

PSIHOLOG PRI OBRAVNAVI RAZVOJNO MOTE- NIH OTROK IN NJIHOVIH DRUŽIN

Majda Nose

UDK 616-007.6-053.2:159.922.7

THE ROLE OF A PSYCHOLOGIST IN THE
TREATMENT OF CHILDREN WITH
DEVELOPMENTAL DISORDERS AND
THEIR FAMILIES

DESKRIPTORJI: otrok; razvoj; motnje; otroška
psihologija

DESCRIPTORS: *child development disorders;*
child psychology

IZVLEČEK – V celostno skrb za otroka z razvoj-
nimi motnjami morajo biti vključeni strokovnjaki
iz različnih področij, sicer le-ta ni učinkovita. Av-
torica opisuje vlogo psihologa pri opredeljevanju
vzrokov razvojne motnje. Ta proces zahteva tesno
sodelovanje s starši, otrokovim okoljem in more-
bitnimi inštitucijami, kjer otrok prebije del dneva.
V članku je opisana specifična vloga psihologa v
obravnavi duševne manjrazvitosti in pojasnjevanju
njihovih vzrokov in narave staršem. Pri tem je stro-
kovnjaku nedvomno v pomoč čim bolj pogloblje-
no znanje o duševni manjrazvitosti, njenih vzrokih
in pojavnih oblikah.

ABSTRACT – *In the comprehensive care of chil-
dren with developmental disorders, professionals
from different areas should participate. In the arti-
cle, the role of a psychologist in the treatment of
developmental disorders is described. This process
requires an intensive cooperation with parents,
with child's living environment, and eventual in-
stitutions where the child may spend a part of his
day. The specific role of a psychologist in the
determination of the causes of a mental disorder
and the explanation of the causes and nature of a
disorder to the parents is outlined. The profession-
als included in such a process will undoubtedly
benefit from an expanded knowledge on mental
handicap, its causes, and phenomenological forms.*

V zadnjem času je v razvoju zdravstvenega varstva vidna pomembna tendenca k celostni skrbi za človeka kot biopsihosocialno celoto. Zdravje pojmuje široko, ne le kot odsotnost bolezni. Tak pristop seveda zahteva interdisciplinarno sodelovanje strokovnjakov z različnih področij, kar nalaga zdravstvenim delavcem, ki so poglavitni nosilci zdravstvenega varstva, nove obremenitve: spoznati morajo možnosti tega sodelovanja, da bi jih lahko konstruktivno uporabili pri doseganju skupnih ciljev.

Ni naključje, da se je ravno v zdravstvenem varstvu otrok in mladine tak pristop tako intenzivno uveljavil, saj je pediatrija sama celostno orientirana, skrb za otrokov zdrav razvoj pa je zahtevna, daljnosežna in odgovorna naloga.

Celostna skrb za zdrav otrokov razvoj

Celostno skrb za zdrav otrokov razvoj izvajamo s timskim delom osnovni zdravstveni delavci, to je, pediatri in medicinske sestre ter strokovnjaki z različnih področij. V predšolskem obdobju tak tim največkrat sestavljajo specialist klinični

psiholog, socialni delavec, logoped in specialni pedagog. Z njimi je tesno povezan tudi razvojni nevrofizioterapevt.

Še zlasti pri otrocih z razvojnimi motnjami je pomoč neučinkovita, če se v prizadevanjih, da bi razvojne motnje opredelili in jih potem načrtno skušali odpraviti oziroma omiliti, ne povežejo vsi strokovnjaki, vsak s svojega področja. Takšno delo je zahtevno, saj terja od sodelavcev tima, da stalno skrbijo za uravnoteženo stopnjo lastne strokovnosti, predvsem pa, da znajo upoštevati in spoštovati strokovne odločitve svojih sodelavcev.

Celotna dejavnost ima skupni cilj: pomagati otrokom z razvojnimi motnjami, pri čemer je tekmovalnost med člani tima seveda vse prej kot umestna.

Vloga vsakega člana tima je odvisna od vrste otrokove motnje, tako je recimo logoped glavni nosilec obravnave otroka z govorno motnjo, drugi pa mu pomagamo v fazi diagnosticiranja ali pri drugih potrebnih ukrepih, recimo v delu s starši ali v urejanju pogojev v otrokovem okolju.

Opredeljevanje vzrokov otrokove motnje

Otrokov razvoj natančno opazujemo vse od njegovega rojstva dalje. Pomembno je, da vsak odstop od pričakovanega normalnega razvoja čimprej zaznamo in poskrbimo za ustrezno pomoč.

Razvojne motnje so širok kontinuum odstopanj od pričakovanih norm na posameznih področjih funkcioniranja otroka. Norme smo poiskali tako, da smo z merjenji funkcij pri velikem številu otrok ugotovili, kdaj se posamezna funkcija pokaže pri večini otrok. Ob vsakem pregledovanju otrokovega razvoja ugotavljamo, ali so otrokove funkcije na ravni, ki jo v določeni starosti pričakujemo.

V zgodnjem otroštvu tako psihologi z uporabo raznih psiholoških postopkov ugotavljamo, kakšne so otrokove psihomotorične sposobnosti. Razvojni psihološki testi največkrat merijo motoriko, okulomotorno koordinacijo in grafomotoriko, ter govor in socialnost, kot najpomembnejše parametre otrokovega razvoja. Ugotavljamo tudi, kako je z otrokovim osebnošnim razvojem, kakšna je njegova vedenjska slika, čustvenost, kako vzpostavlja stik z okoljem, ali se zmore zbrati in slediti navodilom itn. Na vsakem od naštetih področij, ali na več hkrati, namreč lahko kaže motenost, ki jo je treba obravnavati.

Ker pa gre za obdobje, ko je otrokov razvoj izrazito odvisen in povezan s funkcioniranjem staršev ali skrbnikov, je treba z ustreznimi načini odkriti tudi vse pomembne dejavnike, ki še vplivajo na otroka, na primer osebnosti staršev, njihove biografije, vzgojna in druga stališča ipd.

Vsaka obravnava otroka je pravzaprav obravnava njegove družine oziroma najozžjega okolja, včasih pa tudi inštitucije, kjer preživlja del dneva.

Diagnosticiranja otrokove razvojne motnje se najpogosteje udeležujejo vsi sodelavci tima, saj skušamo z razpoložljivim znanjem, diagnostičnimi sredstvi, tehnikami, preiskavami in opazovanji odkriti razloge za otrokovo motenost. Etiologijo motenj v razvoju iščemo v obporodnih, predporodnih in poporodnih

dejavnikih, velikokrat pa so razlogi za otrokovo motnjo razvoja tudi v neustreznih objektivnih življenjskih pogojih, nespodbudnem ali socialno patološkem ožjem okolju in drugod.

Za vso nadaljnjo obravnavo in zlasti za pomoč otroku je pomembno, da zberemo čim več vsaj hipotetično potrjenih vzrokov. Največkrat je vzrokov za motnjo več in velikokrat jih ne moremo natančno opredeliti ali potrditi z meritvami.

Duševna manjrazvitost. Še posebej odgovorno nalogo ima psiholog tedaj, kadar posumimo, da gre pri otroku za duševno manjrazvitost. Nekateri otroci kažejo tako stanje že zelo zgodaj, nemara že ob rojstvu, drugi pozneje, odvisno od vzrokov duševne manjrazvitosti in stopnje le-te. V prvih sedmih, osmih letih otrokovega življenja si intenzivno prizadevamo, da bi bila stopnja manjrazvitosti čim manjša. Poskušamo z vsemi sredstvi, najboljše rezultate pa dosežemo s čim zgodnejšo rehabilitacijo; pri tem spodbujamo otrokov razvoj, še zlasti manj razvite funkcije, saj računamo na plastičnost otrokovega živčevja v fazi razvoja, torej na možnost, da ohranjeni deli možganov prevzamejo funkcije okvarjenih centrov.

Otrokov razvoj stalno spremljamo in glede na ugotovljene stopnje razvoja posameznih funkcij sproti prilagajamo vrsto in intenzivnost posameznih vrst pomoči in cilje rehabilitacije.

Relativno dokončno stopnjo duševne manjrazvitosti postavljamo največkrat v starost med sedmim in osmim letom. Kriteriji za postavitev take diagnoze so: inteligentnost, učljivost, socialni in zdravstveni kriteriji. Tako pri razvrščanju otrok z motnjami v razvoju sodelujejo: pediater, pedopsihiater, psiholog, socialni delavec in specialni pedagog. Ocena inteligentnosti je pomemben kriterij za razmejitev stopenj duševne manjrazvitosti, od katerih je odvisna tudi vrsta nadaljnjega šolanja oziroma usposabljanja.

Stopnje duševne manjrazvitosti so:

– **stopnja mejnih sposobnosti;** inteligenčni količnik med 70 in 80; taki otroci ob dodatni pomoči obiskujejo redno šolo. Sposobni so za samostojno življenje.

– **lažja duševna manjrazvitost** (debilitas); inteligenčni količnik med 50 in 70; otroci se šolajo na šoli s prilagojenim programom, večinoma dosežejo ekonomsko neodvisnost.

– **zmerna duševna manjrazvitost** (imbecilitas); inteligenčni količnik med 35 in 50.

– **težja duševna manjrazvitost;** inteligenčni količnik med 20 in 35 točk; ti otroci se usposabljujejo po različno težavnih programih delovnega usposabljanja, vendar ekonomske in socialne samostojnosti ne dosežejo.

– **težka duševna manjrazvitost;** inteligenčni količnik do 20; je delna ali popolna, otroci pa so povsem odvisni od okolja, tudi za ohranitev osnovnih funkcij.

Delo s starši. Za zdravstvene delavce je nadvse pomembno, da se poglobljamo v to, kako reagirajo starši duševno manjrazvitih otrok, ko zvedo, da je otrok okvarjen, in da premislimo, kako naj ob tem reagiramo sami, da starši ne bi pretrpeli še hujše emocionalne škode. Resnica o otrokovi manjrazvitosti je za starše hudo spoznanje, ki povzroči krizo tako na emocionalnem področju kot tudi v načinu življenja cele družine. Vendar je resnična informacija o otrokovi okvarjenosti za starše nujno potrebna in temu se ne smemo in ne moremo izogniti, če naj otroku resnično pomagamo. V zgodnjem obdobju so poglavitni otrokov terapevt in

sodelavec tima strokovnjakov zlasti otrokovi starši. Od stopnje njihove osveščeno-
sti, ki jo dosežemo s primernim informiranjem, je v veliki meri odvisen uspeh vseh
naših prizadevanj v bitki za čimbolj uspešno rehabilitacijo.

Stvarno in taktno informiranje staršev ni enkratni dogodek – to je proces, ki
se odvija v vsakem ponovnem stiku staršev s terapevti in z drugimi zdravstvenimi
delavci. Tu je ponovno pomembno poudariti enotnost in usklajenost vseh strokov-
njakov v timu in zunaj njega, saj lahko z nepremišljeno izjavo naredimo nepoprav-
ljivo škodo, še zlasti otroku. Zelo škodljiva je izjava »bo že še« – starši se radi
skrijejo za njo, češ, večina otrok pač zraste brez posebnega napora. Če pa takšna
izjava pride iz ust zdravstvenega delavca, ima za starše še posebno težo in pomen in
jih lahko odvrne od intenzivnega in naporenega izvajanja rehabilitacije.

Tudi nam strokovnjakom je težko seznanjati starše s tem, da je njihov otrok
duševno manjzvit, saj vemo, da za večino staršev pomeni zdrav otrok tudi
občutek osebne vrednosti, zadostnosti in uspeha . . . Zato ob informiranju iščemo
pravo mero sočustvovanja in skušamo ugotoviti specifičnost vsake posamezne
življenjske situacije, predvsem pa staršem stojimo ob strani, saj vemo, čez katera
obdobja preživljanja krize bodo morali.

Kriza staršev ob spoznanju o otrokovi duševni manjzvitosti ima teoretično
štiri faze:

- **fazo šoka:** starši so odreveneli, zmedeni, nestvarni.
- **fazo reakcije:** starši reagirajo z različnimi obrambnimi mehanizmi, kot so
žalovanje, umik, negotovost glede prihodnosti, občutki krivde, samoobtoževanje,
iskanje krivde pri drugih, na primer pri partnerju, pri zdravstvenih delavcih itn.
- **fazo adaptacije:** starši si opomorejo od najhujšega šoka in problem stvarneje
uvidijo; šele tedaj so zmožni kaj storiti za svojega otroka.
- **fazo orientacije:** ko kriza mine, se starši prilagodijo novim okoliščinam,
uskladijo svoja čustva in se na novo organizirajo. Žal pa do te faze ne pridejo vsi
starši prizadetih otrok. Nekateri zastanejo, zlasti v fazi reakcije, in lahko postanejo
pravi bolniki, vsekakor pa od njih ni mogoče pričakovati, da bi bili osveščeni
sodelavci, strokovnjakom in otroku v pomoč.

Dolžina posameznih faz je zelo različna, odvisna od cele vrste dejavnikov,
zlasti pa od stopnje otrokove duševne manjzvitosti, osebnostnih lastnosti staršev
in njihovega izobrazbenega in ekonomskega položaja.

Za zdravstvene delavce je nadvse boleča krizna faza reakcije staršev; takrat le-
ti iščejo krivdo, in ker občasno ne morejo več prenašati hudih občutkov, da so
nekaj zakrivali in da je otrokova manjzvitost posledica teh njihovih napak, začno
iskati razloge za motnjo v postopkih zdravstvenih delavcev. Resnice o otrokovi
manjzvitosti niso sposobni sprejeti, zato iščejo odgovore drugje in begajo od
strokovnjaka do strokovnjaka, da bi izvedeli kaj drugega, kaj bolj spodbudnega.
Pri tem radi ocenjujejo zdravstvene delavce in se pritožujejo nad njihovo nemočjo,
čeprav gre za projekcijo njihove lastne nemoči ob prehudem dejstvu. Predvsem v
tej krizni fazi nas ne sme nobena pripomba staršev, pa čeprav včasih tudi žaljiva,
pretirano prizadeti. Zavedati se moramo, da so starši hudo čustveno prizadeti, da
reagirajo na frustracijo s podzavestnimi obrambnimi mehanizmi in da zato ravno
sedaj potrebujejo največ naše pomoči. Če jim zdravstveni delavci zaradi lastne
prizadetosti tedaj obrnejo hrbet, s tem pokopljejo vso načrtovano rehabilitacijo
otroka, starši pa se še naprej vrtijo v začaranem krogu lastnih obramb. Nevarno je,

ker se nekateri starši skušajo v tej fazi povsem umakniti in ne prihajajo več k obravnavam in pregledom. Zato take družine vodimo v posebni evidenci in intenzivno uporabljamo dispanzerske metode dela, da ohranjamo sodelovanje staršev pri rehabilitaciji. Potrebne so socialne intervencije na njihovih domovih, prepričevanje, informiranje, svetovanje, včasih pa prava psihoterapevtska obravnava.

Starši pa reagirajo z obrambnimi mehanizmi tudi v stikih z otrokom. To opazimo recimo po tem, da so prezahtevni in da preveč pričakujejo od otroka ali pa so povsem brezbrizni do njega in si mislijo: bo že kako. Često so nestvarni pri postavljanju mej oziroma vzgojnih zahtev. Otroku z motnjo v razvoju prav nič ne koristi, če naredijo starši vse namesto njega, tako kot ni prav, če mu dovolijo vse, saj v stikih z okoljem s tako dodatno nevodljivim otrokom še bolj izstopajo.

Pomagati jim moramo torej kar naprej, v vsakem obdobju zgodnje rehabilitacije, da ne popustijo v svojih prizadevanjih. Učinki so vidni zelo počasi, včasih jih celo ni, nikoli pa staršem ne smemo dovoliti, da bi zgubili upanje in željo po uspehu.

Strokovnjaki, ki delamo z otroki z razvojnimi motnjami, in vsi zdravstveni delavci bomo s pravilnim odnosom do teh pacientov, ki naj bo empatičen, hkrati pa stvaren in naraven, veliko prispevali k celostni skrbi za otroka. Ni treba posebej poudarjati, kako škodljive so prenagljene in nestrokovne pripombe, zlasti zdravstvenih delavcev, kadar gre za tako občutljivo področje, kot je duševna razvitost oziroma manjrazvitost otrok.

Če hočemo starše z duševno manjrazvitimi otroci bolje razumeti, se moramo približati njihovemu doživljanju. S poglobljenim znanjem o duševni manjrazvitosti, njenih vzrokih in pojavnih oblikah bomo nedvomno presegli in obvladali svoj lastni strah, nelagodje in druge obrambne mehanizme, ki nam v vsakodnevnih srečanjih z duševno manjrazvitimi osebami onemogočajo, da bi jim konstruktivneje pomagali.