

UTJECAJ INTEGRATIVNE GESTALT TERAPIJE NA USVOJENOST VJEŠTINA I NAVIKA SVAKODNEVNOG ŽIVOTA

ANAMARIJA ŽIC • BRANKO NIKOLIĆ • LJILJANA IGRIC

primljeno: srpanj '97.
prihvaćeno: prosinac '97.

Izvorni znanstveni rad
UDK: 376.4

Učinkovitost integrativne gestalt terapije na smanjenje nepoželjnih oblika ponašanja mjerenih AAMD skalom (II dio) u djece usporenog kognitivnog razvoja prikazana je u ranijim radovima autora. Cilj ovog rada bio je utvrditi efekte iste terapijske metode na intelektualni aspekt socijalne kompetencije djece s teškoćama mjeren AAMD skalom (I dio).

Integrativna gestalt terapija naglašava cjelovitost osobe kao subjekta tijela, uma i duše u socijalnom i ekološkom okruženju s kojim je nerazdvojno povezana. Ona je multidimenzionalna i multimodalna metoda koja istovremeno uzrokuje promjene na različitim razinama, odnosno promjene tjelesne psihičke, socijalno-interakcijske i kognitivne strukture.

Integrativna gestalt terapija primjenjena je grupno tijekom jednogodišnjeg razdoblja s trinaestero djece usporenog kognitivnog razvoja u dobi od 7 do 11 godina koja su u tretman uključena prvenstveno zbog psihičkih poremećaja i nepoželjnih oblika ponašanja. Budući se radi o dva zavisna uzorka nije mogla biti primjenjena robusna diskriminativna analiza jer F test u analizi varijance ne bi bio točan. Zato je korišten Hotellingov t2 test dobiven na temelju Mahalanobisove udaljenosti rezultata. S tim u vezi u obradi rezultata primjenjena je analiza promjena jednog uzorka ispitanika opisanog skupom kvantitativnih varijabli u inicijalnom i finalnom stanju - komponentni model. Rezultati pokazuju da je postignut statistički značajan napredak u intelektualnom aspektu socijalne inteligencije.

ključne riječi: integrativna gestalt terapija, nepoželjni oblici ponašanja

UVOD

Vještine i navike svakodnevnog života u ovom radu razmatrati će se u sklopu Greenspanovog modela generalne kompetencije (Greenspan & Granfield, 1992). On predlaže model kompetencije koji sadrži dvije glavne kategorije: socijalnu kompetenciju i instrumentalnu kompetenciju, a obje sadrže intelektualne i neintelektualne komponente. Osobe s mentalnom retardacijom pokazuju značajne deficite na intelektualnom području, odnosno na području praktične i socijalne inteligencije (intelektualnih aspekata socijalne kompetencije) te na području konceptualne inteligencije i prerade informacija (intelektualni aspekti instrumentalne kompetencije).

Polazeći od činjenice da je uspješnom socijalizacijom i adaptacijom moguće ublažiti učinak nedostatka na području

konceptualne inteligencije i prerade informacija, pažnja brojnih istraživača usmjerena je na problem socijalnog ponašanja koji se često razrađuje u okviru pojma socijalne kompetencije (Hogg & Mittler, 1983; Grossman, 1983; Gresham & Reschly, 1987; Guralnik, 1989; Guralnik, 1990; Greenspan i Granfield, 1992; Siperstein, 1992). Govoreći o socijalnoj kompetenciji autori naglašavaju njene različite komponente, kao na primjer prikladnost socijalnog ponašanja normama socijalne zajednice što se očituje u adaptivnom ponašanju i socijalnim vještinama; prisustvo ili odsustvo odnosa s vršnjacima;

Mr. sc. Anamarija Žic znanstvena je novakinja na Odsjeku za mentalnu retardaciju Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Dr. sc. Branko Nikolić docent je na Odsjeku za logopediju Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Prof. dr. sc. Ljiljana Igrić redoviti je profesor na Odsjeku za mentalnu retardaciju Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

uočavanje nekih specifičnih asocijalnih ponašanja; prosudba ponašanja od strane odraslih ili vršnjaka te osobnu percepciju vlastite kompetencije.

U Greenspanovom modelu socijalnu kompetenciju čine s jedne strane praktična i socijalna inteligencija kao intelektualni aspekt, a s druge strane dimenzije ličnosti temperament i karakter kao neintelektualni aspekt. Usvojenost vještina i navika svakodnevnog života pokazatelj je razvojne razine praktične inteligencije. Ona je dobro poznata i prihvaćena među istraživačima na području mentalne retardacije, a uključuje vještine koje se uobičajeno mjere instrumentima adaptivnog ponašanja. U Hrvatskoj se za procjenu adaptivnog ponašanja koristi hrvatski oblik AAMD skale adaptivnog ponašanja Nihire i sur. (Igrić, Fulgosi-Masnjak, 1991).

Ispitujući razlike u razini adaptivnog ponašanja (AAMD I dio) između učenika bez teškoća u razvoju i učenika s mentalnom retardacijom, Igrić i Z. Stančić (1990) su utvrdile izrazita odstupanja u usvojenosti vještina i navika na svim područjima, a ponajviše u upotrebi novca i komunikaciji, tj. u onim područjima koja zahtijevaju više kognitivne funkcije. Taj nalaz potvrđuje se i u istraživanju Igrić i Žic (1992) gdje je prema procjeni roditelja najniža razina adaptivnog ponašanja djece usporenog kognitivnog razvoja utvrđena na području upotrebe novca, brojeva i vremena te komunikacije. Međutim, rezultati govore da u većini aspekata adaptivnog ponašanja djeca usporenog kognitivnog razvoja postižu sličnu razinu socijalne adaptacije kao i djeca bez teškoća u razvoju. To se naročito odnosi na područja tjelesnog razvoja, socijalne interakcije, samostalnosti, odgovornosti i aktivnosti u domaćinstvu.

Veći broj istraživanja provedenih u Hrvatskoj bavio se determinantama adaptivnog ponašanja, kao što su smještaj u instituciju i oblik odgoja i obrazovanja. Usporedbom socijalne adaptiranosti adolescenata (Mavrin-Cavor, 1986; prema Igrić, Fulgosi-Masnjak, 1991) utvrdilo se da lako,

umjereno i teže mentalno retardirani smješteni u vlastitu obitelj bolje usvajaju vještine i navike svakodnevnog života (AAMD I dio) od svojih vršnjaka smještenih u instituciju.

U učenika s mentalnom retardacijom polaznika posebnih škola za lako retardirane učen je relativno nizak stupanj usvojenosti vještina i navika svakodnevnog života (Igrić, 1990). Oblik odgoja i obrazovanja (internatski u odnosu na eksterni) nije se u većoj mjeri odrazio na usvojenost vještina i navika svakodnevnog života. Najveći udio u porastu funkcioniranja ima dob ispitanika, čime su potvrđeni rezultati Shroadera (1978) i Maista i sur. (1978; prema Igrić, 1990).

U odnosu na različite oblike odgoja i obrazovanja u istraživanju Mavrin-Cavor i Kocijan (1987) utvrđeno je da su učenici u redovitom razredu u kojem se primjenjivao eksperimentalni program rada na socijalizaciji bili značajno bolji na području socijalne interakcije od učenika u redovitom razredu s povremenom defektološkom pomoći. Međutim, učenici koji pohađaju nastavu u posebnim uvjetima bili su uspješniji kako na području socijalne interakcije tako i na području komunikacije od učenika iz redovnih razreda.

Na temelju prikazanih istraživanja može se uočiti da učenici usporenog kognitivnog razvoja, polaznici redovnih škola postižu sličnu razinu usvojenosti većine vještina i navika svakodnevnog života kao i njihovi vršnjaci bez teškoća. Međutim, pitanje je da li prisutnost poremećaja u ponašanju i emocionalnih teškoća odražava na razinu usvojenosti vještina i navika svakodnevnog života u ovih učenika, te da li se psihoterapijskim radom može utjecati na razvoj praktične inteligencije.

U posljednje vrijeme raste interes za psihoterapijski pristup osobama narušenog mentalnog zdravlja. Značaj psihodinamski orijentiranih koncepata za razumijevanje ponašanja i psihijatrijskih poremećaja, kao i za njihovu terapiju već je poznat (Gaedt, 1995; Frankish, 1989, 1992; Došen, 1990, 1993). Sve je prisutniji zahtjev za integralnim

i integrativnim pristupom u terapiji, koji nije ograničen samo na realitet psihe već nastoji obuhvatiti fizičku, duhovnu, socijalnu i ekološku dimenziju osobe.

Takav terapijski pristup ima Integrativna gestalt terapija. Ovim radom prikazati će se rezultati primjene Integrativne gestalt terapije na poticanje razvoja praktične inteligencije. Integrativna gestalt terapija se primjenjuje prvenstveno u svrhu ublažavanja ili uklanjanja poremećaja u ponašanju, psihičkih poremećaja i emocionalnih teškoća koje se u populaciji mentalno retardiranih javljaju češće nego u prosječnoj populaciji o čemu su autori izvjestili u svojim prethodnim radovima (Igria, Žic, Nikolija, 1995). Hilarion Petzold je ranih šezdesetih godina uveo "integrativnu terapiju" koja se može shvatiti kao opća nadgradnja prvobitne gestalt terapije u koju su uključeni i ostali izvori (aktivna psihoanaliza, psihodrama, terapija tijelom) ili kao neovisno nastala nova metoda u kojoj je sadržana gestalt terapija. (Petzold, 1988).

Terapija zahvaća čovjeka u cijelosti i u stalnoj interakciji s okolnim sustavima, tako da intervencije usmjerene primarno na emocionalne reakcije djeluju na afektivno područje, ali i na područje ponašanja i spoznavanja. Čovjek je živi sustav označen identitetom na osnovi kojeg stupa u svezu s drugim sustavima. Kontaktom s okolinom čovjek doživljava svoju osobnost i samosvojnost. Petzold (1988) ističe usku povezanost čovjeka i okoline, jer narušena okolina uvijek ometa i razara biološki organizam kao i osjetilno tjelesni subjekt (Leib-Subjekt) te deformira njegovu unutrašnju strukturu. Svaki utjecaj, bilo da je to interakcija među sustavima u okolini, ili među povezanim elementima istog sustava, rezultira mnogostrukim posljedicama (ima ih onoliko koliko i postojećih veza). Čovjek čije su sveze s okolinom narušene iskusit će te smetnje na tjelesnom, emocionalnom i duhovnom planu, pri čemu se one mogu manifestirati različitim intenzitetom i s različitim težištem (Petzold, 1988).

U integrativnoj terapiji koriste se elementi behavior terapije, psihoanalize i gestalt terapije na bazi hermeneutičkog, gestalt teorijskog, odnosno sistematsko teorijskog pristupa, na način da se očuvaju teorijske i metodološke osobine, a s ciljem kompleksnog uvida, te raznolikih mogućnosti djelovanja. Različite metode shvaćene su kao različiti sustavi za dobivanje informacija (dijagnostika), te različiti sistemi djelovanja (terapijski postupci) koji se mogu povezati principom sinopse (zajedničkog gledišta) i principom sinergije (zajedničkog djelovanja). (Petzold, 1988)

CILJ I HIPOTEZA

Cilj ovog istraživanja je ispitati razinu usvojenosti vještina i navika svakodnevnog života u skupini učenika usporenog kognitivnog razvoja u kojih su prisutni nepoželjni oblici ponašanja, te provjeriti da li se primjenom skupnog rada po principima integrativne gestalt terapije potiče razvoj praktične inteligencije odnosno vještina i navika svakodnevnog života.

U skladu s ciljem postavljena je hipoteza

H - 1: primjenom skupne integrativne gestalt terapije u skupini učenika usporenog kognitivnog razvoja u kojih su prisutni nepoželjni oblici ponašanja postići će se statistički značajan napredak u usvojenosti vještina i navika svakodnevnog života.

METODE RADA

Uzorak ispitanika

Uzorak čini 13-ero djece (9 dječaka i 4 djevojčice) usporenog kognitivnog razvoja, dobi od 7 do 12 godina (95 - 144 mjeseca). Raspon intelektualnih sposobnosti mjerenih WISC-om je od IQ 54 do IQ 84. Svi ispitanici žive u vlastitim obiteljima i polaze nastavu u redovnoj školi ili u posebnim uvjetima na području grada Zagreba. Roditelji 7-ero djece imaju nižu stručnu spremu, roditelji 5-ero djece imaju srednju stručnu spremu, a samo jedno dijete ima roditelje s visokom stručnom spremom. Važan kriterij pri

odabiru uzorka bilo je prisustvo nepoželjnih oblika ponašanja povezanih s emocionalnim teškoćama djece.

Način provođenja istraživanja

U okviru ispitivanja primjenjena je Integrativna gestalt terapija s osnovnim ciljem poticanja sazrijevanja. Uzorak ispitanika je prema dobi djece podjeljen na tri skupine s kojima se odvojeno radilo, jednom tjedno po 90 minuta. Održane su 33 seanse sa svakom skupinom, tijekom jedne školske godine. Voditelji skupina bili su socioterapeuti educirani na Fritz Perls Institutu iz Dusesdorfa.

Podaci istraživanja prikupljeni su intervjuem roditelja djece uključene u terapiju te direktnom procjenom njihovih učitelja. Ispitivanje je provedeno prije početka rada u grupi, te nakon deset mjeseci kada je završio eksperimentalni period.

Mjerni instrument

Neintelektualni aspekt socijalne kompetencije mjeren je AAMD skalom adaptivnog ponašanja I dio koja mjeri usvojenost vještina i navika svakodnevnog života. Ovim istraživanjem obuhvaćeno je slijedećih 9 područja prvog dijela skale: samostalnost, tjelesni razvoj, upotreba novca, razvoj govora, brojevi i vrijeme, aktivnosti u domaćinstvu, samoinicijativnost i ustrajnost, odgovornost, socijalna interakcija. (Nihira, Foster, Shellhaas and Leland, 1974).

Revizija skale iz 1975.g. prevedena je na hrvatski jezik, izvršena je adaptacija i standardizacija, te su utvrđena (Igrić, Fulgosi-Masnjak, 1991) mjerna svojstva našeg oblika Skale.

Metoda obrade podataka

Kako bi se utvrdila značajnost promjene u usvojenosti vještina i navika svakodnevnog života između inicijalnog i finalnog stanja primjenjena je analiza promjena jednog uzorka opisanog skupom kvantitativnih varijabli - komponentini model.

REZULTATI I DISKUSIJA

Praktična inteligencija kao komponenta intelektualnog aspekta socijalne kompetencije odražava se u aktivnostima svakodnevnog života koje se mjere AAMD skalom adaptivnog ponašanja I dio.

Usvojenost vještina i navika svakodnevnog života u skupini učenika usporenog kognitivnog razvoja kod kojih su uočene emocionalne teškoće i poremećaji ponašanja uspoređena je sa normama za populaciju djece s mentalnom retardacijom iste dobi (Tablica 1). Vidljivo je da učenici usporenog kognitivnog razvoja unatoč prisustvu emocionalnih teškoća i poremećaja u ponašanju vrlo dobro vladaju vještinama i navikama svakodnevnog života u odnosu na norme za populaciju mentalno retardiranih. Parametri fizičkog razvoja pokazuju da su učenici usporenog kognitivnog razvoja kod kojih su uočene emocionalne teškoće i poremećaji ponašanja prosječno fizički razvijeni. U odnosu na kognitivno područje promatrani učenici su komunikativniji i vještiji u operacijama s brojevima i vremenom od 90 % prosječne populacije s mentalnom retardacijom. Isto tako imaju razvijenije funkcionalne vještine pa se nalaze među 10 % najsamostalnijih u usporedbi s populacijom mentalno retardiranih iste dobi. Vještiji su u upotrebi novca od 80 % populacije mentalno retardiranih te bolje vladaju aktivnostima u domaćinstvu od 90 % populacije mentalno retardiranih. Ovi rezultati upućuju na višu razinu socijalne odgovornosti. Skupina učenika usporenog kognitivnog razvoja kod kojih su uočene emocionalne teškoće i poremećaji ponašanja samoinicijativnija je i ustrajnija od 70 % populacije s mentalnom retardacijom te imaju 80 % viši stupanj socijalnih interakcija od normativne skupine.

Treba naglasiti da promatrani uzorak djece usporenog kognitivnog razvoja čine učenici čije je intelektualno funkcioniranje na razini ispodprosječnog, graničnog i lake mentalne retardacije, dok su norme rađene na populaciji čije je intelektualno funkcioniranje

Tablica 1. Osnovni statistički parametri AAMD I dijela za učenike usporenog kognitivnog razvoja s emocionalnim teškoćama i poremećajima u ponašanju, njihova pozicija u odnosu na norme za djecu s mentalnom retardacijom i osnovni statistički parametri djece bez teškoća u razvoju

Variable	\bar{X}_1	δ_1	decili	\bar{X}_2	δ_2	\bar{X}_3	δ_3
Samostalnost	86.585	9.1535	10	92.0	8.9	92.5	11.1
Tjelesni razvoj	22.069	3.8523	5	23.6	1.2	23.4	1.5
Upotreba novca	7.7692	2.4855	8	10.9	2.8	11.6	2.5
Razvoj govora	30.000	4.6575	9	33.1	3.8	34.9	4.4
Brojevi i vrijeme	8.7692	2.3584	9	9.3	1.9	11.1	1.7
Aktivnosti u domaćinstvu	8.0769	3.3157	9	10.3	4.0	10.1	4.2
Samoinicijativnost i ustrajnost	11.585	2.9772	7	16.4	3.6	16.1	4.4
Odgovornost	3.5385	1.0088	-	-	-	-	-
Socijalna interakcija	20.069	2.9210	8	20.3	2.6	22	3.4

Legenda

\bar{X}_1 - aritmetička sredina rezultata AAMD I dio učenika usporenog kognitivnog razvoja kod kojih su prisutne emocionalne teškoće i poremećaji u ponašanju

δ_1 - standardna devijacija rezultata na AAMD I dio učenika usporenog kognitivnog razvoja kod kojih su prisutne emocionalne teškoće i poremećaji u ponašanju u dobi od 95 do 126 mjeseca

decili - pozicija učenika usporenog kognitivnog razvoja kod kojih su prisutne emocionalne teškoće i poremećaji u ponašanju u odnosu na norme za mentalno retardirane u dobi od 97 do 120 mjeseci

\bar{X}_2 - aritmetička sredina rezultata AAMD I dio u učenika bez teškoća u razvoju u dobi od 97 do 108 mjeseci

δ_2 - standardna devijacija rezultata na AAMD I dio u učenika bez teškoća u razvoju u dobi od 97 do 108 mjeseci

\bar{X}_3 - aritmetička sredina rezultata AAMD I dio u učenika bez teškoća u razvoju u dobi od 109 do 126 mjeseci

δ_3 - standardna devijacija rezultata na AAMD I dio u učenika bez teškoća u razvoju u dobi od 109 do 126 mjeseci

niranje na razini lake, umjerene i teže mentalne retardacije. U prethodnim istraživanjima (Igrić, Stančić, 1990) također se moglo uočiti da su učenici usporenog kognitivnog razvoja polaznici redovne škole uspješniji u svladavanju vještina i navika svakodnevnog života od učenika s mentalnom retardacijom, polaznika škole u posebnim uvjetima. U normativnom uzorku bili su zastupljeni učenici iz redovnih i posebnih uvjeta odgoja i obrazovanja.

Kao što je vidljivo u Tablici 1 dati su osnovni statistički parametri na osnovu kojih možemo usporediti skupinu učenika usporenog kognitivnog razvoja kod kojih su uočene emocionalne teškoće i poremećaji ponašanja u dobi od 95 do 126

mjeseca sa učenicima s mentalnom retardacijom dobi 97 do 120 mjeseci te sa učenicima bez teškoća u razvoju dvije dobne skupine, od 97 do 108 mjeseci i od 109 do 126 mjeseci.

U odnosu na učenike bez teškoća u razvoju, učenici usporenog kognitivnog razvoja kod kojih su uočene emocionalne teškoće i poremećaji ponašanja postižu nižu razinu na svim područjima praktične inteligencije, međutim zaostajanje nije veće od 2 standardne devijacije pa se može reći da s obzirom na kriterij adaptivnog ponašanja na području praktične inteligencije ovi učenici ne pripadaju skupini mentalno retardiranih. Na većini područja oni postižu rezultate koji su do 1 standardne devijacije niži od rezul-

tata djece bez teškoća u razvoju. Zaostajanje veće od jedne standardne devijacije može se uočiti na područjima samoinicijativnost i ustrajnost i upotreba novca.

Međutim, usporedba istog uzorka učenika usporenog kognitivnog razvoja s normativnim uzorkom u odnosu na prisutnost poremećaja u ponašanju pokazala je izrazitu socijalnu i osobnu neprilagođenost u skupini učenika usporenog kognitivnog razvoja kod kojih su prisutne emocionalne teškoće i poremećaji ponašanja u odnosu na norme za mentalno retardirane (Tablica 2). Tako su u njih nesocijalno ponašanje, neprihvatljive govorne navike, neprihvatljive i neobične navike i psihički poremećaji izraženiji nego u 90 % populacije mentalno retardiranih. Ovi učenici imaju izraženije silovito ponašanje i uništavanje, otpor prema autoritetu, neodgovorno ponašanje, stereotipno ponašanje i manirizme, ponašanje upravljeno protiv sebe, hiperaktivno ponašanje i upotrebu lijekova nego 80 % populacije normativnog uzorka. Također je vidljivo da su ovi učenici povučeniji te imaju izraženije

neprimjerene navike u kontaktu od 70 % mentalno retardiranih.

Učenici usporenog kognitivnog razvoja kod kojih su prisutne emocionalne teškoće i poremećaji ponašanja izrazito odstupaju u svojoj osobnoj i socijalnoj prilagođenosti od učenika bez teškoća u razvoju.

Prema navedenim pokazateljima za skupinu učenika usporenog kognitivnog razvoja u koje su prisutne emocionalne teškoće i nepoželjni oblici ponašanja može se reći da unatoč vrlo izraženoj osobnoj i socijalnoj neprilagođenosti ovi su učenici u odnosu na populaciju mentalno retardiranih razvili visok stupanj usvojenosti vještina i navika svakodnevnog života, a u odnosu na učenike bez teškoća u razvoju postižu rezultate koji su za oko jednu standardnu devijaciju niži od prosječnih za učenike bez teškoća u razvoju.

O utjecaju Integrativne gestalt terapije na smanjenje nepoželjnih oblika ponašanja u ovoj skupini učenika autori su izvjestili na First Congress of the European Association for Mental Health in Mental Retardation

Tablica 2. Osnovni statistički parametri AAMD II dijela za učenike usporenog kognitivnog razvoja s emocionalnim teškoćama i poremećajima u ponašanju, njihova pozicija u odnosu na norme za djecu s mentalnom retardacijom i osnovni statistički parametri djece bez teškoća u razvoju

Variable	X_1	δ_1	decili	X_2	δ_2	X_3	δ_3
Sklonost silovitom ponašanju i uništavanju	8.3077	3.1716	8	0,8	0,4	0,9	1,7
Nesocijalno ponašanje	11.792	4.3528	9	1,2	2,1	3,2	3,6
Otpor prema autoritetu	9.5385	3.0285	8	1,0	1,7	1,8	2,9
Neodgovorno ponašanje	3.1538	1.0987	8	0,2	0,7	0,6	1,4
Povučeno ponašanje	3.6923	1.4350	7	0,3	0,3	1,0	2,6
Stereotipno ponašanje i manirizmi	2.4615	0.9295	8	0,2	0,5	0,3	0,6
Neprimjerene navike u kontaktu	1.0769	0.2665	7	0,1	0,3	0,1	0,4
Neprihvatljive govorne navike	2.7692	1.9672	9	0,1	0,2	0,3	0,6
Neprihvatljive neobične navike	4.9231	0.9970	9	0,1	0,3	0,6	1,8
Ponašanje upravljeno protiv sebe	1.0769	0.2665	8	-	-	0,17	0,5
Sklonost hiperaktivnom ponašanju	4.4615	2.3734	8	0,4	1,0	0,4	0,7
Neprihvatljivo seksualno ponašanje	4.0000	-	10	-	-	0,0	0,2
Psihički poremećaji	15.654	4.6992	9	1,3	2,0	2,6	3,7
Upotreba lijekova	1.0000	-	8	0,2	0,2	-	-

Tablica 3. Analiza promjene vještina i navika svakodnevnog života mjeranih AAMD skalom I dio (komponentni model)

Grupa	Aritmetička sredina	Varijanca	DF1	DF2	F	P
E	5.6701	40.924	1	13	10.231	.0070

(Igrić, Žic, Nikolić, 1995). Osim promjena u odnosu na nepoželjne oblike ponašanja, praćene su i promjene na području praktične inteligencije izražene putem rezultata na AAMD skali I dio.

Prema procjeni roditelja, učenici usporenog kognitivnog razvoja u kojih su bili izraženi nepoželjni oblici ponašanja nakon desetomjesečnog grupnog tretmana po principima Integrativne gestalt terapije statistički značajno su napredovali na razini 0.1 ($F=10.2131$, $DF1=1$, $DF2=13$) u srednjim vrijednostima rezultata aktivnosti svakodnevnog života (Tablica 3).

Izvršena je usporedba pomaka aritmetičkih sredina od inicijalnog do finalnog stanja u skupini učenika usporenog kognitivnog razvoja u kojih su izraženi nepoželjni oblici ponašanja a koji su bili uključeni u grupnu Integrativnu gestalt terapiju. Na osnovi prikazanih rezultata u Tablici 4 može se ustvrditi da u funkciji napretka najviše sudjeluje varijabla Samostalnost, koja ima najveću i statistički značajnu korelaciju (.9314) s funkcijom napretka, te visok diskriminacijski koeficijent (.7609). Značajan doprinos funkciji promjene također daje varijabla Tjelesni razvoj, što se može zaključiti na temelju korelacije (.8318) s funkcijom promjene i visokog diskriminativnog koeficijenta (.5433). Rezultati nadalje ukazuju da varijabla Upotreba novca (.6656) i varijabla Socijalna interakcija (.6459). statistički značajno koreliraju s funkcijom napretka u usvojenosti vještina i navika svakodnevnog života.

Vidljivo je da je u skupini u kojoj se provodila integrativna gestalt terapija napredak bio određen porastom samostalnosti u aktivnostima brige o sebi, napretkom u tjelesnom razvoju prvenstveno u odnosu na opažanje i motoričke aktivnosti, vještijim rukovanjem novcem i boljim

odnosom sa socijalnom okolinom. Drugim riječima, napretku je pridonijela povećana osobna neovisnost povezana sa uspješnijom socijalnom interakcijom.

U terapijskom radu s učenicima usporenog kognitivnog razvoja nastojalo se stvoriti uvjete u kojima će se djeca osjećati sigurnima i prihvaćenima. Intervencije su bile usmjerene na povećanje svijesnosti vlastitog tijela, emocija, općenite svijesnost o sebi i svijetu oko sebe. U radu se poticao kontakt sa zdravim, snažnim resursima pojedinog djeteta, njegovim izvorima energije, koji su preduvjet prevladavanja postojećih problema u ponašanju.

Analiza tjelesnih funkcija djece u terapiji pokazala je da postoji perceptivna ograničenost i ekspresivna zakočenost. U Integrativnoj gestalt terapiji ističe se da je tijelo temelj ljudske egzistencije, ono je osnova osobnog sustava. Luči se razlika između fizičkog tijela, kao fizičkog biološkog organizma ljudskog bića i fenomenološkog tijela koje percipira osjete komunicira i ponaša se kao "sudjelujući subjekt" u kojem su sadržane sve ljudske sposobnosti. Fenomenološko tijelo izražava cjelokupnu osobu.

Stoga je u brojnim seansama težište rada bilo na tijelu kao jednom od elementa cjelovite strukture "tijelo-um-duša-subjekt". Potala se vizuelna i taktilna percepcija. vizuelno-motorna koordinacija, odnosno tjelesna svijesnost bazirana na iskustvu vlastitog tijela, njegovog receptivnog i ekspresivnog potencijala. Tijelo je polazna točka terapije, jer je cjelokupna unutrašnja struktura osobnog sustava bazirana na tijelu. Njime opažamo, djelujemo, ono je baza najfinijih emocionalnih poriva i najkompliciranijih perceptivnih, afektivnih i kognitivnih procesa, odnosno, baza za fenomenološko tijelo. Tijelo tvori primarnu granicu između

Tablica 4. Struktura funkcije promjene vještine i navika svakodnevnog života mjeranih AAMD skalom I dio (komponentni model)

Variable	R	D	M
Samostalnost	.9314	.7609	5.38
Tjelesni razvoj	.8318	.5433	.92
Upotreba novca	.6656	.2135	.69
Razvoj govora	.4896	.1981	3.38
Brojevi i vrijeme	.2829	.0587	1.08
Aktivnosti u domaćinstvu	.0800	.0233	2.08
Samoinicijativnost i ustajnost	-.1230	-.0540	2.77
Odgovornost	-.1325	-.0189	.31
Socijalna interakcija	.6459	.1838	1.62

Legenda:

R korelacija između varijable i funkcije promjene

D koeficijent diskriminacije

M aritmetička sredina razlike rezultata

unutrašnjeg i izvanjskog, ono je mjesto kontakta s ostalim sustavima.

Posvećujući pažnju emocionalnom području utvrđeno je da ova djeca ne diferenciraju pojedine emocije i nisu spremna na njih reagirati, odnosno uočene su teškoće u doziranju. Grupnim igrama razvijala se empatičnost, kreativnost i emocionalna fleksibilnost. Nastojalo se kroz priče i igranje uloga proširiti percepciju socijalnih situacija i mogućih emocionalnih reakcija na njih. Istovremeno se poticala i svijesnost o svijetu oko sebe, uočavanje razlika i sličnosti među članovima grupe, događajima koje pojedini članovi doživljavaju bitnima, ponašanjima koje okolina vrednuje kao poželjna i onima koja se smatraju nepoželjnim.

U integrativnoj terapiji terapijske promjene shvaćaju se kao procesi učenja međusobno povezani principom sinergije (zajedničkog djelovanja). Pritom, Petzold pod učenjem podrazumijeva višedimenzionalni postupak koji istovremeno uzrokuje promjene na različitim razinama, promjene tjelesne, psihičke, socijalno-interakcijske i kognitivne strukture. Za svaku razinu postoje određeni postupci učenja koji se međusobno ne isključuju već nadopunjavaju.

Na taj način u terapijskom radu s djecom usporenog kognitivnog razvoja učenje se odvijalo na razini ponašanja, emocionalnoj razini, gdje se uči putem emocionalnog iskustva i na spoznajnoj razini gdje se uči uvidom (npr. pojmovi i pravila). Integrativna gestalt terapija zahvaća čovjeka u cijelosti i u stalnoj interakciji s okolnim sustavima, tako da intervencije usmjerene primarno na emocionalne reakcije djeluju na afektivno područje, ali i na područje ponašanja i spoznavanja.

Dakle, potičući tjelesnu svijesnost putem iskustva vlastitog tijela, njegovih funkcija i ograničenja, receptivnog i ekspresivnog potencijala u skupnom radu s učenicima usporenog kognitivnog razvoja poticao se među ostalim i razvoj praktične inteligencije, pogotovo u odnosu na samostalnost, tjelesni razvoj opisan kroz perceptivne i motoričke sposobnosti, komunikaciju i socijalizaciju. Stoga ne čudi uska povezanost između povećane samostalnosti u aktivnostima brige o sebi, koja između ostalog uključuje hranjenje, brigu o čistoći i odijevanju, s napretkom u tjelesnom razvoju. Naime, vježbama senzitivnosti i ekspresivnosti stvarala se tjelesna svijesnost koja je uz pozitivna iskustva vlastitog tijela pridonijela

većoj pažnji dijeteta prema sebi, odnosno prema svom tijelu. Istovremeno razvijao se vlastiti identitet, upravo na osnovi kojeg dijete stupa u odnose s okolinom, što se odrazilo u uspješnijoj socijalnoj interakciji. Za učenike usporenog kognitivnog razvoja koji su u razredu umjesto doživljaja zajedništva najčešće doživjeli odbačenost od svojih vršnjaka, terapijska skupina postala je mjesto razvoja doživljaja prihvaćenosti, povjerenja i sigurnosti, gdje su njihovi osjećaji prihvaćeni s uvažavanjem i razumijevanjem. Vjerojatno je da je takvo iskustvo pridonjelo povećanju samopoštovanja i sigurnosti u sebe na temelju kojeg su bili spremniji na suradnju, obzirnost prema drugima, uočavanje drugih, sudjelovanje u grupnim aktivnostima što su elementi socijalne interakcije.

ZAKLJUČAK

Ovim radom utvrđeno je da je razina praktične inteligencije koja se ogleda u usvojenosti vještina i navika svakodnevnog života u skupini učenika usporenog kogni-

tivnog razvoja u kojih su prisutni nepoželjni oblici ponašanja, visoka u odnosu na norme za mentalno retardirane, a niža je od razine koju postiže prosječna populacija.

Nakon desetmesečne primjene Integrativne gestalt terapije došlo je do statistički značajnog porasta u usvojenosti vještina i navika svakodnevnog života, što podržava prihvaćanje hipoteze istraživanja. Opisana funkcija promjene određena je porastom samostalnosti, povećanjem perceptivnih i motoričkih sposobnosti, vještijim rukovanjem novcem i uspješnijom socijalnom interakcijom.

Iako primarno usmjerena na uklanjanje i ublažavanje problema u ponašanju kod učenika usporenog kognitivnog razvoja primjena Integrativne gestalt terapije pokazala se učinkovita i u poticanju razvoja praktične inteligencije. Upravo se time potvrđuje mnogostrukost djelovanja Integrativne gestalt terapije koja zahvaća osobu u cjelini, a uzrokovane promjene odražavaju se različitim intenzitetom na svim područjima ljudskog funkcioniranja.

LITERATURA:

1. Došen, A.: Developmental - dynamic relationship therapy. In: Treatment of Mental Illness and Behavioural Disorder in the Mentally Retarded, Proceedings of the International Congress, May 3rd- 4th, 1990 (eds A. Došen, A. van Gennep & G.J. Zwanikken) Logan Publications, Amsterdam
2. Došen, A.: Diagnosis and treatment of psychiatric and behavioural disorders in mentally retarded individuals: the state of the art, *Journal of Intellectual Disability Research*, 1993, 37, Supplement 1, 1-7
3. Frankish, P.: Meeting the emotional needs of handicapped people: a psycho - dynamic approach, *Journal of Mental Deficiency Research*, 1989, 33, 407-414
4. Frankish, P.: A psychodynamic approach to emotional difficulties within a social framework, *Journal of Intellectual Disability Research*, 1992, 36, 559-563
5. Gaedt, C.: Psychotherapeutic approaches in the treatment of mental illness and behavioural disorders in mentally retarded people: the significance of psychoanalytic perspective, *Journal of Intellectual Disability Research*, 1995, vol. 39, 3, 233-239
6. Greenspan, Stephen & Granfiled, James M.: Reconsidering the construct of mental retardation: Implications of a model of social competence, *American Journal on Mental Retardation*, vol. 96, 4, 1992, 442-453
7. Greshman, Frank M. & Reschly, Daniel J.: Dimension of social competence: Method factors in the assessment of adaptive behaviour, social skills, and peer acceptance, *Journal of School Psychology*, vol. 25, 1987, 367-381
8. Guralnick, Michael J.: Social competence as future direction for early intervention programmes, *Journal of Mental Deficiency Research*, 1989, 33, 275-281
9. Guralnick, Michael J.: Social Competence and Early Intervention, *Journal of Early Intervention*, 1990, 14, 1, 3-14
10. Guralnick, M.J. & Weinhouse, E.: Peer-Related Social Interactions of developmentally Delayed Young Children: Development and Characteristics, *Developmental Psychology*, 1984, vol.20, 5, 815-827
11. Guralnick, M.J. & Groom, J.: Correlates of Peer-Related Social Competence of Developmentally Delayed Preschool Children, *American Journal of Mental Deficiency*, 1985, vol. 90, 2, 140-150
12. Hogg, J. & Mittler, P.J.: Aspects of Competence in Mentally Handicapped People, U: *Advances in Mental Handicap Research*, Volume 2, Ed. by Hogg, J. & P.J. Mittler, John Wiley & Sons Ltd, 1983
13. Igrić Lj.: Adaptivno ponašanje učenika s mentalnom retardacijom u relaciji s nekim prediktorima, *Defektologija*, 1990., 26, 2, 163-177
14. Igrić, Lj., Stančić, Z. (1990): Neke razlike u adaptivnom ponašanju učenika bez teškoća u razvoju i učenika s mentalnom retardacijom, *Defektologija*, vol. 26, 2, 193-200.
15. Igrić, Lj., Fulgosi-Masnjak, R.: AAMD Skala adaptivnog ponašanja, Prručnik. Sveučilište u Zagrebu, Fakultet za defektologiju, Zagreb, 1991.
16. Igrić, Lj. i A. Žic: Socijalna adaptacija djece s mentalnom retardacijom i njihova socijalna zrelost, *Defektologija*, 1992, 28, 1-2 suplement (2), 29-45
17. Igrić, Lj., Žic, A., Nikolić, B.: Integrative treatment of undesirable behaviour in children with learning disabilities, First Congress of the European Association for Mental Health in Mental Retardation, September 13-16, 1995, Amsterdam
18. Mavrin-Cavor, Lj.: Neki socijalizacijski efekti integracije djece usporenog kognitivnog razvoja, *Defektologija*, 1988, 24, 1, str. 81-93
19. Mavrin-Cavor, Lj. i S. Kocijan: Uspoređivanje napretka u socijalizaciji učenika usporenog kognitivnog razvoja u različitim oblicima odgojno-obrazovnog rada, *Defektologija*, 1987, 23, 1, str. 125-136
20. Petzold, G.H.: Integrative Bewegungs - und Leibtherapie: Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie (Integrative Therapeutic Schriften zu Theorie, Methodik und Praxis Bd.1/1); Junfermann-Verlag, Paderborn, 1988.
21. Siperstein, Garry N.: Social competence: an important construct in mental retardation, *American Journal on Mental Retardation*, 96, 4, 1992, iii - vi