

PRIKAZ SLUČAJA ŠKOLSKOG NEUSPJEHA – NEUROPSIHOLOŠKA PROCJENA

Snježana Bilac

Specijalna bolnica za zaštitu djece s neurorazvojnim i motoričkim smetnjama

Goljak 2, 10000 Zagreb

snjezana.bilac@zg.t-com.hr

Sažetak

Školski neuspjeh može biti posljedica raznovrsnih činilaca povezanih s djetetom, obitelji, školom ili društvom u širem smislu. Cilj ovog rada je pokazati mogućnosti neuropsihološke procjene u djece sa školskim neuspjehom. Prikazan je rad kliničkog psihologa s djevojčicom koja je od početka školovanja imala teškoće učenja i emocionalne smetnje. U petom razredu školski pedagog uputio ju je na kliničku obradu u svrhu određivanja primjerenog oblika daljnjeg školovanja. Verbalne intelektualne sposobnosti djevojčice bile su u širim granicama tolerancije za dob, dok su neverbalne sposobnosti blaže odstupale, uz brojne specifične kognitivne deficite i specifične teškoće učenja. U ponašanju su bili prisutni simptomi iz područja ADHD sindroma, a u emocionalnoj domeni dominirao je fobični strah od odgovaranja u školi. Predloženo je daljnje školovanje po prilagođenom nastavnom programu. Psiholog je provodio tretman koristeći bihevior i geštalt psihoterapijski pristup. Djevojčica više nije pokazivala emocionalne smetnje, uspješno je završila osnovno i nastavila srednjoškolsko obrazovanje.

Cljučne riječi: školski neuspjeh; specifične teškoće učenja; neuropsihološka procjena u djece; psihoterapija

UVOD

Škola zauzima značajno mjesto u suvremenom društvu, a školski uspjeh je “važan marker uspjeha u stvarnom svijetu” (Moss i St-Laurent, 2001, 863). Škola pred dijete postavlja brojne zahtjeve pa je školski uspjeh, temeljen na ispitivanju i ocjenjivanju znanja, heterogena mjera niza oblika ponašanja i osobitosti djeteta i njegove okoline. Tri su široke skupine čimbenika školskog uspjeha (Andrilović i Čudina-Obradović, 1996): onih koji se odnose na dijete (dob, spol, sposobnosti, ponašanje i ličnost, vlastita aktivnost), na okolinu (socioekonomski status, obitelj) i školu (razredni kolektiv, program, učitelji).

Školski neuspjeh kod djece s neurološkim oštećenjima ili razvojnim teškoćama može biti posljedica raznovrsnih činilaca povezanih s djetetom, obitelji, školom i/ili

društvom u širem smislu. U području razvojne neuropsihologije, koja se izdvojila kao zasebna disciplina posljednja dva desetljeća, pristup ispitivanju djeteta je razvojno orijentiran, s naglaskom na kontekstu u kojem se dijete razvija. Neuropsihološka procjena naglašava se kao vodič za izradu plana tretmana (Bernstein, 1999).

Ovdje prikazujemo pristup biobiheviornalnih sistema Fletchera i Taylora (2003), u kojem neuropsihološka procjena uključuje četiri tipa varijabli: manifestnu teškoću (školski neuspjeh), osobine djeteta (kognitivne, psihosocijalne, emocionalne), biološke faktore (medicinski status i tretman) i faktore okoline (obitelj, škola, društvo).

Školski neuspjeh manifestna je teškoća, koja je jedan od razloga za dolazak djeteta na psihološku procjenu. Dijete ne zadovoljava očekivanja roditelja i škole (nedovoljan opći uspjeh ili specifične teškoće učenja – čitanje, pisanje, računanje). Prvi skup varijabli, koje prikuplja psiholog, odnosi se na objektivno stanje školskog uspjeha, znanja i specifičnih vještina. Drugi skup varijabli odnosi se na osobine djeteta. Kognitivne sposobnosti odražavaju bazičnu kompetenciju djeteta za učenje – to su opće intelektualne sposobnosti, motoričke, perceptivne, vidno-spacijalne sposobnosti, jezične i govorne sposobnosti, pamćenje, pažnja i sposobnosti rješavanja problema. Psihosocijalne osobine djeteta odnose se na prilagođenost ponašanja, emocionalnu stabilnost, samopoštovanje, socijalne vještine, motivaciju za uspjeh i sl. Kognitivna i psihosocijalna domena su u interakciji, te zajedno utječu na manifestnu teškoću. Treći skup varijabli odnosi se na biološke faktore, kao što su neurološki deficiti djeteta i njihovi anatomski i fiziološki korelati (nalazi suvremenih tehnika oslikavanja mozga, ako se sumnja na oštećenje ili je ono već potvrđeno, motorička ili senzorička oštećenja, epilepsija i sl.). Također je važan prethodni medicinski tretman koji je dijete imalo. Četvrti skup varijabli odnosi se na utjecaje okoline (obitelj, škola, društveni uvjeti, itd.).

Pretpostavka u neuropsihološkoj procjeni djeteta, kod kojeg postoje neurološki deficiti ili se sumnja na njih, jest ispitivanje sva četiri tipa varijabli. Također je važna postavka da je djetetov kognitivni profil u interakciji s njegovim psihosocijalnim osobitostima i s okolinom u kojoj se dijete razvija, a ta interakcija utječe na manifestne teškoće djeteta. Sljedeća postavka je da u kognitivnom profilu djeteta postoji disharmonija, što je direktno povezano s manifestnim problemom, npr. slabije motoričke i prostorne vještine kod djece s hidrocefalusom ili cerebralnom paralizom (Fletcher i Taylor, 2003). Posljednja postavka jest da su djetetove osobine u kovarijaciji s biološkim uvjetima i uvjetima okoline u kojoj se dijete razvija.

Cilj neuropsihološke procjene je odgovoriti na pitanje je li manifestna teškoća posljedica oštećenja mozga (neurološkog deficita) ili je više povezana s osobitostima djeteta ili okoline, odnosno što je primarni, a što sekundarni poremećaj u funkcioniranju djeteta (Dennis, 1999).

Nakon procjene slijede konkretne intervencije za dobrobit djeteta (Bernstein, 1999). One uključuju dva glavna područja: edukaciju djeteta, roditelja i okoline te preporuke za postizanje optimalne adaptacije djeteta na specifične zahtjeve okoline

(uključuje različite vrste stručnih tretmana, također i psihološki tretman). Neuropsihološka procjena i tretman djeteta nužno su povezani (Baron, 1999).

CILJ

Cilj rada je pokazati mogućnosti rada kliničkog psihologa u području školskog neuspjeha (neuropsihološka procjena, planiranje i provođenje tretmana) u okviru razvojnog neuropsihološkog pristupa biobihevioralnog sistema.

METODE

1. Anamneza

Djevojčica Iva došla je psihologu u dobi od 12 godina na preporuku školskog pedagoga, zbog smetnji učenja, ponašanja te emocionalnih smetnji. Dotad je bila više puta psihološki, psihijatrijski i neurološki obrađivana. U ponašanju je kao glavni problem naveden motorički nemir, kratka i distraktibilna pažnja. Od početka školovanja kontinuirano su prisutne teškoće čitanja, pisanja i računanja. U petom razredu teško je svladavala cjelokupni školski program. U trenutku dolaska psihologu imala je četiri negativne ocjene, najviše zbog toga što je odbijala odgovarati usmeno (elementi fobičnosti) pa profesori nisu mogli procijeniti njeno znanje.

U obiteljskoj anamnezi prisutni su bili neurološki poremećaji i mentalna retardacija. U osobnoj anamnezi u ranom razvoju prisutni su neurorizični faktori: prenesena trudnoća, porođaj carskim rezom, niska porođajna masa te stigmat na licu. Postojala je sumnja na genetski poremećaj, ali je kariotip bio uredan. Ultrazvučna snimka mozga pokazala je uredan nalaz.

U dojenačkoj dobi Iva je bila mirna, puno je spavala, a, po navodima majke, rani razvoj bio je u skladu s očekivanjima za dob. U dobi od dvije godine rodio joj se brat, na što je Iva reagirala regresijom u ponašanju i javljanjem psihopatoloških simptoma – počela je vrlo malo spavati (4 sata dnevno) i postala je izrazito nemirno dijete. U dobi od 3,5 godine operirala je krajnike, što je za nju opet imalo značenje psihološke traume. Tijekom boravka u bolnici i nakon liječenja puno je plakala, skoro uopće nije spavala tjedan dana, kasnije je nastavila s čestim buđenjima i hodaњem u snu, pokazivala je jaki separacijski strah. Nakon što je uspostavila kontrolu sfinktera, javila se enkopreza. Tada je dulje vrijeme bila sklona respiratornim afektivnim krizama. U dobi od 4,5 godine imala je potres mozga, pri čemu gubi svijest te se sumnja na kontuziju okcipitalnog dijela mozga. Neuropedijatrijska obrada utvrdila je tada blaže odstupanje elektroencefalograma (EEG) i probleme komunikacije, a psiholog je naveo smetnje ponašanja po organskom tipu i ispodprosječno intelektualno funkcioniranje.

Polaskom u školu uočavaju su specifični problemi učenja te je Iva dvije godine pohađala defektološki tretmana na tri različita mjesta. Roditelji su samoinicijativno prekinuli tretman i od tada nije bila uključena ni u jedan oblik stručnog rada. Škola je u drugom razredu tražila da se provede postupak razvrstavanja teškoća u razvoju, tijekom kojeg je psihijatar ustanovio hiperaktivnost, pretjerano pričanje i bizarnosti, neurolog sitne neurološke abnormalnosti, a psiholog granično intelektualno funkcioniranje (granični kvocijent inteligencije – IQ). U rješenu o razvrstavanju vrste i stupnja teškoća u razvoju kao dijagnoza mentalnog statusa navedena je laka mentalna retardacija (LMR). Majka je od tada koristila zakonsku mogućnost skraćenog radnog vremena.

U nižim razredima osnovne škole djevojčica se školuje po redovnom programu, iako je utvrđeni mentalni status u okviru LMR, u kojem slučaju je indiciran prilagođeni oblik školovanja. Majka je naknadno dala informaciju da je već prije od strane škole predlagan prilagođeni program, što ona nije prihvatila.

U školi su česte promjene učiteljica, tako da nije imala osobu za koju bi se vezala i koja bi u području učenja i osjećanja u školskoj situaciji vodila brigu o njoj. Zbog emocionalnih problema roditelji ponovno odlaze na konzultacije kod drugog psihijatra, koji dijagnosticira strah od neuspjeha i školsku fobiju. Neuropedijatar, kojem su se obratili kao posljednjem, dijagnosticira miješani neurorazvojni poremećaj (hiperaktivnost, poremećaj pažnje, specifične smetnje učenja). Prelaskom u više razrede problemi su postali očitiji i to je povod za dolazak psihologu na kliničku obradu (određivanje primjerenog oblika daljnjeg školovanja).

2. Rezultati psihološke procjene

U početnom kontaktu sa psihologom Iva plače, bježi iz sobe, a kasnije pokazuje izraziti motorički nemir, kratku i distraktibilnu pažnju, uz impulzivnost i nedistanciranost prema ispituvaču. Tijekom sljedećih susreta smiruje se, surađuje, ali su i dalje prisutni problemi u ponašanju iz domene sindroma poremećaja pažnje i/ili hiperaktivnosti (ADHD) – nepažljivost i impulzivnost. U vizualnim zadacima uočljive su perseveracije. Govorni status je u skladu s dobi, povremeno je logorejična, uz opširan tok misli pa je potrebno stalno usmjeravanje tijekom rada. Dobro je orijentirana u vremenu i prostoru, uredne desnostrane lateralizacije.

Za procjenu ponašanja i učenja djevojčice korišteni su polustrukturirani intervju, opažanje, test pisanja, čitanja i računanja (nestandardizirani postupci, Furlanov jednominutni test čitanja). Za procjenu općih intelektualnih i specifičnih sposobnosti korišteni su Goddenough test "Nacrtaj čovjeka", Bender test precrtanja likova - Koppitz razvojni sistem ocjenjivanja (LB), Wechslerov test inteligencije za djecu (WISC), Kohsov test slaganja kocki, Ravenove progresivne matrice – standardni oblik (SPM), Bentonov test vidnog pamćenja. Za procjenu emocionalnih teškoća i odnosa unutar obitelji i s vršnjacima korišten je Test nedovršenih rečenica (vlastita verzija), a za procjenu samopoimanja Piers-Harrisov upitnik (područja školskog učenja, odgovaranja, odnosa s vršnjacima, odnosa u obitelji, odnosa prema izgledu, tijelu, vlastitim sposobnostima, emocijama).

Rezultati na WISC testu pokazuju da su njene verbalne intelektualne sposobnosti u širim granicama tolerancije za dob (verbalni kvocijent inteligencije, VIQ = 86) s izraženim raspršenjem rezultata na pojedinim subtestovima. Dobno su primjerena postignuća na subtestovima Shvaćanje i Sličnosti (skalirani rezultati u okviru prosječnih vrijednosti, 11), dok podbacuje na Informiranosti (skalirani rezultat 7, graničan). Na subtestovima Računanje i Pamćenje rezultati su značajno sniženi (skalirani rezultati 3 i 5) i upućuju na specifične kognitivne deficite (diskalkulija, smetnje pamćenja). Neverbalne intelektualne sposobnosti su u okviru blažeg, prema umjerenom zaostajanju (neverbalni kvocijent inteligencije, NIQ = 54), a pojedini skalirani rezultati su u rasponu od 1-7. Ako se sumiraju rezultati na verbalnom i neverbalnom dijelu WISC testa, dolazi se do zaključka da su opće intelektualne sposobnosti djevojčice u kategoriji blažeg intelektualnog zaostajanja, prema graničnima, IQ = 69, međutim velika disharmonija rezultata na verbalnom i neverbalnom dijelu te unutar verbalnog dijela ne opravdava taj zaključak. Smatramo da je opravdano zaključiti o bazično primjerenim intelektualnim potencijalima djevojčice, ali s nizom uočenih specifičnih kognitivnih deficita i općenito oštećenim neverbalnim sposobnostima.

Na SPM postiže također sniženi rezultat (ispod 5. centila), što znači da je oštećena i perceptivna komponenta, a ne samo prostorno-integrativna (izvedbena). Uočeni specifični deficiti su u području vidne i slušne pažnje, vidno-prostorne percepcije i integracije (na LB testu ne prelazi razinu od 5,5 godina, niti na retestu u dobi od 15 godina, u Kohs testu slaganja kocki prisutni su deficiti umjerenog stupnja) i vidnog pamćenja (u Benton testu rezultat upućuje na deficite težeg stupnja).

Nivo čitanja odgovara slabijem uspjehu drugog razreda (ne prelazi 28 točno pročitanih riječi u minuti). Prilikom čitanja prisutne su i emocionalne smetnje: odbijanje čitanja i zamuckivanje te slabije razumijevanje pročitano. Smetnje pisanja vrlo su diskretne, uz slabu motoričku koordinaciju, na koju upućuje ružan rukopis, zauzimanje puno prostora na papiru, povremeno ispuštanje slova te opću motoričku nespretnost. U računanju koristi prste, čak i za zbrajanje u skupu brojeva do 10. Od specifičnih razvojnih teškoća učenja utvrđene su disleksija i diskalkulija.

U ponašanju se uočavaju emocionalne smetnje – nemir, nedistanciranost, distraktibilnost, pojačana tjeskoba tijekom psihološkog testiranja, strah u situacijama školskog učenja i odgovaranja koji naraste do fobičnih elemenata (npr. odbija usmeno odgovaranje ili reagira potpuno neadekvatno, što ponekad poprima i bizaran oblik). Na upitniku o samopoimanju navodi niz loših osjećanja i misli u području učenja i akademskih sposobnosti, odgovaranja u školi, prihvaćenosti od strane vršnjaka, doživljavanja vlastitog tijela.

Nakon prikupljanja podataka o svim varijablama važnima za školski uspjeh, zaključak neuropsihološke procjene bio je da kod djevojčice postoji kombinacija neuropsiholoških i psihijatrijskih poremećaja, koji rezultiraju manifestnim smetnjama učenja i ponašanja. Primarno su se tijekom razvoja javljali psihijatrijski poremećaji kao reakcije na psihološke traume tijekom predškolskog perioda. Polazak u školu bio je još jedna psihološka trauma za dijete - separacija koja reaktivira regresivno

i patološko ponašanje, uz novu traumu – nemogućnost da kognitivno i ponašanjem udovolji zahtjevima škole. Tada se uočavaju blaži neurološki deficiti i intelektualni problemi, a s vremenom razvijaju se novi psihopatološki simptomi.

3. Osvrt na rad s djevojčicom prije psihološke kliničke obrade

Analiza dosadašnjeg rada s Ivom pokazuje da poduzete akcije nisu bile za dobrobit djeteta. Djevojčica je odrasla u brižnoj obitelji, uz opterećenje u obiteljskoj i osobnoj anamnezi. Roditelji su prihvatili dijagnozu lake mentalne retardacije, ali nisu prihvatili prilagođeni program kao primjereni oblik školovanja. Uz to koristili su mogućnost rada u skraćenom radnom vremenu za jednog roditelja, zbog potrebe pojačanog rada s djetetom. Tretman se nije provodio kontinuirano, često su se mijenjale učiteljice u školi. U dva navrata je prošla postupak razvrstavanja teškoća u razvoju, gdje sudjeluje cijeli tim. Iz perspektive razvojnog neuropsihološkog pristupa smatramo da je cjelokupna dijagnostika provedena bez integracije podataka. Izolirano je gledanje na pojedine aspekte problematičnog ponašanja koje je naizgled nalikovalo sindromu ADHD, ali zapravo su to bile ozbiljne emocionalne smetnje i specifični kognitivni deficiti (jedinствен doprinos obje domene, uz njihovu progresivnu interakciju tijekom vremena). Neprimjeren je i zaključak o mentalnom statusu, koji nije opravdan psihodijagnostičkim nalazima. Ako se rezultati verbalne i neverbalne skale zbrajaju, opći intelektualni status je graničan, a donijeto je rješenje o statusu u okviru lake mentalne retardacije. Tretman koji je djevojčica polazila kraće vrijeme bio je neintegriран, nekontinuiran, neprimjeren (u dijelovima, npr. oblik školovanja) i/ili nepotpun (defektološki rad bez psihoterapije).

4. Preporuke kliničkog psihologa za rad s djevojčicom

Nakon neuropsihološke procjene slijedi konstruktivna akcija za dijete, koja treba biti usmjerena na sve aspekte biobiheviornog sistema djeteta – okolina. Nakon ostvarene prve tri postavke (ispitali smo osobitosti djeteta, manifestne teškoće te varijable okoline i konteksta u kojem se dijete razvija), rezultate neuropsihološke procjene koristili smo kao vodič za izradu plana tretmana. Ovdje navodimo što je sve poduzeto u završnoj fazi neuropsihološke procjene.

Uveden je novi oblik školovanja po prilagođenom programu u redovnoj školi (zbog sporosti administracije realiziran je početkom šestog razreda), u vezi s čim je ostvarena suradnja s roditeljima, učiteljima i školskim pedagogom (škola nema zaposlenog psihologa). Ponovljen je neuropedijatrijski pregled te postupak razvrstavanja vrste i stupnja teškoća u razvoju, u kojem su se uvažili rezultati nove neuropsihološke procjene. Preporučен je individualni defektološki rad s djevojčicom glede školskih vještina te psihološki tretman u vezi s emocionalnim smetnjama. Roditelji su se odlučili za psihološki tretman.

Prvi korak u radu s roditeljima bila je psihoedukacija o svim čimbenicima školskog uspjehа te psihološka podrška u prihvaćanju konkretne situacije svojeg djeteta: suočavanje s teškoćama, ali i upućivanje na dobre kognitivne potencijale, donoše-

nje odluke o novom načinu školovanja, poticanje promjena u njihovu ponašanju u odnosu na djevojčicu te planiranje suradnje za modifikaciju ponašanja djevojčice glede školskog učenja. Konkretno preporuke roditeljima bile su povezane s fazama terapijskog rada s djevojčicom. U organizaciji učenja kod kuće preporučeni postupci bili su slični postupcima u školskom okruženju. Roditelji su trebali kontrolirati koje zadatke je djevojčica ostvarila kod kuće (vođenje dnevnika) i potkrepljivati poželjno ponašanje koje je dogovoreno. Konkretni zadaci za djevojčicu postavljeni su i u vezi s kućanskim poslovima te odnosom s bratom i vršnjacima.

Psiholog je učiteljima dao detaljne pismene i usmene upute glede primjerenog strukturiranja programa učenja te načina učenja i ispitivanja (odlazak psihologa u školu). Preporučeno je rad u manjim nastavnim cjelinama, uz češće odmore. Općenito je smanjena količina gradiva koju djevojčica treba naučiti, od nje se tražilo da nauči osnovne pojmove, koje označavaju učitelji u suradnji s roditeljima. Za učenje se preporučuje koristiti više slušanje (zbog perceptivnih, vidno-prostornih i teškoća vidnog pamćenja, dok su verbalne sposobnosti bolje), a za ispitivanje znanja pismeno izražavanje (zbog emocionalnih teškoća – izbjegavanje usmenog odgovaranja ili potpuna zablokirano pri odgovaranju), uz češće nadgledanje i usmjeravanje tijekom pisanja (otežano perceptivno i prostorno snalaženje, usporeni psihomotorni tempo).

U nastavi matematike potrebno je omogućiti korištenje kalkulatora, postavljati jednostavnije zadatke, i u aritmetici (diskalkulija) i u geometriji (grafomotorička nespretnost i otežana vidno-prostorna integracija). Uz smanjenu količinu gradiva u pismenom radu učitelji trebaju više pozornosti obratiti na točnost uratka, a manje važnosti pridavati brzini i urednosti. Potrebno je omogućiti više prostora za rad na papiru. U kontrolnim pismenim ispitima važno je ne penalizirati greške u pisanju, već treba dodatno usmeno provjeriti što je napisala (individualni dopunski rad).

Od učitelja se tražila suradnja u provođenju psihološkog tretmana. Važno je bilo izmjenjivanje mirnih i pokretnih aktivnosti (omogućiti djevojčici da se tijekom sata može ustati i prošetati, konstruktivno zaposliti) i toleriranje nemira u vlastitoj klupi, ako ne ometa drugu djecu. U početnom dijelu tretmana čitanja i modifikacije ponašanja dogovorili smo da djevojčicu ne ocjenjuju u čitanju, smanjena je količina teksta koju treba čitati naglas, naglašava se polagano čitanje, uz samokorekciju. Učitelji trebaju potaknuti roditelje da djetetu čitaju naglas, a ne da to roditeljima zabranjuju kao do sada (primjer lektire). Zbog izražene tjeskobe u ispitnoj situaciji i često nemogućnosti usmenog odgovaranja, djevojčici je potrebno više puta pružiti priliku za odgovaranje, uz postavljanje potpitanja, pozitivno usmjeravanje i pohvaljivanje i za najmanji dobro napravljeni zadatak.

5. Psihološki tretman u području teškoća učenja (prva faza psihoterapije)

Početni razlog dolaska djevojčice psihologu bile su teškoće učenja, dok su različiti psihopatološki simptomi bili manje naglašavani, osobito simptomi nepovezani s učenjem (nemir i strahovi), koji prethodno nisu prepoznati kao takvi. Glavni emocionalni zastoj bio je nedostatak čvrstog kontakta s realnošću od ranog djetinjstva

(dob 2-4 godine) i ometeni proces separacije i individuacije. Stoga je kao nadređeni cilj postavljeno da djevojčica ostane u realitetu i da ne odustane od života, a u psihoterapijskom radu kombinirani su pristupi behavior i geštalt terapije, uz nadređene principe kontakta i svjesnosti iz geštalt terapijskog pristupa.

Osnovna strategija u tretmanu djevojčice bila je polazak od onog što dijete trenutno može, koliko god to malo bilo, i dalje postavljanje primjerenih zahtjeva za dijete, bez obzira na fazu, metodu ili područje rada. To je bila pretpostavka za stvaranje nove realne situacije, u kojoj dijete može biti uspješno, i od čega je terapeut mogao krenuti u dublje psihološke promjene. U okviru geštalt terapije postavljene ciljevi su postizanje svjesnosti i uspostavljanje kontakta sa svojim potrebama i mogućnostima, kao i s drugim aspektima realnosti (okolina, situacija) te konačno integracija ličnosti i samoaktualizacija. Konkretno teme bile su strahovi i druge emocije, slika o sebi, preuzimanje odgovornosti za svoje ponašanje (u skladu s mogućnostima), odnosi s vršnjacima, odnosi u obitelji. Cjelokupni psihoterapijski tretman trajao je kontinuirano do završetka osnovnog školovanja (tri godine), uz nastavak psihološke podrške tijekom srednje škole.

Rad u području teškoća u učenju bio je prva faza i prikladan uvod u daljnji psihoterapijski rad, koji prelazi okvire ovog prikaza (neuropsihološka procjena). Terapijski ciljevi u vezi s učenjem bili su: primjeren organizacija učenja (redovitost, učenje točno na vrijeme, učenje sve većeg broja predmeta za jedan dan, osamostaljšivanje u učenju, poboljšanje u čitanju (brzina i razumijevanje). Tada su se uglavnom koristili postupci iz biheviorterapije (dnevnik učenja, pozitivno potkrepljivanje-žetoniranje, modeliranje, samoinstrukcije). Daljnji ciljevi bili su bolje pismeno i usmeno odgovaranje, na koje su još izrazito utjecale emocionalne smetnje. Ovdje su kombinirani postupci iz geštalt terapije (usmjerenost na sada i ovdje, osobito u terapijskom kontaktu, identifikacija, dijalog, preuzimanje odgovornosti, igre uloga). U ovoj fazi tretmana psiholog je intenzivno surađivao s roditeljima i učiteljima, provedeno je 20 susreta u pet mjeseci.

REZULTATI

Evaluacija rezultata psihoterapije prikazana je cjelovito za sve faze terapije. Ono što je postignuto u prvoj fazi (dominira školsko učenje) povremeno se moralo obnavljati pa i izgrađivati ispočetka u kriznim situacijama. Kad je djevojčica bila u sedmom razredu (druga polovica ukupnog rada) umro je njen djed, s kojim je bila bliska. To je bilo ponavljanje traumatičnih separacijskih iskustava iz ranog djetinjstva (rođenje brata, operacija), reagirala je regresijom u ponašanju, i tada su bile važnije emocionalne teme, a ne poboljšanje školskog učenja. Tijekom vremena prolazila je burno razdoblje adolescencije, javljao se prkos, bježanje iz kuće, potpuno je odbijala učiti. Tako smo se stalno trebali prilagođavati novonastalim situacijama i redefinirati konkretne terapijske ciljeve. Primjer - prethodni cilj u učenju bio je učiti svaki dan tri predmeta po vlastitom izboru (nakon prve faze rada). Nakon djedove

smrti potpuno odbija učenje kod kuće, javljaju se depresivne misli kao "Najradije bih bila s njim u grobu pa ne bih imala nikakvih problema." U toj situaciji učenje je bilo manje važno, a primarni cilj je onaj postavljen kao nadređen (ostajanje u ovom životu, u kontaktu s drugim ljudima). Tijekom krize bili smo zadovoljni što je samostalno odlučila da će učiti svaki dan jedan predmet. Nakon nekog vremena, kad se osnažila, opet je počela učiti tri predmeta dnevno.

Postignuti rezultati evaluirani su na osnovi objektivnih mjerenja, opažanja, procjena roditelja i učitelja (o školskim vještinama, odgovaranju i ponašanju u školi) i samoprocjena (za ponašanje i osjećanja).

U čitanju Iva je poboljšala tehniku: nakon 20 tretmana čitala je bez slovkanja i zamuckivanja, uz bolje razumijevanje teksta, dok je brzina ostala nepromijenjena. Pokazivala je veću samoinicijativnost u čitanju tijekom treninga te je započela čitanje po slobodnom izboru (prvu knjigu pročitala je u sedmom razredu).

Izgrađene su pozitivne navike učenja: učila je redovito svaki dan, samoinicijativno je započinjala učenje (uz povremeno majčino poticanje) te bila sve samostalnija tijekom učenja pojedinih predmeta (učila je od jednog do tri predmeta dnevno, bez obzira na broj predmeta tijekom dnevnog rasporeda). Učenje je postalo efikasnije (bolje razumijevanje i pamćenje gradiva), kao i odgovaranje kad su je ispitivali nastavnici (mjera smanjivanja straha - broj usmenih odgovaranja u odnosu na broj prozivanja, samostalno javljanje).

U ponašanju tijekom psihološkog tretmana zapažene su pozitivne promjene: postala je mirnija, uz postavljanje primjerene distance u odnosu na psihologa, u radu je bila pažljivija, manje je prekidala i manje upadala u riječ psihologu. S vršnjacima je Iva komunicirala na pozitivniji način: češće se družila s prijateljima, koji su joj davali podršku, distancirala se od pojedine djece s kojima je prije dolazila u konflikte, nisu se više događale tučnjave.

Napredak je postignut i u emocionalnom razvoju. Iz psihološkog zastoja, gdje su dominirali strah, nemoć i pasivnost, pomakla se u zreliju poziciju, gdje je počela preuzimati odgovornost za sebe, uz sve bolju kontrolu straha i ljutnje. Izrazito negativnu sliku o sebi mijenja postupno u pozitivnu (pozicija "ja mogu i hoću").

Školski uspjeh djevojčice se poboljšao (ocjenjivana je uspješnost u prilagodbenom nastavnom programu), imala je sve pozitivne ocjene, osim ocjene iz fizike u sedmom razredu, kada je trebala polagati popravni ispit. Razlog negativne ocjene je bio što nije htjela usmeno odgovarati kad ju je nastavnik prozivao (još uvijek prisutan jaki strah). Iva je uspješno završila osnovno i nastavila srednjoškolsko obrazovanje.

RASPRAVA

Problemska pitanja koja se mogu postaviti, a odnose se na uži rad psihologa i na širi timski rad, jesu: koja je dijagnoza/e kod ove djevojčice; što je primarni po-

remećaj, a što sekundarni; tko treba integrirati prikupljene dijagnostičke podatke i koju akciju treba poduzeti za dijete; koji tretman je primjeren, tko provodi tretman / tretmane i gdje; koji je cilj tretmana i prema kojim aspektima je usmjeren; koliko dugo treba trajati tretman?

Nakon prikazanog rada psihologa u području školskog neuspjeha kod djevojčice s kombiniranim smetnjama (psihopatološki simptomi i neuropsihološki defeciti) možemo se zapitati što naše društvo realno pruža djeci s teškoćama učenja? Trenutno postoji premali broj stručnjaka, koji se općenito bave djecom klinički ili u redovnom sustavu školstva (npr. nedovoljan broj psihologa u školama i bolnicama). Ne postoje timovi koji se specifično bave dijagnostikom i tretmanom djece u području školskog neuspjeha. Sustav ne pruža mogućnost cjelovitog primjerenog tretmana, stručnjaci su ograničeni u terapijskim postupcima. U takvim uvjetima ne samo da se djetetu ne pruža primjeren pomoć, već ono može biti izloženo brojnim neprimjerenim postupcima, a ponekad čak i zlostavljanju zbog svojih neuroloških ili psihičkih tegoba. Dijete koje ne uspijeva u školskom učenju osjeća se najčešće samo i nemoćno. Posljedice ovakvih nezadovoljavajućih uvjeta jesu: školski neuspjeh, emocionalne teškoće i/ili smetnje ponašanja kod značajnog broja djece školske dobi.

Preporuke i sugestije za implementaciju rada

Prikazani slučaj iz rada kliničkog psihologa mogao bi poslužiti kao model za buduće slične intervencije u području školskog neuspjeha. Uz temeljnu edukaciju (razvojna i školska psihologija, psihopatologija) klinički i školski psiholozi trebaju se dodatno educirati iz područja dječje neuropsihologije te nekog psihoterapijskog pristupa.

Da bi terapija uspjela, potrebna je detaljna psihodijagnostika svih aspekata funkcioniranja djeteta i okoline (Fletcher i Taylor, 2003). Kvaliteta neuropsihološke procjene samo djelomično ovisi o instrumentariju kojim raspolazemo u našim uvjetima, ali presudno je znanje kliničara, njegovo iskustvo, način prikupljanja i interpretacija podataka te stav da se želi pomoći djetetu (stručna angažiranost). Ako procjena ostane samo na nalazu i mišljenju psihologa, ona je nedovršena i često nekorisna. Konkretno preporuke djetetu, roditeljima i učiteljima izvode se iz integriranih dijagnostičkih podataka (Bernstein, 1999). One su ponekad dovoljne da se klinička situacija kod djeteta poboljša (učenje i ponašanje), ali u nekim slučajevima potreban je i dodatan tretman, što ovisi o stanju pojedinog djeteta (primarno pitanje – “Što je uzrok teškoća učenja i ponašanja?”, Dennis, 1999). Jedan dio dijagnostike mogli bi provoditi školski psiholozi, a specifičniji dio klinički psiholozi i oni bi trebali zajednički integrirati prikupljene podatke. Jednostavniji tretmani (djeca bez većih emocionalnih teškoća i/ili psihopatologije) mogli bi se također provoditi u školama, dok se složeniji tretmani trebaju provoditi u kliničkim uvjetima ili u kombinaciji sa školskim psihologom. U pojedinim dijelovima terapijskog rada uz roditelje i učitelje u tretman se mogu uključiti i drugi stručnjaci (školski pedagozi,

defektolozi, radni terapeuti, dječji psihijatri). Psiholozi bi trebali usmjeravati i educirati suradnike, a psihoedukacija bi trebala zahvaćati usvajanja potrebnih znanja i vještina, ali i utjecati na promjenu stavova i ponašanja svih sudionika.

ZAKLJUČAK

Konstruktivna akcija s aspekta razvojne neuropsihologije za dobrobit djeteta s teškoćama učenja podrazumijeva vezu između dijagnostike i tretmana. Prvi korak u radu s djevojčicom Ivom bila je neuropsihološka procjena koja zahvaća sve aspekte sistema djeteta–okolina. Ispitivane su manifestne teškoće učenja i ponašanja, zatim kognitivne i druge osobitosti djeteta (ponašanje, osjećanja, motivacija). Za integraciju podataka bilo je potrebno poznavati uvjete razvoja djeteta (osobna psihološka i medicinska anamneza) i osobitosti okoline (obiteljska anamneza, trenutno funkcioniranje, stavovi i ponašanje prema učenju, način suradnje sa školom, uvjeti učenja u školi, stavovi i ponašanje učitelja, dotada poduzete akcije). Neuropsihološka procjena završila je preporukom i kreiranjem primjerenog plana tretmana za djevojčicu: uvođenje prilagođenog oblika školovanja, individualizacija pristupa u nastavi, suradnja s učiteljima i stručnim suradnicima u školi, konkretne upute roditeljima u vezi s ponašanjem u odnosu na djevojčicu, savjetovanje roditelja, psihoterapijski rad s djevojčicom.

Bez obzira na to da li cjelokupni rad provodi isti psiholog ili razdvojeno dva psihologa s različitom edukacijom, u različitim okruženjima (škola ili klinika), svaki psiholog treba poznavati osnove oba pristupa i svaki psihološki tretman treba biti integriran (zahvatiti spoznaju, ponašanje i emocije kod djeteta). Plan tretmana se, osim psihološkog rada, treba odnositi i na druge stručnjake i okolinu djeteta, pa je temeljni princip rada u području školskog neuspjeha timski pristup djetetu: integracija podataka u dijagnostičkom procesu i primjereni tretman za dijete.

LITERATURA

- Andrilović, V., Čudina-Obradović, M. (1996). *Psihologija učenja i nastave, (Psihologija odgoja i obrazovanja III)*. Zagreb: Školska knjiga.
- Baron, I. S. (1999). Clinical implications and practical applications of child neuropsychological evaluations. U K.O. Yeates, M.D. Ris, H.G. Taylor (Ur.), *Pediatric Neuropsychology: Research, Theory and Practice*, (str. 439-456). New York: Guilford Press.
- Bernstein, J. H. (1999). Developmental neuropsychological assessment. U K.O. Yeates, M.D. Ris, H.G. Taylor (Ur.), *Pediatric Neuropsychology: Research, Theory and Practice*, (str. 405-438). New York: Guilford Press.
- Dennis, M. (1999). Childhood medical disorders and cognitive impairment: Biological risk, time, development and reserve. U K.O. Yeates, M.D. Ris, H.G. Taylor (Ur.), *Pediatric Neuropsychology: Research, Theory and Practice*, (str. 3-22). New York: Guilford Press.

- Fletcher, J. M., Taylor, H. G. (2003). Children with brain injury. U E.J. Mash, L.G. Terdal (Ur.), *Assesement of childhood disorders*, (str. 453-480). New York: Guilford Press.
- Mash, E.J., Terdal, L. G. (2003). Assessment of child and family distrubance: A behavioral – systems approach. U E.J. Mash, L.G. Terdal (Ur.), *Assesement of childhood disorders*, (str. 3-68). New York: The Guilford Press.
- Moss, E., St-Laurent, D. (2001). Attachment at school age and academic performance. *Developmental Psychology*, 37, 863-874.

A CASE OF SCHOOL FAILURE – NEUROPSYCHOLOGICAL EVALUATION

Summary

School failure can be the result of various factors relating to the child, it's family, their school or society in general. The aim of this study is to demonstrate the possibilities of neuropsychological evaluation in the area of school failure. It presents the work done with a girl, who had learning difficulties from the start of schooling as well as emotional disorders. In her fifth class she was referred by her school for clinical assessment in order to determine appropriate further education. The verbal intellectual abilities of the girl were in the average range, while her non-verbal abilities were deficient, with numerous specific cognitive deficits and specific learning difficulties. Her behaviour showed symptoms of ADHD syndrome and in her emotional domain there was dominant phobic fear of verbal answering in school. We suggested further education with an adapted schooling programme. The psychologist implemented treatment based on cognitive behavioural and Gestalt therapy. The girl stopped showing emotional disorders, she successfully completed primary school and continued with her secondary education.

Key words: school failure; specific learning difficulties; developmental neuropsychological evaluation; psychotherapy