

Uporaba kognitivnih tehnik pri delu z duševno prizadetimi in njihovimi starši#

NADA PEČAVAR*

Osnovna šola Dragotin Kette, Novo mesto

Povzetek: Duševno prizadete osebe same ne iščejo strokovne pomoči, ampak se začne obravnava na pobudo staršev oziroma strokovnih delavcev, ki se pritožujejo nad motečim vedenjem. Vendar je nemogoče spremeniti otrokovo vedenje, ne da bi odrasli spremenili svoje reakcije do njega. To pa pogosto zahteva predelavo njihovih disfunkcionalnih avtomatskih misli. Te se lahko nanašajo na zahteve, ki jih postavljamo in so povezane z osnovnimi principi obravnavanega pristopa, ali na njihov odnos do otrokove prizadetosti, njegove prihodnosti itd. V obravnavi skušamo po eni strani vplivati na zmanjševanje motečega vedenja in po drugi na izgrajevanje zelenih reakcij. Pogosteje se uporabljajo vedenjske tehnike, ki so bolj primerne za populacijo prizadetih, vendar to ne pomeni, da so kognitivne tehnike pri njej neuporabne. V tuji literaturi so navedene študije zmerno duševno prizadetih oseb, pri katerih so delali na notranjem pogojevanju in so bile v postopek vključene predstave, domišljija. V pričujočem prispevku so opisani primeri uporabe kognitivnih tehnik pri lažje in zmerno duševno prizadetih osebah in njihovih starših.

Ključne besede: duševna prizadetost, vedenjsko-kognitivna terapija, kognitivne tehnike, avtomatske misli

Application of cognitive techniques with mentally handicapped children and their parents

NADA PEČAVAR

Dragotin Kette Primary School, Novo mesto, Slovenia

Abstract: Mentally handicapped people do not seek professional help the treatment is initiated by the parents or professionals who find their behaviour disturbing. But it is impossible to alter the child's behaviour without changing the reactions of the adults. This often calls for the alteration of their disfunctional automatic thoughts. These may be related to their demands and connected with basic principles of the cognitive approach, or to their attitude towards the child's handicap or his/her future. The treatment tries to diminish disturbing behaviour and strenghten the desired reactions. Behaviour

#Prispevek je bil predstavljen na 3. Kongresu psihologov Slovenije oktobra 1999 v Portorožu v okviru simpozija "Vedenjska in kognitivna terapija v Sloveniji".

*Naslov / address: Nada Pečavar, univ. dipl. psih., Osnovna šola Dragotin Kette, Šegova 114, 8000 Novo mesto, Slovenija

techniques, appropriate for the handicapped population, are more frequently used; this does not mean that cognitive techniques are unsuitable. The literature reports on studies of moderately mentally handicapped persons where the treatment included internal conditioning, imagery and imagination. The article describes examples of application of cognitive techniques to children and parents in cases of light and moderate mental retardation.

Key words: mentally handicapped, behaviour-cognitive therapy, cognitive techniques, automatic thoughts

CC=3312 3256

Vedenjsko-kognitivna terapija predstavlja eno od pomembnih terapevtskih šol v tem stoletju. V obravnavi se uporabljajo tako vedenjske kot kognitivne tehnike, ki jih kombiniramo glede na motnjo in specifičnosti posameznega primera. Sprva je obstajala kot vedenjska terapija, ki je združevala eksperimentalni in klinični pristop (Anić, 1990; Hawton, Salkovski, Kirk in Clark, 1990). Teoretične osnove so v klasičnem in instrumentalnem pogojevanju. Na osnovi eksperimentov, da lahko nevtralen dražljaj s povezovanjem z brezpogojnim dražljajem prevzame njegovo funkcijo ter povzroči reakcijo, ki jo je sprva le brezpogojni dražljaj, se je začelo raziskovanje klasičnega pogojevanja. Spoznanja so bila uporabna pri odpravljanju fobij, obsesij, zasvojenosti in spolnih motenj. Instrumentalno pogojevanje pa izhaja iz eksperimentalno potrjenega dejstva, da je pogostost pojavljanja določenega vedenja odvisna od posledic, ki vedenju sledijo. V praksi se je to začelo uporabljati pri delu z majhnimi otroki, pri duševno prizadetih in duševnih bolnikih v institucijah ter pri odpravljanju zasvojenosti (Gelfald in Hartman, 1975; Živčič-Bečirević, 1990).

Vedenjski pristop je bil najprej omejen le na proučevanje dražljaja in reakcije, ki jo povzroči. To je znani D-R model. Usmerjen je bil strogo na zunanje vidike vedenja, ki so dostopni opazovanju in s tem tudi objektivnemu raziskovanju, kar predstavlja eno od temeljnih zahtev. Zato ni čudno, da so uporabljali izraze iz eksperimentalne psihologije. Dražljaj je neodvisna spemenljivka, reakcija pa odvisna. Kakor je ta težnja po objektivni znanstveni metodologiji vzbujala pri mnogih odpor, je po drugi strani pomenila prednost, saj je zahtevala spremljanje učinkovitosti terapevtskega dela. Ugotovile so se prednosti in pomanjkljivosti, kar je bil impulz za iskanje vzrokov za to. Analiza neuspešnih primerov je dokazala pomembnost pacientovih misli. Recimo pri pacientu ne bo učinka pri ojačevanju določene aktivnosti, če sam to aktivnosti dojema negativno.

Pomemben vpliv je imela Langova teorija o treh relativno neodvisnih sistemih odgovorov na določen dražljaj. Poleg vedenjskega omenja miselno-čustveni in fiziološki nivo. Pojmovanje izraza "vedenje" se je razširilo. Omenjeni sistemi so med seboj povezani, vendar se ne spreminjajo istočasno in v isti smeri. Mowrer je opisal dvofaktorski model, ki razlaga, da vedenje lahko nastane kot rezultat klasičnega in instrumentalnega pogojevanja. Bandura je opozoril na pomen učenja na osnovi

opazovanja modela, ki poteka spontano in ga ni potrebno ojačevati.

Vedno bolj je postajalo jasno, da so vedenjske tehnike zelo uporabne na določenih področjih, ker dajejo hitre spremembe, vendar se učinki čez čas porazgubijo. Da ne bi prihajalo do tega, je potrebno zunanjo kontrolo zamenjati s samokontrolo. 1965 je Home ugotovil, da principi pogojevanja veljajo tudi za misli, uveljavljati se je začel izraz notranje pogojevanje. Vedenjsko-kognitivna terapija je uporabna pri delu z duševno prizadetimi, pri odpravljanju motečega vedenja in učenju osnovnih funkcij, kot so hranjenje, oblačenje, higienske navade... V nekaterih institucijah jo že dalj časa uporabljajo. Obstajajo tudi možnosti izobraževanja za različne profile, kar mora biti predpogoj za delo, prav tako je potrebna supervizija. Po naših izkušnjah obstaja nevarnost, da se sistem doživlja v smislu "To ni nič novega! Saj to že delam!" in se postopki ne izpeljejo, kot bi se morali, recimo ni predhodnega beleženja, ne izvajajo se dosledno. Drugo nevarnost vidimo pri uporabi kazni. Nasploh se prime hitreje kot nagrajevanje, lahko dobi prevelik poudarek in se prenese na druge oblike motečega vedenja. Iz priložnostnih opazovanj in poročanja pri bolj občutljivih sodelavcih in starših je tudi mogoče opaziti, da je težko opustiti stare vzorce vedenja kot je stalno opozarjanje, pogovarjanje o motečem vedenju vpricho otroka, predvsem v smislu napadanja njegove osebnosti, povezovanje pohvale in motečega vedenja: "Sedaj si delal dobro, ampak prej..."

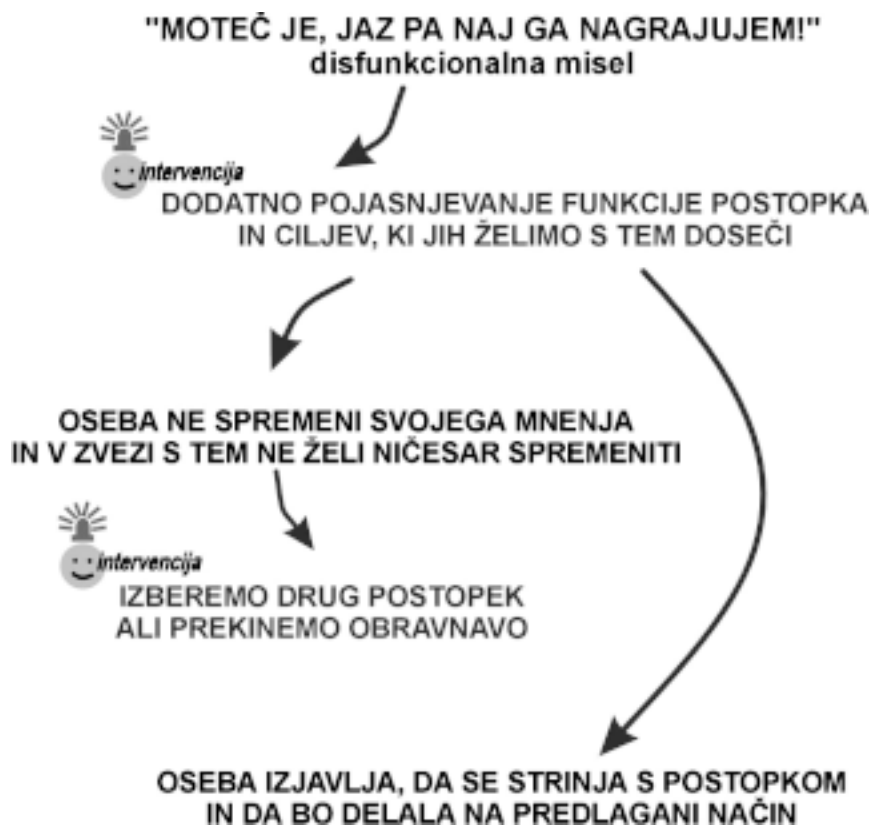
V ozadju omenjenega ravnanja so določene misli, stališča, ki onemogočajo ustrezno delo, in je potrebna intervencija na kognitivnem področju. Gre za tako imenovane avtomatske misli, ki so disfunkcionalne. Lahko se nanašajo na doživljanje sebe v vlogi starša, na otroka in njegovo motnjo ali predlagane postopke. Zato v obravnavi kombiniramo vedenjske in kognitivne tehnike.

Po naših izkušnjah največ dilem vzbujajo zahteve:

- po nagrajevanju: "To bi on moral delati, to ni nič posebnega, da bi zaslužil nagrado!" "Sedaj ga bom pa nagrajeval za vsako figo!" "Saj se bo tako navadil na manipuliranje, da nič ne bo hotel narediti brez nagrade!" "Moteč je, mi pa naj ga nagrajujemo!" "S čim naj ga nagrajujem, saj ima že vse!";
- po natančnem beleženju: "To je nemogoče izpeljati! Potem lahko cel dan delam samo to!" "To mi je tuje, neživljenjsko!" "To je pa res nepotrebno, saj poznam otroka!";
- da vztrajamo, da se otrok odziva na pobude iz okolja "Že tako je prizadet, ne bom ga še jaz omejevala!" "Saj vsi govorijo, naj otrok dela le tisto, kar želi!".

Drugo skupino pa predstavljajo misli, ki so povezane z občutji nemoči: "Mene nič ne uboga, to ne bo šlo!" "Ne vem, kako bo to, on se bo upiral, jaz pa bom odnehala!" "Tega ne bom uspela izpeljati, jaz nisem tako dosledna!" To včasih direktno izrazijo, včasih pa so te misli v ozadju odpora do postopka in pridemo do njih, ko jih predeljujemo (tehnika kognitivne restrukturacije, tehnika sestopanja).

Naša prva intervencija gre običajno v smeri dodatnega pojasnjevanja funkcije



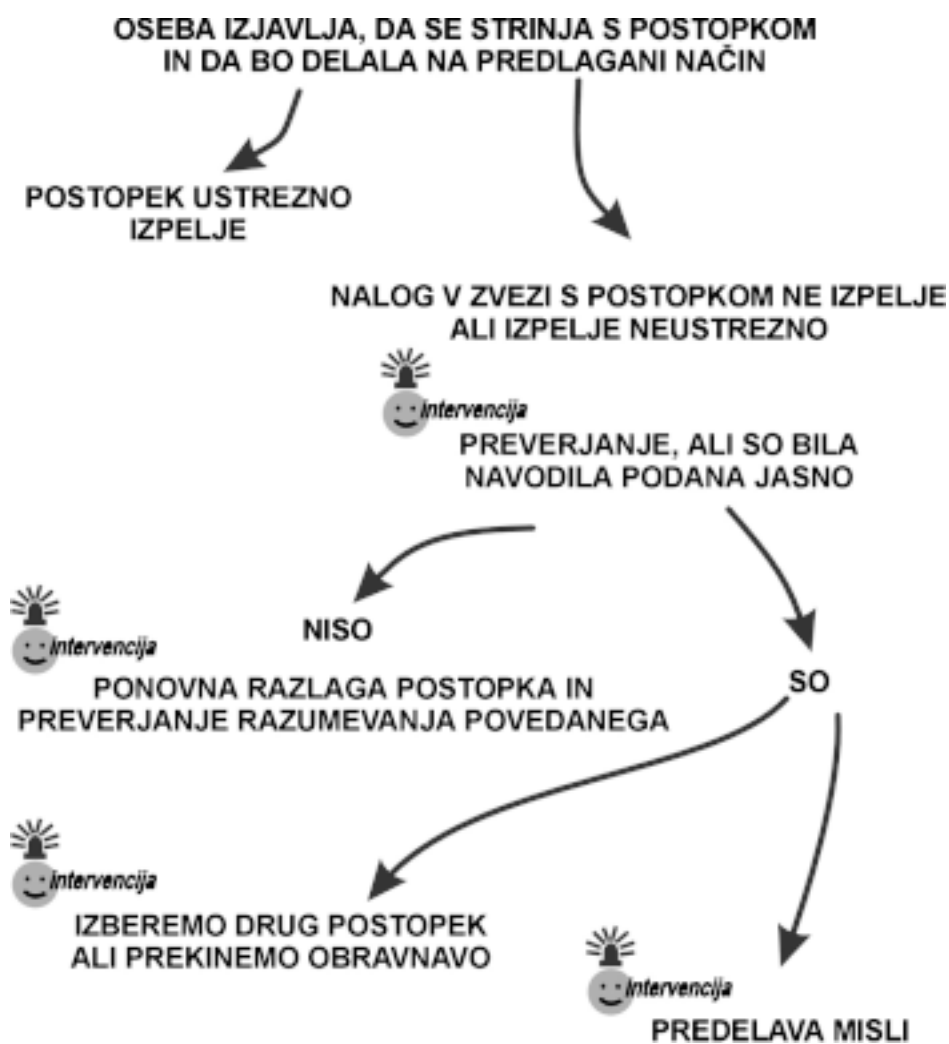
Slika 1: Potek obravnave po odkritju disfunkcionalne avtomatske misli

postopka in ciljev, ki jih želimo s tem doseči. Na to se odrasli odzovejo različno:

1. Oseba ne spremeni svojega mnenja in v zvezi s tem ne želi ničesar spremeniti - ali izberemo drug postopek ali prekinemo obravnavo.
2. Oseba izjavi, da bo delala na predlagani način.

Če se vrnemo na stanje, ko odrasli izjavi, da sprejema predlagani način dela, gre običajno potek v eno od naštetih smeri:

1. Postopek ustrezno izpelje.
2. Nalog v zvezi s postopkom ne izpelje, kar je lahko posledica nerazumevanja navodil in gre intervencija v tej smeri. Če so bila navodila podana jasno, pomeni, da gre za njihovo nesprejemanje. Izberemo drug postopek, če je možno, ali prekinemo obravnavo oziroma nadaljujemo intervencijo s predelavo misli.



Slika 2: Potek obravnave po soglasju osebe, da bo delala na dogovorjeni način

Primeri uporabe kognitivnih tehnik pri delu s starši

Primer deklice, stare 10 let, zmerno duševno prizadete, s strahom pred zdravstvenim osebjem. Pri starših in pri strokovnih delavcih se je pojavila dilema "Ali jo je res strah ali samo izsiljuje? Zakaj jo pa včasih kar naenkrat mine?" Prva intervencija je bila v smeri edukacije: kaj je strah, kako se lahko izraža, kako se izraža pri hčerki (dobili odgovor na prvo vprašanje), zakaj ljudje različno doživljamo strah, kako starši uporabljamo strah pri vzgoji, zakonitosti in postopki za zmanjševanje strahu. Starši so si bistvene stvari zapisali, večkrat smo jih obnovili, ko smo izbrane postopke

povezali s temi znanji.

Primer zmerno duševno prizadete deklice, stare 10 let, ki jo je mati pred spanjem uspavala v naročju. Izdelali smo postopek po korakih, ki so se materi zdeli sprejemljivi, vendar jih ni izpeljala. Pri iskanju vzrokov za to je povedala, da se ji pogosto pojavlja misel: "To je brez veze!" Za tem so se skrivale disfunkcionalne avtomatske misli "Pa kaj potrebuješ psihologa, saj si ti njena mati in jo najbolj poznaš!" "Dobre matere ne potrebujejo pomoči!" in bazična predpostavka "Sem slaba mati!"

Intervencija je bila usmerjena v iskanje drugih načinov gledanja na iskanje pomoči (v korist otroka, se ne vdam, sem aktivna); na dejstvo, da je večino stvari sposobna sama izpeljati in da je kljub strokovnjaku njen delež pri obravnavi velik; da ljudje pogosto iščemo pomoč (zdravnik, učitelj, duhovnik...). Vzpodbujali smo jo tudi v iskanju različnih situacij, ko se je kot mati počutila uspešno. Nekaj časa je te situacije beležila. S pomočjo tehnike igranja vlog sva prišli do tega, kako lahko ustrezno besedno reagira, če jo kdo drug zaradi iskanja pomoči pri psihologu omalovažuje. Misli o svoji neustreznosti je tudi zaustavljala.

Primer zmerno duševno prizadetega dečka, starega 9 let, ki je uhajal čez ograjo. Staršem se je predlagani postopek kratkega time-outa zdel ustrezen, izpeljali pa so ga samo takrat, kadar so bili sami doma. Deček se je postopku upiral in ga je bilo potrebno pri tem fizično omejevati. Mati je kot vzrok za svojo nedoslednost navajala nelagodje in strah, kaj bodo drugi rekli. Pojavljala se ji je misel: "Sem slaba mati, če nisem vedno prijazna z duševno prizadetim otrokom." Predvsem gre tu za moževe sorodnike in sosede.

Del intervencije je bil usmerjen na pojasnjevanje funkcije tega ukrepa (kdaj se ga fizično zadržuje, s kakšnim namenom, zakaj smo se odločili za to), na odnos do otrok (ali je možno, da smo z otrokom vedno prijazni, da doživlja samo ugodje, ali otroci radi sprejemajo omejitve...), ki je bil predelan najprej na splošno, nato glede na sina, ki ni prizadet, in glede na prizadetega sina. Drugi korak je bil pojasnjevanje in utemeljevanje ustreznosti svojih reakcij drugim ljudem, kar sva delali s pomočjo igranja vlog. Tretji korak je bil obisk na domu, kjer je terapevt sorodnikom pojasnjeval funkcijo in cilje dogovorjenih postopkov in nasploh postavljanje zahtev pri duševno prizadetem otroku. Vključili smo jih tudi v aktivnosti, sicer namenjene staršem (skupina za starše, seminar). Čez približno pol leta, po hudem sporu s sorodnico, mati poroča, da je spet "obsedena" s to mislijo. Tokrat sva jo predelali s pomočjo kognitivne restrukturacije:

- iskanje dokazov in protidokazov,
- drugi možni načini interpretacije njene reakcije,
- sprejemanje možnosti, da jo kdo doživlja na takšen način.

Vsi starši drugačnih otrok se srečujejo z vprašanji: "Zakaj se je to zgodilo prav meni?" "Kaj sem delal narobe, da me je to doletelo?" "Kaj sem naredil, da sem

tako kaznovan?" Nekateri starši jih sčasoma predelajo. Drugi starši pa poročajo, da se jim te misli pogosto pojavljajo in jih zelo bremenijo. Mati zmerno duševno prizadete deklice pove, da je prišla do ugotovitve, da je za to sama kriva. Ko je hodila še v osnovno šolo, je bila z mamo in sestro na obisku pri materini prijateljici, ki je imela prizadeto hčerko. S sestro sta se ji smejali, iz nje sta se delali norca. Zato je sedaj kaznovana. Misel "grdo sva se obnašali" je realna, zaključek "zato sem kaznovana" pa ni realen. Del intervencij je bil naravnan na iskanje dokazov za njeno trditev: ali ima tudi sestra duševno prizadetega otroka ali pozna še koga, ki se je norčeval iz drugih, pa nima takšnih posledic. Del je bil naravnan na zmanjševanje občutkov krivde: kako bi se večina otrok obnašala v tej situaciji, ali obstaja človek, ki ni nikoli prizadel drugega; kako reagiramo na pojav, ki ni običajen, zakaj tako reagiramo, kaj vse je lahko v ozadju odklonilne reakcije. Del pa je bil naravnan na iskanje drugih načinov gledanja na vzroke duševne prizadetosti: kakšni so lahko vzroki, ali so vsi primeri pojasnjeni, ali ve, kako si drugi starši to razlagajo. Z njenim soglasjem sem to temo načela tudi v skupini staršev, ki imajo otroke, vključene na oddelku vzgoje in izobraževanja.

Obnovili sva kognitivni model: kako se ta misel izraža na različnih nivojih (fiziološkem, čustvenem, vedenjskem). Ali je to misel, ki ji pomaga, da dobro funkcionira... Misli je ustavljala s stop tehniko in štetjem nazaj po sedem, obenem si je beležila dneve, ko jih ni bilo. Po treh srečanjih poroča, da jo omenjena misel vedno manj vznemirja. Čez pet mesecev, po obisku doma, je prišla z drugo domnevo, zakaj naj bi bila kaznovana. Ko je zanosila z deklico, je sprva želela narediti splav. Ponovili sva postopek. Ko sem čez pol leta preverjala, koliko se še obremenjuje s svojo krivdo, je poročala, da se ji misli redko pojavljajo in je ne vznemirjajo več v takšni meri.

Primeri uporabe kognitivnih tehnik pri duševno prizadetih otrocih in mladostnikih

Primer deklice, stare 10 let, vključene v šolski program, z lažjo stopnjo duševne prizadetosti, hiperkinetičnim sindromom in motnjami ravnotežja. Izrazit zaostanek na področju matematike, nesamostojna pri izvrševanju nalog. Večkrat je bila uporabljena tehnika reševanja problemov, ki je namenjena učenju strategij za konkretne težave. Deklica je recimo prišla k terapevtu brez zvezka. Prvi korak je bil verbalizacija problema: terapevt ne ve, če je delala dobro, če ne pogleda v zvezek; ne more je pohvaliti; ne ve točno, katere naloge je že naredila. Temu je sledilo iskanje rešitev: kje vse bi lahko pustila zvezek, situacije je zapisala in jih rangirala po verjetnosti - sprva je navajala povsem nemogoče predloge in imeli sva kar nekaj dela, da sva prišli do možnih. Sledila je konkretna akcija. Če zvezka nismo našli, je zaprosila za pomoč rezredničarko in sošolce. Običajno je prišla do šolskih potrebščin.

Vzporedno s tem je potekal še vedenjski del, s povečano zunanjo kontrolo in nagrajevanjem za ustrezno vedenje. Problem izgubljanja šolskih potrebščin se je na hitro omilil.

Za opisano deklico je bilo tudi značilno, da se je slabo kontrolirala in da ni bila sposobna zadržati pozornosti na določeni aktivnosti. Med delom je običajno veliko govorila, vendar vsebina govora ni bila povezana z nalogo. Nasploh je dajala vtis, da naredi tisto, kar ji pride na misel, ne glede na to, koliko je smotno. Ni bilo opaziti logičnega zaporedja. Zato smo se odločili, da uporabimo metodo samoinstrukcij. Metoda ima pet korakov, pri delu z našo populacijo smo opustili prvi korak (model na glas rešuje nalogo), ker je bil neučinkovit, in postopek nekoliko prilagodili. Najprej sem ji dajala jasna navodila, po katerih je delala: "Preberi si, pomisli, kaj si prebrala...". Ko je sledila navodilom brez težav, sem prešla na drugo fazo, v kateri sem jo vodila z vprašanji: "Kaj moraš najprej narediti?" "Ja, prebrala si, kaj pa sedaj?" Z odgovori si je že na nek način dajala navodila, kar se je še utrdilo v tretji fazi, ko si jih morala sama dajati. Včasih je spontano prešla na naslednji korak, ko je začela navodilo šepetati, ali je to fazo preskočila in prešla na tiho reševanje naloge. Pred začetkom dela sem ji še dolgo časa sugerirala, na kaj naj bo pozorna, na primer: "Dobro me poslušaj, kaj bom rekla, in naredi samo tisto, kar rečem!" Občasno, v njenih slabih dnevih, je bilo potrebno, da sva se vračali na predhodne korake (običajno je bil to drugi). Pri omenjeni deklici sva bili z učiteljico v stalnih stikih. Tudi ona je v razredu občasno delala z njo na isti način. Tehniko samoinstrukcij smo uporabili pri učenju mnogih postopkov pri matematiki. Postopke je hitreje obvladala. Če so ji ušli iz spomina, smo jih na hitro priklicali. Po več mesecih dela na opisani način smo opazili, da je začela spontano na glas razmišljati, ko ji ni šlo.

Primer zmerno duševno prizadete deklice, 10 let, pri kateri sem uporabili vizualizacijo za zmanjševanje strahu pred zobozdravnikom. Vsako srečanje sem začela s kratko obliko progresivne mišične relaksacije. Med pogovorom ob knjigi, ki prikazuje otroka pri zobozdravniku, sem jo podrobno spraševala, kako je pri njeni zobozdravnici. V drugem srečanju sva obnovili opisano, poleg tega je narisala risbo. V tretjem sem dodala vizualizacijo ordinacije. Deklica mi ni sledila. V naslednjem srečanju sem poizkusila z vizualizacijo zdravnice. Začela je slediti. Predstavljanje zdravnice sva vadili večkrat, nato sem dodala opis ordinacije, stola in zamišljanje sebe, da leži na stolu. Zaključek je bil prijeten: "Ti si vesela, zdravnica te pohvali..."

Primer zmerno duševno prizadetega mladostnika, 16 let, ki je rezal obleko. »Sedaj bi rad rezal obleko. Takoj reci: "Stop!" in si predstavlja prometni znak.« Ob tem je dvignil dlan desne roke. To sva vadila večkrat, potem sem dodala še: »Roke daj ob telo, vzdihni in izdihni«. Poizkusila sem tudi s sugestijo: "Zamislj si mamo, ki se smeji, je zadovoljna s tabo, in pravi, da si priden, in ti se smejiš.", vendar je ni sprejel.

Primer zmerno duševno prizadetega mladostnika, 15 let, z dnevno enkoprezo. Po kratki obliki progresivne mišične relaksacije ob glasbi sem mu sugerirala, da si predstavlja vzgojiteljico, ki je zadovoljna, ker je ves dan suh. Nato sem usmerjala

njegovo pozornost na občutje zadovoljstva s samim seboj: “Rekel si, da si zadovoljen, ker si suh. Kakšen je tvoj obraz, se smejiš ali držiš grdo? Zapri oči in si predstavljaš, kako se smejiš. Zelo dobro se počutiš.”. Na ta način sem skušala zunanje ojačevanje nadomestiti z notranjim. Ko je bil postopek utrjen, sta ga enkrat na dan izvajala z vzgojiteljico.

Zaključek

Pri duševno prizadetih osebah so v obravnavo vedno vključene odrasle osebe, ki za njih skrbijo. V članku je opisano predvsem delo s starši, vendar poteka z delavci institucije po istih načelih. Naše izkušnje kažejo, da so kognitivne tehnike zelo uporabne pri delu s starši obravnavanih otrok. Pomagajo nam odkrivati njihove disfunkcionalne avtomatske misli in jih spreminjati, kadar so na to pripravljeni. Na ta način dosežemo boljšo učinkovitost obravnave oziroma si lahko pojasnimo, zakaj ne pridemo do zastavljenih ciljev.

Pri duševno prizadetih otrocih smo kognitivne tehnike uporabljali v kombinaciji z vedenjskimi pri vzpostavljanju samokontrole in učenju ustrežnejših vzorcev vedenja. Obravnave so bile vedno dolgotrajne, grajene na majhnih korakih in so zahtevale veliko fleksibilnost pri načrtovanju in izvajanju postopkov. Nekateri otroci so se na te obravnave dobro odzvali in dosegli napredek v svojem funkcioniranju, kar predstavlja vzpodbudo za delo vnaprej.

Literatura

- Anić, N. (Ur.) (1990). *Praktikum iz kognitivne i biheviornalne terapije III [Handbook of cognitive-behaviour therapy III]*. Zagreb: Društvo psihologa Hrvatske.
- Gelfald, D.M. in Hartman, D.P. (1975). *Child behavior analysis and therapy*. New York: Pergamon Press.
- Hawton, K., Salkovski, P.M., Kirk, J. in Clark, D.M. (1990). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. New York: Oxford University Press.
- Živčić-Bećirević, I. (1990). Kognitivno-biheviornalna procjena djece [Cognitive-behavioral assessment of children]. V N. Anić (ur.), *Praktikum iz kognitivne i biheviornalne terapije III [Handbook of cognitive-behaviour therapy III]* (str. 113-134). Zagreb: Društvo psihologa Hrvatske.

Prispelo/Received: 27.06.2000

Sprejeto/Accepted: 07.02.2001