

POREMEĆAJ SOCIJALNOG KONTAKTA KOD RETARDIRANOG DJETETA — AUTIZAM, PSIHOZA ILI NEŠTO DRUGO — DIJAGNOSTIČKI I TERAPEUTSKI POKUŠAJI

Ante Došen

Klinika za djecu s poremećajima
u razvoju »de Hondesberg«
Oisterwijk, Nizozemska

UDK: 376.42

Originalni znanstveni rad

S A Ž E T A K

Poremećaj socijalnog kontakta u ranom djetinjstvu uzrokuje ozbiljnu prepreku, kako emocionalnom, tako i kognitivnom razvoju retardiranog djeteta. Dijete s poremećajem socijalnog kontakta može pokazivati simptome koji se susreću kod autistične ili psihotične djece. Česta posljedica toga je da se kod djece s poremećajem socijalnog kontakta postavlja pogrešna dijagnoza autizma ili psihoze, što pak uzrokuje pogrešni tretman.

Kod naše populacije poremećaj socijalnog kontakta bio je najčešće uzrokovan neskladnim stimuliranjem socijalnog razvoja djeteta. Poremećaj socijalnog kontakta kod autistične i psihotične djece nije primarni, nego sekundarni simptom, uzrokovan drugim, dubljim (primarnim) poremećajima kognitivnog i emocionalnog razvoja.

Psihoterapija bazirana na načelima normalnog razvoja može kod takve djece dati dobre rezultate. Često se s pomoću takve terapije dolazi do otkrića primarnog defekta i do bolje dijagnostike.

UVOD

U eri razvoja brige društva za što boljom socijalizacijom i stvaranjem uvjeta za humani život mentalno hendikepiranog djeteta, sve veću pozornost stručnjaka privlači vrlo česta pojava poremećenog ponašanja kod te djece. Često poremećaji ponašanja predstavljaju ozbiljan problem u socijalizaciji i dovode do trajne institucionalizacije i izolacije te djece.

Dok se donedavno kod retardirane djece govorilo globalno o

poremećajima ponašanja, a u tretmanu se polazilo od Skinnerovih postavki o operantnom kondicioniranju, u zadnjoj dekadi obraća se sve više pozornosti proučavanju specifičnih faktora koji uvjetuju to ponašanje kod takve djece. Pri tome se naglašava da su poremećaji ponašanja često samo izvanjski odraz dubljih emocionalnih poremećaja i nedostataka razvoja ličnosti.

Autori kao npr. Webster (1970), Philips (1967), Menolascino (1965), Szymanski (1977) i drugi ističu da emocionalni poremećaji kod

retardirane djece nastaju mnogo češće nego kod djece s normalnom inteligencijom. Razlozi za tu pojavu traže se u specifičnom organskom substratu retardiranog djeteta, u njegovom specifičnom načinu razvoja i u držanju i reakcijama njegove okoline.

U ovom izlaganju namjeravam privući vašu pozornost na ozbiljne probleme emocionalnog razvoja kod retardirane djece s teškoćama u socijalnom kontaktu. Wing i Gould (1979) iz svog opsežnog istraživanja u Engleskoj navode da se kod retardirane djece s IQ ispod 50 čak u 50% slučajeva nalaze poremećaje u socijalnom kontaktu. Među tih 50% pronašli su autori oko 5% slučajeva autizma. Kaminer (1982) na kongresu IASSMD u Torontu iznosi da oni čak kod 57% djece s IQ ispod 50 nalaze autizam. Haracopos i Kelstrup (1978) pronalaze u danskim internatima za retardiranu djecu 25% psihotične djece.

Poremećaj socijalnog kontakta djeteta, kod svih spomenutih autora, glavni je simptom dijagnoze. Čini se da je taj simptom ujedno i kamen spoticanja u dijagnostici.

Kako terapija u mnogome ovisi o dijagnozi, smatram važnim da se ovdje pozabavimo problemom dijagnostike kod te djece.

OPIS SIMPTOMA I REZULTATI EKSPLOATIVNE TERAPIJE

Na našoj klinici za djecu s poremećajima u razvoju svake godine klinički obradimo 80 do 100 djece u životnoj dobi od 3 do 16

godina. Kod 15 do 20% djece nađemo poremećaje u socijalnom kontaktu.

Pod pojmom poremećaj u socijalnom kontaktu razumijemo ovo:

Ta djeca izbjegavaju tjelesni dodir, ne podnose zagrljaj ili milovanje, a u majčinom krilu ne osjećaju se ugodno. Ona ne traže nikakvu pažnju i prolaze pored svojih roditelja kao da ih nikad nisu vidjeli. Ako ih se uzme na ruke, mogu se vrlo aktivno odupirati. Katkad se mogu pasivno prepustiti volji drugih, ali na izrazu njihova lica vidi se da pri tome ne doživljavaju nikakvu ugodu. Ta djeca ne gledaju majci u oči i ne smiješe joj se. Ako ih se neobično gleda u oči, skrivaju vlastite oči rukama, ili začepu uši prstima, ako im se naglašeno verbalno obraća. Često upada u oči da se ta djeca više zanimaju za nežive predmete u svojoj okolini nego za osobe oko sebe. Mogu biti satima zauzeti stereotipnom igrom s određenim predmetima, obraćajući malo ili nikakve pozornosti stvarnim događajima oko sebe. Katkad na male promjene u okolini mogu reagirati paničnim strahom ili izljevom bijesa. Nastupi bijesa mogu se dogoditi i bez ikakvog povoda. Redovito ta djeca pokazuju velik zaostatak u razvoju govora, u stvaranju socijalnih navika i u općem intelektualnom razvoju.

Nakon ovog opisa zasigurno su neki već pomislili da se ovdje zapravo radi o opisu autistične djece, drugi su možda pomislili da opisujem psihotično dijete. Zapravo kako jedni, tako i drugi

imaju donekle pravo. Ja sam upravo opisao simptom poremećaja socijalnog kontakta, koji se vrlo često sreće kako kod autistične, tako i psihotične djece. Ipak želim istaknuti da se kod većeg dijela djece s teškoćama u socijalnom kontaktu ne radi niti o ranom infantilnom autizmu u smislu Kanner-a, niti o atipičnoj dječjoj psihozi u smislu Ruttera, nego se radi o stagnaciji ili blokadi emocionalnog i socijalnog razvoja djeteta, koja je nastala na osnovi neadekvatne stimulacije razvoja u afektivnom i pedagoškom smislu.

Prikazom naših iskustava i rezultata psihoterapije kod 26 mentalno retardirane djece s upravo iznesenom simptomatologijom pokušat ću dati objašnjenje o maloprije navedenoj tvrdnji.

Od 184 mentalno retardirana djeteta, koja su, uglavnom zbog teškoća u ponašanju ili zbog zabrinjavajuće lošega kognitivnog razvoja, u posljednje dvije i po godine bila upućena na našu kliniku, kod 26 naišli smo na poremećaj u socijalnom kontaktu. Po primjeru engleskih autora Winga i Goulda (1979), razlikovali smo na osnovi otpora djeteta prema fizičkom kontaktu s odgojiteljicom, na osnovi razvoja govora i kontakta očima s odgojiteljicom dvije grupe djece.

Prva grupa od trinaestoro djece nije podnosila tjelesni kontakt i tome se aktivno odupirala. Ta su djeca pokazivala ozbiljni zaostatak u razvoju govora — (poneki su izgovarali izolirane riječi, a većina ih nije govorila) i izbjegavala su pogledati u oči

odgojiteljicu. Srednja životna dob bila je 5,9 godina. IQ kod 11 djece bio je između 20 i 50, a kod 2 između 50 i 70. Na osnovi DSM III (1980) kriterija za autizam mogli smo kod sve te djece postaviti dijagnozu autizma.

Druga grupa sastojala se također od trinaestoro djece. Ta se djeca nisu aktivno odupirala tjelesnom kontaktu. Najčešće su se odgojiteljici pasivno prepuštala. Kontakt očima bio je, letimičan, a razvoj govora bio je bolji nego kod prve grupe. Mogli su govoriti dvije do tri riječi zajedno, ali ne u pravom komunikativnom smislu, već instrumentalno ili eholalirajući. Srednja životna dob bila je 7 godina. IQ kod 10 bio je između 20 i 50, a kod 3 između 50 i 70. Na osnovi DSM III kriterija mogla se kod 3 postaviti dijagnoza autizam, a kod 9 dijagnoza atipična dječja psihoza. Jedno dijete nije se uklapalo ni u jednu od spomenutih dijagnostičkih kategorija.

Obadvije grupe imale su u toku od prosječno 6 mjeseci individualnu psihoterapiju, tzv. »relacionu psihoterapiju«. Ta psihoterapijska metoda zasniva se na psihodinamskim i razvojnim principima (Allen 1942, Moustakas 1959, Berlin 1978, Greenspan i Lourie 1981). Psihoterapiju izvode odgojiteljice na kliničkom odjelu pod strogom supervizijom kvalificiranih psihoterapeuta (Došen, 1982).

Prema teorijama Spitz (1945), Bowlby (1969), i drugih, pretpostavili smo da se kod prve grupe djece radi o nedostatku pozitivnog iskustva u primarnom tjeles-

nom kontaktu i vezivanju djeteta s majkom (prema Bowlbyu radi se o defektu »attachmenta«).

Prema psihoanalitičkoj teoriji ta se djeca nalaze u prvoj fazi svoga psihičkog razvoja, kad dijete još nije svjesno svojih tjelesnih granica i nema predodžbe o objektivnom svijetu oko sebe. Senzorički podražaji koje dijete iz okoline prima ne bivaju ugrađeni u određene koncepte slike svijeta oko sebe, i u koncept slike o samome sebi, već izazivaju direktne totalne reakcije na principu ugoda — neugoda.

Prvi korak u terapiji je: redukcija podražaja iz okoline i strukturiranje prostora i vremena.

To znači da se dijete mora dovesti do homeostaze sa svojom okolinom. Svi frustrirajući podražaji moraju se izbjegavati, dijete se mora nalaziti u stalnoj okolini i mora imati određen ritam aktivnosti i neaktivnosti. Drugi korak u terapiji je: uspostavljanje komunikacije s odgojiteljom preko određenih osjetila, uglavnom preko dodira i kinestetičkih podražaja. U određenoj dnevnoj frekvenciji odgojiteljica pokušava dodiranjem ili pokretanjem dijelova ili čitavog tijela djeteta izazvati kod njega ugodu. Tek kad dijete taj oblik kontakta doživljava ugodnim, prelazi se na sljedeći korak u komunikaciji; to je zapravo komunikacija preko materijala i govora. Pri tome se uključuju u kontakt osjetila vida i sluha.

Tu terapiju nazivamo još »terapijom kontakta« (Došen, 1982 B). Preko uspostave primarnog kontakta razvija se čvrsta afektivna veza između djeteta i od-

gojiteljice, koja se upotrebljava za daljnju stimulaciju razvoja dječje ličnosti.

Kod većine djece iz druge grupe upotrijebili smo drugi oblik »relacione terapije«, koju nazivamo »regresivna terapija«. U smislu Mahlera (1975) i Eriksona (1959), dijete se stimulira na regresiju ponašanja do nivoa na kojem može integrirati socijalnu komunikaciju s odgojiteljicom. Na taj se način uspostavlja i učvršćuje afektivna baza komunikacije koja potom služi za daljnji razvoj osnovnih značajki dječje ličnosti (Došen, 1982).

Rezultati terapije bili su ovi:

Kod devetoro djece iz prve grupe averzija prema dodiru značajno se smanjila ili nestala. Raspoloženje se poboljšalo i stabiliziralo, stereotipno ponašanje se smanjilo. Agresivne i autoagresivne tendencije su se smanjile, a govor se poboljšao. Kod nijednog od te djece nije se mogla više postaviti dijagnoza autizma. Kod četvero djece postiglo se poboljšanje socijalnog kontakta, ali ostale značajke autizma ostale su nepromijenjene; štoviše, došle su još više na vidjelo.

U drugoj grupi kod većine djece ustanovljeno je poboljšanje psihičkih funkcija. Kad neke djece bio je upadljiv napredak razvoja govora i čak značajno poboljšanje rezultata testova inteligencije (kod nekih čak 20%). Samo kod jednog djeteta dijagnoza psihoze ostala je nepromijenjena.

RAZMATRANJE

Upravo opisana iskustva dela su nam povod za tvrdnju da su većina opisane djece u prvim koracima svoga emocionalnog i socijalnog razvoja bila neadekvatno stimulirana.

Ovim ne želim potaknuti staru raspravu traženja krivca, već svratiti pozornost na specifično biološko stanje retardiranog djeteta i na specifične uvjete u kojima se ono razvija.

Retardirano dijete pati vrlo često od takvih poremećaja u svom CNS-u, zbog kojih već od prvih dana nakon rođenja drukčije nego normalno rođena djeca reagira na svoju okolinu.

Roditelji takve djece često navode da je u prvoj godini života dijete bilo vrlo mirno i samo je spavalo. Drugi roditelji navode da je dijete od samog početka bilo vrlo nemirno i ekscitabilno, malo je spavalo i slabo jelo. Roditelji sami navode da je njihov odnos s takvim djetetom bio drukčiji nego s njihovom drugom, normalnom, djecom. Vrlo često boravi takvo dijete nakon rođenja u inkubatoru, ili je često bolesno pa mora biti često primljeno na bolničko liječenje.

Ako uzmemo u obzir da je za razvoj optimalne afektivne veze između majke i djeteta potrebno isto tako inicijativa djeteta kao i inicijativa majke i da su prvi mjeseci i prva godina života kritično razdoblje razvoja (Bowlby, 1969), dolazimo do zaključka da je umjereno i teže — retardi — rano dijete, osim svoga organskog hendikepa, često hendikepirano i

neadekvatnim stimuliranjem iz okoline. Uzrok poremećaja socijalnog ponašanja je, dakle, kako na nezrelosti, neprilagođenosti, neaktivnosti i boležljivosti djeteta, tako i na neznanju, nesigurnosti, razočarenju i očaju majke.

Rezultati naše eksplorativne terapije pokazuju da se unatoč podmakloj životnoj dobi djece, usmjerenim stimuliranjem, mogu postići povoljni rezultati. Točak emocionalnog razvoja djeteta može se pokrenuti ponovno, tako da nivo emocionalnog i socijalnog razvoja dosegne nivo kognitivnih mogućnosti djeteta. Kad se tako uravnoteženje emocionalnoga, socijalnog i kognitivnog razvoja dosegne, može se reći da je retardirano dijete psihički normalno. Takvo dijete najčešće ne pokazuje poremećaje ponašanja i može u okviru svojih stvarnih mogućnosti adekvatnim didaktičkim pristupom razvijati svoje kognitivne sposobnosti.

Pa razliku od ove mogućnosti uravnoteženja psihičkog razvoja umjereno i teže retardiranog djeteta, kod autističkog djeteta, neovisno o njegovom intelektualnom potencijalu, radi se o jednom stalnom defektu određenih kognitivnih funkcija, koji zahtijeva specijalni pedagoški i edukativni pristup.

Prema teorijama Ruttera (1978), Winga (1977), Rimlanda (1974) i dr. kod autističkog djeteta radi se o specifičnoj patologiji CNS-a, kod čega je poremećen proces skupljanja i kodiranja informacija iz okoline. Takva djeca ne mogu dovesti u vezu nove informacije s već postojećim iskustvima. Ona ne

mogu razviti kodiranje i kategoriziranje vlastitih iskustava i upotrijebiti ih u konceptu vlastitog mišljenja. Posljedica takvog poremećaja očituje se osobito u otežanom razvoju socijalnog kontakta i u razvoju govora. U ranom djetinjstvu (do 4. god.) najupadljiviji simptom kod te djece može biti poremećaj socijalnog kontakta.

Kako smo to već čuli, poremećaj socijalnog kontakta može se psihoterapijom smanjiti ili otkloniti (kad autistične djece s boljim intelektualnim sposobnostima često se taj poremećaj s životnom dobi smanji sam od sebe), ali tek tada naiđe se na drugi specifični, primarni defekt, koji zahtijeva daljnji specijalni tretman.

Prema novijim publikacijama škola američkog istraživača Shoplera, koja u rad s djecom uključuje i roditelje (tzv. TEACH metoda) postiže u radu s autističnom djecom dobre uspjehe. Ta se metoda temelji na kognitivnoj teoriji i sadrži karakteristike operacijskog kondicioniranja.

Unatoč dobrih rezultata kod autistične djece, mi smatramo da je takav pristup za djecu s ozbiljnim emocionalnim poremećajima previše intruzivan i prema tome nepovoljan.

Psihotično dijete u načelu je dijete koje je već imalo iskustva u socijalnom kontaktu. To je dijete koje je već učinilo prve korake u spoznaji objektivnog svijeta i stajalo na pragu spoznaje svoga »JA«. U tom momentu, zbog organske bolesti ili zbog ne-

kog psihogenog razloga, razvoj se prekinuo i dijete je stupilo korak unazad. Njegovo »JA« izgubilo se u košmaru nepredvidljivih događaja i zastrašujućih promjena u njegovoj okolini ili u njemu samome. Zbog toga ono se povlači iz svijeta realnosti u svijet nepromenljivosti, fantazije i vlastite svemoći.

Prema autorima Eriksonu i Mahleru, takvo dijete može se dovesti u realni svijet preko izgradnje afektivne sigurnosne baze, tj. preko mosta stabilne afektivne veze s voljenom osobom. Postoje zapravo različita shvaćanja o tretmanu psihotične djece — od biheviorističko do psihoanalitičko orijentiranih škola.

Prevladava mišljenje da je veoma korisno podsticanje razvoja adaptacije, kako djeteta na okolinu, tako i okoline na dijete.

Posebno želim istaknuti da u načelu kako retardirano ili autistično, tako i intelektualno normalno dijete može u određenim nepovoljnim prilikama reagirati ili postati psihotično. Simptomi u svim tim slučajevima mogu biti vrlo slični. Kako vidimo, isti simptom može biti posljedica različitih uzroka. Tretman posljedica mora biti određen uzorkom.

Dijagnostička diferencijacija između navedena tri tipa poremećaja socijalnog kontakta nije potrebna zbog akademske **diskusije**, nego zbog praktične primjene određenog tretmana.

Prema našim iskustvima, poremećaj socijalnog kontakta treba da bude povod za daljnje ispitivanje i za postavljanje etio-

loške dijagnoze. Za takvu dijagnozu često je potrebno duže kliničko ispitivanje i primjena eksplorativne terapije. Nadamo se da će daljnja istraživanja na ovom području omogućiti razvoj određenih instrumenata koji će dovesti do lakše dijagnostike ozbiljnih emocionalnih poremećaja kod retardirane djece.

LITERATURA

1. Allen, F. H. (1942): Psychotherapy with children. Norton, New York, 49—51.
2. Berlin, J. N. (1978): Developmental issues in the psychiatric hospitalization of children; *Am. J. Psychiat.* 135. 9, 1044—1048.
3. Bowlby (1969); *Attachment and Loss*; Vol. I Attachment; Basic Books, New York.
4. Došen, A. (1982 A): Disorders of social contact in mentally deficient children: Autism, psychosis or effect of social deprivation; (u štampi).
5. Došen, A. (1982 B): Depressive conditions in mentally handicapped children; *Acta Pedopsychiatrica*. (u štampi).
6. Erikson, E. H. (1959): Identity and life-cycle; *Int. Univ. Press*, New York.
7. Greenspan, S. I., Lourie, R. S., Nover, R. A. (1979): A Developmental approach to the classification of psychopathology in infancy and early childhood; in Nospitz, J. D.: *Basic handbook of child psychiatry*. Vol. 11; Basic Books, New York.
8. Mahler, M. S., Pine, F., Bergman, A. (1975): The psychological birth of the human infant; *Basic books Inc.*: New York.
9. Menolascino, F. J. (1965): Emotional disturbance and mental retardation. *Amer. J. Ment. Def.* 70, 248—256.
10. Moustakas, C. E. (1969): *Psychotherapy with children: The living relationship*, Harper and Row, New York.
11. Philips, I. (1969): Children, mental retardation and emotional disorder. Iu. *Prevention and treatment of mental retardation*, ed. I. Philips, Basic Books, New York, pp. 11—122.
12. Rimland, B. (1968): On objective diagnosis of infantile autism; *Acta Paedopsych.*: 35, 146—161.
13. Rutter, M. (1978): Diagnostic validity in child psychiatry. In: Mendelwicz, Van Praag, *Advances in biological psychiatry*, no. 2. S. Karger, Basel, pp. 2.
41. Spitz, R. A. (1945): *Hospitalism: Psycho-analytic study of the child*: *Int. Univ. Press*, New York.
15. Szymanski, L. S. (1977): Psychiatric Diagnostic Evaluation of Mentally Retarded Individuals. *J. Am. Ac. Child Psychiatry*, 16, 67—87.
16. Szymanski, L. S. (1980): Psychiatric diagnosis for retarded persons; in Szymanski, Tanquay; *Emotional disorders of mentally retarded persons*; University Park Press, Baltimore.

17. Webster, T. G. (1970): Unique aspects of emotional development in mentally retarded children. In: Psychiatric Approaches to Mental Retardation, ed. F. J. Menolascino. Basic Books, New York, pp. 3—54.
18. Wing, L. (1977): Vroegkinderlijk autisme: Definieëring en theorieën betreffende etiologie: T. Psychiat. 19; 516—533.
19. Wing, L; Gould, D. (1979): Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification: J. Autism and Develop. Dis. 9, 11—29.

S u m m a r y

A report is given on clinical experience concerning the application of relationship therapy within the framework of a therapeutic milieu for emotionally disturbed, mentally handicapped children. The theoretical background, method, and practical results are described.

Individual psycho-therapy was carried out by a well-trained supervised nursing-staff within the living-group. The emphasis of therapy lies on an individual, positive affectionate bond with the child, through which he is helped to surmount his emotional conflicts and gradually compensate for the lag in his emotional development. It is thought that the application of individual relationship therapy within therapeutic milieu is especially suitable for mentally handicapped children, due to the specific interaction pattern of these children with their environment.