EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Napköziotthonos Óvoda (Kapuvár)

Súlyosan, halmozottan sérült mozgáskorlátozott gyermekek szocializációs folyamatáról

DEGOVICS ZSUZSANNA

(Közlésre érkezett: 2003. október 6.)

2000 szeptemberében kezdtem meg munkám Kapuváron a Napköziotthonos Óvoda Korai-fejlesztő csoportjában (9330 Kapuvár, Arany János utca 7.), mely a képzési kötelezettek ellátását is vállalta ambuláns formában.
Munkám során az emberi kapcsolatok új világába csöppentem:

- a korai fejlesztés területén a sérült gyermek születésének, elfogadásának problémájával,
- a képzési kötelezetteknél a sérülésből fakadó módosult szociális kapcsolatokkal találkoztam.

A gyermekeknél gyakran hiányoznak a szocializáció legalapvetőbb kifejező eszközei: tekintetkontaktus, mimika, gesztusok, proxémika stb. A kommunikáció eszköztárának hiányosságai újra és újra megfogalmazzák a kérdést: képes-e emberi kapcsolatok kialakítására a halmozottan sérült kisgyermek?

A válasz megtalálásához rövid utat kell bejárnunk elméletben és gyakorlatban. Először járjuk körül magát a *szocializációt* mint jelenséget, illetve a fejlődéspszichológia alapján a *pszichikum, mozgás és a percepció* társas érintkezésben betöltött szerepét, hangsúlyozva a sérülés esetén létrejött eltéréseket. A témával kapcsolatos *felmérés* az érintett populáció szociális kapcsolatainak jellemzőit tárja fel, melyek a *szomatopedagógiai megsegítés, fejlesztés* hangsúlyos területeinek kiindulópontjaként szolgálhatnak.

I. A SZOCIALIZÁCIÓ JELENSÉGKÖRE

I.1.A szocializáció fogalma és résztvevői

A szocializációhoz a gyermeket érő személyiségformáló hatások totalitása tartozik. A leglényegesebb hatások a családból erednek, de fontos megemlítenünk az intézményeket is (óvoda, iskola stb.), melyek a szereptanulás másodlagos színterei.

A szocializáció legfontosabb korszaka a gyermekkor. A fejlődés folyamata két tényezőrendszer egybefonódása révén megy végbe. Az egyik tényezőrendszer a biológiai érés, a másik pedig a szociális tanulás. A biológiai érésben az életkorra jellemző szükségletek és késztetések bontakoznak ki, melyek mozgatói és eszközei a szociális tanulásnak.

Az egészen kicsi gyermek igazi szociális megnyilvánulást keveset mutat. A csecsemő *szimbiózisban, duálunióban* él az anyával. Az első hónapokban a gyermek fejlődésének feladata, hogy ebből a szoros kapcsolatból kioldódjék, és kialakítsa saját individualitását. (Ranschburg, 1993.)

I. 2. A szocializáció és individualizáció kapcsolata

Az én és a másik elkülönítése, önmagam és környezetem tagjainak felismerése a fejlődés folyamatának két, egymástól elválaszthatatlan oldala. Önmagunknak, mint a környezet tagjaitól független személyeknek a körülhatárolása értelemszerűen tartalmazza a folyamat ellentettjét is, vagyis azt, hogy a környezetben élő embert, mint tőlünk független „másvalakit" ismerjük fel. (Ranschburg, 1993.)

A szocializáció és az individualizáció fejlődéstani értelemben azonos folyamat. A gyermek először a fontos „másiktól" kap szociálisan közvetített képet önmagáról.

I. 3. Interakció és kommunikáció kezdetei

A kommunikáció kölcsönösen egymásra ható viszonyok dinamikus folyamatában alakul ki, melyek szorosan összefüggnek a *neuromotoros*, *percepciós, integrációs* képességek fejlődésével. Ezeknek fejlődését a születés utáni egészen korai időszak eseményei befolyásolják. E korai kommunikáció alapjait az anya-gyermek kapcsolat jelenti. Közvetlenül a megszületés után kialakul az a dinamikus interakciós folyamat, ami a genetikailag meghatározott és a szociális környezet által jelentősen befolyásolt neuropszichológiai tényezőkön alapul. (Marton, 1995.)

I. 4. Függőség-függetlenség

A megváltozott interakciós helyzetek felvetik a függőség - függetlenség problémakörét.

A társadalmi szereptanulás egyik célja a függetlenség kialakulása. A élet korai szakaszában a felnőtt és a gyermek kapcsolatát sajátos „függőségi viszony" jellemzi, melynek a szocializáció során fokozatosan meg kell szűnnie.

Az egyén nagyfokú kiszolgáltatottsági helyzete hozhatja létre a *szociális függőséget.* A kiszolgáltatottság hátterében fogyatékosság is állhat. A szociális függőségre jellemző, hogy mértéke állandóan nőhet, ami egy *generalizációs* folyamatot eredményezhet. E függőség megélésének könnyítésében, tudatos feldolgozásában döntő szerepük van a fogyatékos személyt körülvevő, vele együtt élő társaknak. (Marton, 1995.)

II. FIXÁCIÓK, KRÍZISEK, ELTÉRÉSEK A SZOCIALIZÁCIÓS FEJLŐDÉSBEN MOZGÁSKORLÁTOZOTTSÁG ESETÉN

II. 1. A mozgásszerveződés és a mozgásfejlődés összefüggése a pszichikum fejlődésével a fejlődéslélektan tükrében

Az énfejlődés a velünk született és a fejlődés során szerzett funkciók alapján történik. Az éntudat kialakulását *Margaret Mahler* vizsgálta. *Mahler* gondolatai szerint a pszichés megszületés a születéstől három éves korig tartó folyamat.

Mahler feltevései a következők voltak: egészséges személyiségfejlődés esetén a gyermek képes az anya-gyermek szimbiózis közös határaiból kibújni, és megélni a második, lassú születésélményt. Ez a leválás, az anyától való elszakadás folyamata.

Az anyától való elszakadást az individuációs jegyek segítik: a *mozgáskészség*, a gondolkodás, az *észlelés*, az emlékezet teszi lehetővé. Az individuáció folyamata, mely a leválással párhuzamosan halad, az egyes személyiségjegyek formálódását jelenti. A személyiség kifejezésének egyik eszköze (különösen a leválás időszakában) a *motorium*. A mozgás készsége és képessége minden lelki funkció kialakulását áthatja, befolyásolja, és így a pszichés rendellenességekben természetes módon megjelenik a motilitásfunkciók megváltozása. (Frenkl-Rajnik, 2000.)

A korai gyermekkori idegrendszeri károsodás a központi idegrendszer részeinek vagy egészének sérülése folytán a legkülönbözőbb pszichés és motoros- szenzoros funkciókat zavarhatja meg. E funkciókiesések summálódhatnak, sőt eredetileg nem károsodott agyrészek funkcióinak kibontakozását is károsíthatják. Így nem csupán egy fogyatékosság kialakulásával kell számolni, hanem az egész személyiségfejlődés veszélyeztetettségével. Ez azt jelenti, hogy az idegrendszeri károsodást szenvedett gyermekek eleve többszörös nehézséggel küzdenek. (Csávásné, 1975.)

Ha *Mahler* fejlődési fázisait egybevetjük a halmozottan sérült, súlyosan mozgáskorlátozott gyermekek pszichikus fejlődésével, *kríziseket* találunk. A krízisek az énfejlődési területeken is megjelenhetnek a tartó és mozgató szervrendszer károsodása következtében, melyek valószínűsíthetik a személyiség szocializációs képességének *fixálódását*. A **krízis** fordulópont valamely normálistól eltérő állapot kialakulásában. A **fixáció** a fejlődés bizonyos ponton történő rögzülése.

Minden egyes énfejlődési fázis a motorium károsodása következtében *krízis* lehet, és akadályozhatja a következő szint kialakulását, tehát *fixációt* eredményezhet.

- **A szimbiotikus fázis** (2 hónapos kortól 4-5 hónapos korig)

Nevét onnan kapta, hogy a csecsemő ebben az időszakban önmagát az anyával egy közös burokban levőnek, egységben éli meg. Ebben a differenciálatlan időben az én és a nem én határai még nem különülnek el. Az ingerkorlát kezd felfesleni. Homályosan kezdi észlelni, hogy szükségleteinek a kielégítése „kintről" érkezik. Az érzékelés eltolódik a test felszíne felé, az ún. kontakt érzékszervek egyre nagyobb szerepet kapnak. Az egész test kontakt percepciós élményei, a testfelszín érzékelése, a nyomás, amit a gyermeket tartó anya gyakorol a testre, az anya vizuális percepciójával kapcsolódik össze. Ez a gyermek szociális-emocionális aktivitásának kezdete. A testfelszín

(én-határ) érzékelése nagymértékben hozzájárul a testséma és az én-kép kialakulásához. (Frenkl-Rajnik, 2000.)

Poszturális adaptációt mutat a csecsemő, ha az anya az ölébe veszi. Ez azt jelenti, hogy hozzásimul, hozzáigazodik az anya testéhez. Fontos az anya „jó tartó" viselkedése. *Optimális tartásr*ól akkor beszélünk, ha az anya arcát a baba szabadon explorálhatja (pl. szoptatási interakció). Ez az időszak a kéz érzékszervvé válásának kezdete. A felső végtag szabad mozgást végez, exploratív tevékenység figyelhető meg. A fejét jól emeli, könyökére támaszkodik, a gerinc ív alakban megfeszül. Az elemi mozgásminták, a veleszületett feltétlen reflexek egy része agykérgi gátlás alá kerül, így tovább nem gátolják a manipuláció fejlődését. Érzékszervei is fejlődnek, látása élesebb lesz, saját testét, környezetét szemlélgeti. Külső ingerekre élénken reagál. Ebben az időszakban kell megalapozódnia az „ősbizalomnak". Erik H. Erikson nevezte el így az anya és a gyermek kapcsolatának azt a formáját, amely jól működik és életre szólóan biztos alapot ad az önbizalomhoz és a másik emberhez fűződő szeretetkapcsolat kialakításához. (Jávorszky, 1995.)

A fázis krízis lehetőségei:

A szimbiotikus fázis tartósan elhúzódhat. Az agykárosodott csecsemő szeretne kibújni az ingerkorlát kötelékeiből, de nem tud. Hosszú időn keresztül a sírás az uralkodó megnyilvánulás, a szenzoros, kellemes állapotok és tevékenységek megtapasztalása csökken. A kommunikáció alapjaiban sérülhet (a szájüreg játékos mozgatása, hangproduktumok szenzomotoros játéka elmarad.). Az izomtevékenység koordinációjának zavara megnehezíti a testtartás megőrzését különböző pozíciókban. Flexiós vagy extenziós tónusfokozódás esetén a poszturális adaptáció kivitelezhetetlen, az optimális tartás nem alakul ki. A kéz exploratív tevékenységét a felső végtag tónuszavarai hátráltatják. Mindezek csökkentik a kifejezés sokoldalúságának lehetőségeit.

Fontos megemlítenünk a megzavart anyai viselkedést, hiszen a sérülés felismerésének, tudatosításának ideje van. A felszínen „normális" a viselkedés, mélyebben azonban nem. Az emocionális tartalmakat hordozó viselkedés-árnyalatok megváltoznak. Nagyon picit remeghet az anya keze, valamivel mélyebb a hangja. Ez elég ahhoz, hogy elárulja belső bizonytalanságát. A gyermek számára ez azt jelenti, hogy akinél ő biztonságot keres, az most maga is bizonytalan, nem tud biztonságot nyújtani. Ez fixálhatja a szeparáció, individualizáció folyamatát. (Pálhegyi, 1998.)

Erikson szerint az „ősbizalom" hiánya az autisztikus magány, az önmagába zárkózottság állapotát eredményezheti.

- **A differenciáció szakasza** (4-5 hónapos kortól 7-9 hónapos korig)

A differenciáció jelzi, hogy új folyamatok kezdődtek, kezdetét veszi a leválás. Eddig a csecsemő a belső észleléseire reagált, most a fejlődéssel az észlelés iránya megváltozik, hosszabb időszakokban van ébren, kifelé kezd figyelni, igyekszik felfedezni az anya testét. Rájön, hogy ketten vannak: az „anya és én". Próbálgatja a leválást az anyáról: ölében ülve eltolja magától annak testét, az arcába néz, húzza a haját, az orrát markolja. (Frenkl-Rajnik, 2000.)

Körülbelül hét hónapos korban alakul ki egy jellegzetes viselkedésminta: az „anyához mérés”, az idegeneket összehasonlítja az anyával, és félelmi reakciót mutat, szorongást él át.

Képessé válik célirányosan nézni valamit. Egészséges fejlődés esetén a szemkontaktus lesz a jellemző az anya ölében ülő gyermekre. Mozgása rohamosan fejlődik. Kezét nézegeti, forog, felemeli a fejét. 7-8 hónaposan egyedül ül. 8-9 hónaposan megpróbálkozik a felállással, és ezzel a humán individuáció legnagyobb lépését teszi meg: legyőzi a gravitációt. A helyváltoztatás (lokomóció) is beindul, a gyermek forog, gurul, csúszik, mászik. Mozgáshatárai robbanásszerűen kiterjednek. (Jávorszky, 1995.)

Az önálló, aktív önindította mozgás jelentős fejlődést hoz az önállósodás, az individuáció, a szocializáció folyamatában. (Jávorszky, 1995.)

A szakasz krízis lehetőségei:

A differenciáció ideje jóval későbbi időpontra tevődik át, az idő meghatározása kórképfüggő. A fent leírtakból következik, hogy mindez a függetlenedés, a leválás nagy előkészítő fázisa. Óriási szerepet kap a személyészlelés, az anya észlelése, a testséma megélése. A hiányos kinesztétikus információk azonban hamis testvázlatot alakíthatnak ki a gyermekben, nem jelentik vissza sem a végtagok helyzetét, sem az elvégzett mozgást, így a következő mozdulat megtervezését sem teszik lehetővé. (Csávásné, 1975.)

Az önindította mozgás az, ami elősegíti a személyészlelést. Az anya arcának explorálása pl. ökölbe szorított, mozdulatlan kézzel nem lehetséges. Mozdulatlan állapotban nem lehetséges a saját test elhatárolása. A mozdulatlanság oka lehet, hogy a fennmaradt kóros csecsemőkori reflexek tipikus pozíciókban rögzítenek. Az agysérült gyermekeknél a korlátozott mozgásképesség, az izomrendszer diszkoordinációja csökkentheti az érzékelés szerveinek használatát, és hátrányosan befolyásolhatja a személyészlelést, az „én és az anya” differenciájának megélését. A leválást az anya féltésével, ragaszkodásával nehezítheti, s ezzel fixálhatja a pszichikum előrehaladását, tompíthatja a gyermek „Én-határvonalait”.

III. HELYZETKÉP: KITEKINTÉS A GYAKORLATBA

III. 1. A halmozottan sérültek ellátása

A halmozott fogyatékosság fogalma nem teljesen tisztázott, mert szűkebb értelemben csak az számít annak, akinek két vagy több területen van kimutatható organikus károsodása. Tágabb értelemben viszont a másodlagos és harmadlagos következményes funkciózavarok is halmozott fogyatékosságot eredményeznek, ahol komplex fejlesztést kell alkalmazni. (Márkus, 1997.)

A gyakorlatban általában a meglévő tünetek alapján nyilvánítunk valakit halmozottan sérültnek, függetlenül attól, hogy van-e összefüggés a tünetek keletkezése között vagy nincs, hiszen a meglévő tünetek, különösen ha súlyosak, mindenképpen befolyásolják a többi terület fejlődését. (Márkus, 1997.)

Súlyosan és halmozottan sérült mozgásfogyatékosnak nevezhetjük a fentiek alapján azt a gyermeket, ahol a súlyos fokú mozgáskárosodás mellett vagy annak következtében, más funkció is károsodik, ezért a fejlesztés csak minden sérült funkció és terület egyidejű figyelembevételével valósulhat meg. Ellátásuk az életkor függvényében a korai fejlesztésben és a képzési kötelezettség teljesítésében történik.

Az optimális fejlesztéshez szükséges foglalkozások gyakoriságát egyénileg kell eldönteni. A komplex fejlesztés miatt a foglalkozások összetettek, a gyermekek bejárásainak időbeli megkötöttségei – például: utazás, étkezés, alvás ideje – befolyásoló tényezőként merülnek fel. (Benczúr-Bernolák, 1991.)

Foglalkozások szervezhetők kiscsoportos és egyéni foglalkozások formájában. Halmozottan sérült, súlyos mozgáskorlátozott gyermekek fejlesztése egyénileg történik, de itt is szükséges olyan helyzeteket teremteni, amikor más gyermekkel is kapcsolatba kerül. A jobb mozgás, a többi gyermek látványa motiválja a kapcsolatteremtésre, és érzelmi megnyilvánulásra serkenti.

A fejlesztés során cél a gyermek külvilággal való kapcsolatának ébrentartása és ápolása, jelzéseinek, közlési szándékainak megismerése, ezek beépítése a vele való kommunikációba, képességeinek fejlesztése, életminőségének jobbítása. A foglalkozások szervezése egyéni és kiscsoportos formában valósulhat meg a gyermek állapotának függvényében.

A halmozottan sérült, súlyosan mozgáskorlátozottak ellátása mindig az adott fejlettségi szint felmérésével kezdődik, ami aztán meghatározza a fejlesztő szakember gyakorlati munkáját.

III. 2. Halmozottan sérült, súlyosan mozgáskorlátozott gyermekek szocializációs fejlődésének kérdőíves vizsgálata

A vizsgálat célja:

Húsz halmozottan sérült, súlyosan mozgáskorlátozott gyermek vizsgálata alapján néhány jellemzőt szeretnék kiemelni, amelyekről úgy gondolom, hogy meghatározóak lehetnek a halmozottan sérült, súlyosan mozgáskorlátozottak szocializációjáról alkotott képben, és amelyek hasznosíthatóak a szomatopedagógus szocializációt fejlesztő munkájában.

A kérdőív – a teljesség igénye nélkül – a szocializáció problémakörének igazolásához néhány statisztikai adat és a kérdéskörök által adott elemzés segítségével kíván hozzájárulni.

A vizsgált minta bemutatása:

A vizsgálatban résztvevő valamennyi gyermek (20 fő) a korai fejlesztés illetve képzési kötelezettségnek megfelelő ellátásban részesül.

1. számú táblázat

Felosztási szempontok			A vizsgált minta
Életkor	Korai fejlesztésben részesülők	2 év	3
		3 év	6
		4 év	1
	Képzési kötelezettek	7 év	4
		9 év	4
		11 év	2
Nemek		Fiú	15
		Lány	5
Diagnózis		CP	15
		NCP	5

Az 1. számú táblázat néhány, elemzésünk szempontjából fontos csoportjellemzőt mutat be.

- *Életkor szerint két nagy csoportot alkotnak*: a korai fejlesztés (továbbiakban: I. csoport) illetve a képzési kötelezettek korcsoportját (továbbiakban: II. csoport).
- *Nemek szerint* a fiúk előfordulása lényegesen nagyobb, mint a lányoké.
- *Diagnózis szempontjából* szintén két részre bontható a csoport: korai agyi bénultakra (CP) és egyéb pontos diagnózis nélküli (továbbiakban: NCP) súlyos mozgáskorlátozottak csoportjára. A CP-s gyermekek száma: 15 fő és a NCP: 5 fő.
- A vizsgált csoport jellemzői *mozgásteljesítmény szempontjából*: zömében járni nem tudók, halmozottan sérült, súlyosan mozgáskorlátozottnak tekinthetők. A CP-n belül 5 főnél súlyos epilepsziás szindróma (WEST 3fő, LENNOX-GASTAUT 2fő) található. A WEST szindrómás gyermekeknél kísérő jelenség az opticus atrophia, a látás csökkenése.

A kérdőívek a szocializációt két meghatározó területen vizsgálták:

- az anya problémái
- szocializációs magatartás és kommunikációs képességek

III. 2. 1. Az anya problémáinak vizsgálata

A gyermek lelassult fejlődésének észlelése zavart okoz az anya - gyermek kapcsolatban. A vizsgálat kérdései az anya személyiségében végbemenő pszichés konfliktusokat, attitűdváltozásokat igyekszik felkutatni, illetve próbálja feltárni azokat a területeket, ahol az anya pszichés védelemre, tanácsadásra szorul.

Vizsgált területek:

1-4. kérdés: Korai időszak. Első krízis.
5-7. kérdés: Szociális háló. A család kapcsolatrendszere.
8-9. kérdés: Szülő és a szakember.
10-11. kérdés: Stresszhelyzetek, teherbíró képesség.
12-16. kérdés: Elfogadás folyamata.

A vizsgálat legfontosabb eredményei:
Az eredmények összehasonlításában fontos tényezőnek tartom az időfaktor szerepét. Az anyai attitűd változásai egyenes arányban állnak az idő múlásával.
• *Korai időszak. Első krízis.*
A témával kapcsolatos kérdések közül az 1, 3-as kérdést, illetve az ezekre adott válaszokat emelem ki:
1. kérdés: Milyen körülmények között szembesítették gyermeke állapotával?
3. kérdés: Milyen érzelmi állapot jellemezte Önt a kezdeti időkben?
Az I. és a II. csoportban az érzelmek emléknyomai hasonló jelleget öltenek, bár a korai fejlesztés területére tartozó anyáknál intenzívebb, sokan minden felsorolt érzelmet megjelöltek.
Az összesítés alapján a kezdeti állapotban a szorongás és az elhagyatottság dominál. Egy édesanya szuicid gondolatairól, terveiről is beszámolt.
• *Szociális háló:*
A következő kérdésekre kerestem a választ:
5. kérdés: Mennyire változtak meg társas kapcsolatai gyermeke születése óta?
6. kérdés: Képes–e arra, hogy az Önhöz közelálló emberekkel megossza a gyermekével kapcsolatos problémáit?
I. csoport: A kezdeti időben az anyák figyelme a gyermekre és saját tehetetlenségükre irányul, kevés figyelmet szentelnek felnőtt kapcsolataiknak. Az „elhagyatottság" és a „nem ért meg senki" érzése az uralkodó.
II. csoport: Az anya felismerése: „szükségem van" másokra. Kinyílik a bezártság állapotából. Ez segíti majd a gyermeket is kibontakozni a szimbiotikus fázis fixációs állapotából, hogy meginduljon a differenciáció felé. Ezek a gyermekek már idősebbek. Ez fontos tényező.
• *Szülő és a szakember:*
A témával kapcsolatos kérdések:
8. kérdés: Megkapja-e gyermeke azt a fejlesztést / kezelést, s azokat a kiegészítő szolgáltatásokat, amelyekről úgy érzi, hogy a legjobban szolgálja fejlődését?
9. kérdés: Őszintén feltárhatja-e a gyermekével foglalkozó szakembereknek a munkájukkal kapcsolatos félelmeit, kétségeit; visszajelezheti-e mindazt, amit a gyermekénél tapasztalt?
Mindkét korcsoport egyenlő mértékben ad hangot a szakember fontosságának. Ez arra enged következtetni, hogy az anya pszichés egyensúlyában a fejlesztő szakember személye is meghatározó.
• *Stresszhelyzetek, teherbíró képesség:*
A kezdeti és a későbbi időkben is a „kórházi kezelés" tartozik a legnagyobb megpróbáltatások közé. Halmozottan sérült gyermekek esetében ez gyakran előfordul. Sokan felkiáltójelet is tettek a jelölés mellé, jelezve a probléma súlyát. Magas jelölésszámot kapott a b válasz is „az ismert és bevált segítő hirtelen távozása". Ez ismét arra enged következtetni, hogy a fejlesztő szakember reménytápláló lehet a család életében, kapaszkodási lehetőség.

• *Elfogadás folyamata:*
A témával kapcsolatos kérdésekre adott válaszok - úgy érzem - önmagukért beszélnek. A feltett kérdések közül a 12, 13, 16-os kérdéseket, illetve az ezekre adott válaszokat emelem ki.
12. kérdés. Mit gondol, veszíthet Ön gyermeke betegsége és állapota miatt?
I. csoport:
„Igen. Úgy érzem kimaradtunk szép dolgokból, a gyermeki fejlődés és felfedezés örömából."
„…akinek nincs sérült gyereke, nem tudja, milyen érzés arra várni, hogy végre mondja nekem: ANYA."
„Igen, de nem tudom megfogalmazni mit, csak nagy hiányt érzek."
„Nem, most is ugyanolyan az életem."
II. csoport:
Mindenki a „nem" (b) választ jelölte meg.
13. kérdés: Mit gondol, veszíthet gyermeke az állapota miatt?
I. csoport:
„.kimarad a közösségekből és mindabból, amire a többi gyereknek lehetősége van…"
„Nem élhet teljes életet, de be fogom perelni az orvost, mert Gittit megkárosította…"
„Én soha nem gondolok bele az ő veszteségébe, mert azt nem tudnám elviselni…. Az életemet adnám érte, hogy egészséges legyen…"
II. csoport:
A „nem" válasz került többségbe. Egy anya osztotta meg érzéseit „Teljesen más világban él, de ő ebben a világban boldog. Így született, nem tudja milyen a másik élet. Soha nem cserélném el őt senkiért…"
16. kérdés: Miben gazdagítja önt és családját gyermeke felnevelése?
„Különös szeretet, amit kapunk tőle."
„Ez a fajta szeretet, amit Máté hoz ki belőlünk, semmihez sem mérhető. Az élet emberi és gyarló dolgai eltörpültek."
„…sokkal elfogadóbb ember lettem…"
„Minden nap van valami csodája ennek az életnek. Érzékennyé váltam az emberi problémákra, hamarabb felfigyelek rájuk."
„Teljesen megváltozott az életem. Szorosabb a házasságom, mindig számíthatok a férjemre, lelki segítség nekem."
„Az életünk egyik örömforrása…."
„Mi 13 évet vártunk gyerekre, sajnos nem lett. Így örökbe fogadtunk egy kislányt. Az öröm mellett nagyon sok gond volt vele, mivel kiderült, hogy nem egészséges. Sok harcunk van, de ő már a miénk. Semmi kincs nem pótolhatja azt, amivé váltunk. Soha nem tudtam, hogy mi mindenre vagyok képes."
Úgy érzem, az *időfaktor* fontossága az imént olvasott vallomások alapján a következő pontokba foglalható össze:
• A szülőben tudatosodik a gyermekkel kapcsolatos probléma.
• Megismeri a problémát és annak természetét.
• Energiáit a problémára összpontosítja
  – bűnbakképzés: „be fogom perelni az orvost.."

– introvertáltság:”akinek nincs sérült gyereke, nem tudja milyen..”
• Elfogadás: a szülő elfogadja helyzetét: „..így teljes az életem.”

A pszichológusok szerint ahhoz, hogy az anya megbékélhessen a sorssal, képes legyen elfogadni a megváltoztathatatlant, végig kell járnia a gyász lépcsőfokait. Míg el nem végezte a gyászmunkát, nem lel belső nyugalomra.

III.2. 2. Szocializációs magatartás és a kommunikációs képességek vizsgálata

A kérdőív célja, hogy feltárja azokat az alapvető szocializációs, kommunikációs elemeket, melyek a társas hatékonyság és érintkezés alapjait képezik:

Vizsgált területek:

1. kérdés: Vizuális személyészlelés.
2. kérdés: Vizuális személyészlelés differenciáció.
3. kérdés: Auditív személyészlelés.
4. kérdés: Auditív személyészlelés differenciáció.
5. kérdés: Poszturális adaptáció, intimitás.
6. kérdés: Nyelvi kommunikáció.
7. kérdés: Személyészlelés preferált összetevői (auditív, vizuális, motoros, szaglás stb.)
8. kérdés: Proxémika a társas kapcsolatban.
9. kérdés: Interakció felnőttekkel.
10. kérdés: Interakció kortársakkal.
11. kérdés: Részvétel a csoporttevékenységben.
12. kérdés: Érzelmi megnyilvánulások a csoportban.
13. kérdés: Személyközi reakciók.

A legfontosabb eredmények:

A korai időszakban a motorium sérülése következtében a halmozottan sérült, súlyosan mozgáskorlátozottak autisztikus, aszociális benyomást keltenek az anyában és környezetükben.

Poszturális adaptációt ritkán mutatnak, így az első szociális kapcsolat intimitása csökkenhet.

A vizuális észlelés szocializációban betöltött szerepe önmagáért beszél. A látóképességgel az emocionalitás, a kommunikáció és a beszéd igen szoros kapcsolatban áll. Szeretném kiemelni, hogy a vizsgált csoportban 3 gyermek diagnózisában olvasható az optikus atrophia. Ez azt jelenti, hogy a látóideg, a szemtől agyhoz vezető összeköttetés alulfejlett. A személyészlelés, személyazonosítás náluk vizuális úton nem valósulhat meg. Az I. csoportban lévőknél ez a többi terület eredményét is hátrányosan befolyásolja.

Ugyanakkor differenciált észlelést a II. csoport West szindrómásai már mutatnak, tehát a legelemibb szinten kontaktust valósítanak meg.

Sajátos kommunikációs jelzéseket használnak ismerősök jelenléte, közelsége esetén. Testközeli kontaktusra reagálnak, hangadásuk érzelmi színezetű.

Nyelvi szempontból mindkét korcsoport a preverbális kommunikációs szintet képviseli. A helyváltoztatás korlátozottsága miatt a proxémika a felnőtt kiváltsága marad.

A kortárs interakciókat feltáró kérdésekre nem kaptam választ, mert a gyermekek 80%-a nem vesz részt csoportos összejöveteleken.

Ennek okai a gyakori megbetegedések, epilepsziás roham. A családok nagyrésze nem is tartja fontosnak a csoportos foglalkozást, „igazából semmibe nem tudunk bekapcsolódni", „Mindig elaludt az ölemben, így nem láttam értelmét".

A fennmaradt 10%-nál a visszahúzódó, inkább figyelő magatartás dominál.

Összegzés

A kérdőívek eredményei alátámasztják a fiziológiás mozgásfejlődés kapcsolatszabályozó szerepét. A mozgáskorlátozottság ténye mindenképpen rontja a szocializációt, de a halmozott sérülés jelentősebb mértékben, az életkortól függetlenül.

Csakhogy nem érhetjük be ennek puszta megállapításával. A kialakult interakciós formák jelzik a halmozottan sérültek szociális igényeit: érzelmi színezetű hangadások, az anya testéhez simulás, csoportban a társak figyelése stb. Ezek a tények meghatározzák a fejlesztés irányvonalát a szocializációban.

Nem szabad megfeledkeznünk az anyákról sem; az ő esetükben a támogatás, az anyai szerep megerősítése jut főszerephez. Így járulhatunk hozzá ahhoz a pszichés változáshoz, ami a gyermek pszichés egyensúlyát, autonómiáját is elősegíti.

IV. A SZOMATOPEDAGÓGUS SZEREPE A SZOCIÁLIS TANULÁS FOLYAMATÁBAN

A halmozottan sérült, súlyosan mozgáskorlátozott gyermekek gyógypedagógiai rehabilitációja a szomatopedagógia kompetenciakörébe tartozik. A szomatopedagógia a mozgáskorlátozottat egész személyiségében, képességeinek összességében tekinti, értékeli és rehabilitációs szükségletei szerint vonja be gyógypedagógiai hatásrendszerébe.

A szomatopedagógiai nevelési folyamatban a rehabilitáció alapjait a *mozgásnevelés* szolgálja. Az életkortól és a funkcionális állapottól függő rehabilitáció egyéni alkalmazása motoros tapasztalatszerzést tesz lehetővé. Ez egyben ismeretszerzés, ismeretnyújtás is, amely a *szociális térben* zajlik.

IV.1. Szociális tér

Szociális tér az az élettér, ahol az ember társas lénnyé válik, szociális magatartása kialakul.

„A *szociális magatartás* a viselkedés területét ragadja meg: utasítások követése, egyéni magatartás, viselkedés a csoportban, interakció azonos korúakkal és felnőttekkel, emocionális illetve pszichés kontroll." (Saylor-Mix, 1996. 118.)

IV.1.1. A szomatopedagógus feladatai a pszichikum fejlesztésében

Elsőként a pszichés összetevők szociális térben betöltött fontos szerepét emelem ki. Ennek figyelembevétele a halmozottan sérült, súlyosan mozgáskorlátozott gyermekek esetében is hangsúlyos lehet.

IV.1.1.1. Önmegvalósító tendenciát segítő fejlesztés

A személyközpontú pszichológia jeles képviselője Carl Rogers volt. Rogers szerint minden személy az *önmegvalósítás* felé halad kisgyermek korától kezdve. Érdemes fontolóra venni következő gondolatait.

A gyermekre jellemző vonások:

- „Bármi, amit a gyermek érzékel, az ő számára valóság. A kis gyermek érzékelése belső folyamat, amit *senki más* meg nem ismerhet.
- Minden gyermek önmegvalósító tendenciával születik, ami célirányos viselkedéssel elégíthető ki.
- A gyermek interakciója a környezettel egy szervezett egész, és minden, amit a gyermek tesz, egymással kölcsönös kapcsolatban áll.
- A gyermek élményei tekinthetők pozitívnak vagy negatívnak, attól függően, hogy ezek az élmények elősegítik-e a megvalósítási tendenciát.
- A gyermekek fontosnak tartják azokat az élményeket, amelyek a megvalósítást szolgálják, és elkerülik azokat, amelyek nem." (Fonyó-Pajor, 1998. 53.)

A szociális térbe való kijutás egyik feltétele az önmegvalósító tendencia, ami a halmozottan sérülteknél is megtalálható, de nehezen látható a kísérő mozgászavarok miatt. Az ataxia, tremor, atetózis, fennmaradt kóros csecsemőkori reflexek stb. apátiás benyomást kelthetnek az agysérült gyermekről.

A Rogers-féle gondolatokkal párhuzamosan megfogalmazható a súlyosan mozgáskorlátozottak önmegvalósító tendenciáját segítő fejlesztés.

A szomatopedagógus feladatai a következők lehetnek:

- A világ érzékelhetővé válásának segítése. Én segítem, de ő tapasztal.
- Az önmegvalósító tendencia támogatása mozgásfejlesztéssel/célirányos viselkedés kialakítása.
- Interakciós kezdeményezéseinek felismerése, kommunikáció motoros feltételeinek javítása.
- Az anya viselkedésének szenzibilissé tétele, hogy erősítse a gyermek önmegvalósítását.
- A pozitív élmények megerősítése a szociális „feed back" kihangsúlyozásával.

A szomatopedagógus részéről azért fontos az önmegvalósító tendencia támogatása, mert ezzel elősegíti a halmozottan sérült, súlyosan mozgáskorlátozott gyermek *szimbiotikus* állapotból történő kibontakozását, és elindíthatja a *differenciáció* felé.

IV.1.1.2. Bizalmi kapcsolat kiépítése az anyával

A szociális térben a szomatopedagógusnak másik pszichés szempontú feladatköre: az anyával való bizalmi kapcsolat kiépítése.

A jó együttműködés feltétele az optimális fejlesztés megvalósításának. Saját tapasztalatomból tudom, hogy az anyával való első találkozástól kezdve, és a későbbiek során is akadnak nehéz időszakok. Szinte lehetetlen kölcsönös sértettségek és félreértés nélkül együttdolgozni.

Az összeütközéseket nagyon gyakran táplálhatják az anya részéről a benne öntudatlanul is megbúvó feldolgozatlan érzelmek - mint például a gyermek elfogadásának hiánya, a harag, csalódottság, bűntudat – amelyeket könnyen kivetíthet a szomatopedagógusra.

A legérzékenyebb időszakban gyakran érzi az anya, hogy olyanok akarják őt bölcs tanácsokkal ellátni, akik maguk soha nem tapasztaltak hasonló érzéseket, és kétséges, hogy egyáltalán megértik-e, mi zajlik ilyenkor egy szülőben. (Kálmán, 1997.)

A szülő és a szakember között gyakori lehet az indulatáttétel, viszont - indulatáttétel. Különösen komoly döntések előtt, például: intézményes elhelyezés, műtét, külföldi kezelés miatt a család ideiglenes kettéválasztása, stb. Nem szabad a szülő helyett vagy ellenére komoly döntéseket meghozni.

A szomatopedagógusnak tudni kell a konfliktusokat kezelni. Mindig kerülnie kell az okoskodó tanácsadó szerepét, hiszen ő lesz az, aki a gyermeket az anyán keresztül kivezeti a szociális térbe.

Hogyan történik mindez?

A gyermek a saját testéből kiindulva, a környezeti téren át jut el a szemmel alig látható, de a többi érzékszervvel jól érzékelhető szférába, a szociális térbe. A gyermek ebben a szférában is csak lassanként, időről - időre szerzi meg a tapasztalatait, ismeri fel azokat a kapcsolatokat, amelyekben ő egyszerre adó és kapó fél is. A szomatopedagógusnak kell hozzásegíteni ahhoz, hogy ezek a kapcsolatok kialakulhassanak, és rugalmas, de erős szálakká váljanak.

Szeretnék újra visszautalni a Mahler - féle személyiségfejlődésre, mely bizonyítja, hogy az első és legerősebb szál az anyával köti össze a gyermeket. Ennek az erős kötélnek a segítségével építhetjük ki a terapeutához és a csoport többi tagjaihoz fűződő kapcsolatokat úgy, hogy ezáltal az anya-gyermek kapcsolat is gazdagodjon. A szomatopedagógus feladata erősíteni ezt az ősbizalmi kapcsolatot.

Segítőként kell bevonni az anyát is. Fontos feladatunk átsegíteni az anyát azon a tehetetlen érzésen, hogy nem érti gyermekét, nem tud vele úgy foglalkozni, mint esetleg a testvérekkel tette. A foglalkozásokon való részvétel a szülők rendszeres betanítását is jelenti. Az anya megtanul néhány fogást, testhelyzetet, amelyben a gyermek olyan funkciók elvégzésére is képes, amelyek korábban problémát jelentettek. Az eredmények, sikerélmények megerősítik „anyai szerepében", stabilizálják pszichés állapotát.

Segíthet az is, ha a gyermek kórképéről, állapotáról reális ismereteket adunk a szülőknek úgy, hogy abban a fejlődés lehetősége benne legyen. Ha a szülő a patológiai oldaláról is megismeri a folyamatot, talán könnyebben elfogadja.

A bizalom a hatékony fejlesztés legfontosabb eszköze.

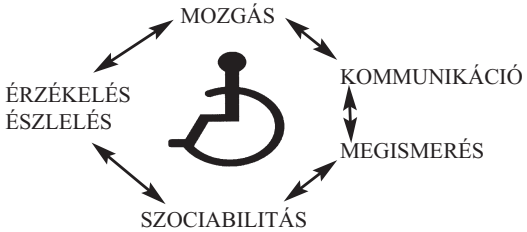
IV.1.2. A test szociális érzékenységének fejlesztése

IV.1.2.1. Mozgásnevelés

A szociális térben történő második fontos szomatopedagógiai feladat a test szociális érzékenységének fokozása, az ingerküszöb normalizálása. Ennek megvalósítását szolgálja a szomatopedagógiai nevelés folyamatában a *mozgásnevelés.*

Célja: a mozgásszervrendszer működőképességének optimális szintre emelése, a változó környezeti adottságokhoz történő legmagasabb szintű mozgásos alkalmazkodóképesség kialakítása.

Mivel a mozgáskorlátozottság befolyásolhatja a képességeket, a személyiségfejlődést, a tanulási folyamatot, a *szocializáció*t, ezért a mozgásnevelés a fő fogyatékosság korrekcióján, kompenzációján keresztül áthatja a szomatopedagógiai nevelést, és az egész személyiség befolyásolására törekszik.



A mozgáskorlátozottság hatása a személyiségfejlődésre és a szomatopedagógiai nevelés komplexitásának összefüggései (Benczúr, 2000. 15.)

Mit segít a mozgásnevelés?

A szociális tevékenységek mindig valamilyen testhelyzetben történnek. A kísérő mozgászavarok rontják a kifejezés pontosságát, éppen ezért fontos a közlésben szerepet játszó tartási és mozgási funkciók megalapozása.

- „a kóros szinergizmusok, együttmozgások megtörése, disszociációja,
- a prevenció, korrekció és kompenzáció elvének integrált alkalmazása,
- a pontos mozgásindítás, kivitelezés és befejezés tudatossága a szelektív és komplex mozgássorok folyamatában,
- fejkontroll, a fej térbeli, függőleges helyzete,
- törzsfelegyenesedés, a saját test középvonalának mobilitása és stabilitása,
- statikus és dinamikus egyensúly, testsúlyáthelyezés és megtartás minden irányban, súlyélmény a végtagokon,
- támaszreakciók, támaszkodás a végtagokon és mozgás közben.” (Benczúr, 2000. 176.)

Mindez hogyan segíti a szocializációt?

- A gyermek pozitív tapasztalatokat szerez a testéről. Megérzi és átéli az ellazulást, a saját és az anya testének érintését.
- A mozgásnak kifejezővé kell válnia: mosolygást, rugdalózást, dühöt meg kell élni, és mutatni is tudni kell.
- A szenzomotoros tapasztalatok is a mozgás segítségével alakulnak ki.
- A sérült gyermek szociális tapasztalatainak kialakításában és fejlesztésében igen nagy szerepe lehet a szomatopedagógusnak. Itt tanulja meg a gyermek, hogy érzés és akaratnyilvánításának mely formáit fogadják el. (Fröhlich, 1994.)
- A mozgásnevelés segítségével a mozgáskárosodással oki összefüggésben álló beszédzavarok motoros feltételeinek tüneti kezelése is történik. A beszédképesség illetve a kommunikáció megsegítésére közvetlenül vagy közvetve hathat (gesztus, mimika). (Benczúr, 2000.)

IV.1.2.2. Mozgásnevelést kiegészítő testorientált fejlesztő eljárások

Minden terület az átfogó szociális kommunikációba ágyazódik. A mozgásnevelés kiegészülhet a halmozottan sérültek fejlesztését célzó eljárásokkal.

Az utóbbi évtizedben jelentek meg a *testorientált fejlesztő eljárások*. Ezalatt „olyan tevékenységek összességét értjük, melyeket a szakember egy koncepció alapján valósít meg, és amelyek a másik ember testét közvetlenül érinthetik." (Spiess, 1996. 60.)

A testterápiák nagy hangsúlyt fektetnek a korai anya-gyermek szimbiózisból kiindulva az anya és a gyermek közötti kommunikációs formákra.

Célzott gyakorlatok segítségével lehetőséget adunk a halmozottan sérült gyermeknek arra, hogy lehetőleg minél teljesebben megélje saját magát.

Zárógondolatként:

Arisztotelész volt az első, aki megfogalmazta, hogy az ember társas lény, de bizonyára nem ő volt az első, aki ezt megfigyelte. Annak, hogy társas lények vagyunk egyik következménye, hogy individualitással rendelkezünk, és társas befolyással bírunk. A társas hatékonyság születéstől halálunkig tartó spontán tanulási folyamat.

Mozgáskorlátozottság esetén a gyermek társas hatékonysága csökken, halmozott sérültség esetén pedig a hiányok hatványozódnak. Mégis a velük való munka nagy kihívás számunkra, gyógypedagógusok számára.

Én például folyamatosan tanulom tőlük, milyen az óvatos és gyengéd türelem. Bár nem tudnak világosan beszélni, megtaláltuk azokat a módokat, hogy egymással kommunikáljunk. A velük való foglalkozások során én is változom, az én szociális hatékonyságom is formálódik, az én személyiségem is változik.

Így jelenhet meg a halmozottan sérült, súlyosan mozgáskorlátozott gyermekek és a szomatopedagógus közötti kapcsolatban a kölcsönösség, együttesség, mely mindkét fél számára a társas hatékonyság sikerélményét adja. A társakkal való kapcsolat pedig a személyiségfejlődés része, hiszen „A TE által leszek ÉN-né". (Buber, 1993.)

Irodalom

ANDREAS D. FRÖHLICH: *Mozgásfogyatékos gyermekek nyelvi fejlődése és kommunikációja.* In Fótiné Hoffmann Éva: Szemelvénygyűjtemény a mozgásfogyatékos gyermekek nyelvi fejlődése és kommunikációja köréből Nemzeti Tankönyvkiadó Budapest, 1994. 17-20.

BENCZÚR MIKLÓSNÉ - BERNOLÁK BÉLÁNÉ: *Felelős vagyok érte.* BGGYTF Budapest, 1991. 36-39.

BENCZÚR MIKLÓSNÉ DR. - MÁRKUS ESZTER: *A szomatopedagógus és a rehabilitációhazai helyzetkép.* Rehabilitáció 5. évf. 4. szám. 1995. 519-523.

BENCZÚR MIKLÓSNÉ DR.: *Sérülésspecifikus mozgásnevelés.* Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar Budapest, 2000. 14-15., 176.

CSÁVÁS DEZSŐNÉ: *Adalékok a korai agyi károsodott gyermekek intelligenciafejlődésének problematikájához.* BGGYTF VII. Évkönyve Budapest, 1975. 559-562.

FONYÓ ILONA - PAJOR ANDRÁS: *Fejezetek a konzultáció pszichológiájának témaköréből.* Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest, 1998. 52-54.

FRENKL SYLVIA - RAJNIK MÁRIA: *Életesemények a fejlődéslélektan tükrében.* Semmelweis Egyetem- TF, Párbeszéd (Dialógus) Alapítvány, Budapest, 2000. 22-34.

JÁVORSZKY EDIT: *Fejlődéspszichológia.* Eutech Kiadó Sopron, 1995. 14-20.

KÁLMÁN ZSÓFIA: *Bánatkő.* Keraban Könyvkiadó, Budapest, 1997. 204-214.

MÁRKUS ESZTER: *Képességfejlesztő eszközök.* Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest 1997. 5-7.

MARTON KLÁRA: *A kommunikáció szerepe a fogyatékos személyek szocializációjában.* In Zászkalicky Péter: „…önmagában véve senki sem…" . BGGYTF Budapest, 1995. 199-205.

PÁLHEGYI FERENC (szerk.): *Gyógypedagógiai pszichológia elméleti problémái* Tanulmánygyűjtemény. Nemzeti Tankönyvkiadó, 1998. 66-69.

RANSCHBURG JENŐ: *Szeretet, erkölcs, autonómia.* Integra Projekt Kft., Budapest, 1993. 15-18, 74-86.

STÖCKERT KÁROLYNÉ: *A társ mint szükséglet és lehetőség a játékban.* In Hajdúböszörményi Játékfórum, 1993.

WALTER SPIESS: *Új testterápiák a gyógypedagógiában…* In Márkus Eszter: Halmozottan sérült, súlyosan mozgáskorlátozott gyermekek nevelése, fejlesztése Szemelvénygyűjtemény BGGYTF Budapest, 1996. 53-67.

WAYNE SAILOR ÉS BONNIE JEAN MIX: *A TARC-módszer-segédeszköz a gyógypedagógiai diagnosztikához.* In: Márkus Eszter: Halmozottan sérült, súlyosan mozgáskorlátozott gyermekek nevelése, fejlesztése Szemelvénygyűjtemény BGGYTF Budapest, 1996. 118.