditeljima koji su bili pod velikim stresom tokom njihovog odrastanja u životu će vrlo često imati onaj osećaj da ih niko ne može razumeti i da niko ne može doživeti kako se oni osećaju (Mate, 2023).

Mate navodi egzistencijalni značaj povezivanja za ljudska (i sva toplokrvna) bića. Potreba za povezivanjem nam je prisutna od najranije doba, praktično tokom celog života. Harvardova čuvena longitudinalna studija o sreći koja je počela 30-ih godina XX veka potvrdila je da je za srećno starenje i dug život kvalitet naših bliskih odnosa sa drugima u srednjim godinama

važniji i od genetskih predispozicija. Zadovoljstvo našim međuljudskim odnosima na uzrastu od 50 godina ispostavilo se kao bolji prediktor našeg zdravlja u osamdesetim godinama nego nivo holesterola, kao i da nas usamljenost ubija podjednako kao cigarete i alkoholizam (<https://news.harvard.edu/gazette/story/2017/04/>).

### **AD(H)D kao modifikacija relacionih odnosa**

Bliski odnosi usklađivanja i povezivanja sa drugima su nam izuzetno značajni tokom čitavog života. „Usklađivanje“ o kom Mate govori je ono što je u geštaltu autentični Ja – Ti odnos, onaj o kom Buber govori: odnos - zajedničkog bivanja, autentičnog prisustva, empatije, prihvatanja, odnos koji potvrđuje iskustvo drugog (Buber, 1970). „Usklađivanje je“, kaže Mate, „neophodno za normalni razvoj moždanih puteva i neurohemijskog aparata pažnje i emocionalne samoregulacije.“ Tu se radi o sofisticiranom procesu koji traži da je emocionalan status roditelja takav da je relativno relaksiran, neanksiozan, nedepresivan. Drugim rečima, potrebno je da kontakt između roditelja i deteta nije isposredovan drugim unutrašnjim procesima roditelja koji bi direktan Ja – Ti odnos modifikovali i ometali (Joyce & Sills, 2014). Ovo usklađivanje se ne može svesti na oponašanje novorođenčeta i njegovog/njenog emocionalnog stanja. Simuliranje i uz najveći napor nije moguće, budući da impulsi koji angažuju mišiće u našoj facijalnoj ekspresiji emocija, ne dolaze iz istih centara mozga i samim tim ne mogu izgledati isto. Deca, naročito osetljiva, imaju veoma istančanu percepciju i dobro prave razliku između stvarnih i isceniranih reakcija, tako da uznemiren ili depresivan roditelj ne može zapravo sakriti svoje stvarno emotivno stanje. Kroz odrastanje mi zapravo gubimo tu toliko finu percepciju drugog, ili kako Mate to duhovito navodi da nažalost „sa dosezanjem odrasle dobi postajemo daleko gluplji“. Međutim, na dečijem uzrastu, emocije roditelja - strah, tuga nemir, čak i kada roditelj pokuša da ih zamaskira, nam ne mogu promaći (Mate, 2023).

Cilj odrastanja možemo definisati kao put ka izgradnji samostalne, samomotivisane, samoregulisane osobe. Novorođenče nema ove karakteristike te se put razvoja može opisati

kao put koji se kreće od spoljašnje regulacije (koju obezbeđuju detetu bliske odrasle osobe – roditelji/staratelji) ka unutrašnjoj regulaciji (Mate, 2023).

Unutrašnja regulacija bi se u geštaltističkim terminima mogla opisati kao pounutrena relaciona iskustva koja će uticati na odnos deteta prema sebi i sopstvenim emocijama, potrebama i aktivnostima, kao i na potonje interakcije sa sredinom. Pounutrena ego funkcija roditelja postaje detetova ego-funkcija koja će u manjoj ili većoj meri podržati dete u prepoznavanju sopstvenih potreba i njihovom zadovoljenju. Slika koju će dete imati o sebi u pogledu toga ko je i kakvo je ono (persona) je prvobitno pounutrena slika koju o detetu ima značajni drugi i koja je ko-kreirana u interakciji deteta i odraslog. Persona koju dete izgrađuje u interakciji sa bliskim osobama će kroz život oblikovati detetove samoprocene i dalje interakcije sa sredinom (ili prekide istih) (Joyce & Sills, 2014; Oaklander, 2006).

### **Razvoj telesnog sopstva i neurološki korelati**

Prema Levinu, izgradnja psihe se odvija „u pokretnom telu koje, dok se kreće, gradi stvarnost i sopstveni intelektualni kapacitet, koje oseća, koje se pokreće i čiji emocija se manifestuje tonički“ (Levin, 2001). Telo, pokretljivost i emocionalnost čine jedinstvo i totalitet. Antony & Ribeir (2005) podvlače da pokret prethodi sticanju strukturiranog mišljenja, internalizovanog jezika i prakse te da hiperaktivnost možemo sagledavati kao zamenu za nedostatak organizovanog mišljenja, psihičke razrade, gde se kroz motoriku konkretizuje odnos sa svetom uz veoma malo prostora za simbolizaciju. To znači da dete kojem je dijagnostikovano ADHD zapravo sa okolinom komunicira kroz svoje telo, tonus mišića, pokrete, gestove, koji su predstavnici psihičke organizacije (Antony & Ribeiro, 2005).

Konstruisanje naše ljudske subjektivnosti počinje od „telesnog sopstva“ sve dok ne dođe do „psihičkog sopstva“. Razvoj telesnog sopstva odvija se kroz evoluciju našeg znanja o telu, kroz izgradnju naše samosvesti koja obuhvata naše senzacije, percepcije i funkcije tela. Telo-ja se rađa iz unutrašnjih osećanja i površine tela koja je u interakciji sa svetom i drugima. Iz svog

tela mi otkrivamo svet, komuniciramo, doživljavamo senzacije i situacije, izražavamo se, opažamo sebe i stvari oko sebe sve dok ne dostignemo internalizaciju svojih senzacija, što će nas, na posletku učiniti svesnim nedeljivosti sebe i svog tela (Antony & Ribeiro, 2005). Samootkrivanje je „nedeljivo samoposedovanje našeg kompletnog postojanja“ (Alves, 2003).

Neurološki gledano, prelazak sa spoljašnje na unutrašnju regulaciju podrazumeva razvoj regija u prefrontalnom korteksu i to pre svega orbitofrontalnog korteksa (OFK). Desni OFK je povezan sa svim ostalim delovima korteksa, u središtu je centara za nagradu i motivaciju (deo korteksa praktično najbogatiji endorfinima i dopaminima), služi kontroli impulsa (i omogućavanju zrelijih reakcija kada radi „ispravno“ umesto preplavljenosti primitivnim emocijama). OFK takođe ima ulogu u vizuo-spacijalnoj orijentaciji (kada radi ispravno npr. ne sudaramo se sa stvarima, nismo „smotani“), ima glavnu ulogu u kontroli i voljnom usmeravanju pažnje, kao i u razumevanju emocionalnih sadržaja socijalnih interakcija i interpretaciji neverbalne komunikacije - govora tela, pokreta očiju, tona glasa... Desni orbitofrontalni korteks, prema Van der Kolk (1994.) navodi Mate, smatra se „odgovornim za obradu, izražavanje i regulaciju emocionalnih informacija“ (Mate, 2023).

Hemijske i električne funkcije prefrontalnog korteksa mogu biti poremećene usled povrede mozga, ali to nije jedini način. „Kod ADD-a nije po sredi oštećenje mozga, ali postoji oštećen razvoj mozga...Ne razvija se poremećaj pažnje, već se određena važna neuronska kola ne razvijaju“ (Mate, 2023).

Kako su za normalni razvoj i funkcionisanje OFK od izuzetne važnosti neurotransmiteri dopamin i serotonin (drugim rečima pozitivne, srećne interakcije bebe sa značajnom negujućom osobom), nedostatak adekvatne usklađenosti i povezanosti bebe sa značajnim drugim rezultira deficitom ovih neuro-hemijskih supstanci. Ovo posledično dovodi do neadekvatnog neurološkog razvoja i ishoda kao što je ADD. Dakle, nedostatak bliskih odnosa,



dovodi do nedostatka važnih neurotransmitera koji kako vreme ide u sve većoj meri otežavaju funkcionisanje neuronskih kola i samim tim i aktiviranje uma postaje sve teže (Danijel Stern, Interpersonalni svet deteta (Mate, 2023)).

Zato Mate predlaže da bi slova u ADD zapravo mogla da označavaju umesto Attention Deficit Disorder (Poremećaj Deficita Pažnje) - Poremećaj Deficita Usklađenosti (Attunement Deficit Disorder).

Prema Edvardu Disi postoje univerzalne ljudske potrebe: potreba za samoodređenjem (u geštalt terminima ovo bi bilo odgovor na pitanje ko sam ja – persona), potreba za osećajem kompetentnosti (koja se ostvaruje kroz povezanost sa sopstvenim čulnim funkcijama i telesnim doživljajima, /Orlander, 1978, 2006; Antony & Ribeiro, 2005.) i istinskom povezanošću sa drugima (koja se ostvaruje kroz autentičan, empatičan, prihvatajući ja-ti odnos /Buber, 1970; Yontef, 1993, 2002). Ove potrebe nije potrebno usađivati u ljude, jer one već postoje, čak iako su nerazvijene (Deci, 1996). Drugim rečima, da bi se dete osećalo slobodnim da usmerava svoju pažnju na druge sadržaje i da dođe u kontakt sa svojom unutrašnjom motivacijom – neophodan je zdrav i siguran odnos povezanosti sa barem jednom značajnom drugom odraslom osobom (Mate, 2023).

Ili na drugi način objašnjeno: kada dete pokaže interesovanje za neke situacije ili predmete, ono koristi funkcije pažnje (razlikovanje, odabiranje, fiksiranje). Ovo bi značilo da čin pažnje nije čisto kognitivan, već zavisi od osnovnih motivacionih i afektivnih faktora koji se mešaju u izbor objekata pažnje. Svaki čin opažanja otkriva proces „selektivne pažnje“ i „selektivne nepažnje“. Ali šta kada nema izgrađene zdrave afektivne veze i kada nema jasne svesti o unutrašnjim senzacijama na osnovu kojih bi dete moglo imati jasnu motivaciju? Slaba sposobnost održavanja pažnje se iz te perspektive može interpretirati kao posledica hiperpažnje (Antony & Ribeiro, 2005).

## **Implikacije i zaključak**

Koje bi bile implikacije razumevanja ADD-a kao urođene senzitivnosti u susretu sa okruženjem koje nije u mogućnosti da odgovori na njene potrebe?

Sa jedne strane, put rada sa decom, adolescentima i odraslima kod kojih je dijagnostifikovan AD(H)D je put vraćanja na koren problema, put koji na prvo mesto stavlja izgradnju prihvatajućeg, neosuđujućeg autentičnog odnosa sa osobom. To je odnos u kojem ostvarujemo susret sa osobom upravo na mestu na kom je u ovom trenutku u životu, bez “guranja” u promene. Tek kroz takav odnos postaje moguće povezivanje sa sopstvenim telom, jačanje kontaktnih funkcija, podizanje svesnosti, jačanje lične autonomije, motivacije i osnaživanje selfa u celini. Izgradnja i jačanje odnosa, kako sa terapeutom tako i sa okruženjem koje čine značajni drugi predstavlja prioritet u radu sa osoba sa AD(H)D-om, kojem je, kad god se pojave teškoće i na drugim životnim planovima, neophodno dati prioritet jer predstavlja osnovu i oslonac progresa osobe ka zdravijim vidovima funkcionisanja, ličnom razvoju i većoj dobrobiti (Oaklander, 1978, 2006; Mate, 2021).

Sa druge strane, vidimo koliko je na društvenom nivou značajno podizanje stepena svesnosti o daru koji senzitivnost donosi i zajednici i čitavom društvu. Takođe je izuzetno značajno osveščivanje značaja potrebe za pružanjem podrške majkama i uopšte starateljima, naročito u osetljivoj dobi razvoja dece, jer bez podržanih majki, roditelja i staratelja teško možemo očekivati u potrebnoj meri podržanu decu. Reklo bi se da postoji potreba da naši odnosi na širem društvenom nivou budu daleko više prihvatajući, saosećajni, nenametljivi, podržavajući, više geštaltistički.

## Literatura:

- Alves, F. (2003) *Psicomotricidade: Corpo, Ação e Emoção*. Rio de Janeiro: Wak
- Antony, S. & Ribeiro, J.P. (2005). *Hiperactivity: nature or disease? understanding ADHD in a Gestalt perspective*, *Psicologia Ciência e Profissão* 25(2):186-197
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. In D. A. Wolfe & E. J. Mash (Eds.), *Behavioral and emotional disorders in adolescents: Nature, assessment, and treatment* (pp. 91–152). Guilford Publications.
- Beisser, A. (1970). *The paradoxical theory of change*. In J. Fagan & I. L. Shepherd (Eds.), *Gestalt therapy now* (pp. 77-80). New York: Harper Colophon
- Biederman, J., and Faraone, S. V. (2004). *The massachusetts general hospital studies of gender influences on attention-deficit/hyperactivity disorder in youth and relatives*. *Psychiatr. Clin. North Am.* 72, 225–232. doi: 10.1016/j.psc.2003.12.004
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., et al. (2002). *Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic*. *Am. J. Psychiatry* 159, 36–42. doi: 10.1176/appi.ajp.159.1.36
- Biederman, J., Petty, C. R., Monuteaux, M. C., Fried, R., Byrne, D., Mirto, T., et al. (2010). *Adult psychiatric outcomes of girls with attention deficit hyperactivity disorder: 11-year follow-up in a longitudinal case-control study*. *Am. J. Psychiatry* 167, 409–417. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09050736
- Bitsko RH, Claussen AH, Lichstein J, et al. (Suppl. 2022) *Mental health surveillance among children—United States, 2013-2019*. *MMWR*;71(2):1-42. doi:10.15585/mmwr.su7102a1
- Blom, R. (2006). *The handbook of Gestalt play therapy: Practical guidelines for child therapists*. Jessica Kingsley Publishers.
- Brace, K. (1992). *I and thou in interpersonal psychotherapy*. *The Humanistic Psychologist*, 20(1), 41–57.
- Buber, M. (1970). *I and Thou* (trans. W. Kaufmann). Charles Scribner's Sons
- Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA): *Canadian ADHD Practice Guidelines*. 3rd Ed. Toronto ON: CADDRA; 2011.
- Corey, G. (2013). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. Cengage Learning
- Debroitner, R. & Hart, A. (1997) *Moving Beyond ADD/ADHD - the Book*. Retirado em 07.02.2001 em (<http://www.magicnet.net>).
- Deci, E. L., with Flaste, R. (1995). *Why we do what we do*. New York: Grosset/Putnam. Paperback (1996) New York: Penguin USA.

- Drewes, A. A., & Schaefer, C. E. (Eds.). (2010). *School-based play therapy* (2nd ed.). John Wiley & Sons, Inc.. <https://doi.org/10.1002/9781118269701>
- DuPaul, G. J., & Stoner, G. (2003). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Frost, J.L., Wortham, S.C., Reifel, S., Contributor, J.Q. (2012). *Play and Child Development*. 4th ed. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Gentile, J.P., Atiq, R. & Gillig, P.M. (2006). *Psychotherapy for the patient with adult ADHD*. Psychiatry (Edgmont)
- Hinshaw, S. P., Owens, E. B., Sami, N., and Fargeon, S. (2006). *Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into adolescence: evidence for continuing cross-domain impairment*. *J. Consult. Clin. Psychol.* 74, 489–499. doi: 10.1037/0022-006x.74.3.489
- Hinshaw, S. P., Owens, E. B., Zalecki, C., Huggins, S. P., Montenegro-Nevado, A. J., Schrodek, E., et al. (2012). *Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into early adulthood: continuing impairment includes elevated risk for suicide attempts and self-injury*. *J. Consult. Clin. Psychol.* 80, 1041–1051. doi: 10.1037/a0029451
- Katzman MA, Bilkey T, Chokka P, Fallu A, Klassen L. (2017.) *Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach*, Published online 2017 Aug 22. doi: 10.1186/s12888-017-1463-3  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5567978/>
- Levin, E. (2001). *A Clínica Psicomotora: o Corpo na Linguagem*. 4a ed. Petrópolis: Vozes.
- Lewin (1952) *Field Theory in Social Science*, Harper & Rowe
- Macintyre, M (2010). *Play for children with special needs*. London: Routledge
- Mash, E. J., & Wolfe, D. A. (2010). *Abnormal child psychology*. Belmont, 4th edition Wadsworth: Cengage learning.
- Mate, G. (2021). *Rasuti umovi – Poreklo i lečenje poremećaja pažnje*, Kontrast, Beograd
- Nøvik, T. S., Hervas, A., Ralston, S. J., Dalsgaard, S., Rodrigues Pereira, R., and Lorenzo, M. J. (2006). *Influence of gender on attention-deficit/hyperactivity disorder in Europe—ADORE*. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 15, 15–24. doi: 10.1007/s00787-006-1003-z
- Oaklander V. (1978) *Prozor u svet naše dece-Geštalt pristup deci i adolescentima*, Nolit, Beograd
- Oaklander V. (2006) *Hidden Treasure – A map to the child's inner self*, Karnac
- Oaklander, V. (2001). *Gestalt play therapy*. *International Journal of Play Therapy*, 10(2)
- Perls F, Hefferline RF and Goodman P (1973) *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*, Penguin

- Philipsen A, Jans T, Graf E, Matthies S, Borel P, Colla M, Gentschow L, et al. *Effects of group psychotherapy, individual counseling, methylphenidate, and placebo in the treatment of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized clinical trial.* JAMA Psychiatry. 2015;72(12):1199–1210. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.2146.
- Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA (2006). *The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis.* The American Journal of Psychiatry. 164 (6): 942–8. doi:10.1176/appi.ajp.164.6.942. PMID 17541055.
- Ramtekkar, U., Reiersen, A., Todorov, A., and Todd, R. (2010). *Sex and age differences in attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and diagnoses: implications for DSM-V and ICD-11.* J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 49, 217.e3–228.e3. doi: 10.1016/j.jaac.2009.11.011
- Ribeiro, J. -P. (1985). *Gestalt-terapia: refazendo um caminho.* São Paulo: Summus.
- Serfontain, M. (2017) *The effect of Gestalt group work on behavioural aspects of ADHD among adolescents in school setting;* Mini Dissertation (MSW)--University of Pretoria.
- Sibley MH, Swanson JM, Arnold LE, et al. (2017). *Defining ADHD symptom persistence in adulthood: optimizing sensitivity and specificity.* J Child Psychol Psychiatr. 2017;58(6):655-662. doi:10.1111/jcpp.12620
- Siegel, D.J. (1996). *Attachment, emotions, memory and narrative: Cognitive neuroscience encounters psychotherapy.* Psychiatric times, XIII (3).
- Skirrow C., McLoughlin G., Kuntsi J., Asherson P. (2009). *Behavioral, neurocognitive and treatment overlap between attention-deficit/hyperactivity disorder and mood instability.* Expert Review of Neurotherapeutics, 9, 489-503.
- Slobodin, O., & Davidovitch, M. (2019). *Gender differences in objective and subjective measures of ADHD among clinic-referred children.* Frontiers in Human Neuroscience, 13, Article 441
- Staemmler, F.-M. (1997). *Cultivated uncertainty: An attitude for gestalt therapists.* British Gestalt Journal, 6/1, 40-48.
- State-based Prevalence of ADHD Diagnosis and Treatment 2016–2019. Centers for Disease Control and Prevention. Accessed 5/1/2023.
- Willcutt, E. G. (2012). *The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review.* Neurotherapeutics 9, 490–499. doi: 10.1007/s13311-012-0135-8
- Yontef, G. (1993). *Awareness, dialogue and process: Essays on gestalt therapy.* Highland, NY: Gestalt Journal Press.
- Yontef, G. (2002). *The relational attitude in gestalt therapy theory and practice.* International Gestalt Journal, 25(1), 15–35.
- Yontef, Gary. *Awareness, Dialogue & Process: Essays on Gestalt Therapy*, Chapter 5: Gestalt Therapy (essay from 1981), and Chapter 10: Introduction to Field Theory (essay from 1991).

<https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/data.html>

<https://news.harvard.edu/gazette/story/2017/04/over-nearly-80-years-harvard-study-has-been-showing-how-to-live-a-healthy-and-happy-life/>