

KORAI FEJLESZTÉS

GYÓGYPEDAGÓGIA IV. ÉV

1. ELŐADÁS.....	1
A korai fejlesztés fogalma	1
2. ELŐADÁS.....	14
A korai fejlesztés elméletei: A neurobiológiai megközelítés.....	14
3. ELŐADÁS.....	20
A korai fejlesztés elméletei: ökológiai és tranzakcionális modellek	20
4. ELŐADÁS.....	38
A korai fejlesztés elméletei: fejlődéslélektani modell	38
5. ELŐADÁS.....	53
Értékelés, felmérés, korai diagnosztika	53
6. ELŐADÁS.....	66
A szociális környezet, szociális támasz felmérése.....	66
7. ELŐADÁS.....	68
A korai fejlesztés, mint prevenció	68
8. ELŐADÁS.....	78
Gyermek-centrikus beavatkozások	78
9. ELŐADÁS.....	86
Gonddozó-centrikus beavatkozások	86
10. ELŐADÁS.....	92
Család-centrikus beavatkozások	92
11. ELŐADÁS.....	94
Korai fejlesztés közösségben.....	94
12. ELŐADÁS.....	100
Koraszülött gyermekek fejlesztése	100
13. ELŐADÁS.....	109
Sérülésspecifikus beavatkozások: értelmi akadályozottak fejlesztése	109
14. ELŐADÁS.....	110
Sérülésspecifikus beavatkozások: érzékszervi fogyatékkal élők fejlesztése	110

1. ELŐADÁS

A korai fejlesztés fogalma

A kora gyermekkor, születéstől öt éves korig az alapképességek kialakulásának kritikus, szenzitív periódusa. Ezek a korai fizikai, kognitív, érzelmi és szociális képességek megalapozzák a gyermek későbbi egészséges fejlődésmenetét. A neuropszichológiai kutatások rámutattak arra, hogy a korai ingerlés elősegíti a későbbi nyelvi, probléma-megoldási, kapcsolatteremtési képesség fejlődését, vagyis a korai

fejlesztés hatása csak a későbbi életkorokban hozza meg valódi gyümölcsseit. (Peterson, 2003).

A koragyermekkori beavatkozások olyan multidiszciplináris szolgáltatások, melyeket a 3 év alatti fejlődési zavarokkal küszködő vagy veszélyeztetett gyermekek és családjaik számára nyújtanak. Ezek a programok elősegítik a gyermekek fejlődését, minimalizálják a lehetséges lemaradásokat, javítják az aktuális problémákat, megelőzi az állapot további romlását, megakadályozza további zavarok megjelenését és elősegíti a család adaptív működését. A korai beavatkozás célját a gyermek számára fejlesztési és terápiás szolgáltatások a család számára pedig támasz, tanácsadás és irányítás nyújtása által éri el. (Meisels, S; Shonkoff, J, 1992)

A korai fejlesztés interdiszciplináris tudomány.

Mivel a korai fejlesztő szolgáltatások száma egyre növekszik, és egyre sokszínűbbé válik ez a terület (léteznek gyermeknevelési-gondozási programok, családi támogatást nyújtó programok, specifikus célú programok), szükségessé vált a korai fejlesztést igénylő populáció pontosabb körülhatárolása és a programok céljának a pontosítása. Fontossá vált, hogy a specifikus szolgáltatási modellek megfeleljenek az adott gyermek és család szükségleteinek.

Vannak olyan programok, melyek a kisgyerekes szülők alapszükségleteit elégítik ki. Ezek a programok abból az alapfeltevésből jöttek létre, hogy minden kisgyermekes szülőnek szüksége van támogatásra. Tehát, ezen programok nem a specifikus fogyatékosagra fókuszálnak.

Vannak olyan programok, melyek specifikus veszélyeztetett csoportokkal foglalkoznak: fejlődésben veszélyeztetett kisgyermekkel és családjaikkal. Ebben az esetben nagyon pontosan meg kell határoznunk a fejlődésben veszélyeztetettség fogalmát.

A célpopuláció és a beavatkozás céljainak pontosítása a program hatékonyságának értékeléséhez is elengedhetetlen feltétel.

A kutatások eredményeként elmondható, hogy fontos a partnerkapcsolat kialakítása a korai fejlesztésben résztvevő gyermekek, szülők és szakemberek között. A

hatékonyság érdekében fel kell számolnunk a hierarchikus viszonyokat, és kooperációban kell dolgoznunk. Tiszteletben kell tartanunk a szülők igényeit: vannak olyanok, akik nagyon hamar kezükbe veszik gyermekük sorsának irányítását, és kompetens döntéseket hoznak, mások pedig hosszabb ideig nem tudnak szembenézni a fogyatékoság tényével, és elutasítják a segítséget. A szakember az, aki általában a gyermekkori fejlődés legjobb ismerője, míg a szülő tudja legjobban, hogy saját gyermekének mi a legjobb.

A korai fejlesztés humanisztikus, tudományos és szociálpolitikai megalapozottságú. Mivel az elkövetkező években a korai fejlesztés célja a maximális támasznyújtás és minimális beleszólás a családok életében. Meg kell erősítenünk a szülői kompetenciát és autonómiát a gyermeknevelésben.

A korai fejlesztés fogalma még ma is alakulóban van. Igyekezetünket és elhatározásunkat tükrözi, hogy segíteni akarunk a kisgyermekek fejlődésében, és a családokat arra akarjuk megtanítani, hogy felelősen vegyék kezükbe életük irányítását.

Minden család egyedi módon reagál a sérülésre, és különböző megoldási stratégiákat, eljárásokat alkalmaz a felmerülő problémák kezelésére, megoldására.

A családi rendszer működését számos faktor befolyásolja:

a sérülés természete, a sérülés súlyossága, a sérülés szembetűnő volta,

a bekövetkezés időpontja, a betegség lefolyása,

a gyermek neme, a testvéri sorban elfoglalt helye, az egészséges testvérek száma,

a szülők életkora, a család aktuális életszakasza, a család nagysága,

az elérhető támogatási rendszerek – tágabb családhoz tartozók elérhetősége, a család anyagi erőforrása, állami támogatások, információk elérhetősége és azok felhasználhatósága,

a szülők iskolázottsága, a család lelki erőforrásai, a vallásos hit, a család világnézete, a család életstílusa, a család értékrendszere. (M. Stoppard, 1997)

Bármilyen beavatkozási program első lépése meggyőzni a szülőket arról, hogy problémájukkal nincsenek egyedül, hogy van valaki, aki törődik velük és gyermekükkel. A tanácsadás első lépései inkább a szülők érzelmi szükségleteit hivatottak kielégíteni. A

gyógypedagógus maga választotta ezt a hivatást, ha ez már nem felel meg az elvárásainak, változtathat területet, pályát. A fogyatékos gyermekek szüleinek nincs ilyen választási lehetősége. Valahogyan meg kell birkózniuk a helyzettel, a problémákkal, amelyre kezdetben egyáltalán nincsenek felkészülve. (Borbély, Jászberényi, Kedl, 1997)

A szülők megértésre, elfogadásra, vigasztalásra, bátorításra várnak. Vágynak valakire, aki reményt nyújt számukra, meghallgatja őket és biztos pontot jelent. Az a mód, ahogyan a diagnózist a szülőkkel közlik nagymértékben befolyásolja a szülők fogyatékosághoz való alkalmazkodását. A cél mindkét szülő bevonása. Ennek elmaradása súrlódásokhoz vezethet később a házastársak között. Mindkét fél bevonása segíti a felelősségtudat közös természetére és érzéseik közös jegyeire való összpontosítást, mely a partnerkapcsolatot is erősíti. (Bakken, Nagy 1993).

A szakemberek őszinte, empátikus attitűdje, körültekintése mélyen megmarad a szülőkben. A komplex vizsgálat utáni esélydiagnózis a remény forrása számukra.

Amikor egy csecsemő valamilyen rendellenességgel születik az orvos felismeri a zavart, de gyakran nem képesek választ adni a szülőkben felmerülő kérdésekre (pl. milyen lehetőségeink vannak, hova fordulhatunk?)

A tanácsadást olyan folyamatként határozhatjuk meg, melynek célja a sérült gyermek fejlődéséhez szükséges optimális feltételek megteremtése és fenntartása. Az egészségügyi szakemberek, akik először állnak a család mellett kevés ismerettel rendelkeznek.

A szülő szakember kapcsolat kettős:

a tanácsadás azt szolgálja, hogy a szülő megértse és elfogadja saját érzéseit, viselkedését. A konfliktusok megoldása hozzájárul a gyermek gondozásával, nevelésével járó problémák egy részének tisztázáshoz is. Ösztönöznünk kell a szülőket arra, hogy gyermekükkel felszabadultan foglalkozzanak, tudjanak örülni neki. Nagyon fontos, hogy a tanácsadó egyértelmű, elfogadó és megértő legyen, ha valójában dolgozni akar a szülővel, csökkentenie kell a hagyományos szakember-páciens távolságot.

Az irányítás: a szülők oktatása, információhiányuk csökkentése.

E két tevékenység egymást kölcsönösen kiegészíti. A szülőknek szükségük van a tanácsadásra, hogy el tudják fogadni a fogyatékossg okozta reakcióikat, és szükségük van az irányításra is, hogy megismerjék azokat a gyakorlati lépéseket, amelyet gyermekük érdekében tehetnek.

Figyelembe kell vennünk a következő elveket:

2. a segítségnyújtást ne erőszakoljuk rá a családra
3. ha a szülő kéri nem szabad megvárakoztatnunk
4. titoktartás biztosítása, aktív meghallgatás
5. komplex vizsgálat alapján a szülőket korrekt módon kell tájékoztatnunk
esélydiagnózist adva – mindkét szülő és a team legyen jelen a megbeszélésen, a szülőknek meg kell mondani az igazságot, de ki kell emelni képességeit, pozitívumait is. Ha mindkét szülő jelen van, ez segíti őket a gyermek iránti felelősség megosztásában, érzéseik közös vonásaira való összpontosításban és ez erősíti házasságukat is. A diagnózis utáni erős érzelmeket konstruktív csatornába kell terelni. A beszélgetés során kerüljük a direkt kérdéseket, inkább feltételezések legyenek, melyeket a szülők elutasíthatnak
6. ismernünk kell a szülők igényeit
7. figyelembe kell venni a család életkörülményeit
8. ismertetni kell a lehetőségeket
9. a fejlesztés középpontjában a szülő- gyerek kapcsolat áll
10. ismernünk kell a gyermek biológiai adottságait
11. sérülésspecifikus, gyermekre szabott egyén program alkalmazása
12. 11, kis lépések elvének alkalmazása
13. állandóság, folyamatosság biztosítása
14. A szülő és szakember közti harmonikus kapcsolat feltételei:
15. Információ
16. A szakember attitűdje

17. Szakmai kompetencia

18. A szülői kompetenciaérzés erősítése

19. Flexibilitás

20. Ötletek

A gyógypedagógusnak legyen gyakorlati tapasztalata, ismerje a normális fejlődés menetét, ismerje fel a patológiás fejlődésmenetet, legyen kreatív és legyen képes egyénileg dolgozni, tudja kezelni a gyermeket és annak szüleit, legyen receptív az új információk, módszerek stb iránt.

A gyógypedagógiai szupervízió

A szupervízió a segítő foglalkozású szakembernek valamely probléma megoldásához egy olyan harmadik személy részéről nyújtott segítség, aki az adott munkaterületen specifikus kompetenciával rendelkezik. A szupervízió hasznos lehet a konfliktusos indulatáttételek és a gátló indulat-áttételi reakciók tudatosításában. Megkönnyítheti a szülőkkel való együttműködést is.

A szupervíziót végző szakember a közvetlen helyzethez és a segítő foglalkozású egyén személyes átéléséhez viszonyított távolsága, specifikus kompetenciája, személyes célkitűzése és látásmódja alapján új oldalról világít rá a problémára. Egy új álláspont kidolgozásával a probléma kezelhetővé válik.

A segítséget csak akkor lehet produktív módon felhasználni, ha a gyógypedagógus úgy érzi, hogy elfogadják problémájával együtt, és olyan értelmezési kiindulópontot tud kialakítani, mely figyelembe veszi a saját, valamint kliense személyét.

Megvalósulási formáját tekintve lehet egyéni vagy csoportos szupervízió.

A csoporttöbbség abban rejlik, hogy a csoport reagálhat kollégája viszonyulási és probléma-megoldási módjára, tehát a csoport normaképző funkciót lát el.

A gyógypedagógusi munkában nagyon világosnak tűnik, hogy a szülők azért fordulnak szakemberhez, mert a gyermekén eltérést, fogyatékoságot vesznek észre, ezért a szakemberek nem tisztázzák, hogy mit is várnak el a szülők, nagyon hamar a fejlesztés kerül a fókuszba, anélkül, hogy az együttműködés szükségességét, formáját és célkitűzéseit tisztáznák. Az akadályozottságból kiinduló felhívó jelleg olyan erősnek és

ellenállhatatlannak tűnik, hogy nehéz a szakembernek a távolságtartás a gyermek problémájától.

Az elvárások tudatosítása és elfogadása lehetővé teszi annak felmérést, hogy mi az, ami fejlesztéssel ténylegesen elérhető és mi az, amit a szülőknek belső gyásszal fel kell dolgozniuk.

Speciális nevelés

Az ókorban a fizikai elváltozásokkal vagy látható fogyatékkal született gyermekek gyakran váltak az aktív vagy passzív eutanázia áldozataivá. A középkorban és az azt követő századokban a fogyatékkal élőket tolerálták, udvari bolondként vagy utcai koldusként vagy bebörtönözték őket vagy másféle intézménybe zárták.

A speciális nevelés Itard kísérletével kezdődött, aki az aveyoni vad fiút próbálta tanítani. Itard tanítványa, Edouard Seguin pedig a terület úttörője. Leírta a fejlődési lemaradás korai jelzéseit és hangsúlyozta a korai nevelés fontosságát. Az ő módszerét adaptálta később Montessori.

Lakóotthoni elhelyezés.

Seguin munkája nyomán az értelmi akadályozottak számára kidolgozott nevelési programok világszerte elterjedtek az 1800-as évek elején. A XIX. század végén residential intézetek elterjedtek az Egyesült Államokban is. Mivel Seguin emigrált ebbe az országba.

Az óvoda. Frederich Froebel hozta létre ezt az intézménytípust Németországban az 1800-as évek elején. Amerikában az első óvoda 1872-ben St. Louisban alakult meg. Nem sokkal később pedig az óvodákat az állami iskolarendszer részévé nyilvánították.

Az óvoda elsődleges célja a korai kognitív képességek fejlesztése (tanulási képességek) valamint a versengés-mentes szociális és érzelmi fejlődés elősegítése.

Az első programok a szegénységben élő gyermekek fejlesztését, segítségét célozták. Most már ezen a csoporton kívül egyéb veszélyeztetett kategóriák számára is értékké váltak ezek a programok: pl. bántalmazott vagy fejlődési rendellenességgel született gyermekek számára.

A pár hónapig tartó iskola-előkészítő, fejlesztő programok nem bizonyultak hatékonyak, nem voltak képesek pótolni a gyermekek összes hiányosságát.

Az ebből levont következtetés: az optimális fejlődés akkor érhető el, ha minden életkorban a megfelelő fejlődéshez szükséges forrásokat biztosítjuk a gyermek számára. Tehát az optimális beavatkozás nem korlátozódhat egyetlen életkorra, hanem a gyermek élete során több egymásra épülő beavatkozássorokból fog állni. Ezen kontinuitás elvet érvényesítették végül is a Head Start program működtetői is, létrehozva a Szülő-Gyermek Centrumokat (4 évnél kisebb gyermekek számára) illetve az Után-követési Programot (iskoláskorúak számára).

Egy rövid időtartamú, Erőforrások a Gyermek és a Család számára, program példaértékű a folytonosság elvének betartását illetően. 0 – 8 éves gyermekek és családjaik számára nyújtott többtípusú szolgáltatást. A család maga dönthette el, hogy milyen típusú szolgáltatást vagy szolgáltatásokat vesz igénybe.

Az 1960-as években a korai fejlesztő programok kognitív hangsúlyt kaptak. A hatékonyság mérésére előszeretettel használták az IQ értékének növekedését. Az IQ tesztek alkalmazása egyszerű, standardizáltak és a programok azonnali hatását bizonyítják.

Az IQ használata megkérdőjelezhető:

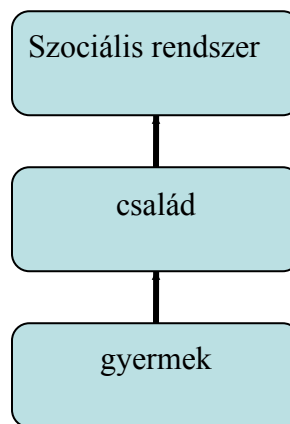
Bizonyított tény, hogy az IQ növekedése nem a kognitív működés növekedését tükrözi, hanem a motivációbeli változásokat, mely hat a gyermekek tesztben nyújtott teljesítményére. A gyermek a hathetes program hatására sokkal magabiztosabbá válik, növekszik a komfort-érzése, tehát jobb teszt-eredménye (átlag 10 pontos növekedés) lesz. A beavatkozás hosszú távú eredménye valójában nem az IQ növekedéssel volt mérhető, hanem sokkal inkább a mindennapi képességek javulásával: az életkorának megfelelő osztályba járt, nem vált magatartás-zavarossá.

A korai fejlesztő programok fő célja a szociális kompetencia növelése, mely magába foglalja a kognitív képességeket is, de nem korlátozódik azokra. A kognitív képességek nem határozzák meg, hogyan fog a gyermek viselkedni az emberi közösségben. A legtehetségesebb gyermek sem fog jól teljesíteni az iskolában, ha nem tanulja meg, hogyan lépjen kapcsolatba társaival és tanáraival. A beavatkozás célja, hogy a gyermek fejlődésének minden aspektusát érintse (szociális, érzelmi, fizikai és

intellektuális). Ez sarkalatos kérdés, mivel ezek a dimenziók egymással szorosan összefüggnek, egymással kölcsönhatásban működnek.

Ha a gyermeket komplex és sokarcú entitásnak tekintjük, akkor meg kell vizsgálnunk a gyermek környezetét is. A mai sikeres programok nem az individuális gyermeket kezelik, hanem az alapegység a család, melynek része az adott gyermek.

A gyermeket befolyásolja a család, melyet a szociális rendszer természete és hatékonysága irányít (munkaerőpiac, iskola, média, egészségügyi szolgáltatások).



1876-ban megalakult az értelmi akadályozottak segítségét célul kitűző szövetség, melynek Seguin lett első elnöke. Ezen szövetség elnevezése sokat változott, míg 1987-ben elnyerte az Amerikai Értelmi Fogyatékosokért Szövetség nevet.

Az állami iskolai programok. A speciális nevelési programokban nagyon kevés gyermek vett részt. A középsúlyos és súlyos fogyatékosok intézetekbe kerültek, míg az enyhe fogyatékosok normál osztályokban tanultak, bár a tanulmányaikat nagyon gyakran megszakították az alapképzés befejezése előtt.

A bölcsőde. Ez az intézmény is Európából ered. Az első bölcsőde 1910-ben Londonban jött létre, Rachel és Margaret MacMillan voltak az alapítói. Elsődleges céljuk a prevenció-orientált szolgáltatások nyújtása, melyek kielégítik a kicsi gyermekek szociális, fizikai, érzelmi és intellektuális igényeit.

Ezzel párhuzamosan Maria Montessori Roma nyomornegyedeiben alapított bölcsődét. Az ő módszere gyökeresen eltért a hagyományos curriculumtól, hangsúlyossá vált a körültekintően előkészített környezetben való egyéni, önálló tanulás. Bár ezt a módszert eredetileg a szegény és/vagy sérült gyermekek számára dolgozta ki, igazából a középosztálybeli családok használják.

Amerikában az első bölcsődék 1920-ban alakultak és nagy hangsúlyt fektettek a szülők bevonására az oktatási programba. Az iskolaérettségre hangsúlyt fektető óvodákkal ellentétben a bölcsődék célja a felfedeztetés és a szocio-emocionális fejlesztés. 1930-ra már kb. 200 bölcsőde működött Amerikában.

A század elején a gyermekorvosok véleménye (korabeli kézikönyv alapján):

„A gyermekek idegrendszerére káros hatással bír az a környezet, mely őt kisgyermekkorban és különösen az első életévben körülveszi. A gyermekkel való játszás, a vizuális, auditív kinezetikus stimuláció, mely látszólag a gyermeket boldoggá teszi, kacagásra ingerli, megelégedéssel tölti el a szülőket és a nézőket, valójában káros a gyermek szervezetére. A gyermekorvos kötelessége, hogy felvilágosítsa erről a szülőket, és arra bírja rá őket, hogy a gyermeket csendben tartsák. Az első életévben tilos a vele való játszás és a hancúrozás.”

A háború utáni periódusban sokkal több figyelmet fordítottak a sérült gyermekekre. A megváltozott szemlélet a hadirokkantak megjelenésének illetve a háború alatti katonai célú tesztelések eredményeinek volt köszönhető. 1946-ban alakult a Speciális oktatásért és rehabilitációért felelős iroda, mely 1980-ban kapta végső elnevezését.

Caldwell három történelmi periódust ír le a sérültek nevelésében:

„Felejtsd el, rejtsd el” (a század elején)

„Szűrd és szegregáld!” (1950-1960)

„Azonosítsd és segítsd” (1970-napjainkig).

Americans with Disabilities Act – támogatja az inklúziót, egy gyermeket sem lehet kizárni egy programból a diagnózis alapján. Ez a legális kérdés korunkban csak akkor merül fel, ha a szülők elégedetlenek az elérhető szolgáltatásokkal.

Az inklúzió morális alapja egyszerű: a fogyatékkal élő gyermekeknek joga van részt venni azokban a programokban és tevékenységekben, melyek a többi gyermek számára elérhetőek.

Általában az óvodában könnyebben megvalósítható az inklúzió, mivel a kisgyermek könnyebben elfogadják az egyéni különbségeket a versenyben vagy a tevékenységekben és az óvodai fejlesztés nem függ oly nagy mértékben a csoportszerveződéstől, illetve a csoportot alkotó egyének képességeitől. (Bailey, 1998)

A gyermek fejlődésének kutatása

A terület domináns alakja Arnold Gesell, aki gyermekorvos és pszichológus volt, az egyik gyermeki fejlődést kutató intézet igazgatójaként kiterjedt tanulmányokat folytatott. Megfigyelte a normálisan fejlődő gyermekeket, a koraszülötteket, a perinatális sérüléssel élőket, leírta a Down-szindrómások képességeit. Ezek a megfigyelések befolyásolták a mai baby-tesztek kidolgozását is.

Gesell elméletileg is alátámasztotta azon nézetét, hogy a gyermeki fejlődés biológiailag determinált.

A biheaviorizmus a szociális tapasztalatok fontosságát hangsúlyozza.

Sameroff és Chandler (1975) kidolgozták a tranzakcionális modellt, mely figyelembe veszi a családi, szociális és környezeti tényezők szerepét a fejlődésben. Szerintük a biológiai hajlam módosítható ezen tényezők segítségével.

A gyermek fejlődését kutatva először a környezeti tényezőkre koncentráltak. Megfigyelték az intézetben nevelkedő gyermekeket. Spitz (1945) leírta a hospitalizmus jelenségét, mely a környezeti deprivációnak köszönhető: fizikai fejlődésben elmaradás, nem kielégítő szociális kapcsolatok, egészségi problémák.

Kutatták, hogyan módosíthatóak ezek az állapotok. A stimuláló és válasz-kész környezet teremtésével alátámasztották a korai beavatkozások szükségességét is.

Bowlby tanulmánya: anya-gyermek kapcsolat fontossága.

Kivéve a súlyos agysérülés eseteit a fejlesztésben a legnagyobb szerepet az anya képzettsége és a gondozási környezet minősége játszotta.

Az 1960as években kezdődik a korai fejlesztés modern kora. 1963-ban törvényben rögzítik a speciális projektek szervezésének lehetőségét értelmi fogyatékosok számára. Pl. terhes nő és újszülött gondozói programok, szűrőprogramok (metabolizmuszavarok, PKU), a szülési komplikációk megelőzése.

Head Start – 8 hetes tanfolyam, szülők bevonásával szociokulturálisan hátrányos helyzetű gyermekek számára.

1970es évek

Head Start – 10% sérült gyermeknek kell lennie.

1972 megjelent a kora gyermekkori tagozat (DEC) a különleges gyermekekért tanácson belül.

1980as évek

Törvény-rendelet – public law 99-457

A korai fejlesztést úgy határozzák meg, az új törvény értelmében, mint „fejlődési szolgáltatás, mely... a fogyatékos csecsemők és kisgyermekek fejlődési szükségleteit elégíti ki, a következő területeket (egyet vagy többet) célozva: fizikai fejlődés, kognitív fejlődés, nyelvi és beszéd-fejlődés, pszichoszociális fejlődés, önsegítő képességek”

KÖNYVÉSZET

Christopher Peterson (2003). Early Intervention from the Perspective of Positive Psychology. *Prevention & Treatment*, Volume 6, Article 35

Meisels, S; Shonkoff, J (1992). *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge University Press, USA

Donald B Bailey, Jr.; R.A. McWilliam, Virginia Buysse, Patricia W. Wesley (1998). Inclusion in the context of Competing values in early childhood education *Early childhood Research Quarterly*. University of North Carolina at Chapel Hill

2. ELŐADÁS

A korai fejlesztés elméletei: A neurobiológiai megközelítés

A központi idegrendszer kialakulása

Az emberi idegrendszer egy egyszerű neuro-ectodermális sejtekből álló rétegből kezd differenciálódni, a megtermékenyítés utáni 16. naptól kezdődően. Az ezt követő 2 hétben kialakul a neurális cső, melyből később a gerincoszlop és az agy keletkezik. A 28. gesztációs hétre a neurális cső teljesen zárttá válik, és az idegrendszer főbb részei már láthatókká válnak. Az agyfejlődésnek ebben a korai szakaszában a biológiai sérülés veszítéshez vezethet, de a neurális cső záródásának zavara okozhat nem halálos, de súlyos következményekkel járó kórképeket is. Ha a neurális cső felső végén záródási rendellenesség jelentkezik a születendő gyermek anencepháliás lesz. Ez halálos kimenetelű állapot, mivel a cortex hiánya nem összeegyeztethető az élettel. Ha a neurális cső alsó végén található a záródási rendellenesség a gyermek spina bifida (nyílt gerincvelő) – vel fog megszületni. Ezen állapot kimenetele nem halálos, prognózisa változó.

5. gesztációs hétben a neurális cső differenciálódik, kialakul a két cerebrális hemisphéra kétoldali elágazásaival. Ezután a sejtek struktúráisan is differenciálódnak kialakítva a központi idegrendszer főbb részeit. Ezt a folyamatot nevezzük embriogenezisnek. Ennek megszakítása vagy ebben a periódusban ható specifikus károsító tényezők súlyos anomáliákhoz vezetnek. Ilyen például a holoprozencephália (egyetlen agyféltekével rendelkező agy), mely a 13-as triszómiára jellemző.

A neurális cső záródása és differenciálódása a terhesség 6. hetében befejeződik. Az agy primitív, de felismerhető szerv. Az idegrendszer ezután gyors fejlődésnek indul. Megkezdődik a sejtek proliferáció és migráció. Ebben a periódusban ható károsító tényezők (sugárzás vagy vírusos fertőzés (pl. rubeola) eredményeként később kevesebb lesz az életképes idegsejt, melyek részt vesznek a később kialakuló agyi funkciókban. Az agyszövet megsemmisítése vagy csökkentett volta eredményezi a mikrocepháliát.

A neuronok és a gliasejtek szaporodnak, majd elvándorolnak távolabbi agyi területekre, ahol differenciálódnak. Ez a folyamat magas szinten szabályozott, az agyi sejrétegek meghatározott rendben alakulnak ki.

A neuronok migrációjának zavarára példaként említható a corpus callosum kialakulásának hiánya. Ez teremti meg a kapcsolatot a két agyfélteke között. Általában a 11-20. gesztációs hét között alakul ki. Egy másik zavar lehet a neurocutaneous szindrómák: neurofibromatosis, tuberous sclerosis. A gliasejtek termelődése megnő, dezorganizálódik és zavarja a neuronok migrációját. Az agy struktúrális rendellenessége magyarázza az ilyenkor kialakuló értelmi akadályozottságot.

A terhesség 6. hónapjában a neuronok érése befejeződik.

Szinaptogenézis. Ezek a szinapszisok képezik a központi idegrendszer kialakulásának utolsó lépését. Két neuron közti funkcionális interakcióban minden szinapszis specifikus morfológiával és kémiai összetétellel rendelkezik. A szinaptogenézis egy éves korig tart. Ilyenkor tulajdonképpen szinapszis-többlet keletkezik, melynek a normál működés kialakulásához meg kell szűnnie, ezért szelektív eliminációval kialakul egy sokkal hatékonyabb és magasabban szervezett agy. A szelektív elimináció megfelelő környezeti ingereket is igényel.

A velőshüvely képződés az élet első négy hónapjában igen gyors. Az agy különböző területein rendkívül eltérő mielinizáció állapítható meg.



Minden egyes készség kialakulásának van egy kritikus periódusa, mely a neurotranszmitterek általi genetikai programozástól függ, ilyenkor a fenotípus nyitott az egyedi tapasztalatokra. A plasztikus periódus után, leépülnek azok a szinapszisok, melyek a normális működést biztosítani tudták volna. Állatkísérletek igazolták, hogy az adaptív viselkedés optimális stimulálási helyzetben következik be, sem az izoláció sem a túlingerlés nem kedvező. A megfelelően gazdag környezetben nem szükséges a tréning. Létrejön a fajspecifikus önirányított felfedező tevékenység (embernél a játék), mely legintenzívebben hat az agyi struktúrákra. Gyorsan jönnek létre gazdag szinaptikus kapcsolatok.

Számos vizsgálat igazolta, hogy az érőben levő neuronpopulációk kapcsolatrendszerei felépülésének egyik legfontosabb feltétele saját működésük beindulása, fenntartása és megerősítése. A neuronok, a neuronpopulációk összeköttetést kereső és önszervező funkciójában a belső és külső stimulációnak kiemelkedő szerep jut. A stimuláció azonban nem lehet akármilyen. Specifikus ingerkontingensre van szükség ahhoz, hogy a megerősítő hatás valóban évenyesülhessen. Ezek stimuláló, facilitáló, megerősítő hatása befolyásolja az alakulóban levő neuronális rendszerek szerveződését, akkor is, ha azokat a kórfolyamat részben elpusztította.

Csecsemőkorban először csak az agytörzs és a középagy vesz részt a mozgás és a testtartás szabályozásában. Így született a primitív reflex elnevezés, ami arra utal, hogy a nagyagykéreg érése véget vet kiváltásuknak, mert gátló hatást fejt ki rájuk. Ennek felfedezése új lehetőségeket nyújtott a szenzomotoros fejlődés defektusainak korai diagnosztizálásához és terápiájához.

Csecsemőkorban a „korán” fogalmát többféleképpen értelmezhetjük. A fogalom tartalmának egyik jelentése a csecsemő életkorára, érettségi fokára utal és megfeleltethető valamely ismert fejlődési skála mutatóinak. Nemcsak a csecsemő agya érik, hanem ezzel együtt és elválaszthatatlanul az agyfejlődést károsító kórfolyamat is. Az agy érését nem

lehet megállítani, ez ép vagy kóros irányban szakadatlanul folyik. A tünetek az idő múlásával mindinkább kifejezetté válnak.

A lokális agyi sérülés esetén a károsodott területeket normal agyi szövet veszi körül, mely a korai gyermekkorban még rendkívül reakcióképes, és elérhető a károsodás javulása. Új axon elágazások és szinapszisok jönnek létre a kiesett összeköttetések helyett. Nagy távolságok áthidalására azonban nem képesek.

Az érett újszülött néhány órával a szülés után már éber állapotban megkezd az aktív érintkezést a külvilággal. Éber állapotban a tudata tiszta. A koraszülött, különösen az 1000 g-on aluli súlycsoportban és a 26-28. fogamzási hét alatti korcsoportban ugyan aluszékony, de hang, fény, rázkódási ingerre meglepődési reakcióval válaszol. Az újszülött élénksége, figyelmi készenléte egyénileg különböző. A tudatállapot a csecsemő magatartását, mozgási élénkségét, táplálkozási magatartását is befolyásolja. Az egész napos alvás, nehezen ébreszthetőség, táplálkozás alatti aluszékonyosság az agyműködés érintettségének figyelmeztető jele lehet. Gyanús lehet a fokozott nyugtalanság, tremor is.

Sarnat – az öntudat állapotában 3 fajta súlyossági fokot különböztet meg normális izomtónus mellett.

1. fokozott éberség, aggodó arckifejezés, gyengébb Moro-reflex és csökkent intenzitású szopás
2. homályos tudat, gyenge szopás, csökkent Moro-reflex
3. kihagyó tudat, reakció elsősorban fájdalomingerre nyerhető, renyhe izomtónus, a szopás és a Moro reflex hiányzik, puillareflex alig mutatkozik., decerebrációs tünetek keletkeznek.

Bizonyos veleszületett metabolizmus-zavarok zavarhatják a mielinizáció folyamatát, mely szignifikáns agyi diszfunkciókhoz vezet.

A központi idegrendszer diszfunkciója és sérülése

Az agy struktúrális elváltozásai CT-vel vagy MRI (magnetic resonance imaging) –val mutathatóak ki. Sok esetben viszont az agy normálisnak tűnik a neuropszichológiai vizsgálatok alapján, mégis működése zavart. Nem tudjuk még magyarázni, hogy bizonyos jól körülhatárolt zavarok (pl. triszómia) miért okoz annyira különböző

zavarokat az érintett populációban. A neurobilógiai zavarok pontos etiológiája még nem teljesen ismert.

Genetikai rendellenességek

A fejlődési rendellenességek létrejöhetnek kromoszóma-rendellenesség, egyetlen gén-mutáció vagy többfaktoros öröklődés következtében.

X-kromoszómához kapcsolódó értelmi fogyatékoság és fragilis X szindróma

A nőknél jelentkező enyhe értelmi akadályozottság 10%-a kapcsolódik az X kromoszómához.

Egyetlen gén mutáció

Például: metabolizmus-zavarok

Tay-Sach szindróma, progresszív neurológiai sérüléssel jár, nem tudjuk kezelni és halálhoz vezet.

PKU (phenilketonúria), speciális diétával kezelhető, mely megelőzi a további zavarokat: értelmi akadályozottság. Prenatális viysgálattal kimutatható.

Több-faktoros öröklődés

Több minor gén és a környezeti hatások interakciója: pl. skizofrénia, spina bifida

Korai agyi malformációk: Myelodysplasia: myelomeningocele, spina bifida, Hydrocephalus, microcephaly, megalencephaly, corpus callosum teljes vagy részleges hiánya

A központi idegrendszer fertőzése: CMV – citomegalovírus, rubeola, toxoplazmózis

Toxinok: fetális alkohol-szindróma

Alultápláltság

Perinatális sérülések: intraventriculáris vérzés, hipoxia

A kompetenciák kialakulását azonban nemcsak a biológiai tényezők határozzák meg. A különböző faktorok kölcsönhatásából jönnek létre. A korai fejlesztés során nem elégedhetünk meg pusztán a biológiai veszélyeztető tényezők azonosításával és hatásuk csökkentésével, hanem egyik fontos feladatunk az is, hogy megkeressük a védő vagy megelőző faktorokat a környezetében, melyek az agykárosodásra pozitívan hatnak.

A kisgyermek fejlődése állandó interakciókból áll, egymásra hatnak a hajlamok és a környezet. Az öröklött adottságok adta lehetőségek és határok valamint a környezeti tényezők sokrétűen befolyásolják egymást.

KÖNYVÉSZET

3. ELŐADÁS

A korai fejlesztés elméletei: ökológiai és tranzakcionális modellek

Minden család felvállalja gyermekei szocializációjának feladatát, hogy egy nagyobb közösség tagjaivá váljanak. A kisebbségi családokban ez a folyamat különbözik a többségi családoktól. Ezen modell célul tűzi ki a különböző kulturális értékek megismerését.

Az ökológia, a korai rizikó tényezőkre vonatkozóan, kétféle kölcsönhatásra hívja fel a figyelmünket :

- A gyerekek, mint biológiai lények a kölcsönhatása a közvetlen szociális környezettel
- A szociális rendszerek kölcsönös befolyása a gyerek fejlődésére.

Az ökológia, az emberi szervezet és a környezet közötti kapcsolatot tanulmányozza.

Egy ökológiai perspektíva arra emlékeztet, hogy a gyermek fejlődése a biológia és a környezet közötti kölcsönhatás eredménye.

Pasamnick (1987) a szociális biológia létrehozója, a biológiai jelenségek szociális eredetére helyezi a hangsúlyt. Pl. a szegénység hatása a gyerek elhalálozásra.

A szociálbiológia a szociális viselkedés genetikai eredetét hangsúlyozza. Bronfenbrenner bebizonyította, hogy a mindennapi stressz és a családi hányattatás negatívan hat a kisgyerekekre, de ez viszont a serdülőket serkentheti. Két féle rizikó tényezőt különböztetünk meg :

- biológiai pl. alultápláltság különböző fogyatékoságok, sérülések
- szociokulturális rizikótényezők, melyek megfosztják az egyént a közvetlen emberi kapcsolataitól Pl. árvaházi gyerekek szeretet hiánya. Hasonló esetben : azok a gyerekek, akik egy gazdasági krízis közepette születtek, kevésbé részesülnek korai fejlesztésben, mint azok, akik kedvező gazdasági körülmények közepette születtek.

Úgy a rizikótényezők, mint a kedvező szocio-kulturális alkalmak ismerete nagyon fontos a humán ökológia számára. A céljuk, egy olyan rendszerelmélet kidolgozása, mely

során meglehet érteni a biológiai, pszichológiai, szociális és kulturális erők kölcsönhatását a korai fejlesztésben. A rendszerelmélet segít felfedezni az események közötti kapcsolatokat, melyek első látásra jelentéktelenek. Az egyén és a környezete állandó kölcsönösségi viszonyban van egymással. Egyik sem állandó, hanem egymástól függenek. Ha feltesszük a kérdést: x meghatározza-e Y-t? A válasz: Attól függ. Nem tudjuk biztosan előrelátni egy rendszer jövőjét, anélkül, hogy tudnánk valamit azokról a rendszerekről, amelyekkel kölcsönhatásban van.

Bronfenbrenner egy ökológiai szemléletű modellt dolgozott ki. Azt feltételezi, hogy a gyerek fejlődését 4 alapvető és egymásra tevődő rendszer határozza meg.

1. Mikrorendszer: azt a szűk, közvetlen környezetet jelöli, amelyben a gyerek felnő : család, bölcsőde, óvoda, iskola. A mikrorendszer azokra a mintákra vonatkozik, amelyeket a gyerek fejlődése során megtapasztal. Az egyének befolyásolják mikrorendszereiket, de a mikrorendszer is hat az egyénre. A mikrorendszer minőségét elsősorban az határozza meg, hogy milyen mértékben képes fenntartani és elősegíteni a gyerek fejlődését.

2. Mezőrendszer: a különböző mikrorendszerek közötti kapcsolatokat jelöli, amelyek révén a gyerek megtapasztalja a realitást, a valóságot. A mezőrendszer gazdagságát az őt alkotó kapcsolatok száma és minősége határozza meg. Ide tartozik pl: a szakember és a szülők közötti kapcsolattartás, a család és az intézmény közötti kapcsolat. A különböző kutatási eredmények azt hangsúlyozzák, hogy azok a kapcsolatok, amelyek összeköttetést biztosítanak a gyermek azon környezete között amelyben a legtöbb idejét tölti és aközött ahol maga az intervenció beavatkozás történik, központi jelentőségű a beavatkozás hosszútávú eredményességének és stabilitásának szempontjából.

3. Exorendszer : azt a környezetet jelöli, amely befolyásolja a gyerek fejlődését, de maguk a gyerekek nem aktív részesei ezeknek a rendszereknek. Pl: szomszédok, családi barátok, különböző szakszolgáltatások, szülők munkahelyei. Az exorendszernek előrejelítő jellege van. Ugyanaz a környezet a gyerek számára lehet exorendszer, pl.szülők munkahelye, míg a szülők szempontjából lehet egy mikrorendszer.

4. Makrorendszer: széles értelemben vett valós és lehetséges világra vonatkozik. A mezo- és az exorendszer egy adott kultúra ideológiai, demográfiai, szervezeti mintáinak az összességét alkotja és ennek keretébe ágyazott. Ezek a minták önmagukban makrorendszereket alkotnak. A humán fejlődés ökológiai tervrajzát képezi. Ezek a tervrajzok magukba foglalják azokat a kollektív feltevéseket, amelyek arra vonatkoznak, hogy hogyan kellene a dolgokat csinálni. A különböző intézmények, egyház, ezeknek a feltevéseknek a konkrét formáit képezik. Bronfenbrenner úgy véli, hogy maga a vallás is önmagában egy makrorendszer, amely magába hordozza a világ meghatározását, ugyanakkor egy sor intézmény ennek a meghatározásnak konkrét megjelenítése. Pl. diplomák, egyházi iskolák, programok, maga az egyház hierarchikus felépítése is. Ez a modell dinamikus jellegű és a gyerek fejlődését befolyásoló folyamatok interaktívak, folyamatosak. Ennek értelmében a gyerek fejlődését befolyásoló tényezőről csak akkor tudjuk megmondani, hogy milyen hatást gyakorol, támogató vagy gátló, ha ezt az ökológiai modell szempontjából próbáljuk meg átgondolni.

Az 1970-es években, a nemzetek helyzete a következő volt: az elszegényedett családok kivonódtak a közép szociális rétegből és ez nemcsak gazdasági veszteséggel járt, hanem rizikó tényezőként hatott a korai fejlődést illetően. Az 1980-as évek elejére, az AEÁ-ban megváltozott a gazdasági helyzet. Míg az eddigi évtizedben az elszegényedés az idős, öreg családokra volt jellemző, a 1980-as években a sokgyermekes családok szegényedtek le. Az 1985-ös évben a statisztikák azt mutatják, hogy a 3 év alatti gyermekek 25%-a szegénységben élt. Ez az arány a feketék és a spanyolok körében még magasabb volt. Duncan Coe Hill 1981-es kutatása szerint már az 1970-80-as években ezen családok 25%-a szegénységben élt és ebből a 25%-ból 1%-k legalább egy kis ideig, de lecsúszott a szegénység legalsó szintjére és 3%-uk ott is maradt e határ alatt. Az 1980-as évek szociális felmérései erre az alsó osztályra irányították a figyelmet.

Gabarino 1988-as felméréséből az derült ki, hogy a szegénység minden 4-ik gyermek esetében fog jelentkezni és gyakori az egy szülő családok körében. A krónikus és az idől szegénység egy komoly veszélyt jelent a gyermekek korai fejlődését nézve. A szegénységen kívül a munkanélküliség elterjedése, az időleges munkahiány is

veszélyeztette a gyermekek korai fejlődését. Fisher és Cunningham, 1983-as kutatása felmérte, hogy milyen kapcsolat van a munkanélküliség és a fejlődési krízis között. A felmérésből kiderült, hogy a kapcsolat indirekt. A munkanélküliség arra hajlik, hogy csökkentse az erőforrást és siettetni az egészséges gondolkodás, jólét körüli problémák elterjedését. A férfi identitása vagy a szülői státus kötve volt általában a hagyományos foglalkozásokhoz. A munkanélküliség csökkentette ezt az identitást és kétértelműséget, ami nyílt családi konfliktusokhoz vezethetett. Ennek következtében a munkanélküliség a gazdasági és a szellemi oldalon is krízist okozhatott. Ez a két tényező tehát rizikó faktorként jelentkezett a korai fejlődést illetően. A politikusok elismerték és megpróbálták megoldani a munkanélküliség következtében keletkezett problémákat. Bronfenbrenner, Mooen, Garbarino, 1984-ben készült kutatása is azt emelte ki, hogy az anyagi helyzet megrongálódása a szegénység egy óriási veszélyt jelentett a gyermek korai fejlődését illetően. Garbarino, Grontet, 1978, Garbarino, Sherman, 1980, NCCAN 1981, Pelton 1978, Sterinberg, Catalano, Dooley, 1981- ben készült kutatások mind azt bizonyítják, hogy a munkanélküliség egy láncszem a gazdasági süllyedés bekövetkezésében, ami a gyermek elhanyagolásával is járhat. NCCAN, 1981-es kutatásának statisztikai felmérései a következők: 27,3 / 1000 gyermek 7000 dollár alatt (éves jövedelem) kereső szülők családjában növekedik fel 14,6 / 1000 gyermek 15000-25000 dollár (éves jövedelem) között kereső szülők családjában növekedik fel 2,7 / 1000 gyermek 25000 dollár fölötti (éves jövedelem) kereső szülők családjában növekedik fel. Tehát az 1980-as években a munkanélküliség elterjedésével nagyon felemelkedett az elhanyagolt, bántalmazott gyerekek száma. Oregonban például egy fafeldolgozó gyár stagnálása kétszeresére (46%-ra) emelte az elhanyagolt, bántalmazott gyerekek számát. Ezért jobban igénybe vevődtek a gyermekvédelmi és a humánus szervezetek munkái. A gazdasági egyensúlybomlással párhuzamosan az állami szolgáltatást kérők száma megnőtt és ennek következtében a dolgozók fizetéséből nagyobb adót vontak le. Az 1980-as évek közepére a munkanélküliség 7% alá csökkent, kissé felvirágzott a gazdasági élet, de ez nem volt jellemző az alsóbb osztályra. Az iparosított társadalom nagy része mindenki számára meg kellene adja a támogatást, a

lehetőséget, de ez sajnos nem így van – derül ki Kahn és Kamernica kutatásából. Kutatásaik során azt derítették ki, hogy az AEÁ-ban 1983-ban a megelőzési és rehabilitációs alap tőkéből, ami kb. 362 milliárd dollár volt, csak 5,6 %-k jutott erre a célra. A többi pénzből a nem igazán rászoruló családokat támogatták, akik a II. világháború utáni időkben kissé elszegényedtek. Bronfenbrenner és mások, 1984-ben végzett kutatása azt bizonyította, hogy a szegénység neurózisokhoz, frusztrációhoz, depresszióhoz stb. vezethet. Feltehetjük tehát a kérdést: Hogy lehet minimális anyagi jóléttel megfelelő körülményt biztosítani a gyerekneveléshez? Pld. az olcsó és mosható vászonpelenka használatával nagyon sokat spórolhatna a család, viszont kissé kényelmetlen a mosása, ezért az elkényelmesedett AEÁ-ak sem használták a vászonpelenkát. Elder, 1974-es kutatásában azt bizonyította be, hogy azok a közösségek, ahol egyre nagyobb lett a szegénység egyre homogénekké váltak, gyermekeiket elhanyagolták, bántalmazták. Általában csak az egyik szülő dolgozott és ebből a fizetésből nem futotta a gyereknevelés minden követelményére. Abban az időben, még a felfogás uralkodott, hogy a feleség a háztartást kel vezesse, nem vállalhat munkahelyet, ezért volt sok családban csak egy fizetés. A 80-as évekre viszont már nem ez volt jellemző: számos családanya dolgozott. Sajnos a statisztikák azt bizonyítják, hogy a nő jövedelme a férje jövedelmének csak a 60 %-ának felelt meg és a családi költséghez csak 26%-al járult hozzá. Gazdasági egyezmények: Garbarino, 1988-as kutatása szerint a gazdasági krízis a politikai helyzettől függ. A gazdasági egyezményt a politikusok szerkesztették, hogy támogassák az ökológiai hiányosságokat: az árak, fogyasztás, érték kérdését. Az emberi tevékenység nem tud semmi eredetit produkálni. Pld. autót gyárthatnak, de nem a vasat, ami hozzá szükséges. Amit az ember tenni tud az az, hogy átalakítsa, esetleg rongálja az anyagi tartalékokat: elkészíti az autó műanyag részecskéit, ezeket a termékeket egy ideig használja, majd a szemétre dobja. Sajnos csak az elvont gazdasági egyezmény ismeri be a termékek anyagi és szociális bázisának szerepét. Pld. a földműves a pénzért dolgozik-e vagy azért, hogy folytassa a családdal örökölt életmódot. Nem mindegy, hogy egy ember 10000 ár földet dolgoz a gépjeivel vagy 100 ember 100-100 ári földet dolgoz kézi munkával. A politikai reformok a gyermeknevelés

javítását szándékozták, de nem vették figyelembe a jelenlegi anyagi helyzeteket. Annak a kérdésnek az eldöntésében, hogy hol a babysitter hány gyereket vállalhat fel, úgy gondolták, hogy négy gyerek mellé kell egy babysitter, viszont az Illionis felméréséből kiderül, hogy a határok eltolódnak a szegényebb családok esetében, mivel pld. egy vállalati munkás heti 25 dollárnál többet nem tud adni, és így a babysitterek évente csak 5000 dollárt kereshetnének. Tehát a gyerekszám megduplázódik, egy babysitter 8 gyereket is vállal, aminek következtében szintén az elhanyagolt korai fejlődés lép fel. A cikk végén egy összefoglaló is található: A Munkaügy 81-es statisztikája szerint egy 4. tagú család 38000 dolláros évi jövedelemmel a felső kategóriába sorolható, miközben egy átlagos szint 15000 dollár. A politika célja az kelene legyen, hogy a populáció minél több részét erre a 15000 dollár fölötti évi jövedelmi szintre juttassa. A gazdasági eredmény nagy szerepet játszik a gyermek korai fejlődésében. A microsystema szintjén a család struktúrája a munkaerőn alapszik. A macrosystema támogatja ezt a kontextust. Ha a mindennapi életben a közösség pénz forgalma rendezetté válna, a családok, mint microsystema kivonódnának, vezetve lennének a politika által. Ha az exosystema távol marad ettől a folyamattól, azok, akik nem megfelelő jövedelemmel rendelkeznek, még ha részt is vesznek az alapvető tevékenységben, úgy is mindég szegények maradnak. Az elszegényedett microsystema kezd példává válni és az iskolai, szociális kapcsolatok is elszegényednek, aminek következtében a fejlődés lelassul és a viselkedés szocializálatlan marad. A gazdaságilag alul lévő osztály ökológiailag összeesküvő jelleggel bír a gyermek korai fejlődésére nézve.

Tranzakcionális modell - Arnold J. Sameroff és Barbara H. Fiese

Rutter két mítoszt azonosított: a zavaroknak egyetlen oka van, és ezek megszüntethetőek, ha a egyedül a gyermeket individuálisan kezeljük

A költségek analízise során arra a következtetésre jutottak, hogy sokkal megfelelőbb a veszélyeztetett csoport esetén a másodlagos beavatkozás, mint az elsődleges, mindenkre kiterjedő kezelés.

Különböző perspektívákból vizsgálva a longitudinális kutatások azt mutatták ki, hogy a biológiailag rizikó-csecsemőket nem lehetett megkülönböztetni később azoktól a gyermekektől, akiknél semmilyen probléma nem volt. A fejlődést sokkal inkább a környezeti tényezők befolyásolták. Amennyiben a család kultúrája akadályozza a fejlődést, akkor a biológiai komplikációk nélküli gyermekeknél is megfigyelhetők a későbbi súlyos szociális és kognitív zavarok.

Levonható tehát az a következtetés, hogy a csecsemőkori és a későbbi teljesítmények között nem lineáris az összefüggés. A későbbi fejlődést csak a gyermek szociális és családi környezetének figyelembe vételével lehet bejósolni. A fejlesztési programok nem lehetnek hatékonyak, ha csak a gyermeket célozzák.

Reprezentatív rizikó-tényezők

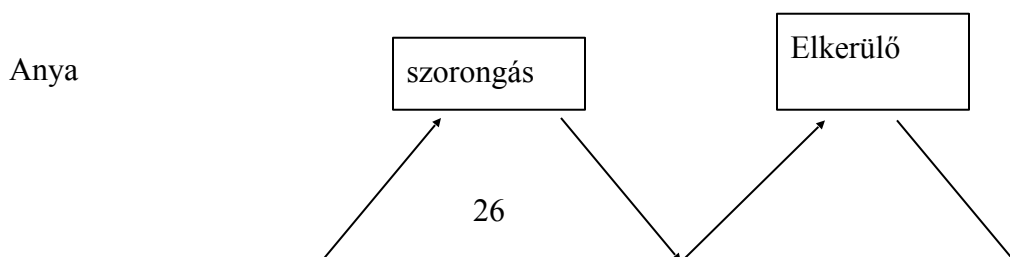
Sameroff, Seifer, Barocas, Zax és Greenspan (1987) 10 olyan környezeti tényezőt mértek, melyek korrelálnak a szociális-gazdasági státussal (SES), de nem azonosak vele. Ezek a következők: az anya mentális betegsége, anyai szorongás, a szülői attitűdök (flexibilitás-rigiditás; a gyermek fejlődésével kapcsolatos hiedelmek, értékek) spontán pozitív anyai kapcsolat a csecsemővel, a szülők foglalkozása, az anya tanultsága, kisebbségi lét, családi támasz, stresszelő életesemények, a család nagysága.

Következtetés: nem a szociális státus határozza meg a fejlődést, hanem az, hogy hány rizikó-tényező van jelen, minél nagyobb számban vannak jelen, annál gyengébbek lesznek a gyermek későbbi teljesítményei. Azonos kimenet mögött állhatnak más-más faktorkombinációk.

A tranzakcionális modell

A végső kimenet egész sor kölcsönhatás eredménye.

Például:



Gyerek

Születési
komplikáció

Nehéz

Megkésett
beszédfejlődés

Környezettípus

A környezettípus a családi és kulturális mintázatokat jelenti, a genotípus analógiája.

Ha befolyásolni akarjuk a fejlődést, akkor fontos megállapítanunk a humán fejlődést szabályozó tényezőket. Egyik program sem vállalkozhat arra, hogy az összes tényezőt befolyásolja, de szükséges ezeknek a megértése és feltérképezése ahhoz, hogy megtaláljuk a beavatkozás célfaktorait.

Minden egyedi környezettípus szabályos mintázatokat tartalmaz.

A környezettípus alrendszerei kölcsönhatásban vannak nemcsak a gyermekkel, hanem egymással is.

Bronfenbrenner (1977) leírja a környezeti rendszereket, melyek befolyásolják a fejlődést:

Mikrorendszer – a gyermek közvetlen környezete

Mezorendszer – a mikrorendszerek közti kapcsolat (pl. Iskola és otthon) az egyén fejlődésének egy bizonyos pontján.

Exorendszer – lehet, hogy a gyermek nem részese, de befolyásolják a gyermek környezetét (pl. A szomszédok)

Makrorendszer – kulturális, gazdasági, szociális és politikai rendszer patternjei, melynek az előbbi rendszerek a konkrét leképeződései.

A környezettípust meghatározó tényezők, szintek: a kultúra, a család és a szülő, mint individuum. A kognitív és szocio-emocionális fejlődést minden szinten a kód szabályozza: a kulturális kód, a családi kód és a szülő egyéni kódja. Hierarchikus

viszonyban vannak egymással a fejlődés során is és a gyermeki fejlődésre kifejtett hatásukat tekintve is.

A gyermeki fejlődés során a tapasztalatokat befolyásolják a szülők személyisége, meggyőződése, hite, értékeik, kultúrájuk. Meg kell különböztetnünk a kódot a viselkedéstől.

A behaviorista kutatások többsége a környezeti hatásokat az anya-gyermek kapcsolatra redukálta, bár ez a környezettípusnak csak egyetlen eleme. Parke és Tinsley kiterjesztette a kutatásokat nemcsak a szülő-gyermek kapcsolatra, hanem a teljes családra kiterjedő viselkedési mintázatokra és a köztük levő kölcsönhatásokra is.

A kulturális kód szocializációs és nevelési elemeket foglal magába, azokat a komplex jellemzőket, melyek meghatározzák a társadalom gyermeknevelési rendszerét.

A családi kód a családban betöltött szerepeket határozza meg. A család szabályozza a gyermek fejlődését, mely a viselkedésben és az explicit reprezentációkban válik nyilvánvalóvá, de csak akkor, amikor a család tagjai együtt vannak. (Reiss)

Ide tartoznak a családi rítusok, történetek, mítoszok és paradigmák.

Rítusok

Előírja a szerepeket és a viselkedést. Tudatosan, az egész család részt vesz benne. Gyakran írásos nyoma is van (fényképek, ajándékozás) Előkészülnek rá, tervezik, szimbolikus üzenetet hordoznak. Minden családtagnak világos, jól meghatározott szerepe van benne. A diszfunkcionális családokban a rítusok biztosítják a stabilitást, védő szerepet töltenek be (pl. segítenek a gyermeknek abban, hogy később ne váljanak alkoholistákká). A gyermek részvételét a családi eseményekben segítik a rítusok. A gyermeki történetek alapján következtetni lehet a rítusokra. Pl. családi ebéd, vakációs szokások, napi program.

Történetek

A fejlődéslélektan és kognitív lélektan kutatói úgy tekintenek a történetekre, mint a kognitív fejlődés megértésének eszközére.

Funkciói (Baker, 1982):

Kiemelni a család történetéből a hősöket és a gazembereket

Dramatizálni és megőrizni bizonyos átmeneti, stresszes eseményeket

Megőrizni bizonyos családi szokásokat

A fontos események megőrzésével és a családi értékek továbbadásával stabilizáló szerepet töltenek be. A legkorábbi kapcsolatok is a mesemondás kapcsán alakulnak a gyermek és a családtagok között.

A gyermekek nagyon pontosan adják vissza a mesék egyes részleteit. A gyermek nagyon receptív a mesékre, a mesemondás egy lehetőség a szülők számára a családi értéke átadására.

Mítoszok

Befolyásolják az egyéni interakciókat, a családi történetek egyes aspektusait eltúlozzák. Olyan családi hiedelmek, melyek változatlanok maradnak a realitástól függetlenül. Szabályozhatják a szerepek meghatározását is (pl. a hagyományos családokban magyarázhatják a nő munkanélküliségét). Lehetnek traumatikus eredetűek, és erős érzelmek kapcsolódnak hozzájuk. A sérült gyermekhez kapcsolódó mítoszok is befolyásolják a gyermek szerepét. Pl. a mozgássérült gyermekről hihetik azt a szülők, hogy értelmileg is akadályozott, vagy egy értelmi akadályozott gyermekről hihetik azt, hogy ép, hiszen olyan értelmesen csillog a szeme. Nem lehet ezekről vitatkozni vagy nyíltan beszélni. Fejlődési zavart okozhat, ha a gyermeknek el kell fogadnia egy torz családi mítoszt, vagy ha a család új mítoszt hozva létre irreális szerepet oszt ki a gyermeknek. Pl. a bántalmazott gyermek megpróbál úgy viselkedni, hogy beilleszkedjen a családba vagy egy sérült gyermeket lehet, hogy kisebb testvérként kezelnek kronológiai életkorától függetlenül.

Paradigmák, családi mintázatok

A személy családon belüli viselkedését megváltoztatják. A paradigmák meggyőződések, feltevések tartalmaznak a környezettel kapcsolatban. A családtagok, ha együtt vannak más típusú probléma-megoldási stratégiákat használnak, mint amikor egyedül vannak. Ezen paradigmák évekig, sőt generációkon keresztül fennmaradhatnak, a családtagok elvárásait tükrözik a mindennapi élet rutin-cselekvéseiben. Négy típust

különítenek el: környezet-érzékeny, konszenzus-érzékeny, teljesítmény-érzékeny és távolság-érzékeny családokat. A környezet-érzékeny családokat és a konszenzus-érzékeny családokat belső kohézió és kooperáció jellemzi, de különböznek is, mivel a környezet-érzékeny családok a világot érthetőnek, a problémákat megoldhatónak gondolják. A konszenzus-érzékeny családok szerint a világ ismeretlen törvények alapján működik, és a stresszre önvédő mechanizmusokkal reagálnak. A teljesítmény – érzékeny vagy távolság-érzékeny családokban a tagok versengenek egymással. A teljesítmény-érzékeny családok tagjai a családon kívül keresnek támaszt szerepeik megerősítésére; a távolság-érzékeny családok sem a családon belül sem azon kívül nem tudnak valódi jó kapcsolatokat kialakítani.

A családi kódok új család alapításakor felborulnak és újraszerveződnek.

A szülő egyéni kódja

A szülők viselkedését befolyásolja a családi kontextus. Mikor valaki családtagként működik, akkor viselkedése módosul, anélkül, hogy ez a viselkedésmódosítás tudatosulna. A szülők viselkedését sokkal több tényező befolyásolja, mint a gyermekekét. A szülők viselkedését az is meghatározza, hogy milyen tapasztalataik vannak a saját szüleikkel kapcsolatosan. Kötődési mintázataikat továbbadják gyermekeiknek. A korai fejlesztés során ezekre a hibás szülői attitűdökre is oda kell figyelniük, mivel ezek nem tudatosak, elő kell segíteniük a helyes szülői viselkedés elsajátítását. Ha az intervenció csak a gyermeket célozza, akkor hatása sokkal korlátozottabb, mivel a szülőnek meghatározó szerepe van a gyermeki viselkedés szabályozásában.

Szabályozás

Három típusú: makroszabályozás, miniszabályozás és mikroszabályozás

Makroszabályozás

Céltudatos és nagy horderejű, hosszútávra kiható tapasztalati változások (pl. iskolába lépés). A kulturális kódtól függ, hogy milyen események határozzák meg, és

azok mikor következnek be. A szocializáció alapját képezik. Pl. egyes kultúrákban születéstől kezdve nevelik a gyermekeket más kultúrákban csak a második életéből.

Miniszabályozás

A napi gondozási tevékenységek, melyek bár családonként változnak a családi kódokon alapulnak. A gyermek is hozzájárul a miniszabályozáshoz, mivel a család átstrukturálódik, hogy a gyermek egyedi szükségleteit ki tudja elégíteni.

Mikroszabályozás

Majdnem automatikus mintázatok, korlátozás vagy harmonizálás. A gyerek és gondozója közti pillanatnyi interakció, melynek nagy része nem tudatos. (pl. a gyerek mosolyára mosollyal válaszol). A szülő egyéni kódján alapul. A gondozó és a gyermek közti pillanatnyi kapcsolat, „viselkedési szinkron”. Szociális és biológiai kódokon alapul.

Pl. egy koraszülött csecsemő számára sokkal kevesebb inger szükséges, mint egy egészséges, időre születettnek.

A tervezés egyik kulcskérdése, hogy a beavatkozás mire fókuszáljon.

A TRANZAKCIONÁLIS MODELL ÉS A BEAVATKOZÁS

A viselkedésváltozások az individuumok között létrejövő interaktív cserék sorozatából születnek. A gyermek viselkedésének csekély változása állítja helyre a fejlődési rendszert. Máskor a szülő percepciójának változtatására lehet szükség. Egy harmadik kategória a szülők gyermekgondozási képességének a javítása. Ezeket a kategóriákat különböző címkékkel látták el: remediálás, átfogalmazás és reedukáció.

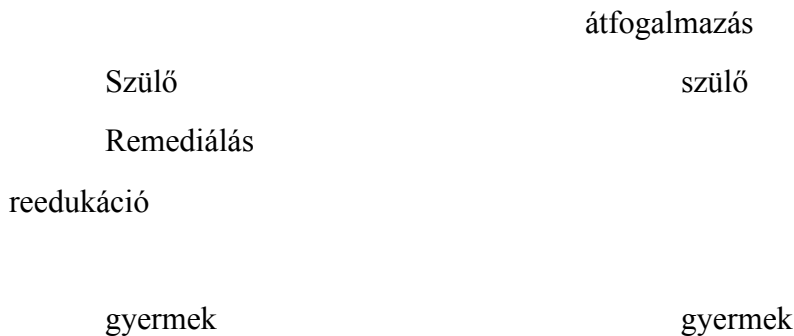
szülő

gyermek

idő

C1 – C3 a gyermek önszabályzó képességének fejlődését jelzi. A vonal idővel egyre vastagabb lesz, mivel a gyermek egyre több készséget sajátít el, egyre inkább képes helytállni a stresszhelyzetekben. A P1-P3 dimenzió a szülő folytonos gondoskodó jelenlétét jelképezi, azt a képességét, hogy a változó körülmények között képes szabályozni gyermeke fejlődését. A gyermek és szülő közti nyilak a kölcsönös egymásra hatásukat jelképezik, egymás viselkedését kölcsönösen befolyásolják. Minden csomópont egy beavatkozási lehetőség, és minden csomópontban a beavatkozásnak más-más módzatai alkalmazhatóak.

A remediálás megváltoztatja a gyermek viselkedésmódját a szülő irányában. Ha a gyermek fizikai állapota javul, akkor többet nyerhet a szülők gondozói tevékenységéből. Az átfogalmazás megváltoztatja a gyermek viselkedésének értelmét, amennyiben a szülők nem tulajdonítanak negatív jelentést a gyermek reakcióinak, akkor a pozitív interakció létrejöhet. A reedukálás (átnevelés) megváltoztatja a szülő viselkedésmódját. A sérült gyermekek szülei számára szervezett tréning például egy ilyen típusú beavatkozási stratégia



Remediálás

A családon kívüli szakember hajtja végre, akinek a célja a gyermek állapotának megváltoztatása. Nem irányul a családi vagy kulturális kód megváltoztatására.

Ilyenek például a biológiai állapot strukturális javítása: műtétek, vagy a koraszülött csecsemők esetében az étkezési problémák megoldása. A gyermeket gyógyultnak nyilvánítva a szülőket arra biztatják, hogy ugyanúgy neveljék, mint az egészséges gyermeket szokás.

Bernbaum, Penner, Watkins és Pecham (1983) összekapcsolta a nem étkezés közbeni szopást a koraszülöttek mesterséges (csövön keresztüli) táplálásával. Ezek a csecsemők sokkal gyorsabban híztak, mint azok, akik nem részesültek ilyen orális ingerlésben. E gyors hízás azért is feltűnő, mert a kontroll csoport azonos kalória mennyiségben részesült. A kísérleti csoport gyermekeit hamarabb engedhették haza a kórházból. Tehát azoknál a koraszülött gyermekeknél, akik egyéni remediációban vettek részt hamarabb normalizálódott az étkezési viselkedés és hamarabb hazamehettek. Ennek következménye, hogy a szülő viselkedésében is kevesebb eltérés tapasztalható.

A korai individualizált beavatkozás hatása az is, hogy a gyermekek jobban megértették a szociális szerepcserét, az interakciók harmóniáját és az anyjukkal való interakciójuk 9 hónapos korukban (szabad játék alatti megfigyelés) magasabb színvonalú volt. Azokban az esetekben, amikor a gyermekben levő diszfunkció könnyen azonosítható és hozzáférhetőek a hatékony beavatkozási technikák is, akkor a gyermek remediációja elvezethet a szülők viselkedésének adaptív változásához.

A családot, a közvetlen környezetet azért vonták be a korai fejlesztésbe, mert a csak gyermekre centrált beavatkozások eredményei elkeserítőek voltak.

Az alultápláltság kezelése során kimutathatóvá vált, hogy a gyermek remediálása megváltoztatta a szülők viselkedését is. Az alacsony fejlődési qvócienszt az agysejtek pusztulásának tulajdonították, de amennyiben a táplálkozási státuszt normalizálták, akkor kiderült, hogy ez inkább a kedvezőtlen környezetnek, mint a biológiai faktoroknak köszönhető. Az alultáplálás akkor hatott leginkább a csecsemő viselkedésére, amikor ez kevés stimulációval és passzív gondozással társult.

A táplálékkiegészítés ugyanakkor nagyobb szociális kapcsolatteremtő-képességet, jobb érzelm kifejezési készséget, nagyobb környezet iránti érdeklődést és szociális válaszkészséget valamint magasabb iskolai teljesítményt eredményezett.

Az egészséges gyermekek válaszaikkal a szülőket szociális stimulációra készítetik, az újabb pozitív válasz, pedig megerősíti a szülőnek ezt a fajta viselkedését.

A mikroszabályozás főként az étkezési beavatkozásokban használt. A miniszabályozás új magasabb szinten szervezett viselkedésre tanítja meg a gyermeket. A makroszabályozás a tapasztalat nagy területeinek megváltoztatására vonatkozik.

A gyermek viselkedésének megváltoztatásával arra számítunk, hogy sokkal optimálisabbá válik a gondozási környezet is.

Akkor használható, ha feltételezhető, hogy a gyermek állapotán változtatni lehet.

Átfogalmazás

Akkor szükséges, ha a gyermek viselkedése nem egyeztethető össze a jelenlegi családi kóddal. Elsősorban az optimálisabb szülői viselkedésmódok kialakítására irányul. Optimálisabb szülő gyermek kapcsolat létrehozására törekszenek. Mivel az anya nem tartja normálisnak gyermekét, ezért nem is akar vagy nem is tud normális gondozást biztosítani a számára. A szülő két okból vallhat kudarcot: vagy nem tudja elfogadni a gyermek sérültségét, vagy pedig összetéveszti saját érzelmi reakcióit a gyermek aktuális viselkedésével. (a sérülést csak a szakemberek képesek kezelni, nagy a szakadék az elvárt és az aktuális teljesítmény között).

Az átfogalmazás arra irányul, hogy a szülők reakcióit normalizálja. A gyermek fejlődésének normális aspektusaira terelve a szülők figyelmét elősegíti a gondozói magatartást, mivel az a szülők viselkedés-repertoárjának része: szemkontaktus, emocionális válaszok, kacagás stb. Ha a gyermeknél nem áll fenn deviáns állapot, akkor a beavatkozás a rossz szülői percepciót hivatott befolyásolni.

Például: a növekedésben való nem organikus elmaradás FTT

Ezt az állapotot az első két életévben diagnosztizálják. Az ilyen gyermekeknél fennáll a kognitív fejlődés késése, különböző viselkedészavarok megjelenése és gyermekkori abúzus. A szülők közül többen ellenállónak és rossznak mondták FTT-s gyermekük viselkedését, nehezen tudták őket elfogadni. Ilyenkor a gyermek viselkedését átcímkezték. Pl. ha az anya nem akarta megejtetni síró csecsemőjét, mivel a sírást

makacsságként értelmezte. A gyermek sírását átcímkézték, azt mondták, azért sír, mert éhes és nem dühös. Ez az egyszerű átcímkezés sokszor elégséges a sikeres etetéshez. Hanem, akkor további munkára van szükség, és a szülők múltjával kell foglalkozniuk.

Fraiberg és munkatársai leírják, hogy azok a múltbeli események, melyeket az anya csecsemőként átélt befolyásolják jelenlegi gondozói képességeit. Ezek az élmények gondozói szerepbe lépve felelevenednek benne.

Amikor az átcímkezés elégtelen, akkor foglalkozhatunk azzal is, hogy a szülőknek milyen gondozási élményekben volt része. A saját negatív vagy pozitív élményeit ismétli meg saját csecsemőjével.

A teljes családban jelen lehet a meg nem felelő elvárás a csecsemővel szemben.

Az átfogalmazás általában a családi kódra irányul, időnként azonban a kulturális kód szintjén is megvalósulhat. Például ha egy kultúrában a kövér, pufók csecsemő az elfogadott, akkor ez túletetéshez vezethet, illetve a későbbi gyermekkorban súlyproblémákat okozhat. Általában nem a beavatkozási programokban, hanem különböző közoktatási programokban lehet felhasználni.

Ha a szülők nem rendelkeznek a hatékony szülői viselkedésnek megfelelő eszközökkel, képességekkel, akkor átnevelésre van szükség.

Átnevelés (reedukáció)

Azt tanítják meg a szülőknek, hogyan kell felnevelniük gyermekeiket. A legtöbb próbálkozás a család illetve a szülő személyére irányul.

A koraszülött csecsemők gondozása, etetése szemléltetheti az ilyen jellegű beavatkozást. A koraszülöttekre jellemző: szabálytalan alvási-mintázat, a szociális interakciók ellentmondásossága, a homeosztázis fenntartásának képtelensége.

Minde és munkatársai dolgozták ki (1980). Szülőcsoportot szerveztek a szülészetén. A program a szülők aggályaira irányult. A szülők beszélhettek „veterán anyákkal”, akiknek szintén koraszülött volt a gyermeke, a kórházi személyzettel a különböző orvosi beavatkozásokról és a koraszülött gyermek szükségleteiről. Három hónapos utánkövetés során kimutatható volt, hogy ezek az anyák sokkal hosszabb ideig

etették csecsemőiket, mint a kontroll csoportban levők, gyakrabban léptek interakcióba velük, gyakrabban beszélgettek velük.

Egy strukturáltabb beavatkozási programot Nurcomb (1984) dolgozott ki. 74 koraszülötteket gondozó szülőt vont be. A beavatkozás 11 ülésből állt, mely során képzett gyermekgondozó (pediatric nurse) megtanította a szülőket a koraszülöttség fejlődési aspektusaira: állapotszabályozás, motoros fejlődés, a temperamentum felismerésének kulcsaira. A kórházi elbocsátás után 3 majd 6 hónappal felmérték a gyermek temperamentumát, az anyai szerepben való megelégedettség mértékét, az anya attitűdjét a gyermekkel szemben, az anyai önbizalmat. A kísérleti csoport sokkal jobb eredményeket mutatott. Gyermeüket alkalmazkodónak, boldognak, megközelíthetőbbnek és könnyen megnyugtathatónak észlelték. Következésképpen ezek az anyák sokkal többször léptek szociális interakcióba gyermekükkel.

Ezzel a csoportos beavatkozással ellentétben áll az egyéni beavatkozás (Field, 1983). Videóra vették a diád, általában az anya gyermek interakciót. Ezután megmutatták azt, hogy ha az anya megváltoztatja a viselkedését, akkor a gyermek válasza is változni fog.

A makroszabályozás során a szülőnek a gyermek fejlődési mérföldköveiről szervezünk didaktikai programot, illetve megtanítjuk arra, hogyan alkalmazkodhat ezen változásokhoz. A miniszabályozás sokkal konkrétabb segítségre vonatkozik (pl. pelenkacsere, etetés). A mikorszabályozás az interakciókra vonatkozik, amikor megtanítjuk a szülőknél hogyan értelmezhetőek a gyermek finom interakciós jelzései.

TRANZAKCIÓ-DIAGNÓZIS

Változtatni a gyermekben	remediálás
Szülő-gyermek kapcsolatot változtatni	átfogalmazás
Az anya képesség vagy ismerethiánya	reedukáció

KÖNYVÉSZET

4. ELŐADÁS

A korai fejlesztés elméletei: fejlődéslélektani modell

COMPREHENSIVE CLINICAL APPROACHES TO INFANTS AND THEIR FAMILIES: PSYCHODYNAMIC AND DEVELOPMENTAL PERSPECTIVES

A KORAI FEJLESZTÉS FEJLŐDÉSLÉLEKTANI MEGKÖZELÍTÉSE

STANLEY I. GREENSPAN

Átfogó klinikai megközelítésmód

Meghatározásában benne van, hogy a gyermeket a családi és szociális mintázatokkal való interakcióban szemléli. Ebbe beletartozik nemcsak a fejlődés vonalának követése, hanem a szülők, családtagok és releváns szociális tényezők.

A következő tényezőket kell felmérni:

1. Prenatális és perinatális változók: családi genetikai mintázat, az anya egészségi állapota, étkezési szokásai és támogatáskérési lehetőségei, stresszfactorok a terhesség alatt, az anya személyisége, pszichés állapota. A terhesség jellemzői, a szülés folyamata (komplikációk, az egyes szakaszok időtartama), a gyermek állapota a szülés után. Ide tartozik még az anya percepciója gyermekéről, a csecsemő megfigyelése valamint az anya-gyermek kapcsolat megfigyelése.

2. Szülői, családi és környezeti változók Azoknak a személyeknek a felmérése, akik közeli kapcsolatban vannak a babával. Személyiség, szükségletek, gyermeknevelési képesség, családi interakciós mintázatok. Ide tartozik a támogató rendszer és az otthoni környezet.

3. Elsődleges gondozó, anya-gyerek kapcsolat változói kölcsönös öröm, közös ritmus, feedback, a diád flexibilitása, feszültségtűrési képessége és az intimitáshoz való visszatalálás. A későbbi fejlődés során a különbözőség megtapasztalása, emocionális és viselkedési mintázatok, reprezentációk kialakítása.

4. A gyermek változói (fizikai, neurológiai és pszichés) A gyerek nagysága, súlya, hossza, egészségi állapota, neurológiai sajátosságai és ezek hogyan befolyásolják a kapcsolatteremtést, a homeosztázist, a viselkedéses és emocionális mintázatokat, hogyan irányítják a viselkedést és az érzelmeket.

5. A gyermek változói (szenzoros, motoros és kognitív) fejlődés, differenciálás és integráció

6. A gyermek változói (humán kapcsolatok alakítása és interiorizálása) a korai kapcsolatok, flexibilitás, az affektív világ szimbolizálásának képessége.

A mérföldkövek a strukturalista fejlődéslélektan nézőpontjából

A csecsemők érzelmi fejlődése az összes korcsoport közül a legkutatottabb terület. Az újszülöttek képesek tapasztalataikat adaptív módon rendezni. Válaszolnak a kellemes és kellemetlen ingerekre, a következmények függvényében változtatják viselkedésüket, képesek a vizuális diszkriminációra, kialakítanak ciklusokat és ritmusokat, szervezett szociális válaszokra is képesek, bonyolult affektív és szociális interakciókban is részt tudnak venni. 2-4 hónapos korban mosollyal reagálnak a gondozó arcára.

Winicott leírja a környezet szerepét a korai kapcsolatokban.

Viselkedési minták

homeosztázis megvalósítása: önszabályozás, 2-4 hónap között, jobban tud válaszolni a környezetre és kialakul a kapcsolat az anyával

emberi kötődés kialakítása: képes komplex kommunikációs helyzetekben részt venni, 8 hónapos korig képes elkülöníteni akcióit annak a következményeitől. A kötődés akkor nem jön létre, vagy akkor válik zavarttá, amikor az anya mechanikus válaszokat ad a csecsemő jelzéseire, vagy saját érzéseit projektálja a csecsemőre. Így a gyermek nem tapasztalhatja meg az oksági összefüggéseket az emberek és az intim kapcsolatok között.

szomatopszichés differenciáció 12 hónapos korig viselkedését szélesebb rendszerbe szervezi, kialakul a reprezentációs és szimbólikus rendszer. A kommunikáció

sokkal szervezettebbé, jelentéseibbá válik. A csecsemő viselkedés-repertoárja bővül. Komplex érzelmi válaszadásra is képessé válik. A harmadik életévhez közeledve a gyermek egyre bonyolultabb egyéni viselkedési sémákat alkot. Az utánzásokon alapuló tanulás sokkal dominánsabbá válik. A totyogó kisgyermek egyre inkább interiorizálja gondozói attribúcióit.

viselkedés szervezés, kezdeményezés és internalizáció: második életévének végéhez közeledve kialakulnak a stabil mentális reprezentációk. Ez még 16-24 hónapos kor között törekeny, utána pedig gyorsan dominánssá válik a gyermeki viselkedés szervezésében.

mentális reprezentációk és ötletek. A tárgyállandóság képessége lassan fejlődik és arra vonatkozik, hogy a gyermek keresi az elrejtett tárgyakat. A reprezentációs képesség arra vonatkozik, hogy belsőleg szabályozott multiszenzoros tapasztalatok előhívására képes az animált tárggyal kapcsolatban. Ez a folyamat a KI mielinizációjától és a megfelelő tapasztalatoktól egyaránt függ. Az internalizált tapasztalatok egyszer csak eléggé szervezetté válnak ahhoz, hogy reprezentációkká váljanak. Kialakul az elaboráció, integráció és differenciáló képessége. A gyermek megkülönbözteti saját és mások tevékenységét, a valóságot és a képzeletet. Elkezd tudatosan szabályozni viselkedését, képessé válik koncentrálni a tanulás és interakció során. A belső reprezentációk a tárgyállandósággal egyidőben szilárdul meg.

flexibilitás a reprezentációs rendszerben, struktúrális tanulás

Kora gyermekkori adaptáció fejlődése

Sza k a s z - f ü g g ő feladatok é s képessége k	képességek		Környezet (gondozó)	
	adaptív	patológiás	adaptív	patológiás

H o meosztázi s (0- 3hó)	B e l s ő szabályozás	Szabálytala nság	Elhivato tt, v é d ő , k o m f o r t o t b i z t o s í t ó , előrelátható, érdekelt	N e m b i z t o s í t o t t , k a o t i k u s , veszélyes, abuzív, alul vagy túl- stimuláló
Köt ődés (2-7 hó)	Gazdag, multiszenzoriál i s , m é l y kapcsolat a környezettel	Érzelemme ntes, személytelen vagy semmiféle k a p c s o l a t a környezettel	Bevonni a gyermeket a f f e k t í v , multimodális és szórakoztató tevékenységekb e	Emocionál is távolságtartás, személytelenség, zárkózottság
Szo matopszic holó-giai differenciá ció (3-10 hó)	Rugalm a s , s z é l e s , k ö l c s ö n ö s é r z e l m i kapcsolat a környezettek	A viselkedés és az é r z e l m e k véletlenszerűek, kaotikusak, rigidek és sztereotípek	Megfele lő válaszadás a g y e r m e k kommunikációs jelzéseire	A gyermek kommunikációján ak figyelmen kívül hagyása v a g y félreértelmezése

Viselkedés-szervezés (9-24 hó)	Komplex, szervezett, asszertív viselkedési és érzelmi mintázatok	Fragmentált, sztereotip, polarizált viselkedés és emóció	A totyogó gyerekek kezdeményezéseit és önállóságát csodálni, követni, segíteni megszervezni a viselkedési és érzelmi elemeket	Túl beleavatkozó és túlkontrolláló, fenyegető, fragmentált, hirtelen és korán szeparáló viselkedés
Reprezentációs képesség, differenciálás (1,6-4 év)	Belső reprezentációk Én és nem én elkülönítése Alapvető személyiség-funkciók stabilizálódása	Nincs szimbolikus elaboráció, a viselkedések és érzelmek konkrétak, homályosak és polarizáltak, differenciálatlanok és rigidek; valóságérzetük, önkontrolljuk zavart	Érzelmileg rendelkezésre álló, kielégíti a gyerekek dependenciáigényét, szimbolikus elaborációra bíztat	Tagadja az élethetkorei szükségleteket, konkret kommunikációs módra kényszeríti a gyermeket, helytelenül értelmezi a jelzéseket vagy nem ad rájuk megfelelő, reális választ, túl engedékeny vagy túl szigorúan büntető

R e	Komple	A	Támoga	Konfliktus
prezentáci	x és szervezett	reprezentációs	tó a komplex	a g y e r m e k
ó	s reprezentációk	k é p e s s é g	életkornak	életkori hajalmait
rendszer	megőrzése és	korlátozott vagy	m e g f e l e l ő	i l l e t ő e n ,
(sedülőkor	átalakítása a	z a v a r t ,	tapasztalatok és	tartózkodás a
ig)	viselkedési	kapcsolatteremtő	interperszonális	s z i m b o l i k u s
	mintáknak és	k é s z s é g é s a	kapcsolatok	k u l c s o k t ó l ,
	f e j l ő d é s i	c o p i n g	megszerzésében	visszafogják a
	feladatoknak	mechanizmusok		g y e r m e k
	megfelelően	rosszul működnek		lendületét

Patológia és adaptáció

Minden szakaszban lehetséges az adaptív vagy patológiás forma kialakulása. Az adaptív válaszok vagy ennek patológiás megfelelői már a legkoraibb életkorban jelentkeznek. Ha a belső állapotok harmonikusak, akkor a gyermek szabadon fedezheti fel környezetét, mely az elsődleges gondozókhöz való kötődés alapja. Ha a szabályzó folyamatok nem működnek megfelelően, akkor a gyermek hiper vagy hipoérzékeny a környezeti ingerekre, homeosztatiszikus nehézségekkel fog a gyermek küzdeni. A nem adaptív válaszok már az élet első hónapjában megfigyelhetők. Ezek lehetnek nagyon kis eltérések pl. a stresszre való fokozott reakciótól egész a felfedező viselkedés kerüléséig.

A korai kötődés lehet meleg, melybe a gyermek teljesen bevonódik, vagy bizonytalan, korlátolt, érzelemmentes. Különbségek figyelhetők meg a csecsemők között: egyesek a gondozó jelzéseire gazdagon, jelentésteli módon, érzelemteli és viselkedéses kommunikációval válaszolnak, míg mások nem képesek a kölcsönösségre. A totyogó viselkedése egyre szervezettebbé válik, megjelennek komplex minták, melyek az eredetiséget és kezdeményezőkézséget tükrözik, abban az esetben ha a totyogó adaptívan viszonyul a környezethez.

Ha a totyogó nem adaptív, akkor viselkedési mintázatai sokkal sztereotipébbek, nincs jelen a kezdeményezőkézség és eredetiség, a viselkedés elemei nem szerveződnek

komplex mintázatokba vagy pedig érzelmi polaritás figyelhető meg (negativizmus, agresszivitás, érdektelenség, szeretetlenség, érdeklődés-hiány).

Az adaptív gyermekek reakciói differenciáltak, érzelmei árnyaltak, jól kontrollálják impulzusaikat, helyesen értelmezik a külvilág ingereit, elkülönítik az ént és nem ént.

Hasonló struktúrák figyelhetőek meg a későbbi életkorokba is.

Ha a fejlődés minden aspektusát figyelembe vesszük, akkor leszünk képesek megállapítani a fejlődési zavar okát. Pl. egy egyszerű mozgásbeli lemaradás oka lehet a családi mintázat (a gyermeknek nincs lehetősége a mozgások gyakorlására, lehet érési zavar, genetikai faktor stb).

Veszélyeztetett populáció

A többszörösen veszélyeztetett családok

a szülők gyermekgondozással kapcsolatos képességei korlátozottak

a pszichoszociális funkciók korlátozottak (a gyermekkel való interakció is zavart)

pl. pszichiátriai betegséggel küzdő szülők, gyermekkorukban vagy a férjük által bántalmazott anyák hajlamosak elhanyagolni és bántalmazni saját gyermekeiket.

Több mint az anyák fele esetében a szülőkről való leválás zavart volt, túl gyorsan és hirtelen történt

A kísérletben résztvevő babák prenatális prevencióban vettek részt (anya táplálkozása, támogatása, orvosi ellátása). Perinatálisan normális mintázatokat mutattak, és életük első hónapjában szignifikánsan nem optimálisan fejlődtek (szociális válaszkészség, szokás-minták, motoros válaszok szervezése).

A babák nagytöbbsége 3 hónapos korban az önszabályzás, világ fele való orientáció és érdeklődés helyett labilitást, izommerevséget, szabálytalan alvás-ébrenlét és étkezési ritmust, állandó készenléti állapotot mutattak. A gondozóik pedig a komfort és

biztonság biztosítása helyett vagy elhanyagolták őket vagy pedig túlingerelték őket kaotikus és szaggatott módon.

3-9 hónap között a gyermek viselkedését továbbra is a belső állapotok szabályozták. Interakcióik esetlegesek, szűk körűek, kaotikusak, rigidek, sztereotípek voltak. A gondozók nem válaszoltak vagy rosszul értelmezték a gyermek jelzéseit.

Az első életév végén a többszörösen veszélyeztetett gyermekek továbbra is szaggatott, sztereotip és polarizált mintázatokat mutattak. Ezek a totyogók visszahúzódóak, konformisták vagy agresszívek, impulzívak és szervezetlenek. A jól fejlődő gyermekek ekkor már sokkal szervezettebb, komplexebb, asszertívebb, kezdeményező érzelmi és viselkedési mintázatokat produkáltak.

A veszélyeztetett totyogók környezete sokkal kontrolálóbbról, sokkal inkább beleszól a gyermek életébe és szaggatott. Inkább a korai szeparáció jellemző, nem csodálják meg a gyermek próbálkozásait. Ha támogatnák a megjelenő új képességek szervezettebbé válnának, sokkal komplexebb kommunikációs, viselkedési és interaktív mintázatok létrehozását eredményezné.

18-36 hónapos kor között a lemaradások egyre szembetűnőbbé válnak. Nem alakulnak ki a reprezentációk, a képzelet. Nem képes indulatait megfékezni, hangulatait szabályozni, hajlamosá válik a regresszióra. A gyermek viselkedésének most már a túlélésen túl kell mutatnia, komplex kívánságai és érzelmei vannak melyek érzelmi tevékenységet eredményeznek, képessé kell válnia arra, hogy előre elképzelje és megtervezze a cselekvéseit. A legtöbb ilyen családban egyszerűen a szülők sem rendelkeznek ezekkel a képességekkel. Még akkor sem használnak szimbolikus módot, amikor nincs semmiféle zavaró tényező jelen. Az ilyen családokban a félelmen alapuló fegyelmezési rendszer működik és a gyermek szükségleteit letagadják vagy képtelenek kielégíteni. A gyermek kénytelen szimbólum-mentes kommunikációban részt venni: ringatás, etetés, fizikai büntetés. Ha a gyermek valamilyen oknál fogva az előző fejlődési fázist egészségesen túlélte, akkor új képességeivel mindig provokálni fogja környezetét. Minél egészségesebb a gyermek, annál kihívóbb és nyomasztóbb lesz a család számára. A szülők számára ez zavaró lehet, nem értik az új viselkedésmódot, ezért sokkal inkább

megpróbálnak beavatkozni a gyermek életébe. Amennyiben nem jelenik meg egy sokkal jobb képességekkel rendelkező gondozó a gyermek rövid idő alatt regresszióba lép, visszaesik a preszimbolikus fázisba. Ezek a gyermekek akkor lesznek képesek magasabb szinten funkcionálni, amikor más rendszerek elkezdik ebben támogatni és képessé válnak szüleik korlátainak megértésére. (nagyobb korban).

A kisgyermek még nem tudja ezt kompenzálni és a tanulási lehetőségek ezáltal beszűkülnek számára.

A többszörösen veszélyeztetett gyermekek és családjaiknak fejlesztési modellje
Clinical Infant Development Program (CIDP)

Ez a modell meghatározott bizonyos szolgáltatásokat

A specifikus szolgáltatások lehetnek részben vagy teljes terápiás napok

A család számára tréning, míg a szakemberek számára szupervízió biztosítása

Ahhoz, hogy a családok minden igényét ki lehessen elégíteni különböző szervezetek összehangoltan kellett működjenek.



A szülők bizalmának elnyerése alapvetően fontos, mivel ezekben a családokban a bizalmatlanság az uralkodó. Csak akkor tudja a szakember segíteni a szülőt a gyermek fejlődésének ösztönzésében, ha a gyermek fejlődésével párhuzamosan a szakember szülő kapcsolat is mélyül.

Rendszeresség és stabilitás	kötődés	folyamat
A találkozás igénye a szakemberrel, megosztva az aggodalmakat és hallani a szolgáltatásokról	Konkrét igények kielégítésére törekvés (pl. szállítás, étel stb.)	E l ő z e t e s kommunikáció, verbális t á m a s z é s információgyűjtés

Előrejegyzés alapján történő találkozás	Érzelmi érdeklődés a terapeuta személye iránt	Egyedi viselkedések vagy cselekvési mintázatok megfigyelésének képessége
Előrejelezhető minta alapján való találkozás	Célirányos kommunikáció, a problémák megoldása érdekében	Kapcsolatokra való koncentráció a viselkedési mintázatokban
Rendszeres találkozás időnkénti megszakításokkal	A kényelmetlen és ijesztő érzések tolerálása	A saját érzelmek megfigyelése
Rendszeres, folyamatos találkozás	Teljes elfogadás megtapasztalása	Önmegfigyelés komplex érzelmi interakciókban
		Önmegfigyelés tematikus és érzelmi elaboráció során
		A kulcsfontosságú kapcsolatok közti relációk megreremtése
		Mintázatok azonosítása az újtípusú növekedés elősegítése érdekében
		Új mintázatok megerősödése, a leválás előkészítése

		Az értékek teljes megértése, illetve a veszteségek teljes átélése, elköszönés a terapeutától
--	--	--

A szülőknek meg kell érteniük nem megfelelő coping mechanizmusait, meg kell tanulniuk felismerni és kielégíteni saját és gyermekeik szükségleteit. Ugyanakkor specifikus segítséget is kell nyújtanunk a szociális interakciók, szenzomotoros és kognitív fejlődés elősegítésére.

Pl. a hiperaktív babát az anya hajlamos túlingerelni. A babára jellemző a taktilis háritás

A beavatkozásnak elég hosszú ideig kell tartania ahhoz, hogy a családban megerősödjének az újonnan elsajátított képességek. (2 év).

A speciális szolgáltatások: kinetoterápia, munkaterápia, pszichológiai tanácsadás, specifikus fejlesztő programok

Ha a szakemberek rámutattak arra, hogy a nem adaptív viselkedések hol is kezdődtek és ezeket korrigálták, akkor a családtagok képesek voltak adaptív reakciókat létrehozni.

A sokgyerekes családokban minden gyermek születésével nőtt a nem megfelelő válaszok valószínűsége.

A program során az első gyermek esetében korlátozott javulás észlelhető, a legkisebb gyermek esetében pedig nagyon látványos volt a javulás.

A fejlődési szintnek megfelelő szolgáltatás és terápiás kapcsolat

0-2 hónap – homeosztázis – a gyermek védelmet, gondoskodást igényel; egészségre vonatkozó szolgáltatások; a kapcsolat előrejelezhető, szabályos és biztonságot nyújtó

2-8 hónap – kötődés – a gondozó és gyermek közti affektív kapcsolatot kell erősíteni, a humán világ szépségeit kell elé tárni, a kapcsolatok szintjén meg kell élnie, hogy a kötődés negatív érzelmeit is megbír

3-10 hónap – szomatopszichés differenciáció - a gyermek kommunikációjának (érzelmi és viselkedési kulcsok) értelmezését kell facilitálni, nevelési és pszichoterápiás szolgáltatások vehetők igénybe; önmegfigyelés és mások iránti empátia

9-18 hónap – viselkedés szervezése, internalizáció és kezdeményezés - direkt felfedező tevékenység a gyermekkel, korrekciós nevelés; támasz és erősítés, biztonságos jelenlét

17-30 hónap - reprezentációs képesség – direkt terápia, szimbolikus képesség fejlesztése tematikusan érzelmileg

24-40 hónap – reprezentációs differenciálás és konszolidáció- önálló működés és új kapcsolatok, realitásérzék fejlesztése, a fantázia és a realitás elhatárolása

Sérült gyermekeket nevelő családok fejlesztésekor alkalmazott elvi megfontolások

+Minden fejlődési fázisban egyedi érzelmim kihívások is jelentkeznek.

Minden beavatkozásnak a szenzoros, motoros és kognitív képességek fejlesztésén kívül a releváns, életkornak megfelelő emocionális mintázatokat is céloznia kell.

minden emocionálisan vagy szociálisan releváns mintázatnak kezdeti vagy kibontakoztatott formájában szüksége van fázisspecifikus, idejében való, kellemes érzelmi válaszra. Ez magába foglalja a gondozó helyzetét (a gyermekkel szemben legyen) és érzelmi állapotát (nem játszhatja meg magát).

Pl. gesztusokkal és szavakkal történő kommunikáció használata a megerősítésben.

minden érzelmileg releváns interakciónak elő kell segítenie hasonló önindította érzelmi mintázatok megjelenését, illetve ezen minták általánosítását és absztrahálását a működés minden területére vonatkoztatva.

támogatni és biztosítani kell az én differenciálódását olyan interperszonális kapcsolatok biztosítása, melyek a következő elemekkel rendelkeznek: a gyermek produkálhassa a humán érzelmek teljes skáláját, a gondozó válasza legyen egyértelmű, pontos, nyújtson megfelelő feed-backet, melyből a gyermek megérti, hogy elfogadják és ösztönzik a további elaborációra.

Fontos szem előtt tartanunk azt, hogy mindent több szempontból kell megvizsgálnunk. Nagy kihívást jelent a gyógypedagógus számára megtalálni azt az egyedi utat és módot, mellyel kielégítheti egy egy gyermek vagy család speciális igényeit, hogy ráleljen arra a beavatkozási módra, melyre az adott gyermek vagy család érzékenyen képes reagálni, mely megfelel egyéni változóiknak és lehetőségeiknek.

KÖNYVÉSZET

5. ELŐADÁS

Értékelés, felmérés, korai diagnosztika

Part IV Approaches to assessment

An interdisciplinary model of infant assessment

Loraine McClune, Barbara Kalmanson, Mary B. Fleck, Barbara Glazewski, Joan Sillari

Interdiszciplináris team által végzett többszörös, többtényezős mérések

A következő szakemberek vesznek részt ebben: pszichológus, orvos, ápoló, kintoterapeuta, logopédus, szociális munkás, nevelő, neurológus.

A felmérés eszköze

Bayley Scale of Infant Development (BSID) a fejlődési szakasznak megfelelő tipikus teljesítményeket tartalmazza, melyek elég nagyszámú populáció eredményeinek feldolgozásán alapulnak. Ennek alkalmazása és az eredmények standard feldolgozása a gyermek fejlődéséről kvantitatív információt nyújt. Bayley a fejlődési qvóciens alapján megállapítható a gyermek jelenlegi fejlettségi szintje, megállapítható, hogy van-e elmaradás az átlaghoz, az elvárthoz képest.

A veszélyeztetett gyermekek felmérési eredményeinek értelmezése

A skálák standardizálásakor, a normatáblák összeállításakor nem veszik be a mintába a sérült, veszélyeztetett, koraszülött gyermekeket, a normatáblák tehát nem megfelelőek az atipikus populáció mérésekor.

Kiegészítő eszközök használata

Megértve a gyermek szenzomotoros és reprezentációs képességét a szakember fényt deríthet a gyermek tanulási stratégiáira illetve azokra a folyamatokra, melyek a gyermek számára hozzáférhetőek.

Kognitív felmérés

Ha a skálákat ismételten alkalmazzuk a gyermek megtanulja, hogyan kell megoldani bizonyos egyedi problémákat anélkül, hogy a problémamegoldás általános elveit megértené. Ha ezeket a feladatokat a fejlesztésben és a felméréskor egyaránt

használjuk, akkor még fontosabbá válik annak lemérése, hogy változatos helyzetekben mennyire sajátította el a gyermek a fogalmat, kevésbé fontos az, hogy adott itemet teljesít-e vagy sem.

A BSID tesztben használt bizonyos itemek azonosak vagy hasonlóak a Piaget-próbákhoz: tárgyállandóság, „mintha” játék. Tudnunk kell azonban, hogy a Bayley skálán elért eredmény alapján nem határoz meg specifikus szenzomotoros stádiumot.

A „mintha” játék strukturális fejlődése 10-24 hónap

Szenzomotoros periódus

preszimbolikus séma – a gyermek egyszerű gesztusokkal megmutatja, hogy a tárgyat mire használják, nincs mímelés, a gyermek komolynak tűnik.

auto-szimbolikus séma: a gyermek önmagának tulajdonított cselekvéseket mímeli, megjelenik a szimbólum, a gyermek tudatában van a mímelésnek (iszik a babacsuporból)

Szimbolikus fázis

egyetlen szimbólumot tartalmazó szimbólum-játék: cselekvést vagy élőlényt mímeli

kombinált szimbólum-játék: sorozatok mímélése

tervezett szimbólum-játék: verbálisan vagy nonverbálisan utal arra, hogy játéka tervezett

kombinált és tervezett szimbólum-játék

Az otthoni látogatások lehetőséget biztosítanak a fejlődési zavart kiváltó potenciális hatások összességének vizsgálatára.

A koraszülött, kissúlyú újszülötteknél sokkal gyakrabban figyelhető meg motoros mint kognitív lemaradás.

A mozgás felmérése

A legtöbb motoros skála a normál mozgásfejlődés mérföldköveit tartalmazza, de nem tartalmazza a mozgások kvalitatív leírását (hogyan kell mozognia a gyermeknek, hogy az adott mérföldkövet jelentő feladatot teljesítse).

Movement Assessment of Infants (MAI)

A motoros teljesítmények felmérésekor figyelniünk kell az izomtónusra, a primitív reflexekre, az automatikus reakciókra és az akaratlagos mozgásokra.

A normálisan fejlődő gyermek számos mozgásmintát kipróbál. A sérült baba esetében bizonyos atipikus mozgásformák a beavatkozás szükségességét jelzik, hogy az ezekre később ráépülő kóros mozgásminták kialakulását megelőzzük.

A korai kognitív és motoros fejlődés között szoros kapcsolat áll fenn, ezért ha a vizsgálat elvégzésekor nincs jelen kinezioterapeuta, akkor a 6-18 hónapos babák alacsony mentális teljesítménye esetén további motoros felmérés szükséges, hiszen a mozgásgyengeség csökkentheti az explorációs tevékenységet is.

A pszichoszociálisan veszélyeztetett babák motoros lemaradása lehet depresszió vagy alacsony motivációs szint eredménye.

Alternative assessment strategies for the evaluation of infants and toddlers: an organizational perspective

Dante Cicchetti, Sheldon Wagner

Az alternatív felmérési stratégia racionális alátámasztása

Ha csak a deficitre centrálunk, akkor a felmérés során elmulaszthatjuk egyéb problémák felderítését, és nem fognak kikristályosodni az erősségek sem. A teljes felméréshez a fejlődés minden oldalát meg kell vizsgálnunk.

A tranzakcionális modell

Amikor kisgyermekek képességeit vizsgáljuk el kell távolodnunk a hagyományos kognitív fejlődés-centrikus felmérésektől. Fel kell mérnünk a szülő-gyermek környezet rendszer minden egyes elemét. Nemcsak a zavart területet, hanem a működés összes területét figyelembe kell vennünk. Például egy érzelmi zavar hatását a kognitív fejlődésre sokszor figyelmen kívül hagyják

Perceptuális-kognitív fejlődés

A perinatális trauma nem vezet feltétlenül később fejlődési zavarhoz. De a koraszülött gyermekek között vagy a kissúlyúság esetén gyakrabban fordul elő perinatális komplikáció és ők nagyobb számban vannak jelen később a tanulási zavaros, ADHD és egyéb teljesítmény-függő zavarokkal küzdő csoportban (a szociális helyzettől függetlenül).

Assessment of parent-child interaction

Katheryn E. Barnard, Jean F. Kelly

Bevezetés

A korai fejlesztő programoknak egyik fontos fókusza az anya-gyerek kapcsolat, a kutatások bizonyítják az anya-gyerek kapcsolat fontosságát a gyermeki fejlődésben. Brazelton megmagyarázza, hogy az interakciós rendszer kölcsönös, melyben mindenik tag érzékenyen reagál a másikra és viselkedésüket egymáshoz igazítják. Az újdonsült szülőknek meg lehet tanítani, hogy gyermekükkel való kapcsolat kölcsönös jutalmazáson alapuljon. Vannak olyan programok, melyek a kölcsönös adaptációt segítik, és eredményeik a csecsemők kognitív fejlődésében is mérhetőek, már az élet első hónapjaiban.

Az anya- gyermek kapcsolat fontos elemeinek azonosítása

Az anya és a gyermek individuális jellemzői

Korner kutatása alapján elmondható, hogy az újszülött egyéni sajátosságai (sírás, szenzoros ingerek feldolgozása, soothability) befolyásolja a környezethez való adaptációját. A szülőknek is másképp kell kezelniük a különböző viselkedésű gyermekeket.

Stern (1977) arra a következtetésre jutott, hogy a gyermek jól meghatározott „perceptuális predispozíciókkal, motoros mintákkal, kognitív és gondolkodási tendenciákkal valamint érzelmi kifejező és értelmezési készséggel jön a világra”. A csecsemő coping viselkedése jelzi a gondozónak, hogy mikor áll készen a gyermek az interakcióra”.

Hess és Bell szerint a gyermek fizikuma is befolyásolja az anya válaszkészségét.

A nehéz helyzetben levő anyáknak sokkal kevésbé optimális a kapcsolatuk csecsemőjükkel, mint azoknak akik nem küszködnek ilyen nehézségekkel. A jó kapcsolat egyrészt az anya válaszkészségén és involváltságán múlik, valamint attól is függ, hogy az anyának milyen elvárásai vannak a gyermek viselkedését illetően.

Spitz interaktív dialógusról beszél, mely cselekvés-körökből áll. A dialógust megzavarhatják jelentés nélküli cserék vagy nem megfelelő reakciók. Az újszülött nem tudja figyelembe venni az anya belső folyamatait, tehát az anya feladata megérteni a baba viselkedését. Ha nincs empátia a szülő olyan cselekvést kezdhet, mely nem a baba szükségletét elégíti ki vagy amely megszakítja idő előtt a dialógust.

Stern szerint az empátia nagyon fontos az anya gyermek kapcsolatban. Érzelmi attunement, annak tudata, hogy a másik fél érzelmileg mit él át. A mentális állapot a viselkedésen keresztül válik nyilvánvalóvá. Az attunement akkor jön létre, amikor a partner felfogja az érzelmi állapotot és jelentésteli reakciót ad rá.

Sander a szülő gyermek kapcsolatot, mint adaptációs folyamatot írja le. Fázisai: elsődleges moduláció (0-3 hónap), szociális-érzelmi (3-6 hónap), kezdeményező (6-9 hónap) és fokalizáló (9-12 hónap), 1 éves kor után ön-asszertív az autonómia és önálló tevékenység fejlődése.

Anya és sérült vagy veszélyeztetett csecsemője közti interakció

Eheart – összehasonlította az anya-gyermek diádokat szabad játék ideje alatt értelmileg akadályozott és normál babák esetében. A sérült gyermeket nevelő anyák sokkal inkább megpróbálták megváltoztatni a gyermek viselkedését, mint a normál babák mamái. A sérült babák sokkal kevésbé válaszoltak az anya kezdeményezéseire, és kevesebb mint fele annyiszor kezdeményeztek interakciót, mint az ép babák. A sérült gyermek anyja sokkal dominánsabb volt, ennek következménye, hogy a gyermek sokkal kevésbé vonódott be a tevékenységbe.

Goldberg szerint minél érzékenyebbé válik a gyermek jelzéseire, és minél inkább előrelátják cselekedeteik kimenetelét, annál magabiztosabbak lesznek. Kiemelte viszont, hogy a gyermekek jelzéseinek értelmezhetőségében nagy egyéni különbségek

figyelhetőek meg, a legérzékenyebb szülők is létrehozhatnak nem megfelelő, kaotikus interakciót csecsemőikkel, ha a gyermek nem kiszámítható és nem világosak a jelzései. A beavatkozás egyik célja a szülőket megtanítani a gyermek jelzéseinek értelmezésére.

Szülő/gondozó bevonódását mérő skála

PCIS – az interaktív játék során vizsgálja a felnőtt által tanúsított viselkedésmódokat: gyakoriság, minőség, közelség szempontjából. 11 típusú viselkedésmódot különítenek el.

Family assessment: purposes and techniques

Marty Wyngaarden Kraus, Francine Jacobs

Bevezetés

A család felmérése Párhuzamosan történik a gyermek felmérésével. Célja: felmérni a család szükségleteit, erősségeit, megállapítani a rövid és hosszútávú célokat, megállapítani a program típusát és azt, hogyan lehet lemérni majd a program hatékonyságát.

IFSP – Individualized Family Service Plans – a család a kliens, mely segíteni kívánja a csecsemő fejlődését. A család értékelése sokkal nagyobb hangsúlyt kap, nem lesz akkora a szakadék a kutatás, a közérdek és a szolgáltatások között.

A család értékelésének elméleti kérdései

Előfeltevések a családi élet természetéről és coping mechanizmusairól – előrelátható és váratlan krízisek esetén.

Család-szociológia

Moos és Moos három területet tárt fel, melyekben a családok különböznek egymástól: a kapcsolatok dimenziója, személyes növekedés dimenziója és a rendszer megtartásának dimenziója. Kidolgozták a Family Environment Skálát (FES), mely korrelál a házassággal való elégedettséggel, a gyermekek teljesítményszintjével és az értelmi akadályozott gyermek elfogadásának mértékével.

A Circumplex Model of Marital and Family System – három központi fogalommal dolgozik: adaptabilitás, kohézió, kommunikáció. A Family Adaptability and

Cohesion Evaluation Skales (FACES) ezen dimenziók alapján 16 típusú családot különít el.

Családi stressz-elmélet

McCubbin double ABCX modell – a család krízishez való alkalmazkodása több tényezővel magyarázható: a krízis természete, a belső és külső erőforrások, az eseménynek való jelentéstulajdonítás. A modell alapján kidolgozták a megfelelő mérőeszközt a kulcsfontosságú elemek értékeléséhez.

Családi környezet

HOME leltár – a következő családi jellemzőket méri: a felnőttekkel való kontaktus gyakoriságát és stabilitását, fejlődést elősegítő és verbális stimulációt, dicséretet vagy jutalmat, emocionális hangulatot, motoros és explorációs viselkedés korlátozásának hiányát, a szülők teljesítményre vonatkozó elvárásait.

Kritika: korrelál a család szociális, gazdasági státuszával, a szülőkkel való beszélgetésen és nem objektív megfigyeléseken alapszik.

Assessment of social support in early intervention programs

Carl J. Dunst, Carol M. Trivette

A szociális támasz

Kapcsolati (relational) támasz – a személy szociális kapcsolatainak összessége. (házassági és munka-státusz, személyes szociális hálózat, tagság)

Strukturális támasz – személyes szociális hálózat, a kapcsolatok időtartama és stabilitása, kölcsönössége, a találkozások gyakorisága.

Törvényes támasz: - megfelelés a szükséges és a nyújtott támasz között.

Funkcionális támasz: - a segítség és a kísérés típusa, mennyisége és minősége

A támasszal való megelégedettség – az érintettek mennyire ítélik a segítséget hasznosnak és megfelelőnek.

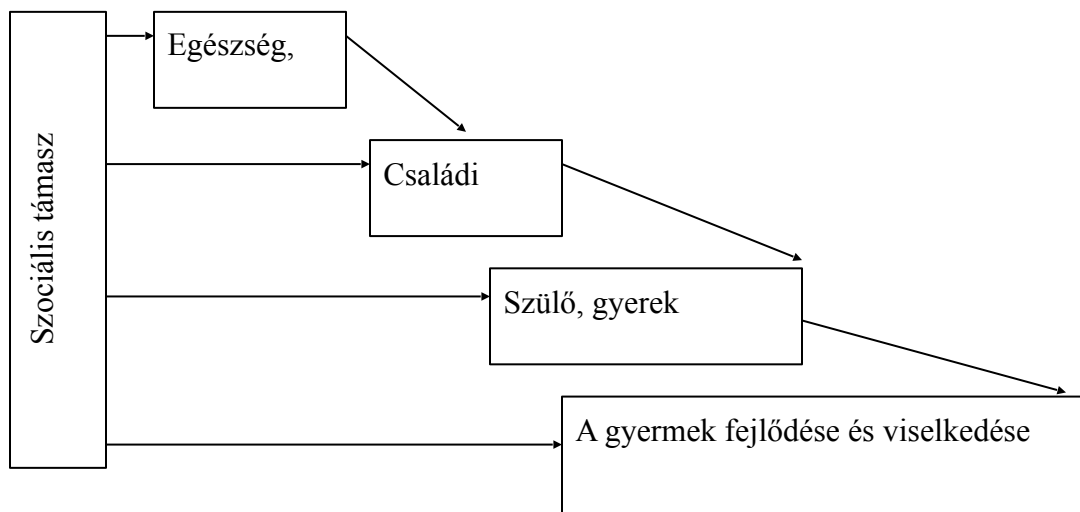
Szociális támasz – szociális csere

A szociális támasz dimenziói

- a hálózat nagysága

- szociális kapcsolatok léte
- a találkozások gyakorisága
- a támasz-igény
- a felkínált támasz típusa és kiterjedése
- kongruencia – a szolgáltatások és az igények megfelelése
- használat – mennyiben fordulnak szaksegítségért
- függőség – függ a szociális hálózattól vagy támaszkodik rá
- kölcsönösség
- közelség, érzelmi viszonyok
- megelégedettség

A szociális támasz közvetlen és közvetett hatásai



Therapeutic aspects of the assessment process

Steven J. Parker, Barry S. Zuckerman

A terápiás célok és az értékelés folyamata

A szakemberek egy családot négy módon segíthetnek. Tiszteletet mutathatnak a gyermek, a szülő és a köztük levő kapcsolat iránt. Konkrét segítséget nyújthatnak: terápia, nevelés, korrekatív műtét. Támogathatják a szülőket érzelmileg. A szülőt segíteni a gyermek megértésében

A sikeres felmérés segíti a szülőt a gyermek viselkedésének illetve fejlődési szintjének megértésében. Gyakran a meglepődnek a vizsgálta során mi mindent tud vagy nem tud a gyermek.

Nagyon sok szülő a felmérés eredményeként csupán számszerű adatokat vár. De nemcsak a teljesítmény mennyisége, hanem a minősége is hasznos adatokkal szolgálhat. Megbeszélhetjük a szülőkkel a gyermek tanulási stílusát, a coping mechanizmusait, problémamegoldási módját, önértékelését. Így a szülők megfelelőbb környezetet fognak majd biztosítani a gyermek számára és jobban fogják segíteni a különböző készségek és képességek elsajátítását. Elvárásaik sokkal adekvátabbá válnak.

A szülők gyakran helyesen ítélik meg a gyermek fejlettségi szintjét, de fogalmuk sincs a normál fejlődés mérföldköveiről. Ennek következtében nem képesek gyermekeiküket segíteni a következő mérföldkö elérésében. A felmérés során felállíthatunk egy képességsort, melyet a gyermekkel el kell sajátítani a közeljövőben. Ezen információ birtokában a szülő realisabb elvárásokkal fog rendelkezni és hatékonyabb lesz interakciója a babával.

A szülő-gyermek megfelelést elősegíteni

A fejlődéslélektani megközelítés segít megfigyelni a szülő-gyermek interakciót. Fontos a gyermek temperamentuma és a szülői gondozói magatartás közti megfelelés. Thomas és Chess 9 temperamentumhoz kapcsolódó területet azonosított 133 gyermek hosszmetzeti vizsgálatával (csecsemőkortól felnőttkorig).

aktivitási szint

ritmicitás (biológiai funkciók)

közeledés-távolság (új ingerekre való válasz)

válaszkészség (az inger intenzitása függvényében)

adaptibilitás (új helyzethez való alkalmazkodás gyorsasága)

a reakciók intenzitása

alaphangulat

figyelem elvonhatósága

figyelem és feladat befejezése

A szülőket megerősíteni és támogatni

A felmérés folyamata segítheti a szülőket abban, hogy sokkal jobban bízzanak magukban a gyermek fejlesztését illetően.

Shonkoff és Hauser-Cram – a szülők bevonása sokkal fontosabb a biológiai alapú fogyatékkal bíró kisebb gyermekek esetében, mint a nagyobb és heterogénebb csoportban. Még nem teljesen tisztázott, hogy milyen típusú szülői részvétel a legkedvezőbb. Néhány program curriculum-centrikus, melynek fő célja a szülőt megtanítani a gyermek nevelőjének lenni, más programok fókuszában az interakció áll, ezeknek a fő célja a szülő-gyermek kapcsolat javítása.

Néhány szerző arra is felhívja a figyelmet, hogy a korai fejlesztésben a nem megfelelő szülői részvétel negatív következményekkel jár.

A felmérés egyik célja az is, hogy megállapítsuk a szülőkről, hogy mennyire konstruktívan vonhatóak be a fejlesztésbe illetve mennyire lenne az a megfelelő, ha nem vennének részt benne. A felmérés során mindenképpen meg kell erősíteniük a szülőket, mint elsődleges nevelőket, rávehetőek gyakran arra is, hogy a gyermek teljesítményszintjét növeljék.

A gyermekkel való konstruktív interakció modellezése

A szülők jól megfigyelik a felmérési folyamat minden részletét, tehát ilyenkor a szakember számára lehetőség nyílik modellként viselkedni. Megtaníthatóak a szülők a pozitív megerősítés használatára vagy a „time out” használatára fegyelmezési módszerként. A modellezéssel új tanítási technikákat sajátíthatnak el a szülők, ezáltal növekedik önbizalmuk és ezeket a technikákat könnyen ki fogják terjeszteni a szülő-gyermek kapcsolat más területeire is.

Tudatosan vagy nem tudatosan ugyanúgy fognak gyermekükkel viselkedni és interakcióba lépni. A szakembernek tisztában kell lennie azzal és tudatosan kell figyelnie arra, hogy az interakció milyensége sokkal jelentősebb, mint az, amit valóban tesz.

A felmérési folyamat szakaszai

Terápiás szövetség-kötés

A szülőket individumként kell kezelnünk, ők többek, mint a problémás gyermek szülei. Segítenünk kell abban, hogy megfogalmazzák reményeiket, elvárásaikat.

Redman-Bentley felmérése alapján a szülők elvárásai a következők: legyen szavuk a döntéshozatalban, magyarázzák meg a vizsgálat eredményeit, segítsenek abban, hogyan foglalkozzanak gyermekükkel, tájékoztassák őket a fejlődéről, a használt kezelési eljárások céljáról, legyen meghatározott szerepük a kezelési folyamatban. A szülők kérdéseire tisztességes, tiszteletet adó és tartalmas válaszokat kell adnunk. Végül pedig a szakembernek kerülnie kell a szakzsargon használatát, olyan szavakat kell használnia, melyeket a szülők megértenek. A kutatási eredmények alapján elmondható, hogy a szakzsargon használata jelenti a legerősebb kommunikációs gátat az esetek több mint felében.

Amennyiben a gyermek már volt szakembernél, nem az első felmérés, akkor ismernünk kell a szülők érzelmeit a felmérési folyamattal kapcsolatosan. Az értelmi akadályozott gyermekek szülei az első felmérést legtöbbször nem tartják kielégítőnek. A további felmérések során pedig harag támadhat bennük az előzetes negatív tapasztalat hatására. Ha rákérdezünk ezekre az érzésekre, explicitté tesszük ezeket az érzéseket, akkor a szülők elmondhatják, letehetik a szakemberekkel szembeni negatív érzéseiket és megelőzhető, hogy ezeket az érzéseket kivetítse a jelen felmérésre.

Tudatában kell lennünk annak is, hogy egyes szülők szívesen beszélnek az érzéseikről, míg mások úgy élhetik meg, hogy tolakodóak vagyunk és ebben az esetben teljesen fölöslegesek az ilyen jellegű kérdések.

A nem megfelelő beszélgetés csak növeli a szülők szorongását és bizonytalanság-érzését.

Legtöbbször a gyermekeket formális tesztekkel mérjük fel. A gyermeket tesztelhetetlennek minősíthetjük például azért is, mert elutasítja a vizsgálatban való részvételt. Ez az elutasítás a test struktúrája miatt is bekövetkezhet. A tapasztalt

vizsgálatvezető számára a standardizált tesztek csak útmutatóul szolgálnak a feladatorientált képességek és viselkedések megfigyelésében. Nemcsak mennyiségileg hanem minőségileg is kell vizsgálnunk a különböző képességeket

Cunningham, Morgan és McGucken feltárták azt a módot, ahogyan a szülőkkel közölni kell a diagnózist.

a lehető legrövidebb időn belül

mindkét szülő legyen jelen

megfelelő helyet kell biztosítani a beszélgetéshez

a gyermek jelen lehet

tetszőleges mennyiségű idő álljon rendelkezésre, a szülők bármit kérdezhessenek

támogató rendszer felajánlása

utánkövető beszélgetések

Így a szülők megelégedettsége 100%-ra növekedett.

A kutatások kimutatják, hogy amennyiben a diagnózis és a prognózis bizonytalan a szakemberek hajlamosak nem megfelelő kijelentéseket tenni vagy nem megfelelő módon közölni az információkat.

A feed-back biztosítása függ a folyamat előző szakaszaitól.

A szülők sokkal jobban elviselik a homályos felvilágosítást ha azt empatikus és biztató módon közlik velük. Ha a terápiás szövetség megkötésén már túl vannak, akkor a bizonytalanság elfogadása sokkal könnyebb mind a két fél számára.

A feed back segít a szülőknek megbirkózni a bizonytalansággal, segít feldolgozni a diagnózis és a prognózis homályosságát is.

A felmérés végén még egyszer kiemeljük a szülők fontosságát, támogatjuk az erőfeszítéseiket. Így a felmérési folyamat teljes körre válik és elősegíti a további terápiás beavatkozásokat.

KÖNYVÉSZET

6. ELŐADÁS

A szociális környezet, szociális támasz felmérése

Veszélyeztetett csoportok és a szülői viselkedés diszfunkciói (Leila Beckwith)

A gyermek hozzájárulása

Két kategória: „nehéz” csecsemők és a koraszülöttek.

Thomas és Chess (1977) úgy határozta meg a „nehéz” csecsemő kategóriát, mint akiknek az aktivitási szintje magas, intenzív érzelmi reakcióik vannak, nehezen alkalmazkodnak a változásokhoz, biológiai ritmusuk szabálytalan, általában negatív hangulatban vannak. A kutatások nem igazolták a csecsemő temperamentuma és a szülői viselkedés közötti direkt összefüggést. A gyermek elégedetlensége, haragja, bizalmatlansága az anyai viselkedés következménye is lehet, nem feltétlenül jelenti azt, hogy a temperamentuma nem megfelelő.

A beteg, koraszülött gyermekek sokkal érzékenyebbek, alacsony a tűrőképességük, nehezebben tudják kezelni a stresszt.

Azokban a családokban, ahol képesek a gyermek interakciós nehézségeit kezelni a kezdetekben, a gyermek a későbbiekben nem különbözik a többi gyermektől. Azoknál a koraszülötteknél, akik feszült, széthúzó, laza kapcsolatokkal jellemzett családban nőnek fel, a különbségek megmaradnak.

A szülők hozzájárulása

Veszélyeztető tényezők: a szülők tudatlansága, beszámíthatatlansága, érzelmi zavarai. A veszélyeztető tényezők általában nem egyedülállóak, általában hosszabb ideig fennállnak.

A korai fejlesztés célja: megtörni a családi pszichopatológia körét.

A szülők depressziója

Bántalmazás: fizikai verés, elhanyagolás (megfelelő táplálkozás, orvosi ellátás, felügyelet), drogos anyák (terhesség alatt). Általában nem egyetlen tényezővel találkozunk, hanem ezek a tényezők együttesen fordulnak elő.

Általában azt gondolják, hogy a szülők úgy viselkednek gyermekeikkel, ahogyan velük viselkedtek csecsemőkorukban.

A bántalmazó apák viselkedésének kutatásának eredménye azt emeli ki, hogy hasonló mintázatok figyelhetők meg, mint a bántalmazó anyáknál. A szociális izoláció, alacsony önértékelés, alacsony anyagi szint, számukra kezelhetetlen stressz és a gyermekkori bántalmazás játszanak szerepet abban, hogy az apa bántalmazóvá válik-e.

A bántalmazó szülők gyermeküket irritábilisnak és nehezen kezelhetőnek ítélték. Valószínű lehet az is, hogy a bántalmazás következményeként sokkal kevésbé világos szociális jelzéseik és alacsonyabb válaszkészségük alakult ki. Ugyanakkor szintén a bántalmazás következményeként agresszívebbek, frusztráltabbak, ellenkezőek és kevésbé pozitív magatartásúak voltak, mint a kontrollcsoport.

KÖNYVÉSZET

7. ELŐADÁS

A korai fejlesztés, mint prevenció

Bevezetés

A prevenció fogalmának mai jelentése körülbelül a 15. században jött létre: megelőzés, óvatosság, a rossz vagy veszélyes elkerülése. Latin gyökerű szó – megelőzés – az elsődleges jelentése: a nemkívánt esemény bekövetkezése előtt kell cselekedni, hogy kizárjuk, késleltessük vagy minimalizáljuk a veszélyeztetett populációban való megjelenését.

Prevenció: szociális munkások vagy más szakemberek által végzett tevékenység, melynek célja, hogy minimalizálják vagy megszüntessék azokat a szociális, pszichológiai vagy egyéb állapotokat, feltételeket, melyek hozzájárulnak a fizikai vagy emocionális megbetegedéshez, illetve néha a társadalomban szociális-gazdasági problémákat okoznak. Ez magába foglalja azoknak a feltételeknek a megállapítását is, melyek az egyének, a családok és a közösségek pozitív feltöltődéséhez szükségesek. (Barker, 1987).

A prevenció hagyományos fogalma

Az elsődleges prevenció a betegség kezdete előtti gyakorlat.

A másodlagos prevenció a betegség azonosítása utáni beavatkozás, amikor ez a betegség még nem okozott fogyatékossgot.

A harmadlagos prevenció a fogyatékossg keletkezése utáni beavatkozás. A cél az állapot további rosszabbodásának megakadályozása.

Az elsődleges prevencióra jó példa a szűrővizsgálatok vagy egy olyan program, mely terheseknek és újdonsült kismamáknak szól, és célja a szülés közbeni komplikációk megelőzése, mely a csecsemő későbbi fejlődési zavarához vezethet.

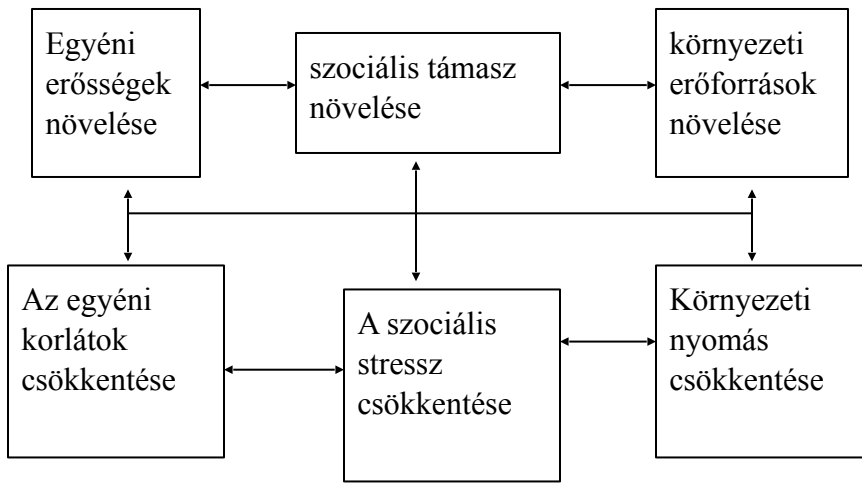
Másodlagos prevenció például a veszélyeztetett terhesek gondozása, vagy a fenilketonúriás (PKU) gyermekek speciális diétáztatása

A korai prevenciós programok hagyományos célcsoportjai

A korai fejlesztő programoknak általában specifikus célcsoportjai vannak: már azonosíthatóan közepes és súlyos zavarokkal rendelkező gyermekek, vagy egyéb orvosi diagnózissal bíró gyermekek. Ez tulajdonképpen már nem is minősül prevenciónak, mivel harmadlagos prevenció, melynek célja a jelenlegi állapot gyógyítása- kezelése.

Az interaktív ökológia összetevői

Az elsődleges prevenció gyakorlatának szerkezeti analízise:



Albee (1983): az értelmi fogyatékoság megjelenéséhez kapcsolódó tényezők:

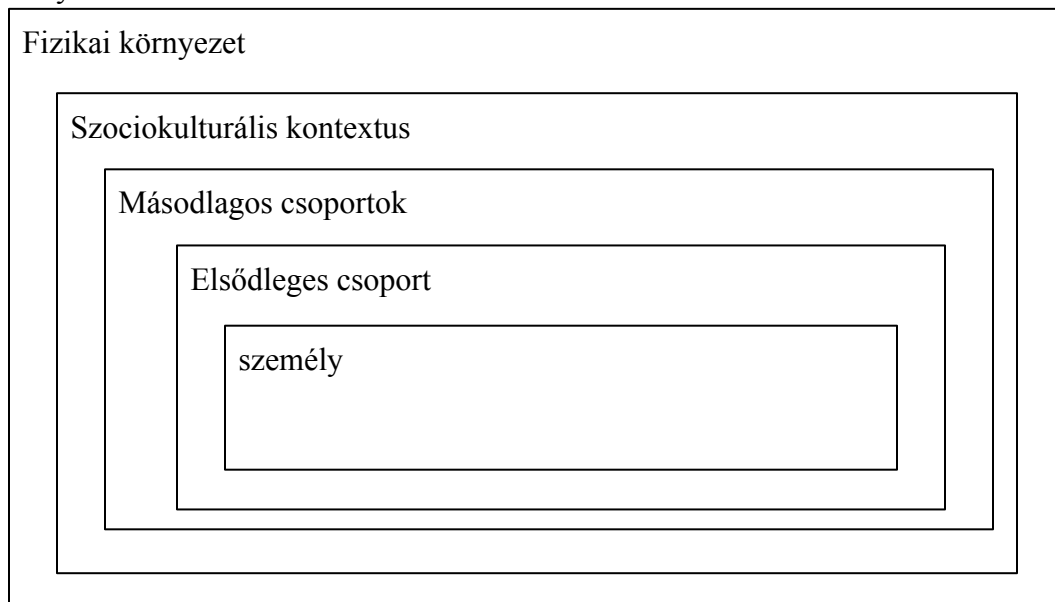
Organikus tényezők + stressz + kizsákmányolás

Értelmi fogyatékoság =

Megküzdő mechanizmusok + önértékelés +

támogató csoport

Azok a faktorok, melyeket figyelembe kell vennünk bármely humán probléma tanulmányozásakor:



Korlátozások és erősségek,
melyek

adott eseményhez, célhoz kapcsolódnak

PERSON – kognitív, affektív, viselkedési, pszichológiai és biológiai aspektusok

PRIMARY GROUP – pl. család, kortárscsoport, közvetlen munkatársak (szemtől szembeni, személyes kapcsolatok)

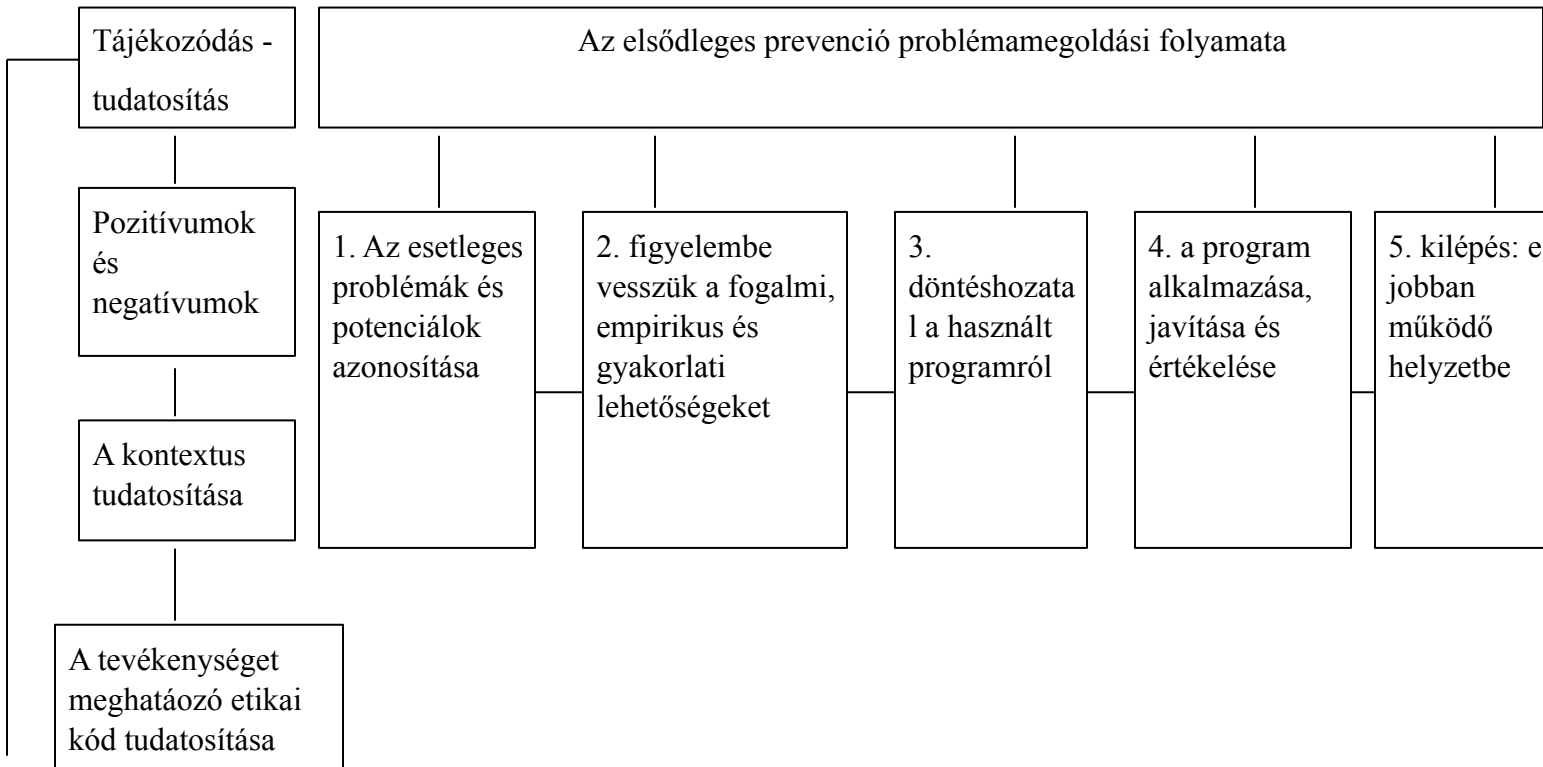
SECONDARY GROUPS – szervezetek, melyben specifikus szerepek vannak

SOCIOCULTURAL GROUPS – olyan közösségek, melyeknek közös szimbólumaik vannak, melyek az élet értelmét meghatározzák: törvények, szociális morál, etnikai eredet, nyelv, életstílus, spiritualitás

PHISICAL ENVIRONMENT – természeti környezet és építészeti környezet

TIME FRAME – életesemények, történelmi változások, csoport-fejlődés, személyes fejlődés

ELSŐDLEGES PREVENCIÓ GYAKORLATA



Néhány tanács, hogyan lehet megelőzni azt, hogy az elsődleges prevenciós programokban résztvevő személyek stigmatizálttá váljanak:

ne válasszuk ki a nagyon veszélyeztetett kategóriát, hanem olyan helyen indítsuk el a programot, ahol a veszélyeztetett népcsoport él. Mindenkinek ajánjuk fel a szolgáltatást, azok akik igénybe veszik, de nem tartoznak a célkategóriához képezik a kontroll csoportot.

A program megnevezése az erősségeket hangsúlyozza, legyen pozitív vagy semleges kicsengésű.

Az elsődleges prevenció módszerei (1. dimenzió – egyéni erősségek növelése)

Speciális kognitív kompetenciák: Stresszel való megküzdés

Általános értelemben véve a kompetencia valakinek a helyzetéhez való alkalmazkodási képessége.

Monat és Lazarus (1985) stressznek nevez minden olyan külső és belső változást, mely nagyobb erőfeszítést vagy olyan adaptív választ kíván, melyet az adott rendszer nem képes produkálni. A kihívásoknak soha nincs vége az élet folyamán. Idejük nagyrésztében az emberek kihívásokkal szembesülnek és megoldják azokat, bár ezek egyrésze kellemes és az élet sava-borsát képezi. Néha előfordul minden ember életében, hogy a kihívások meghaladják adaptív kapacitásukat. Ha ilyenkor nincsenek külső segítség vagy erőforrások a személy összeroppan.

Az emberek kidolgoznak adaptív stílusokat (coping stílus). Lazarus és Folkman (1984) két aspektust különít el.

probléma-központú coping – erőfeszítést tesz, hogy a stresszelő kihívást megoldja úgy, hogy változásokat eszközöl személyeken, tárgyakon, kapcsolatokon.

érzelem-központú coping – a stressz érzelmi hatásának csökkentése a cél (hasonlít a védekező mechanizmusokhoz).

Tanulás-elméletek

A pozitív megerősítés annyira átható, hogy minden példányújtás a viselkedés megismétlésére készíti és a nemkívánatos viselkedés gyakorisága ezáltal csökkeni fog. A pozitív büntetést ritkán alkalmazzuk az elsődleges prevenció során.

Szociális képesség tréning

Schinke és Gilchrist a mindennapi élethez szükséges képességek terén hat elemet különít el:

információ – az életükben fontos információk, életkoruknak megfelelő és individualizált kell legyen

problémamegoldási készségek

coping

kommunikáció

önirányítás

támogató rendszer

Ivey és Authier (1978) bemutat egy mikrotanácsadásnak (microcounselling) nevezett technikát. A megtanulandó feladatot apró lépésekre bontja, mindeniket külön, majd a tanult részeket összekötve tanítja.

Azoknál az embereknél, akik sikerorientáltak, el tudják képzelni és vizualizálni képesek a sikeres kimenetet, ez a teljesítményükre pozitív hatású, pozitív irányba befolyásolja, irányítja a kimenetet. Azok, akik magukat kevésbé sikeresnek látják, a kudarcot vetítik előre, megerősítve ezzel, a kudarcos teljesítményt.

A személyes hatékonyságról való meggyőződés befolyásolja a motivációt, mely a személy választásaiban, az erő kifejtésében tükröződik.

Bandura (1989) az emberek előre vetítik és elgondolják a környezethez való alkalmazkodás lehetőségeit. Ez célorientált viselkedéshez vezet, a célok előre meghatározottak. Ez hasonlít Rogers álláspontjához, mely szerint az embereknek szabad akaratuk van, mellyel a jövőjüket befolyásolják. Bandura triádja: személy, környezet és viselkedés; szerinte a szabad akarat korlátozott és a személy és környezet közti interakció határozza meg a viselkedést.

A ön-értékesítés, a saját hatékonyság észlelése magába foglalja a gondolatokat, érzelmeket, pszichológiai állapotot és viselkedést, melyeket a személy a szociális kontextus függvényében értelmez. Az önhatékonyság fontos tényező a kimenetek befolyásolásában.

Az elsődleges prevenció módszerei (2. dimenzió – egyéni korlátok csökkentése)

Kognitív átfogalmazás vagy átstrukturálás

A veszélyeztetett személynek segítünk abban, hogy a helyzetet ne csak a megszokott, és nem működő szempontból lássa, megelőzve ezzel a szignifikáns probléma megjelenését.

Általában a kognitív perspektíva meghatározza a szelektív információ-felvételt, ezek értelmezését és az így értelmezett információk fogják a viselkedést vezérelni. Ha a kognitív perspektívát átfogalmazzuk úgy, hogy nyitottabb legyen a valóság fele, akkor a döntései és az eredményei javulni fognak.

A coping mechanizmusok tudatos problémamegoldó adaptív mechanizmusok, nem feltétlenül racionalitáson alapulnak. Fontos foglalkoznunk velük, mivel tanulhatóak és javíthatóak, vagyis a prevencióban fontos szerepet játszanak.

A tagadás önmehtagadást, racionalizálást jelenthet, mely az individumot segíti abban, hogy közérzete jobb legyen, segíti a remény fenntartását és az önértékelés szintjének megtartását. Ez működik az érzelem-központú coping esetén (Lazarus és Folkman) – érzelmek szabályozása és nem a problémaokozó tényező megszüntetése.

Stressz- kezelés

Meichenbaum (1985) úgy határozza meg a stresszt, mely egy átmeneti állapot, melyet a környezet és a személy egyenlő módon befolyásol. A coping pedig azok a viselkedéses és kognitív erőfeszítések, melyek szükségesek a stresszkeltő állapot külső és belső követelményeinek való megfeleléshez. Az ember, ha megváltoztatja a mentális beállítódását képessé válik legyőzni a káros érzelmeket és viselkedéseket.

Relaxációs tréninggel bizonyítják a kliensnek, hogy van életének olyan része, mely felett teljes kontrollt gyakorolhat.

Az elsődleges prevenció módszerei (3. dimenzió – szociális támasz növelése)

Szociális kontextus – 4 típusú szociális kapcsolat:

interperszonális kapcsolat (két személy között) – kortársak között, szülő-gyerek között, barátok és bizalmasok

elsődleges csoport (kiscsoport, akik gyakran találkoznak egymással, kapcsolataik nem annyira szorosak) – család, kortárscsoport, munkacsoport, szomszédok – kölcsönös segítségnyújtás jellemzi

Az elsődleges csoportok lehetnek természeteselek, melyek a közösség mindennapi élete során alakulnak ki és lehetnek mesterségesek, melyeket valaki szervez adott cél elérése érdekében.

másodlagos csoportok: iskola, templom, politikai párt, szakmai csoport, érdekcsoport. Általában a tagok nem ismerik egymást személyesen, lehet hogy soha nem találkoznak. A másodlagos csoportok változatosak, közösek a funkciók, közös a cél, közös a szerep más csoportokkal szemben.

társadalom (azok a csoportok, melyeket közös állampolgári bond tart össze, egyetlen politikai rendszer tagjai, ugyanaz a rendszer védi őket és a szociális jólétet ugyanaz a rendszer biztosítja számukra) és kultúra (bizonyos csoportok bizonyos pillanatban közös életstílusa, nyelve, történelme).

Az elsődleges prevenció módszerei (4. dimenzió – a szociális stressz csökkentése)

Természetes diádok – a humán események során alakulnak, diffúz kapcsolat jellemzi, stressz-csökkentő hatásuk kölcsönös.

Mesterséges diád – egy harmadik személy hozza létre specifikus céllal. Ilyenkor a stressz-csökkentés egyirányú.

Az elsődleges prevenció módszerei (5. és 6. dimenzió – környezeti erőforrások növelése és a környezeti nyomás csökkentése)

Geller (1993) – a kívánt viselkedés gyakoriságának növelése:

Verbális vagy írott üzenet: mit kívánunk, a nemkívánt viselkedés helyett elfogadható viselkedésmód felkínálása, megfelelő nyelvezet használata

Modellezés és bemutatás

A cél leszögezése, szerződéskötés a csoporttal (elköteleződés)

A környezeti problémák megelőzésére: energizálás és stratégia kidolgozás

KÖNYVÉSZET

Bloom, M. (1996). Primary Prevention Practices. SAGE Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi

8. ELŐADÁS

Gyermek-centrikus beavatkozások

Early intervention programs: child-focus approaches

Diane Bricker , Margaret Veltman

Bevezetés

Az 1960-as évek elején még semmilyen korai fejlesztési program nem állt a szülők rendelkezésére. Ha véletlenül mégis felfedezték a gyermek fogyatékoságát már a korai életévekben, azt tanácsolták a szülőknek, hogy helyezték el intézetbe őt. 99-457-es törvény megjelenése után szinte mindenhol lehetőség van arra, hogy a gyermek a családban maradhasson és korai fejlesztésben is részesüljön.

Ebben a fejezetben azokat a programokat vizsgálják, melyek kimondottan fogyatékkal élő 5 éven aluli gyermekeket céloznak. Nem vizsgáljuk most a veszélyeztetett populációt célzó beavatkozásokat.

A korai fejlesztési programok lehetnek gondozó központúak, család központúak, közösség-centrikusak, kórházban zajló programok is. Itt csak a gyermekközpontú programokat tárgyaljuk.

A fejezet céljai:

1. a gyermekközpontú programok elméleti megalapozása
2. feltételek és feltételezések az ilyen típusú programokkal kapcsolatosan
3. a gyermekközpontú programok közös elemeinek feltárása
4. a program kivitelezésének elemzése
5. a program minőségének javítási lehetőségei

A gyermek-centrikus programokat alátámasztó elmélet

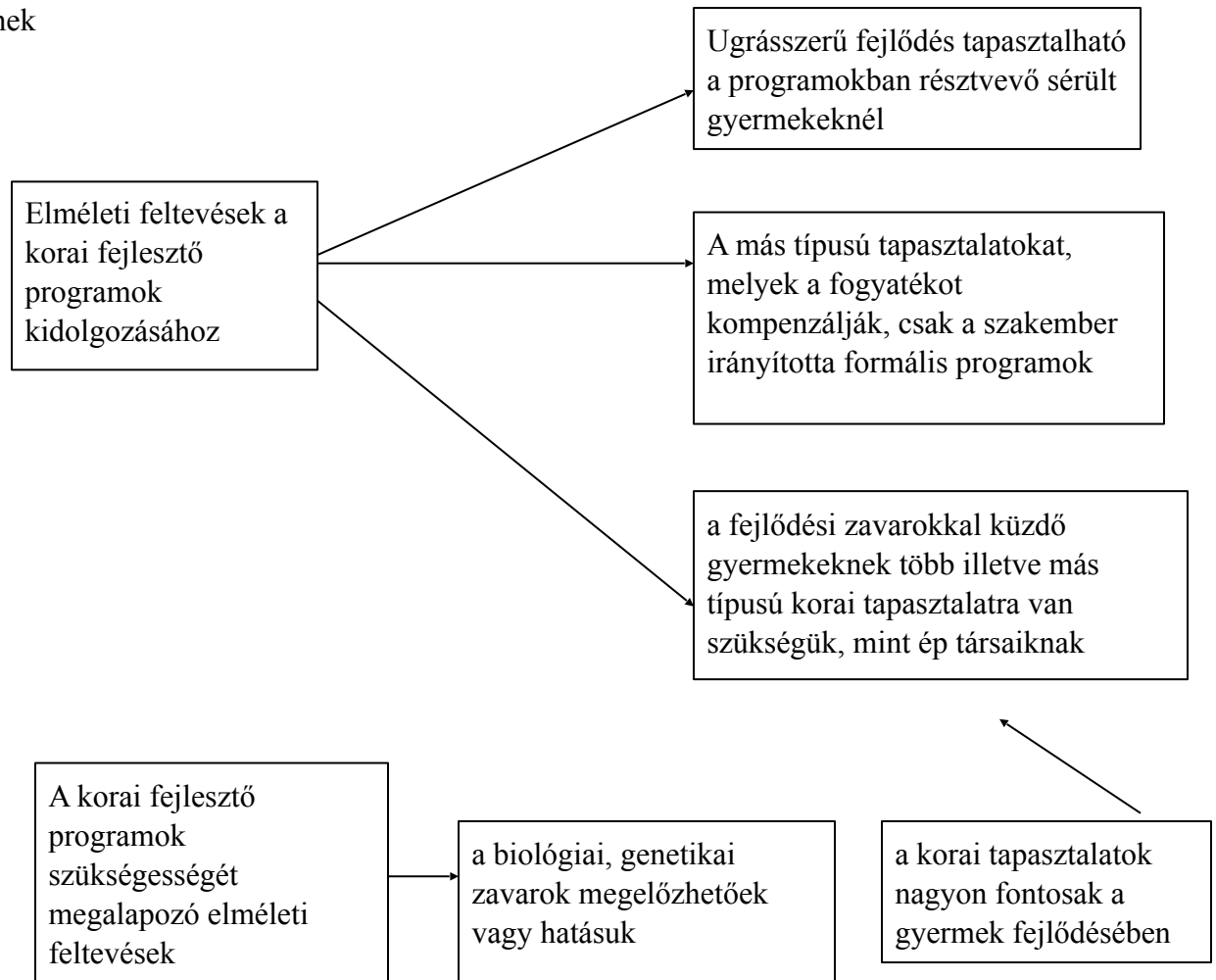
Két feltételezés teszi érthetővé a korai fejlesztés szükségességét:

1. a biológiai, genetikai zavarok megelőzhetőek vagy hatásuk minimalizálható
2. a korai tapasztalatok nagyon fontosak a gyermek fejlődésében

A korai fejlesztés csak akkor tudott kibontakozni, amikor a genetikai és biológiai determináltság elméletét felváltotta az a sokkal optimistább nézőpont, mely a környezet szerepét emelte ki a gyermek fejlődésében. (1960-as évek)

A két előbbi feltevés vezetett a korai fejlesztési programok alapját képező feltevésekhez:

- a fejlődési zavarokkal küzdő gyermekeknek több illetve más típusú korai tapasztalatra van szükségük, mint ép társaiknak
- a fejlődési zavar kompenzációjához és a más típusú tapasztalatok biztosításához szükségesek a formális, szakember irányította programok
- a fogyatékkal élő kisgyermeknek, ha korai fejlesztésben részesülnek ugrásszerűen fejlődnek



A gyermeki tanulás elméleti megközelítése

A központi idegrendszer arousal szintje legyen optimális

A figyelem legyen fókuszált – a Down szindrómások fejlett vizuális figyelemmel rendelkeznek, de játékuik repetitív és sztereotip. A vizuális figyelem csökkenése náluk a manuális tevékenységet növelte.

Aktív részvétel

A környezeti manipuláció facilitálja a tanulás felborítva az egyensúlyt

Összefoglalás

Kopp (1982) vetette fel először az elméleti alapok kidolgozásának kérdését a fogyatékkal élő kisgyermekek kutatásával kapcsolatban. Az elméleti keret nélkül a kutatási eredmények nehezen értelmezhetőek, nehéz kategorizálni azokat, és nehéz hasznosítani azokat. Az elmélet kellene meghatározza a programok kidolgozását. Az elméleti struktúra nélkül nehéz megtalálni az összefüggést egy program céljai és eredményei között.

Bricker (1986) szerint az elméleti keret adja a program állandóságát és belső összefüggéseit. A döntés öt területét befolyásolja: a program céljainak a meghatározása, a felmérő és fejlesztő eszközök kiválasztása, az egyéni fejlesztési tervek kidolgozása, az oktatási stratégiák kiválasztása, a beavatkozás eredményeinek felmérését szolgáló módszerek meghatározása.

Az elméletileg is felkészült szakemberek sokkal hatékonyabban értelmezik az elméleteket és a kutatási eredményeket és kompetensebbek az információk gyakorlati alkalmazásában is. Azok a nevelők, akiknek vannak elméleti és fejlődéslélektani ismereteik valamint az oktatási stratégiák alkalmazásában is gyakorlatot szereztek sokkal hatékonyabb modellek a szülők számára. A hatékony modellnyújtás különösen fontos a gyermek-központú programokban, mivel a szakembernek meg kell tanítania a szülőt arra, hogyan bontakoztassa ki a gyermek képességeit.

1 szakasz: Belépés

A legtöbb óvodába lépő gyermek komplex szűrővizsgálaton vesz részt. Azok, akiknél valamilyen problémát észlelnek, további diagnosztikus vizsgálatokban részesül. A gyermek csak akkor helyezhető el speciális programban, ha egészen pontosan leírják speciális szükségleteit. A vizsgálatokat ezért egy multidiszciplináris team végzi el.

2. szakasz: A program alkalmazása

A tanítási stratégiák kiválasztását mindig a szülő és gyermek tanulási stílusa illetve a feladat milyensége határozza meg. A gyermek-központú programok egyrésze teljesen a szakember által irányított, csak a szakember kezdeményez tevékenységet, más programokban a gyermek választhat különböző tevékenységek között. A legtöbb program kombinálja a két típust, részben a tanár és részben pedig a gyermek kezdeményezi a tevékenységeket.

Ez a lépés tartalmazza az értékelést is. Egyrészt felméri, hogy adott gyermek elérte-e a kitűzött célokat illetve értékeli a program globális hatékonyságát.

3. szakasz: Kilépés

Akkor következik be, ha a gyermeket át kell helyezni egy másik programba. Az áthelyezés megfelelő előkészítésével megoldható az, hogy a gyermek az új programban is sikeres legyen. Az előkészítés kétirányú: a gyermeknek „túlélési készségeket” tanít, és a programvezetőt informálják a gyermek speciális szükségleteiről.

A program elemzése

A következő szempontok alapján: populáció, felmérés, egyéni terv kidolgozása, tartalom, tanítási stratégiák és értékelés.

Populáció

Egyre több program jelenik meg, mely a veszélyeztetett és a fogyatékkal élő kisgyermek számára. Fontos megjegyeznünk, hogy a programokat kiterjesztik, hogy

kisebb vagy kevésbé sérült gyermekek is bevehetőek legyenek, és nem választanak ki lehatárolt gyermekcsoportokat.

Felmérés

Fel kell mérnünk a gyermek képességeit és a program hatását a gyermek viselkedésére. Egyre hangsúlyosabbá válik a korai azonosítás kérdése és ezért a létező felmérési eljárásokat is felülvizsgálják. A súlyos fogyatékkal élő gyermekek felmérését akadályozzák a meghatározás nehézségei, a gyermek, az eszköz és a vizsgálatvezető korlátjai.

A meghatározás a stigmatizációval függ össze. Ezt úgy lehet kivédeni, ha a tesztben fejlődési szinteket határozunk meg, melyeken bárki elhelyezhető életkortól és fogyatéktól függetlenül. A fejlődési szint azt jelzi, hogyan működik a gyermek és nem kell őt összehasonlítani az életkorának megfelelő átlagokkal. A pozitív leírás pozitív elvárásokhoz vezet, mely pozitívan befolyásolja a gondozó vagy szülő magatartását. A pontosabb mérés érdekében egyes teszteket adaptáltak a specifikus sérülésekre és kidolgoztak másokat adott fogyatéktípusokra (pl. Callier Azusa skála süket vakoknak).

Fontos tudnunk azt is, hogy a kicsi gyermekek egyéni sajátosságokkal bírnak, figyelmük fluktuáló, a megfigyelések egyik napról a másikra sokat változhatnak.

Számos tényező befolyásolja a teljesítményszintjüket. (gyógyszeres kezelés, a fényviszonyok, a szakember lelkiállapota és hozzáállása stb.)

A felmérésben használt skálák közül nagyon soknak a validitása megkérdőjelezhető.

A vizsgálatvezető lehet elfogult, lehetnek nem megfelelő előfeltételezései, eljárási hibák. Ez részben kiküszöbölhető a beindult képzési programok egyre nagyobb számával. Ugyanakkor a követelmények változhatnak programtól függően, ezért nincsenek egységes vezérelvek.

Kritériumhoz való viszonyítást alkalmaznak a normához való viszonyítás helyett. A hierarchikusan felépített képességskálák a programok kidolgozását is megkönnyítik. A

sokváltozós felmérés pedig lehetővé teszi a működés minél többoldalú, komplexebb felmérését.

IEP kidolgozása

Célja a beavatkozás vezérfonalának megalkotása. Nehézségek vannak azonban a minőségi tervek kidolgozásában és azok szisztematikus alkalmazásában. Fontos lenne, hogy már a felmérés segítse az IEP kidolgozását, viszont nagyon gyakran nincs a két folyamat között kapcsolat, gyakran a felmérés a fejlesztés szempontjából irreleváns adatokkal szolgál.

Curriculum – tartalom

A pici gyermekek számára szolgáló programok nagyrésze fejlődéslélektani megközelítés alapján fókuszál, míg a nagyobbacska számára szóló programok az iskolai tanulás előkészítésére összpontosítanak.

A fejlődési curriculum a normális fejlődésment alapján kidolgozott és ahhoz is hasonlítja a fejlődést. A nagyobb gyermekeknél pedig az általános képességfejlesztést felváltja a specifikus készségekre való fókuszálás. Fontos megjegyeznünk, hogy ez csak általában van így. Vannak olyan programok, melyek csecsemők specifikus képességeit fejlesztik és vannak olyanok is, melyek óvodások általános képességfejlesztését szolgálják.

Általános jellemzők a gyakorlatban:

A csecsemők ritkán mutatnak izolált fejlődési rendellenességeket, általában a fejlődési zavar pervazív, a működést sok vonatkozását befolyásolja, ezért a beavatkozás sem lehet egyetlen fókuszú, hanem interdiszciplináris megközelítést kell használnunk.

Mivel a motoros, kognitív, kommunikációs és szociális működés kisgyermekkorban egymástól függően, egymással párhuzamosan fejlődik, a minőségi beavatkozások mindegyikre kell hatnia.

15 curriculumot írtak le, melyek a képességeket csoportosítják, felmérik a gyermekeket a programba való bekerüléskor és monitorizálják az időbeni változásokat.

Hiányosságuk azonban, hogy az elméleti megalapozottságuk nem megfelelő és hatékonyságuk valid felmérése is hiányzik.

Curriculum – stratégiák

Arra vonatkozik, hogy milyen módszereket és eljárásokat használnak specifikus célok elérése érdekében.

Három fontos alapelv létezik:

a gyermek által kezdeményezett tevékenység nagyon fontos

a tanult válaszok általánosítása

mindennapi tevékenységekben és otthonos, ismerős környezetben való tréning

Az ökológiai megközelítés alapján, mely a gyermeket mint a környezettel kölcsönhatásban fejlődő szervezetet értelmezi. Ilyen programok például az értelmi akadályozottak intézeteiben vannak, melyeknek célja a bentlakókat kezelhetőbbé tenni és a mindennapokban használt rutinokat elsajátíttatni velük. Mivel ezek a programok nem bizonyultak sikeresnek, ezért náluk áttértek a közösség-alapú programokra.

Az ökológiai megközelítés végül is bizonyos funkciók kialakítására tervezett programokat biztosít, főleg szociális és kommunikációs készségek kialakítására centrál, nagyon fontosak a gyermeki kezdeményezések, mivel kimutatható, hogy a sérült gyermekek sokkal kevesebb interakciót kezdeményeznek, mint nem sérült társaik.

A tranzakciók gyakoriságát is növelni kell. Bátorítani a gyermek a választásra (tárgyak, tevékenységek), melyek érdeklődésének megfelelnek. Így az általánosítást is elősegítik, valamint a mesterséges jutalmazás negatív következményei is elkerülhetőek.

Az ökológiai megközelítésű programok bevonják a szülőket vagy gondozókat a programba. A változások megfigyelésében a szülők kulcsszerepet játszanak. Ugyanakkor a mindennapi elvárások a program sikerét is jobban biztosítja. Kivédi a formalitást illetve azt, hogy a gondozók és testvérek elidegenedjenek a gyermektől.

A különböző gyermekközpontú programok más-mást várnak el a szakembertől. Ha a tanár által kezdeményezett tevékenységek vannak túlsúlyban, akkor a különböző célok elérése nagyon kontrollált kivitelezésűek. Az ökológiai programok megosztottak,

figyelembe veszi az elérendő célt, de a gyermek érdeklődési körét is, természetes környezetben zajlik.

Ha a gyermek által kezdeményezett tevékenységek vannak túlsúlyban, akkor a tanárnak facilitáló, emelő, erősítő és kiterjesztő szerepe van.

Értékelés

Az egyszemélyes kísérlet a leggyakoribb formája a gyermek teljesítmény-változásainak a felmérésekor. Az eredményeket mindig a saját előzetes teljesítményekkel hasonlítják össze, ismételten megfigyelik a gyermek viselkedését is. A csoportokat pedig standardizált tesztekkel mérik fel vagy már publikált curriculum alapján „sajátgyártmányú” tesztekkel végeznek. Az utóbbi azáltal is lemérhető, hogy a csoporton belüli interakciók, hogyan változnak (ép és sérült gyermek között integrált csoport esetében). Az interakció típusát és számát veszik figyelembe, kevésbé fontosak az egyes személyek válaszai és kezdeményezései.

Amikor a program leírása, céljai és eredményei általánosak nehéz pontosan meghatározni, hogy mit is tettek konkrétan a gyermek viselkedésének megváltoztatása érdekében.

KÖNYVÉSZET

9. ELŐADÁS

Gondozó-centrikus beavatkozások

Caregiver-focused models of early intervention

Victoria Seitz, Sally Provence

Ezeknek a programoknak a kidolgozói felismerték a szülők fontosságát a gyermekek jóléte és fejlődése szempontjából. A szülők óvják a gyermek egészségét, átadják a szociális és kulturális hagyományokat. Ők a gyermek gondolkodásának, tevékenységének és érzelmeinek fő irányítói, és az egyedüli olyan személyek, akikkel a gyermek megtapasztalhatja az intimitást, a biztonságot és a szeretetet. A szakember legfontosabb feladata segíteni a gondozókat abban, hogy fejlődésről és egészségről helyes ismereteik legyenek, és ezeket megfelelően alkalmazzák a gyakorlatban. A szakembernek mindig érzékenynek kell lennie arra is, hogy mi a fontos az adott gyermek családjá szempontjából, hogyan látja a család a gyermek fizikai, emocionális és kognitív jóllétét.

Gondozó- centrikus szolgáltatások

Klinikailag hatékony programok jellemzői

A szülők segítséget keresnek gyermekük számára, de ugyanakkor legjobban ismerik őket. A szakember feladata, hogy ezt felismerve segítsen a szülőknek megosztani ezt a tudást, valamint az őket foglalkoztató kérdéseket és aggodalmaikat. Erre elegendő időt kell szánnunk, rendelkezünk kell a meghallgatás képességével, empátiával és az információ átadás pontos, világos és tárgy-centrikus legyen.

A kezelés individualizálását nem lehet semmivel felcserélni.

Azok a családok - akik hosszú időn keresztül igénylik a speciális segítséget - krónikus stresszt élnek át, melyet időnként akut stresszhelyzetek szakítanak meg. A szakemberek - ilyen esetben - nehéz helyzetben vannak, gyakran úgy tűnhet, hogy semmilyen pozitív változást nem tapasztalnak a gyermek életében. Ilyenkor a kollégák,

mentorok vagy tanácsadók segítségét kérhetik, akik nemcsak az esetet értékelik át, hanem velük megosztható a frusztráció, a szorongás, a meg nem felelés érzése.

A megfigyelések és a klinikai tapasztalatok alapján elmondható, hogy három alapelv szükséges a sikeres beavatkozáshoz: kompetencia, folyamatosság és partnerkapcsolat.

Beavatkozási modellek

A szülő, mint a fejlesztési irányítás elfogadója (általános gyermekorvosi modell)

A szülőknek tanácsot adunk, hogyan őrizték meg gyermekük egészségét, hogyan gondozzák beteg vagy sérült gyermeküket. Ez a modell főleg a szülők nevelésére összpontosít. Az információ-nyújtást folyamatként képzelik el, a szakembernek partnerkapcsolatot kell kiépítenie a szülővel és csak azt kell elmondania, amit a szülő már képes meghallani és hasznosítani is tud. Bár a gyermek fejlődése a beavatkozás fókusza, a szakember a szülővel dolgozik közvetlenül. A tanácsadás akkor hatékony, ha kialakult egy megfelelő munkakapcsolat a szülő és szakember között, ha a szülő bízik a szakemberben, ha azt tapasztalja, hogy a szakembert érdekli a problémája, és ha elegendő idő áll rendelkezésre ahhoz, hogy a szülő aggodalmait és kérdéseit megbeszélhessék.

Szülő és gyermek modell

A szülő és a gyermek is részesei a folyamatnak, de a hatékonyság elsősorban a szülő általi változtatásokon múlik. A gyermek tulajdonképpen katalizátor szerepet tölt be. Fejlődése, viselkedése, tevékenysége és reakciói megszabják a munka főbb irányvonalait. A szülő-gyermek diáddal való munka segíti a terapeutát abban, hogy azonnal értékelhesse a változásokat, melyek a szülő-gyermek kapcsolatot befolyásolják. A szülő-gyermek, szülő-terapeuta és gyermek-terapeuta interakció képezi a párbeszéd témáját. A terapeuta feladata az érzelmi támasznyújtás, a viselkedés értelmezése, tanácsadás és irányítás.

Fraiberg és munkatársai megpróbálnak azoknak az anyáknak segíteni, akiknek saját gyermekkori negatív tapasztalatai befolyásolják gyermekükkel való kapcsolatukat, pl. depressziós, borderline, nagyon fiatal vagy „acting out” viselkedésű.

Háromrészes Terápiás Terv – Mahler dolgozta ki. Súlyosan sérült gyermeket nevelő szülők számára. Egy-egy alkalom 2-3 órás. Megbeszéljük tapasztalataikat, információt cserélnek. Megtanítják a szülőket arra, hogyan nyújthatnak gyermekük számára korrekciós élményt. Jól használható szociális és érzelmi kommunikáció zavara esetében is.

Szülő és gyermek közötti interakció modellje

Bromwich dolgozta ki. A gyermek és szülő közötti interakciós rendszerre összpontosító beavatkozás. Ennek részei a kötődés, a jelzések kölcsönös leolvasása. A beavatkozás lényege ezeknek az elemeknek a felmérése és a két fél viselkedésének megváltoztatása úgy, hogy interakciójuk kölcsönösségen alapuljon, és kellemes legyen számukra. A csecsemő erőteljesen befolyásolja a szülők viselkedését. A kiszámíthatatlan, válaszképtelen, illetve az olyan gyermekek, akiknek jelzései nehezen olvashatóak és értelmezhetőek valószínűleg nélkülözni fogják az optimális fejlődéshez szükséges környezeti ingereket. A beavatkozás megváltoztatja a szülő percepcióját a gyermekkel kapcsolatosan és ennek következtében a gyermekkel való viselkedése is megváltozik. Az alapfeltevése ennek a beavatkozásnak nem az, hogy a szülők érzelmei, attitűdje és viselkedése nagy hatással van a gyermek viselkedésére, hanem az, hogy a gondozónak úgy kell viselkednie a csecsemővel, hogy elősegítse annak fejlődését. A programnak nemcsak rövidtávú, hanem hosszú távú pozitív hatása is van, mivel a szülő megtanulja megfigyelni gyermekét, ráébred a játék fontosságára, megtanulja a viselkedést előrevetíteni, és a gyermek szükségleteit előrelátva, azokat kielégíteni. A sikeres beavatkozás eredményeként a szülői kompetencia is erősödik.

A szülő, mint terapeuta

A szülő feladat-orientált szerepet vállal, mely a gyermek egy adott problémájára irányul. A gyermektől is elvárják az együttműködést. Tudnunk kell azonban azt is, hogy nem minden szülő válik be, mint gyermeke terapeutája. A szorongás, feszültség, harag gátolja a jó munkakapcsolat kialakítását és a gyermekkel való munkát is. Vannak olyan szülők is, akiknél a sikeres periódusokat stresszes periódusok követik. Ilyenkor jó, ha időszakosan kilépnek a koterapeuta szerepből. Tehát a szakemberre hárul a feladat, hogy

folytonosan figyelje a szülőt, a szülő gyermek kapcsolatát, és megállapítsa, hogy mi a legjobb az adott család számára.

A szülő, mint tanár

Amikor a gyermek elsődleges problémája értelmi lemaradás, akkor a szülők nyújtják számára a megfelelő kognitív stimulációt. Levenstein Verbális Interakció Projekt-je – a szakember itt a játék bemutatója, meglátogatja a gyermeket otthonában, és megfontoltan kiválasztott játékot visz számára. Megmutatja a játék használatát, megtanítja a szülőnek, hogyan lehet a gyermeket aktívan bevonni a játékba, és arra kéri a szülőt, hogy ezt a típusú együttjátszást mindennap gyakorolja a gyermekkel.

Gondozó-centrikus programok hatásai

Ezek a programok elsősorban olyan családoknak szólnak, akiknek gyermeke fejlődésében veszélyeztetett a következő okokból:

- alacsony szociális, gazdasági státus, szegénység

- a gyermek ellátása különleges nehézségekbe ütközik (fogycékos vagy koraszülött)

- a szülők speciálisan érzékenyek (pszichés betegek túl fiatal anyák stb.)

Szegénység és alacsony szociális gazdasági státus

Kognitív fókuszú programok

A legtöbb program a hátrányos helyzetű gyermekek kognitív fejlesztését tűzi ki céljául. A család aktív részvétele bármely beavatkozás sikerességének a kulcsa. Ha ez nem történik meg, akkor a programban elért eredmények annak befejezése után hamar elhalványulnak.

A szülők gyermekeik tanárai is egyben. Arra biztatták a szülőket, hogy kompetensnek érezzék magukat arra, hogy segítsék a gyermeket a tanulásban, különböző

segédeszközöket is biztosítottak számukra ehhez. Arra is bíztatták a szülőket, hogy felolvassanak gyermekeiknek.

Egészségre és szociális kimenetre centrált programok

Rochesteri egyetem otthoni látogatáson alapuló programja

Olds és munkatársai 400 alacsony jövedelmű falusi első gyermekével terhes nőt vizsgált. Őket védőnők látogatták meg otthonukban. Egyeseket csak a terhesség alatt, másokat a gyermek 2 éves koráig. Ezeknek a nőknek ingyenes szállítást is biztosítottak az orvosi ellenőrzések elvégzése érdekében.

A védőnők foglalkoztak a szülők oktatásával, az informális támogatási rendszer szélesítésével, és a különböző szolgáltatások elérhetővé tételével.

Ezek az anyák nagyobb súlyú babákat hoztak a világra, mint a programban részt nem vett hasonló helyzetű nők, az elszívott cigaretták száma 75%-kal csökkent, és csecsemőiknél kisebb volt a bántalmazásra és elhanyagolásra való veszélyeztetettség.

Montreal-i otthoni látogatás kutatás

115 munkásosztálybeli 18-35 éves nők, max. érettségivel rendelkeztek, problémamentes terhesség után egészséges, megfelelő időre született gyermekeket hoztak világra és előzetesen nem volt pszichiátriai betegségük.

A szakemberek az látogatás során négy területre kiterjedően látták el a szülőket tanácsokkal: általános gondozás anya-gyermek interakció, szociális státus és gyermeki fejlődés. Az általános gondozás a következőket foglalta magába - alvás, fürdés, öltöztetés, balesetek megelőzése. Szorgalmazták ugyanakkor a gyakori anya-gyermek interakciót, arra kérték a szülőket, hogy beszéljenek a gyermekhez a gondozási feladatok közben, illetve válaszoljanak a gyermek vokalizációjára. A szociális státus a rendelkezésre álló támogatási rendszereket, az apával való kapcsolatot, a stressz-faktorokat foglalta magába. A negyedik területen információt nyújtottak a gyermek fejlettségéről, kompetenciáiról és javaslatokat tettek olyan tevékenységekre, melyek a gyermek képességeit fejleszthetik.

Larson szerint a látogatások időzítése is fontos faktor a sikeresség mérésekor. A terhesség alatt elkezdett és később is folytatott látogatások a balesetek, sérülések

csökkenéséhez, a gyermek fele megnövekedett érzékenységet és válaszkészséget, és stimulálabb otthoni környezetet eredményez. Ha csak a szülés után kezdődnek el a látogatások, akkor csak a balesetek csökkenése lesz megfigyelhető.

Záró megjegyzések

Fontos felismernünk, hogy nincsen határozott választvonal a gondozó-centrikus és a gyermek-centrikus programok között. A gyakorlatban a programok vegyes fókuszúak. Azok a programok is, melyek csak a gyermekre összpontosítanak, valamilyen szinten bevonják a szülőket is, minimálisan szükséges a szülők beleegyezése.

KÖNYVÉSZET

10 ELŐADÁS

Család-centrikus beavatkozások

The family as a focus for intervention

James J. Gallagher

Minden beavatkozási stratégiának van racionális, elméleti alapja. Ha olyan stratégiát választunk, melyben család a beavatkozás fókusza, ezt a következő hipotézisekre építhetjük:

ha a gyermeket változtatjuk, akkor a család többi tagja is változni fog – a fejlődési zavarokkal küzdő gyermek negatív hatással van a család többi tagjára. Amennyiben a gyermek problémái enyhülnek a családtagokkal való interakció is javulni fog. Ha a család tapasztalja azt, hogy a gyermek szükségleteit hogyan lehet kielégíteni, jobban fog válaszolni a gyermek jelzéseire.

Ha a szülőket megfelelően informáljuk és megtanítjuk az alapvető szülői készségeket, akkor a család is változni fog. A család nehézségei abból is adódhatnak, hogy nem rendelkeznek megfelelő ismeretekkel a gyermeknevelésről, a gyermek fejlődéséről vagy ehhez hasonló kérdésekről. Az olyan programok, melyek ilyen jellegű információkkal ellátják a családot segíthetnek megoldani a belső kapcsolati problémákat is. A szülők gyakran attól válnak frusztrálttá, hogy nem képesek segíteni gyermeküknek a tanulásban vagy nem képesek kontroll alatt tartani a nem kívánt viselkedésformákat. Ha a szülőknek megtanítjuk ezeket a készségeket, akkor a családon belüli interakciók is javulni fognak.

a személyes tanácsadás megváltoztathatja a családot. Az önmagunk és mások iránt táplált érzéseink és percepcióink a családi interakciókban is zavart okozhatnak. A személyes tanácsadás segít abban, hogy elfogadjuk saját érzéseinket és felszámoljuk a percepciókat (magunkról és másokról) torzító akadályokat.

a szülők erősítése megváltoztathatja a családot. Ha erőtlennek érzik magukat a szülők vagy ha úgy érzik, hogy nem képesek változtatni a körülményeken, ezek az érzések negatív hatással vannak a cselekedeteikre. Ha megtanítjuk a család tagjait arra,

hogy hatalmat gyakoroljanak és igénybe vegyék a felkínált szolgáltatásokat, akkor javulnak a családon belüli attitűdök és kapcsolatok.

a támogatási rendszer bővítése megváltoztathatja a családot. A nem egészséges környezet a családra negatív hatással van. Ha ezt pozitívabbá tesszük és kiterjesztjük az erőforrásokat, akkor javulnak a családon belüli interakciók, csökken a stressz és létrejön a megosztott felelősségvállalás.

A családra fókuszált intervenciós program individualizált megközelítésmódot jelent, mely a család felmérésére és a családdal készített interjúra alapozva specifikus kezelést nyújt.

A program céljai:

segíteni a családtagokat abban, hogy a sérült gyermek egyéni szükségleteit kezelni tudják

segíteni a családtagokat a gyermek individuumként és családtagként való fejlődésének megértésében

szülő gyermek kapcsolat erősítése, melynek mennyisége, érzékenysége, melegsége, kölcsönös élvezete és megfelelő stimulálása a gyermek fejlődési szintjének megfelelő

a tisztelet megadása a család számára, bevonva a felmérésbe, tervezésbe

A legjobb kimenet:

az apa érzékenyen kezeli a gyermeket.

Az anya kihasznál és felismer minden olyan helyzetet, amikor a gyermek receptív a szociális és nevelési interakciókra

A család számára bármikor rendelkezésre áll a közösség támasza

A család többi gyermeke is pozitívan viszonyul a családtagokhoz és a sérült testvérhez.

KÖNYVÉSZET

11. ELŐADÁS

Korai fejlesztés közösségben

Community based early intervention

Robert Halpern

Kisjövödelmű, 0-3 éves gyermekeket nevelő családokat céloz.

Alapelve: a családi és a környezeti stressz magas szintje károsan hat a családok jólétére és a gyermekek fejlődésére.

Vannak specifikus programok, melyek a figyelmetlen, nem megfelelő szülőkre fókuszálnak, akiknél az erőforrások csökkentettek, szociálisan izoláltak, hiányos a gyermek fejlődésével és a szükségleteikkel kapcsolatos tudásuk, beteg a gyermek vagy egyéb stresszor van jelen a szegénység miatt életükben. A serdülő szülők egy sajátos csoportot képeznek a veszélyeztetett populáción belül, egészen sajátos helyzetük miatt.

A támogatás magába foglalja a következő elemeket:

Kisjövödelmű családok figyelmét felhívják erre a lehetőségre

Informálás

Vezetés és feed-back

Közös probléma-megoldás

Segítség a jogok és szolgáltatások terén

Bíztatás és pszichológiai támaszkodás

A támogatás célja a család helyzetén javítani, a szülői kompetenciát erősíteni, egészséges életmódot szolgáló viselkedésmódok megtanítása, az egészséges gyermeki fejlődés elősegítése. Ugyanakkor nagyon fontos a latens erőforrások azonosítása és mozgósítása.

Ezeket a szolgáltatásokat a „családsegítő központok” nyújtják.

A közösségi szolgáltatások legtöbbször helyiek és rövid távúak.

Az 50-es években kezdték el a kutatásokat két irányban: a szociális rendszer és a szegénység.

Azonosítottak számos olyan viselkedésmódot, mely pillanatnyilag hatékonynak tűnt, hosszú távon viszont csak a szegénység fennmaradását eredményezi. A 60as években egyesítették a kutatási irányzatokat, a szegénység elleni küzdelem program keretében.

A legfontosabb előfeltevés az volt, hogy a szegények nem tudnak önmagukon segíteni, illetve önerőből felülemelkedni a szegénységen.

Rájöttek arra is, hogy hiába biztosítanak a szegény gyermekeknek ugyanolyan iskolai környezetet, mint a többi hasonló korú gyermeknek, már túl késő az iskoláskorban való felzárkóztatás.

Egy jó példa erre a Head Start, mely 3-4 éveseket céloz, óvodai nevelést, egészségügyi szűrést, szolgáltatásközvetítés a családok fele, szülői részvétel (szülőtréning nélkül). Csak a 60as évek végén született meg az az elképzelés, hogy csak úgy lehet a szegény gyermekeken segíteni, ha a szülőket is neveljük. Arra a fejlődéslélektani megfigyelésre alapoztak, hogy a gyermeki fejlődést befolyásoló tényezők közül a legfontosabbak a szülők, illetve azt is megállapították, hogy a gyermeki fejlődés legkritikusabb periódusa az első életévekre tehető.

A 60as években jött létre egy olyan program, melynek keretében a szakemberek meglátogatták a kisjövedelmű családokat és megtanították az anyákat arra, hogy gyermekeik „tanárai” is legyenek (hogyan játszanak velük, hogyan beszélgessenek velük), ugyanakkor pedig direkt módon stimulálták a babákat. Írásos anyagot is biztosítottak erről a család számára.

Két típusú kezdeményezés jött létre a 70es években: Szülő-gyermek fejlődés-centrum (PCDC), Gyermek és Család Erőforrás Program (CFRP).

A szülők számára nevelési modellt biztosít, a fókusz az anyai viselkedés mediáló szerepe a csecsemő fejlődésére illetve a szegény családok helyzeti nehézségeinek a megoldására. Az eredményeket három téren mérték: anyai viselkedés, anya-gyermek interakció mintázatai és a csecsemő fejlődése.

Az anyai viselkedés pozitívan változott a következő területeken: emocionális válaszkészség, érzelmek kifejezése, a gyermek dicsérlete, megfelelő kontroll, a csecsemő

hangadását bízta magatartás. A csecsemő fejlődésében csekélyebb eredményeket érték el, mivel a beavatkozás nagymértékben a szülői magatartásra irányult. Hosszútávú hatások voltak megfigyelhetők. A kísérletben résztvevő gyermekek 8 – 11 évesen jól kezelték a tanárhoz kapcsolódó tanulási nehézségeiket, kevesebb viselkedési problémát mutattak (pl. csökkentett agresszivitás, kevesebb acting-out).

Három programot hasonlítottak össze:

szempont	Birmingham	Houston	New Orleans
Résztvevők	Fehér és afro-amerikai családok	Mexikói-amerikai	Afro-amerikai családok
m sajátosságok	Életkor: 3 – 36 hó Szülői kompetenciát fejlesztő program, és tapasztalt anyák modellként való megfigyelése tanulás modellé válás	Életkor: 12 36 hó Szakemberek látogatása a család otthonába fejlesztő program a centrumban, családi hétvégék vagy esték	Életkor: 2– 36 hó fejlesztő program a gyermek számára, a közösségi erőforrások feltérképezése valamint egészségügyi és neveléssel kapcsolatos ismeretek
Főbb eredmények	Sikeresebben nyugtatták meg a babákat, jobban tudták irányítani őket, jobban meg voltak elégedve életükkel és hatékonyabbak voltak a közösségi erőforrások felhasználásában. A gyermekek a Bayley tesztben 8 ponttal magasabb eredményt értek el	Többet beszéltek a gyermekekkel, kevesebbet kritizálták őket, biztosították számukra a játékszereket, és az érzelmik válaszreakciójuk is magasabb volt, a gyermekek a Bayley tesztben 8 ponttal magasabb eredményt értek el	Az anyák sokkal érzékenyebbek, elfogadóbbak, kooperatívabbak voltak, játékra ösztönözték a babákat és pozitív kommunikációt alkalmaztak, a gyermekek a Bayley teszten 6 ponttal magasabb eredményt értek el

Gyermek és Család Erőforrás Program (CFRP)

A 0 – 3 éves gyermekeket nevelő családokat havonta egyszer meglátogatta a közösség egyik speciálisan kiképzett tagja, aki megpróbálta érinteni a család összes felmerülő problémáját, valamint informálni a szülőket és növelni kompetencia-érzésüket. A 11 helyi program mindenike egy Head Start központhoz tartozott.

A PCDC és a CFRP távlati tapasztalatai

A szülők támogatása és a kisjövedelmű családok nevelése növeli a szülői kompetenciát. Sokkal több az együttjátszás, beszélgetés, pozitív és kevésbé korlátozó eljárásokat alkalmaznak, javul az emocionális válaszkészségük.

Az 1970-es években a közösségre alapozó beavatkozás ígéretes stratégiának tűnt a kisjövedelmű családok problémáinak megoldásában.

Ezeknek a programoknak az elterjedését az is ösztönözte, hogy a fiatal családok életminősége romlott (A gyermekek 25%-a szegény családba születik, a nem fehér családok esetében az arány 50%-ra nő. Megnőtt az egyszülős családok aránya is. A létminimumhoz is több pénz szükséges.) A szakemberek felismerték, hogy meglévő szolgáltatásaik nem elégségesek ahhoz, hogy folyamatos, többszempon্তু és stigmatizáció-mentes segítséget nyújtsanak számukra. A közösségből jövő esetleges segítségnyújtás lehetőségei korlátozottak. A fejlődéslélektani kutatások bizonyították azt is, hogy az egészséges fejlődéshez az is szükséges, hogy a család életkörülményei jók legyenek, fontos az, hogy a szülő, mint egyén boldog legyen, és megfelelő ismeretekkel és képességekkel rendelkezzen a gyermekneveléssel kapcsolatban.

Számos tényező független ezektől a programoktól, viszont az informálás, a lelki támasz, a gyakorlati segítségnyújtás a szegénység stressz - hatását csökkenti, mivel megerősíti a családokat, csökkenti a stresszre adott szubjektív reakciókat is.

A hagyományos programokban a beavatkozás csak krízishelyzetben történik meg. A közösség- típusú programok a prevenciót szolgálják. A diszfunkciók kezelése helyett a fejlődést segítik elő. Szükségesek azok a programok, mivel sok család nem képes

megbírkózni a megnövekedett mindennapi stresszel. Megtanítják a bizalmatlan, izolált családokat arra, hogy elfogadják a támogatást. A segítők általában maguk is térték a szegénységet és a célcsaládokkal azonos kultúrájúak.

Gyakori érv, hogy a szegény családokban sokkal erősebbek a rokoni kapcsolatok, melyek pótolják a formális segítséget. De ez a fajta kapcsolatrendszer önmagában nem feltétlenül növeli a szülői kompetenciát és segíti elő a gyermekek fejlődését. Az is gyakran előfordul, hogy a segítség nem kölcsönös, hanem az egyik felet nagyon leterheli (pl. a beteg gyermekre való felügyelet igénylése). Ilyenkor még nagyobb feszültség keletkezik.

A közösségben lezajló programok ezt az informális segítséget próbálják utánozni, de azt szakszerűbben tudják kezelni. Ugyanakkor arra is lehetőséget biztosítanak, hogy a fiatal anyák új szerepeket próbáljanak ki, olyanokat, melyek az adott közösségben nincsenek jelen.

Nem lehet pusztán az anya gyermek kapcsolatára fókuszálni, hiszen ezt számos tényező befolyásolhatja: krónikus stressz, háztartásvezetés, élelem, gyermeknevelés, orvosi ellátás és ezekkel összefüggő problémák.

Gyermek túlélés/Igazságos kezdés nem hivatásos otthoni látogatás program

A Ford alapítvány indította el 1982-ben.

A látogatások a terhesség alatt kezdődtek, és kéthetente vagy havonta megismétlődtek, míg a gyermek egy-két éves lett. A terhesség alatt fontos volt a leendő anyák számára a megfelelő terhesgondozást biztosítani, kialakítani egészséges étkezési szokásokat, megtanítani az alapvető egészségvédelemre, és előkészíteni a baba érkezésére. A szülés után odafigyeltek az anya gyermek kapcsolatára, a baba fizikai gondozására, a betegségek kezelésére, fejlesztő tevékenységek beiktatására és a jövő tervezésére.

AVANCE program – olyan családokat céloz, akiknek a havi jövedelme 500\$-nál kevesebb. Személyes meghívás vagy a régi tagok ajánlására kerülnek a családok a programba. Segíti a szülő egyéni fejlődését, növeli a szülői kompetenciát. A részvétel

fontosságát sugallják a szülőknek, segítik a különböző események megszervezését is. A szülőkkel és gyermekekkel külön, párhuzamosan foglalkoznak. Időnként az anya is részt vesz ezeken a fejlesztő foglalkozásokon, megfigyelheti a szakember – gyermek interakciót és őt is megfigyelik. Az otthoni látogatások alkalmával videón rögzítik az anya-gyermek interakciót, később pedig elemzik. A centrumba való szállítás ingyenes. Aki a 9 hónapos tanfolyamot elvégzi egyéb szolgáltatásokban is részesülhet (nyelvtanfolyam, érettségivel egyenértékű felnőtt tanfolyam, munkavállalásban való segítség).

A családlátogatások során stabil kapcsolat alakul ki a szakemberrel, nem csak információt nyújt, hanem modellként is szolgál valamint lelki támaszt is biztosít fiatal anya számára.

A közösség – centrikus beavatkozások jellemzői:

- ✓ Nem sérülésspecifikus beavatkozások biztosítása (adekvát gyermeknevelés és a család erőforrásainak kiemelése)
- ✓ Fontos körülhatárolni a beavatkozási területet és kompetenciákat, mivel nagyon sokféle problémával találkozhatunk ezekben a családokban, melynek megoldása nem tartozhat a program céljai közé
- ✓ Meg kell találnunk az egyensúlyt a program céljai és a család elvárásai között
- ✓ Meg kell találnunk a megfelelő intenzitású és hosszúságú beavatkozási formát, melyet a család a leghatékosabban tud felhasználni. Maximálisan profitál belőle, anélkül, hogy függőség alakulna ki
- ✓ A programba kell tartanunk a leginkább rászoruló családokat, de nem szabad kizárnunk azokat sem, akik bár jobban alkalmazkodnak, igénylik a segítséget

KÖNYVÉSZET

12. ELŐADÁS

Koraszülött gyermekek fejlesztése

Hospital – based intervention for preterm infant and their families

Linda glikerson, peter A. gorski, polly panitz

A korai fejlesztés elnevezés általában olyan programokra vonatkozik, melyek nevelési, terápiás szolgáltatásokat és családi támaszt nyújtanak 0-3 éves gyermekeket nevelő családok számára. Ezzel ellentétben a kórházban orvosi segítséget nyújtanak, felállítják a pontos diagnózist és ritka esetekben korlátozottan egyéni fejlesztési terápiát is biztosítanak, de ezt csak kivételes esetekben egyeztetik más programokkal és egyéb szolgáltatásokkal.

Most azt fogjuk tárgyalni, hogy a hosszas kórházi kezelést igénylő koraszülötteket hogyan látják el a kórházak, illetve megkeressük a kapcsolatot a kórházak és egyéb korai fejlesztést biztosító szolgáltatások között.

A kórház, mint szociális rendszer

A kórházak sajátos szociális rendszerűek. Ezt az orvosi szociológia kutatta az elmúlt 30 évben. (Parsons, 1951). Ha a különböző korai fejlesztő szolgáltatások és a kórházak (neonatólogiai osztályok) közötti dinamikát megértjük, akkor jobb kapcsolat alakulhat ki közöttük, ami a hatékonyságot is növeli.

Akut vagy krónikus állapotok kezelése, gondozása

A kórházak eredetileg egyházi létesítmények, karitatív intézmények voltak, melyek az értelmi akadályozottakat, hajléktalanokat vagy elmebetegeket kezelték. Az átalakulás (rövid távú kezelések biztosítása) csak az 1900-as évek elején következett be. Starr a következő tényezőket teszi felelőssé az átalakulásért: megnövekedett urbanizáció, az otthoni kezelésbe vetett hit gyöngülésével párhuzamosan nőtt a technikába és specializált kezelésekre vetett bizalom. Az igények megnövekedésével a kórháznak le kellett mondania arról, hogy csak a krónikus betegeket kezelje, és helyet kellett

biztosítania azok számára is, akik valamilyen beavatkozást igényeltek. A karitatív jelleget és jótékonykodást felváltotta az aktív munkálkodás az egészség helyreállítása érdekében. A központba a beteg orvosi ellátása került, a szociális aspektusok pedig háttérbe szorultak. A koraszülött osztályok ennek az átalakulásnak a betetőzései. A jól képzett szakemberek a legkritikusabb szakaszban látják el a beteg babákat.

A kórház fő feladata az élet szolgálata. Vagyis, ha életveszélyes helyzet alakul ki, akkor minden más háttérbe szorul. (intenzív osztály)

Ha a krízis-állapot megszűnt, akkor következik a beavatkozás második szintje (az átmeneti – osztály reanimare). Itt a cél a gyermek állapotának a javítása és mielőbbi hazaengedése. Ebben a szakaszban már sokkal több figyelmet fordítanak arra, hogy a szülőket is bevonják a baba gondozásába, tanítják őket erre, meghatározzák a baba és a család igényeit, a közösségi erőforrásokat mobilizálják, mely a hazabocsátást is megkönnyíti.

A korai fejlesztő programok és a koraszülött osztály között óriási a különbség. Először is az ellátottak számát illetően. Általában egy 20 ágyas intenzív koraszülött osztály (IKO) évente 300 babát kezel (30 közösségből), míg a korai fejlesztő program évente 50 család befogadására képes. A kórház általában egy régiót lát el. Így a különböző fejlesztési programokról csak másod-harmadkézből kapott információkkal rendelkeznek, nem ismerik eléggé a közösségi erőforrásokat. Ha egy programról negatív feed-back-et kapnak (egy-két visszajelzés elegendő), akkor a továbbiakban nem fogják ajánlani a családoknak.

A korai fejlesztési szolgáltatások szűkebb határok között mozognak, 2-3 közösséget szolgálnak. Előnyük az is, hogy szorosabb kapcsolatban vannak ezekkel, mint a kórházak, mélyebb és tartósabb kapcsolatban állnak a családokkal. Turnbull azt javasolja, hogy ne csak pillanatnyi tanácsokkal lássák el a szülőket, ne csak azt figyeljék meg, hogyan működik a család a krízis elmúltával, hanem teljes élettartamra szóló perspektívát követve, olyan készségeket is alakítson ki a szülőknél, melyeket a későbbiekben tudnak hasznosítani. Ez a perspektíva: jövő és folyamat-centrikus, eltérően az IKO jelenorientált, gyors és emocionálisan labilis atmoszférájú beavatkozásával. A

korai fejlesztési programokban van idő beavatkozási tervek kidolgozására illetve hatékonyságuk nyomon követésére. A transzdiszciplináris teamen belüli konszenzus és döntéshozatal a lényeg. Az IKO-ban általában egyetlen ember vállalja a felelősséget, amikor sokszor egy mp is számít a kommunikáció lehet direkt és konfrontatív.

Egyén vagy rendszer – centrikus megközelítés

A kórház és a korai fejlesztő program különbözik abban is, hogy milyen fogalmi modellt használnak a betegségre és az akadályozottságra, tehát a beavatkozás célja is más. A biomedikális modell szerint a betegség az egyénen belüli biokémiai abnormalitás. A tünetek csak egy biológiai realitás megnyilvánulási formái. Az orvos feladata a panaszok alapján felállítani a diagnózist és megfelelő kezelést előírni. Az orvosi beavatkozások egyenesen az adott betegre és adott betegségre irányulnak. Az ideális forgatókönyv az izoláció és az adott változó kezelése. Nem veszik figyelembe a környezeti, szociális és kulturális tényezőket, melyek a beteg állapotát befolyásolhatják. A szociológusok és antropológusok élesen kritizálták az orvosi modellt, mivel látásmódja túlegyszerűsített, olyan modellt javasoltak, mely az ökológiai perspektívát is felöleli illetve figyelembe veszi azt is, hogy az egyén mit gondol saját betegségéről.

Egyre nagyobb teret hódít a rendszerszemlélet. A korai fejlesztési program kidolgozásakor figyelembe veszik azt is, hogy javasolt programnak milyen hatása lesz a különböző családi alrendszerekre: a partnerkapcsolatra, a szülőkre, a testvérekre, a tágabb családra és a barátokra. Dunst és Trivette elsősorban abban segíti a családokat, hogy használják a szociális támogató-rendszert. A célrendszert a család állapítja meg.

Orvostudomány vagy szociális munka

Az orvos státusza egyre emelkedett az évek folyamán. Egyre nőtt a befolyása, szerepe, a bele vetett hit. Sokszor uralja a teamet, gyakran hatáskörén kívüli dolgokba is beleszól. Az egyéb szolgáltatásoknak harcolniuk kell az őket megillető helyért. Az orvosok között is hierarchikus a viszony. Például a fejlesztési, vagy egyszerű

gyermekorvosi teendők sokkal alacsonyabb szinten állnak, mint a sebészeti beavatkozások.

A szociális távolság növeli a presztízt.

Azok az orvosok, akik a fejlesztési szerepet felvállalják, nem nyújtanak lenyűgöző látványt, céljaik hosszú távúak és egyszerű eszközökkel valósítják meg őket. Készek az együttműködésre, kompromisszumra a team többi tagjával, de ismerik az autoriter beavatkozási módot is.

Vertikális vagy horizontális szerveződés

A kórház teljes ellátást nyújt a pácienseknek. Általában egymást konkurenciának tekintik, bár ugyanazokat a szolgáltatásokat nyújtják, egymással szemben kételkedők. Ezt fontos tudni a korai fejlesztésben dolgozóknak, mivel itt az orvosi ellátás a szolgáltatás szerves része.

A kórházak zárt rendszerébe csak a kiváltságosak léphetnek be, a titoktartás kötelező, és általában csak azok nyernek alkalmazást a kórházakban, akiknek a szakmai kompetenciájukon kívül a személyes ajánlása is megvan. Ugyanakkor a kórházban dolgozó orvosnak hatalmas egyéni szabadsága van.

Az alapszolgáltatások azonosak, de szervezésükben hatalmas különbségek lehetnek kórházanként. IUO-ban lehet, hogy egy jól összeformált team nyújtja a szolgáltatásokat (orvos, asszistens), máshol pedig a személyzet váltásonként változhat, lehet, hogy nincs adott orvos sem, aki a családdal is tartja a kapcsolatot.

A korai beavatkozási programoknak nincsenek meg sem az anyagi feltételeik, de nem is szükséges, hogy minden szolgáltatást egy helyen biztosítsanak. Fontosabb, hogy kapcsolatban álljanak a közösséggel, segíteni a nappali gondozó-házak létrehozását, szabadidős és alternatív tevékenységek szervezését.

A korai fejlesztés demokratikus szerveződésű, a programvezető vállalja a felelősséget, de nem autoriter módon. A program struktúrája viszonylag stabil.

Felelősség-vállalása vagy megosztása

Parson (1951) kutatásai alapján megállapítja, hogy az orvos beteg kapcsolatnak asszimmetrikusnak kell lennie. Ez az asszimmetrikus kapcsolat terápiás hatású, biztosítja a gyógyulást (a betegnek be kell tartania az orvos utasításait).

West (1984) három tényezőt azonosít, melyekkel az orvos hatalmat gyakorolhat betegeire. Ezek különböző fokban vannak jelen a programokban: helyzeti függőség – szükségük van a szolgáltatásra, helyzeti autoritás – a szakembernek van megfelelő tudása, és szakmai presztízs.

Hasonlítsuk össze a hagyományos medikális modellt a beavatkozás interaktív modelljével, melyet Bailey, Bromwitch, Dunst és Trivette dolgozott ki.

A korai fejlesztést végző szakembernek nincsen legális autoritása a kliens felett. Szakmai és morális felelősséggel tartozik csupán. A kliens kontroll alatt tartása nem is cél az ilyen beavatkozásokban, sőt ellenjavallt, mivel a végső cél a szülői kompetencia és a gyermek önmeghatározási képességének kialakítása.

A korai fejlesztésben a kapcsolat szimmetrikus, partnerkapcsolat alakul ki a szakemberrel, a kliensek aktívan részt vesznek a döntésekben, a célok meghatározásában, együtt kutatják a megvalósítási lehetőségeket, közösen dolgozzák ki a tervet. A kliens a változás leglényegesebb eleme. A szakember támogat, biztat, és olyan körülményeket teremt, melyekben a kliens kompetensnek érzi magát.

Ez a kooperációs kapcsolat hangsúlyozza a felelősség megosztottságát is.

Reaktív vagy proaktív management

A szolgáltatás természete szabja meg a management típusát. A kórházban azonnali szükséglet-kielégítésről van szó, gyakoriak a váratlan helyzetek. Ez inkább reaktív managementet kíván. A proaktív management előre eltervezett, adott fókuszú, szakaszos tevékenység-sorozatok.

A klinikai helyzet ennél sokkal rugalmasabb folyamatot kíván, a szükségletek nem egyszerre jelentkeznek, de ha felmerül, akkor ki kell elégíteniük. Az elérhetőség és a jelenlét a siker kulcsa.

A proaktív management hosszabb időtartamú és stabil populációra vonatkozik. Pl. Individualizált Családi Szolgáltatás Tervek kidolgozása (előre eltervezett, konszenzusra törő beszélgetések előzik meg, céljai hosszútávúak, időnként felülvizsgálják és lassan teljesítik.)

Korai beavatkozás az újszülött-osztályon

A nagyon kissúlyú és ezért a legveszélyeztetettebb babák hosszú időt töltenek a koraszülött osztályon. Ahhoz, hogy biztonságosan hazabocsáthatóak legyenek megfelelő súlyt kell elérniük, és neurobiológiai fejlettségi szintjüknek is megfelelőnek kell lennie. Így a NICU fontos színtere lett a korai fejlesztésnek. Nemcsak a baba fejlődését kell optimalizálnia, hanem a családnak is kell segítenie az alkalmazkodásban.

Meg kell értenünk a hatalmas technikai fejlődést is, mely a kórházi kezelésben az utóbbi évtizedekben következett be. Pl. 1950-es évektől használnak mesterséges lélegeztető-gépet. A 80-as évekig a NICU feladata a relatív jól fejlett babák élesztése és állapotuk stabilizálása. A megfelelő technikai segítség nélkül a nagyon kissúlyú babák ritkán maradtak életbe. 1975 előtt a 750g-nál kisebb babák életben maradási aránya 40%, a beteg babáké 22%. A 80-as évek közepére a mortalitás 16%-ra esett vissza.

A NICU páciensei egyre kisebb súlyúak, olyan 1000 g alatti babák, akik spontánul lélegeznek, oxigénellátásuk megfelelő és jók az életkilátásaik. Ugyanakkor speciális szükségleteik is vannak. A pszichológiai imaturitás pont olyan veszélyeztető tényező, mint a biológiai. Központi idegrendszerük nagyon vulnerábilis. Sokszor hónapokig speciális kezelést igényelnek, az ingerlés jól adagolt kell legyen.

Koraszülés esetén oda kell figyelni a környezetre, a gondozók általi beavatkozásokra, nemcsak az orvosi, hanem a szociális ingerlésre is, mely nemcsak a fizikai hanem a pszichés fejlődésre is hat.

Kiterjedt vizsgálatokat végeztek a NICU-ban történő szenzoros stimulálásról.

Számítógépen követik a koraszülöttek alvás-ébrenlét állapotát, az aktivitási szintet, bőrszint és a gondozók viselkedésére adott válaszokat. Gyakori a szenzoros

depriváció és túlingerlés a gondozók részéről. Nem veszik figyelembe a gyermek jelzéseit.

Ahhoz, hogy a gyermek életben maradjon, hatékonyan kell alkalmazkodnia a méhen kívüli élet feltételeihez.

Kiegészítő stimulálás

A legtöbb beavatkozás a kórházakban kizárólag a babákkal foglalkozik. A szülők fontosságát teljesen figyelmen kívül hagyja. A stimulálási programok vizuális, auditív, taktilis, vesztibuláris, kinesztetikus ingereket tartalmaznak, általában egy alkalommal több típusú ingert is alkalmaznak.

Gyors, váratlan beavatkozás vagy fejlődés-lélektanilag tervezett beavatkozás

Als és munkatársai bebizonyították, hogy az egyéni szükségleteknek megfelelő ingerlés önszabályzó viselkedéshez vezet, jobban fejlődnek a babák. Míg a más típusú stimulálás stressz reakciót vált ki.

Összefoglalás

Levonhatjuk tehát a következtetést, hogy a NICU környezet önmagában nem biztosítja a koraszülött babák optimális fejlődését, mivel a koraszülöttek nagyon ritkán működnek a normál babákhoz hasonlóan.

A jelenlegi kutatások alapján elmondható, hogy ha a neuronális szerveződési rendszerre odafigyelünk, akkor ez augmentatív jellegű az egyéb magas színvonalú szolgáltatások mellett (szív, tüdő, emésztés). Arra készítetnek ezek a kutatások, hogy a koraszülött babákat is individuumként kell kezelnünk, ugyanúgy, mint az időre születetteket. Azáltal, hogy a szülőknek megtanítják, hogyan kezelje csecsemőjét a kórházból való elbocsátás után, az orvosok is sokkal jobban bevonják a szülőket a folyamatba, mint néhány évvel ezelőtt. Ezáltal a szülők hasznosnak és tiszteletre méltónak érzik magukat. A kórházi személyzet is egyre inkább belátja, hogy a többi programmal való együttműködés biztosítja az optimális fejlődést.

Kapcsolat a kórházak és a közösségi programok között

A korai fejlesztésben résztvevők 6-57%-a volt előzőleg NICU egységben.

A biológiai rizikóval bíró csecsemők szülei elzárkózhatnak a korai fejlesztési programok elől, mivel ezekben fogyatékos gyermekek is részt vesznek. Félnek a címkézéstől, félnek attól, hogy a gyermektől megvonják a kortárs csoport adta lehetőségeket.

Más családok pedig úgy értelmezik ezeket a programokat, melyek hasznos segítséget és támaszt nyújtanak a legnehezebb első hónapokban.

A közösségek és a kórházak közösen kellene olyan utánkövető programokat kidolgozzanak, melyek maximálisan alkalmazkodnak az egyéni és közösségi szükségletekhez.

Intézetek közti kontrasztok és együttműködési stratégiák

A két intézmény közötti együttműködés akkor lesz hatékony, ha figyelembe veszik mindkettőnél a szervezési dinamikát: erősségeket, erőforrásokat, korlátokat.

A fogadó intézmények kell elsősorban felelősséget vállalnia felmérésben, a lehetőségekről való tájékoztatásban és a feed-back biztosításában. A korai fejlesztő szakembereknek kell felvilágosítani a kórházi személyzetet a szolgáltatásokról. A kórházban dolgozók gyakran nem értik, mi történik a programban, nem ismerik a lehetőségeket.

Szükség volt egy centralizált igazgatóságra, mely kézben tartja a korai fejlesztési hálózatot. Információt biztosít, felülvizsgálja a programokat stb.

Ha a család igényli, biztosítani kell számukra azt a lehetőséget is, hogy már a kórházban találkozassanak a korai fejlesztő team-mel, ha nem igénylik, akkor pedig nyitva kell hagyni ezt a lehetőséget.

Sok helyen a korai fejlesztő szakemberek tanácsadó szerepet töltenek be a kórházakban.

Pl. gyógytornász – megmutatja az optimális testhelyzetet, felméri a fejlettségi szintet, megállapítja a további felmérés szükségességét vagy nyomonkövető vizsgálatokat is végezhet, amikor a gyermek átkerült a kórházból egy fejlesztő programba.

Egy másik megoldás lehet a közvetítő szerep vállalása. Valaki dolgozhat fél állásban egyik fél állásban másik intézményben, segítve a célok a gyakorlatok értelmezésében, a jelentések megírásában illetve a feed-back biztosításában.

KÖNYVÉSZET

13. ELŐADÁS

Sérülésspecifikus beavatkozások: értelmi akadályozottak fejlesztése

KÖNYVÉSZET

14. ELŐADÁS

Sérülésspecifikus beavatkozások: érzékszervi fogyatékkal élők fejlesztése
KÖNYVÉSZET

<http://gyp.xhost.ro/index.php?page=koraifejl>

2013-08-31