

Ela Hudina, Zagreb

KATEGORIZACIJA TJELESNO INVALIDNE DJECE SA PSIHOLOŠKOG ASPEKTA S NAROČITIM OSVRTOM NA CEREBRALNO OŠTEČENU DJECU

Kategorizacijom se fizičke i psihičke ometenosti u razvoju djece svrstavaju u određene kategorije, stiče dokument o invaliditetu i omogućuje ostvarivanje prava s područja socijalno-zdravstvene zaštite. U prvom se redu određuje težina hendikepa, zatim se utvrđuje bilans rezidualnih sposobnosti i mogućnosti koje dijete ima.

Baratanje postocima invalidnosti može impresionirati, ali logički ne pruža nikakvu nadu za rad sa slučajevima od 100%, 90%, 80%, 70%, 60% itd. invaliditeta. U kategorizaciji i rehabilitaciji oslanjamo se uvijek na ono što postoji, a ne na ono čega nema.

Ono što treba ocijeniti, podvući i valorizirati — to su preostale sposobnosti i mogućnosti na kojima će dijete graditi svoj život, a koje ga istovremeno ograničavaju.

Tretiranje djeteta čisto medicinski, kirurški i tehnički, iako je od fundamentalne važnosti za njega, ne prezentira čitav problem rehabilitacije. Znamo da rast i razvoj uvjetuje jedan drugog, dopunjuju se i međusobno prožimaju — čine psihofizičko jedinstvo. Zato tjelesni invaliditet daje boju psihičkom životu.

Smetnje i poteškoće na psihičkom području — kao što su smetnje ponašanja, adaptacije, uključivanja u kolektivni život, psihoneurotske reakcije, afektive, epileptoidne reakcije, emocionalne smetnje uslijed endokrinoloških poremećaja i sl. — utvrđuju se medikopsihološkim ispitivanjima i stavljaju nas pred problem rekonstrukcije i konstrukcije, koje teže za mobilizacijom snaga djeteta i što boljim uključivanjem u kooperaciju s okolinom.

Svako živo biće ispoljava težnju da prebrodi zapreke i nedostatke. Ta pozitivna tendenca za kompenzacijom psihološki je najznačajnija za hendikepiranog. Konstruktivnost kompenzacije ili njena devijacija, u

smislu stvaranja iluzornih težnji, ovisit će o načinu, vrsti i količini pružanja ili uskraćivanja šansi djetetu u okolini u kojoj živi.

Psihološki gledano, sudbina djeteta ovisi o ulozi koju igra socijalna sredina, njenoj prosvijećenosti, njenom pristupu i stavu prema invaliditetu, o toplini i humanosti koju dijete prima, o kontaktu s drugima.

Pažnja okoline treba biti usmjerena ne samo na fizički defekt, već i na inteligenciju, karakter djeteta, adaptaciju u školi, kako bi edukacija i rehabilitacija bile što potpunije.

Pri kategorizaciji treba voditi računa o dvije grupe faktora koje determiniraju psihički status invalidnog djeteta:

1. grupa faktora koja proističe iz samog defekta;
2. grupa faktora koja proizlazi iz reakcija okoline na taj defekt.

Oba se faktora dopunjuju i međusobno isprepleću.

— U prvoj grupi faktora tjelesni invaliditet »fizički« ograničava dijete, sputava normalno sticanje iskustva, komplicira i ometa mentalni razvoj djeteta.

— Fizička kondicija postaje baza njegova ponašanja, ali indirektno utječe i na ostale psihičke strukture. Stvara poteškoće u kontaktiranju, izaziva netolerantne socijalne situacije, formira određene emocionalne stavove, potencira osjećaj nezadovoljstva zbog nezadovoljene težnje za kompenzacijom i sl.

— Ograničenja i poteškoće koje hendikep stvara djetetu, zahtijeva od njega podvrgavanje ličnoj disciplini koja mu omogućava maksimalno i razumno korištenje vlastitih napora.

— Istovremeno dijete savladava strah i sumnju. Neuspjeh u pokušajima readaptacije više leži u te dvije psihološke komponente nego u samoj fizičkoj kondiciji.

— Stid djeteta zbog nespretnosti dovodi do negiranja mogućnosti za izvođenje pokreta i do psihičke blokade. Ta blokada može loše utjecati na cjelokupni rad s djetetom i stvoriti negativan stav u njegovu životu.

To naglašavam zato, što o tome treba voditi računa u psihodijagnostici, kao i u samom procesu rehabilitacije i edukacije. Ti su faktori još značajniji kod djece oboljele od cerebralne paralize.

— Vrlo rijetko sam tjelesni invaliditet izaziva smetnje u ponašanju, osim kod slučajeva s endokrinološkim poremećajima ili cerebralnim oštećenjima.

Uzrok poteškoćama tjelesno invalidnog djeteta, na prvom koraku njegove egzistencije, leži više u psihološkom konfliktu koji izaziva sam defekt u njegovoj okolini nego defekt sam po sebi.

— Tjelesno oštećeno dijete uvijek je više podložno i ovisno o okolini od normalnog, više sputano i frustrirano raznim potrebama: potrebom za kretanjem, slobodom, osjećajem sigurnosti.

— Potreba za većom okupacijom s invalidnim djetetom je normalna, ali ga ne privilegira da ne ulaže napor i podvrgava se disciplini.

— Njegovo je ponašanje vezano za reakcije okoline koja može ublažiti ili agravirati frustrirajuće situacije.

— Stavovi okoline — bili pozitivni ili negativni — imaju psiholoških reperkusija na dijete. Čak stav njegove najbliže okoline obično determinira njegov stav prema vlastitom hendikepu.

— Sam defekt ne predstavlja tragičnu komponentu u životu djeteta, ukoliko njegova najbliža okolina u njemu ne vidi tragiku za cijelu obitelj.

Negativan pristup invaliditetu ne samo da remeti odnose unutar porodice, nego i odnose sa samim djetetom. Stvara komplekse krivnje, predbacivanja, traženje uzroka, sramote kao nepogodne stigmatе u društvu, mržnje, netrpeljivosti, povlačenja u sebe i sl., pa dovodi čak do poremećaja duševne uravnoteženosti djeteta ili pojedinih članova obitelji.

Ništa manje negativan stav prekomjerno je nadanje, bježanje od istine, prekomjerno ispoljavanje ljubavi do narcisoidnosti, do kompleksa lažnog žrtvovanja, razvijanja osjećaja osobite ličnosti, lažnog altruizma i sl. U svemu tome ima mnogo primitivizma.

Pozitivan stav prema invalidnosti može se usporediti s pozitivnim stavom prema bolesti. Ona ima svoj uzrok, tok; liječi se i izliječi do granica onih mogućnosti kojima danas medicinska nauka i znanje raspolažu.

Danas poliomiелitis ne predstavlja isto što i cerebralna paraliza. On je moderna bolest koja se uspješno liječi zahvaljujući napretku medicinske nauke. Zato polio za roditelje više ne predstavlja psihičko opterećenje. Međutim, cerebralna paraliza i mišićna distrofija postale su i ostale problemi medicine.

— Stav okoline prema djetetu oboljelom od cerebralne paralize presuda je za njega. Podrška okoline treba da je objektivna, a socijalni kontakt s invalidom neophodan.

Fizički razvoj cerebralno paraliziranog djeteta podliježe prazninama: odsutnost izvjesnih refleksa, retardaciji u procesu psihofizičkog razvoja, psihomotornoj usporenosti ili nemiru.

Dijete može biti normalne (prosječne) inteligencije, pa ipak će mu fizički defekt onemogućiti da pohađa normalnu školu, jer će mu ritam rada biti sporiji, jer će imati smetnje u integraciji u kolektivni život. Kod nekih vrsta spasticiteta, unatoč normalnom QI (kvocijent inteligencije), takvo dijete neće moći pohađati redovnu školu zbog nesposobnosti

da piše i sl. Djeca koja su bolovala od cerebralne paralize diferiraju u stupnju psihofizičkog defekta (invaliditeta), pa je time i kategoriziranje znatno otežano.

Poteškoće, sa psihološke tačke gledišta, leže u:

1. težini prosuđivanja intelektualnog, odnosno mentalnog nivoa;
2. određivanju stupnja psihičkog oštećenja.

— Težina prosuđivanja javlja se kod samog određivanja QI (kvocijenta inteligencije), kao indeksa realiziranog pojma inteligencije, kao i u poteškoćama pri zaključivanju na individualne razlike, svrstavanje u kategorije i razrede, uključivanje u određene škole, ustanove, zavode ili profesionalnu orijentaciju.

Ne samo da je teško diferencirati normalno od retardiranog djeteta, već je još teže odrediti variranja unutar jedne kategorije.

Psihološki gledano, kvalitativna analiza rezultata, odnosno pojedinih odgovora daleko je korisnija u dijagnostičke svrhe od pukog ocjenjivanja QI.

— Poteškoće se javljaju kod testiranja slučajeva s kombiniranim defektima: afazija, sljepoća, gluhoća, epilepsija, govorne mane, itd. Prosuđivanje je u tim slučajevima otežano zato što dijete ili ne može baratati test-materijalom, ili ne može pisati, tj. uopće baratati olovkom, ili ne može govoriti.

— Poteškoće u prosuđivanju javljaju se kod nekih vrsta spasticiteta gdje, unatoč normalnom QI, a zbog smetnji u percipiranju na području vida, okulomotorne koordinacije, sluha i sl. ne samo da je testiranje otežano, već dijete neće moći pratiti redovni program nastave niti postizati adekvatni školski uspjeh.

— Vrlo je teško odrediti koliko i u kojim slučajevima pedagoška zapuštenost, hospitalizacija ili primitivizam sredine, u kojoj je dijete živjelo, ili sve zajedno, utječe na prividno smanjenje QI ili na smetnje ponašanja. Slično je i kod ispitivanja uzroka pseudointeligencije.

— Još je teže prosuditi smetnje u ponašanju ili poremećaje koje ne rezultiraju iz samog defekta, nego su psihogenog karaktera: autizam.

Često je teško odgovoriti da li je reakcija, stav ili odgovor djeteta rezultat njegove fizičke kondicije, senzornog poremećaja, defekta (djelomične gluhoće), opće intelektualne zaostalosti, specifičnih poteškoća karakterističnih za određene tipove cerebralnog oštećenja ili dječje idiosinkrazije.

Testovi koji se danas primjenjuju uglavnom su predviđeni za normalnu djecu, pa je prejudiciranje na temelju tako evaluiranih testova netačno i nesigurno.

Osim toga, upućivanje na kategorizaciju obično se veže za školsku dob, prije uključivanja djeteta u neki zavod, ustanovu ili školu. **Zato je rana dijagnostika (predškolski period) neophodna uz razradu specifičnih psihodijagnostičkih metoda, adekvatnih dobi djeteta i vrsti defekta.** To je naročito važno kod kombiniranih slučajeva — cerebralne paralize.

Treba naglasiti da **vrijednost dijagnostike i prognostike ne ovisi samo o mediko-psihološko-pedagoškim sredstvima i metodama ispitivanja, nego i o sastavu tima, s obzirom na profil stručnjaka, kao i o naučnom prilaženju problemu kategorizacije i rehabilitacije.**

Zbog toga smatram da bi bilo neophodno osnovati Centar za praćenje i kategorizaciju slučajeva tjelesno invalidne djece u procesu rehabilitacije od jednog stalnog tima stručnjaka, naročito za djecu oboljelu od cerebralne paralize. U tom slučaju akt o kategorizaciji ne bi predstavljao samo pravno-administrativni dokument za ostvarivanje izvjesnih prava. Isto tako taj akt ne bi bio nešto definitivno, nego bi podlijegao reviziji, rekategorizaciji izvjesnih kategorija djece. On bi služio kao dijagnostičko i prognostičko sredstvo u procesu kompleksne rehabilitacije. Sve to traži i dopunu i izmjenu Zakona o kategorizaciji i rehabilitaciji te kategorije djece.

Na našoj društvenoj zajednici ostaje koliko će sredstava, napora i truda uložiti na rješavanje problema tjelesno invalidne, naročito cerebralno oštećene djece.

LITERATURA

- Aldrich, C. G. and Doll, E. A (1931): Comparative Intelligence of Idiots and Normal Infants. *Jour. Genet. Psychol.* 39, 227-57.
- Binet, A. and Simon, T. (1915): A Method of Measuring the Development of Intelligence in Young Children. Chicago, Medical Book Coy.
- Dunsdon, M. I. (1952): The Educability of Cerebral Palsied Children. Newnes, London.
- Ewing, A. W. G. (1930): Aphasia in Children. Oxford Univ. Press.
- Firth, J. R. (1930): Speech. London, Benn.
- Gesell, A. and Amatruda, C. S. (1941): Developmental Diagnosis: Normal and Abnormal Child Development. New York, Hoeber.
- Koupernik, C. (Ed. 1951): Psychiatrie sociale de l'enfant; Conferences, publiées sous la direction de. C. Koupernik; Travaux et Documentes du Centre international de l'Enfance, Paris.

Wallin, J. E. W. (1949): Children with Mental and Physical Handicaps. New York, Prentice-Hall.

Ela Hudina, Zagreb

CATÉGORISATION DES ENFANTS INVALIDES CORPORELS DU POINT DE VUE PSYCHOLOGIQUE AVEC UN ASPECT SPÉCIAL AUX ENFANTS AVEC LÉSIONS CÉRÉBRALES

RÉSUMÉ

Le statut psychologique de l'enfant est déterminé par deux groupes de facteurs:

1. ceux qui découlent de la déficience physique
2. ceux qui dérivent des réactions de l'entourage a cette déficience.

Ces facteurs s'intérenènt, s'interfèrent (la gravité du handicap est la base de comportement d'enfant, aussi que les réactions de son entourage, les attitudes émotionnelles etc). L'enfant handicapé va être impliqué dès le début de son existence difficile, dans un enchevêtrement de situations sociales qui ont sa déficience pour origine, mais qui résultent plus directement du conflit psychologique que l'infirmité engendre dans son entourage — spécialement lorsque s'agit d'un paralysé cérébral.

Ce qui devrait être estimé, valorisé, souligné, ce sont les capacités restantes, c'est avec elles qu'un individu construit sa vie. La diagnostique psychologique doit être établie à l'âge préscolaire, avec développement des méthodes et aspects psychodiagnostique, adapté à l'âge d'enfant, à l'espèce, gravité de handicap (la paralysie cérébrale).

Au départ d'un quotient intellectuel est difficile de classier l'enfant. Il est difficile d'établir par examen medico-psychologique de l'enfant son bilan déficitaire, spécialement d'un paralysé cérébral, parce nous nous trouvons devant un problème de construction ou reconstruction qui va requérir la mobilisation des forces d'enfant, lui — même. Il faut toujours tenir compte de la variété et de degré d'infirmité. Il faut alors envisager l'enseignement spécial, mais l'éducation assurée sera aussi complète que possible: intellectuelle, professionnelle.