Mozgássérültek Pető András Nevelőképző és Nevelőintézete

Cerebrális parézissel élő gyermekek szorongásának és viselkedésének felmérése integrált és speciális iskolai környezetben

CSUKA VIKTÓRIA, NÁDASI ZSÓFIA, KELEMEN ANNA
csuvi90@gmail.com, nadasi.zsofia@peto.hu, kelemenanna@hotmail.com

Absztrakt
Vizsgálatunkban negyvennégy, 10–16 év közötti integrált, többségi iskolában és speciális intézményben tanuló cerebrális parézissel élő (CP) gyermek szorongását és magatartási zavarait hasonlítottuk össze a Gyermek Multidimenzionális Szorongás Skálával (MASC) és a Conners Kérdőívvel, mind a szülői (CPRS-R), mind a tanári (CTRS-R) változatot felhasználva. Az integrált és speciális iskolai környezetben tanulók összesített szorongási értékei között szignifikáns eltérést nem kaptunk; a speciális intézményben nevelkedő gyerekek szorongási értéke összességében 3%-kal; a szorongás fizikai tüneteiben, az elkerülő magatartásban és a pánik tünetekben 5-10%-kal lett magasabb. Az integrált környezetben tanulók szociális szorongása viszont 7,8%-kal erősebb volt a speciális iskolában tanulókéhoz képest. A Conners Kérdőívvel vizsgált magatartási zavaroknál mind a négy területen szignifikáns különbséget kaptunk. A speciális iskolában tanulóknál 47%-kal gyakoribb az oppozíciós viselkedés, 43%-kal gyengébbek kognitív képességeikben, 42%-kal magasabbak a hiperaktivitási és 40%-kal az ADHD eredményeik. A gyermekek magatartászavarai korrelációs analízissel vizsgálva kisebb mértékben függtek az érzelmi eltérésektől, ezzel szemben valószínűsíthető az organikus tényezők nagyobb szerepe.

Kulcsszavak: cerebrális parézis, integráció, szegregáció, szorongás, magatartási zavarok

Bevezetés

Szakemberek és szülők folyamatos dilemmája, hogy a tanköteles korba lépett cerebrális parézissel (CP) élő gyermek mely oktatási-nevelési környezetben kezdje meg tanulmányait. Vajon az integrált, többségi vagy a speciális iskolát válasszák? Minden, a témával foglalkozó szakember egyetért abban a kérdésben, hogy a gyermek érdekeit kell szem előtt tartani, és a legmegfelelőbb körülményeket kell megtalálni a további fejlődéshez. A modern pedagógiai elképzelés szerint speciális iskolai környezetben érdemes elhelyezni azokat a gyermekeket, akiknek komplex egészségügyi állapota nem teszi lehetővé a többségi iskolában való tanulást. A cerebrális parézis az agyi fejlődés korai szakaszában keletkezett sérülés maradvány-tünetegyüttese, melynek domináns problémája a mozgászavar, de gyakran járulékos kognitív és emocionális deficitek is kialakulnak. A CP komplexitásához továbbá hozzátartozik az időnként kifejezett testi tünetek látványa is, az akaratlan túlmozgások és deformitások, a kommunikációs nehézségek és a specifikus mentális problémák jelenléte (Balogh 2009). A tünetek intenzitásának megjelölésére a Perlstein (1952) által meghatározott három fokozatot szoktuk használni. Az I. fokozat az enyhe, amikor a gyermek mindennapi tevékenységeit képes önállóan ellátni, bár mozgása darabos, ügyetlen. A II. fokozatnál (mérsékelt vagy középsúlyos) a sérültnek szüksége van valamennyi segítségre a motoros teljesítményében, de járása még önálló. Érintett a beszéd és a manipuláció is.

A III. fokozat (súlyos) esetében a sérült segítségre szorul a napi teendőkben, mozgása nem önálló, függetlensége súlyosan érintett (KÁLMÁNCHEY 2000). A felsorolt tünetek a környezetben nyílt vagy burkolt ellenérzést válthatnak ki, melynek a gyermek maga szenvedő alanya lehet, és emiatt pszichés fejlődése negatív irányba mozdulhat el.

Az iskolaválasztás komoly döntését tehát egyrészt a kórkép orvosi aspektusai befolyásolják – mint például a motoros zavar típusa és súlyossága, a járulékos, érzékszervi, percepciós és kognitív problémák fennállása –, másrészt a várható érzelmi fejlődés minősége, ezen belül különösen a szorongás. Wiley és Renk vizsgálták a CP-vel élők helyzeti szorongását, mely 14,4%-os gyakoriságot mutatott és jelentősen meghatározta a mozgássérültek életminőségét (WILEY–RENK 2007).

Atkinson a következőképpen definiálja a szorongás fogalmát: „Feszültséggel, aggódással teli állapot. Bizonyos elméletalkotók számára ez egyenértékű a félelemmel, azonban mások a szorongás tárgyát (pl. a tiltásból származó veszélyt) jóval kevésbé specifikusnak gondolják, mint a félelmet, például egy veszedelmes vadállattól." (ATKINSON 2005: 753)

A WHO becslése szerint a világ teljes populációjának 10%-a küzd valamilyen típusú szociális beilleszkedési zavarral, mely befolyásolja az egyén boldogulását (DIAMOND 2002). Minél inkább látható a gyermek vagy felnőtt „mássága", annál nehezebb számára a beilleszkedés, bár sokszor a minden kritériumnak megfelelő, normál fejlődési utat mutató gyermekek is sérülnek szociális képességeik területén és válnak boldogtalan fiatallá, felnőtté (RIGBY 2002). A szorongásos zavarok olyan rendellenességek, melyek intenzív szorongással és szorongást csökkentő maladaptív (rosszul alkalmazkodó) viselkedéssel járnak (ATKINSON 2005).

A CP-vel élő gyermekek lassabban érnek és a tanulás folyamatában is lassabban haladnak. A tanulási és viselkedési problémákkal küzdő gyerekek szókincse általában szegényesebb, a feladatokat nehezebben értik meg, az ismereteket alacsonyabb szinten rendezik (BALOGH–TÓTH 2005). Rendszerint a későn érő tanulók szociális képességeikben is elmaradnak az átlagtól (GALLOWAY–GOODWIN 1987), és ennek köszönhetően a tanulási zavarokkal küzdők sűrűn kerülnek a rendbontók csoportjába.

Moses úgy gondolja, a tanulási nehézségek állnak kétharmad részben a viselkedési problémák hátterében. A viselkedési problémák mögött gyakran kontextuális tényező húzódik meg, például a stressz (GALLOWAY–GOODWIN 1987). Közös vonás a tanulási és viselkedési zavarokkal küzdőknél, hogy csökken az önértékelésük és önbecsülésük (WILSON–EVANS 1980). Ennek külső megnyilvánulása széles skálán húzódik a visszahúzódás, izoláció és figyelemfelkeltés, rendbontás között. A tanulási nehézséggel bíró tanulók jellemzői: figyelemzavarok, percepció (érzékelés–észlelés) zavarai, mozgáskoordináció, finommozgás zavarai, téri orientáció problémái, nyelvi működés zavarai, szekunder módon kialakulhatnak személyiségtorzulások, pszichikus károsodások, legtöbbször szorongás. agresszió, antiszociális vagy figyelemfelkeltő viselkedés, megromlott interperszonális kapcsolatok, alacsony önértékelés, az emlékezés zavarai és a gondolkodás problémái (PORKOLÁBNÉ 1988; MONTGOMERY 1990; SILVER 1992; SMITH 1995).

A viselkedés, aktivitás terén jelentkező zavarok: impulzivitás, hiperaktivitás, koordinálatlan, ügyetlen mozgás. Előfordulhat szorongásos, merev, rigid magatartás is: a tanuló túlzottan csendes, passzív, gyakran közönyös viselkedésű (PORKOLÁBNÉ 1988). A CP-vel élő gyermekeknél mindezen tünetek a kórképből kifolyólag jelen vannak és tanulási nehézség formájában is megjelennek.

Az externalizáló viselkedésproblémák esetében a probléma „kifelé" irányul, így a gyermek viselkedésével a környezetét zavarja, nem törődve a megnyilvánulásaira adott

reakciókkal. A BNO-10 (1998) meghatározása szerint ilyen hiperkinetikus és magatartási zavarok például az általunk is vizsgált nyílt (kihívó) oppozíciós zavar, hiperaktivitás vagy figyelemhiányos hiperaktivitási zavar (ADHD). A hiperkinetikus gyermekre jellemző a kitartás hiánya a kognitív részvételt igénylő feladatokban, a csapongás a tevékenységek között, és a túlzott mértékű, rendezetlen aktivitás. Sok esetben kapcsolódik hozzá kognitív zavar (megismerés, gondolkodás, memória és tanulás, NAGY 1998), nyelvi és motoros éretlenség (BNO-10 1998 – diszlexia, diszkalkulia), hangulati zavarok (ingerlékenység, szorongás, depresszió), magatartási zavarok, és ez később antiszociális személyiség kialakulásához vezethet (N. KOLLÁR–SZABÓ 2004). „További nehézségeik vannak a szellemi erőfeszítés fenntartásában, a frusztráció kezelésében és az érzelmek visszafogásában, a munkaemlékezet használatában és az emlékezeti hozzáférésben, a cselekvéseik követésében és szabályozásában. Eredményeik elmaradnak életkoruk és értelmi képességek alapján elvárható teljesítménytől" (N. KOLLÁR–SZABÓ 2004: 268).

Az oppozíciós zavar és a figyelemzavaros hiperaktivitás komorbiditása (együttes előfordulása) igen gyakori. Abból eredhet, hogy a hiperaktív gyerekeknek alacsony a frusztrációtűrése, nehezen tűrik a tiltást, szabályokat, és az ilyen szituációk könnyen dührohamba, heves ellenkezésbe torkollhatnak (BÁBOSIK–TORGYIK 2007).

A szorongás mértékének fontossága iskoláskorban rendkívüli jelentőségű, hiszen a teljes képességstruktúrára óriási hatással van, befolyásolja a kognitív képességeket, tanulási nehézségeket okozhat és jelentkezhet magatartási problémák formájában is.

Irodalmi adatok alapján kimondható, hogy a mozgássérült gyermekek, legyenek bármilyen iskolában, jobban szoronganak ép társaikhoz képest. Weberer szerint a mozgássérültség tényével és problémáival 10 éves korban kezdenek el foglalkozni a gyermekek, ami a serdüléssel járó szorongásokat is felerősítheti (HÁRI 1991). Rutter vizsgálatában a felmért központi idegrendszeri sérült iskolások 51%-ánál, míg ép társaiknál csak 15%-uknál találtak valamilyen pszichológiai rendellenességet (ANDERSON 1982). Arra azonban, hogy van-e különbség a speciális iskolában és az integrált oktatásban résztvevő gyerekek szorongásának mértékében, nem áll rendelkezésre szisztematikus vizsgálat.

Tanulmányunk célja az, hogy felmérje az integrált és speciális iskolai környezetben nevelkedő cerebrális parézissel élő iskolás gyermekek szorongásait. Szakmai tapasztalataink alapján kísérletet teszünk feltárni a szorongás néhány lehetséges kiváltó okát, valamint a gyakorlat számára kívánunk néhány használható következtetést levonni.

Módszerek

A vizsgálatba huszonhárom speciális iskolában, és huszonegy integrált iskolában tanuló cerebrális parézissel elő ép értelmű 10–16 év közötti gyermeket vontunk be.

A gyermekek szorongását a Gyermek Multidimenzionális Szorongás Skála (Multidimensional Anxiety for Children, MASC; MARCH 1997) használatával mértük fel, amelyet maguk a gyerekek töltöttek ki. A magatartási problémákat szintén kérdőíves módszerrel vizsgáltuk, ehhez a Conners Kérdőív tanári (Conners Teacher Rating Scale Revised, CTRS-R) és szülői változatát (Conners Parent Rating Scale Revised, CPRS-R) használtuk (CONNERS 1997; CONNERS et al. 1998). Az eredményeket a szülői és tanári változatok összege adta. A Gyermek Multidimenzionális Szorongás Skála a szorongás négy dimenziójában (szorongás fizikai tünetei, elkerülő magatartás, szociális szorongás és pániktünetek) vizsgálja a 10–17 éves gyerekeket. A Conners Kérdőív a 3–17 éves gyerekek magatartási

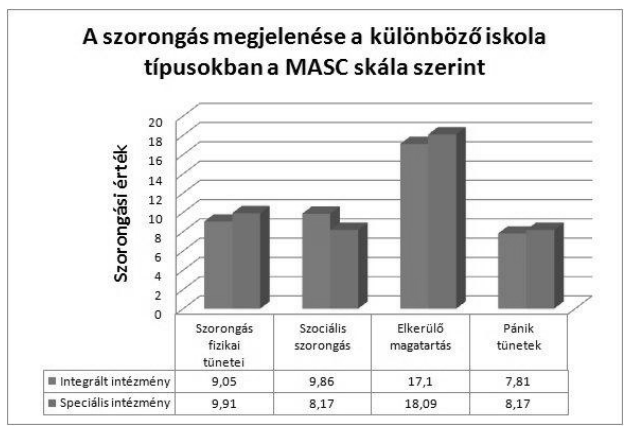
problémáinak négy területét érinti: oppozíciós, kognitív, hiperaktivitási és figyelemhiányos hiperaktivitás (ADHD) indexeket mér.

Az adatok statisztikai elemzéséhez a Kolmogorov–Smirnov tesztet, a független mintás T-próbát és három nem normális eloszlású változó esetében (oppozíciós, hiperaktivitási és ADHD indexek) a Mann–Whitney U-tesztet használtuk.

Eredmények

Integrált és speciális iskolában tanulók szorongásának összehasonlítása a Gyermek Multidimenzionális Szorongás Skálával

A két vizsgált csoport szorongásában szignifikáns különbség nem található. Az integrált tanulók szorongási összesített középértéke 43,29 lett, míg a speciális iskolában tanulóké 44,48. Mindkét csoport értéke magasnak mondható, mivel Compton 2001-es MASC vizsgálatában a 47-es szorongási értéknél már indokoltnak tartották a gyógyszeres kezelést (Compton et al. 2001).

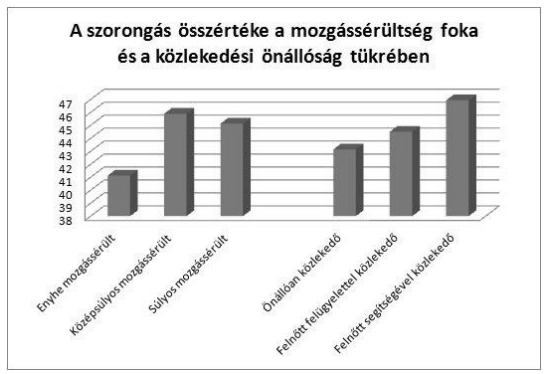


1. ábra

Az *1. ábrán* látható, hogy a szorongás fizikai tüneteiben és az elkerülő magatartásban közel 5-10%-os eltérés látható, a pániktüneteknél még ennél is kevesebb; ezek a szorongásos manifesztációk kevésbé kifejezettek a speciális iskolában tanulók esetében. A szociális szorongás viszont az integrált környezetben tanuló gyerekeknél volt 18%-kal erősebb. Mindkét csoportban kifejezett volt az elkerülő magatartás. A szorongás mértéke nem mutatott lineáris összefüggést a mozgássérültség fokával; a középsúlyosak szoronganak a legjobban, kevésbé a súlyos és legkevésbé az enyhe fokban mozgássérültek. A mozgássérültség foka meghatározónak tűnt az oktatás típusában, hiszen az integrált iskolában tanulók 52%-a enyhe mozgássérült, 48%-a középsúlyos, súlyos fokban érintett mozgássérültet pedig nem találtunk. A speciális iskolai csoportban mindhárom fokozat megtalálható, enyhe kategóriába tartozó mozgássérült mindössze 26%-ban található, középsúlyos 39%-ban és súlyos 35%-ban. Ezeket az arányokat szemlélteti a *2. ábra.*

Amennyiben a közlekedés önállósága alapján határozzuk meg a súlyosság mértékét, már tapasztalható a lineáris összefüggés *(3. ábra),* a közlekedésükben legkevésbé önálló cerebrális parézissel élők szoronganak a legjobban.

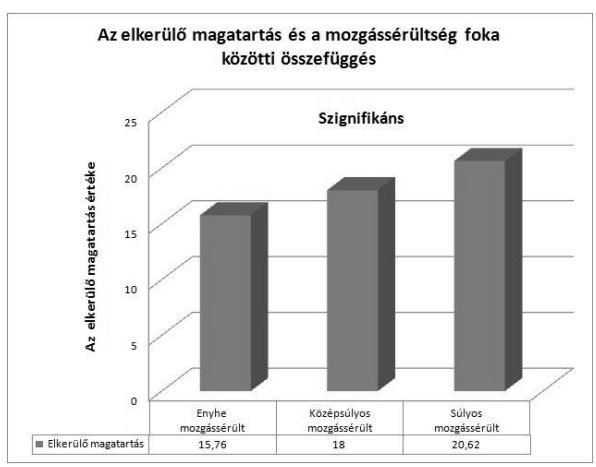
2. ábra



3. ábra

Hasonló tapasztalható a szorongáson belül az elkerülő magatartást és a közlekedési önállóságot vizsgálva *(4. ábra)*. Minél több segítségre van a gyermeknek szüksége a helyváltoztatásra, annál inkább jellemző rá az elkerülő viselkedés.

A szorongáson belüli alskálák közül az elkerülő magatartás és a mozgássérültség foka között mutatkozott szignifikáns összefüggés (P=0,039).

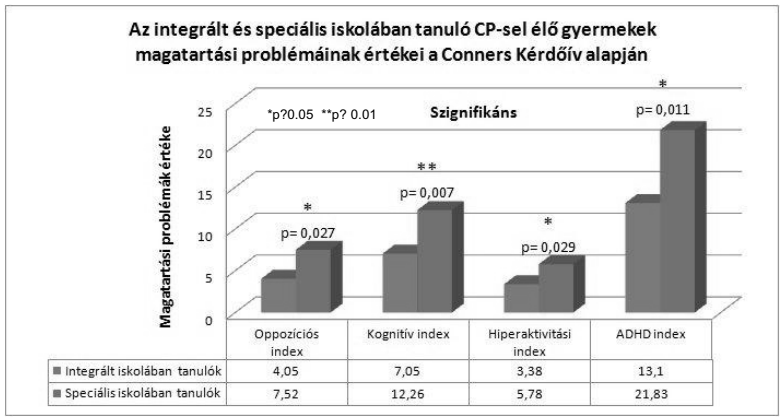


4. ábra

A mozgássérültség fokának növekedésével az elkerülő magatartás nő és a Spearman ρ teszt szerint az elkerülő magatartás megjelenése 10%-ban a mozgássérültség fokától függ.

Integrált és speciális intézményben nevelkedő cerebrális parézissel élő gyermekek magatartási zavarainak összehasonlítása a Conners szülői és tanári kérdőívekkel

Az oppozíciós, a kognitív, a hiperaktivitási és az ADHD indexben szignifikáns különbség van a két csoport között *(5. ábra)*.



5. ábra

A speciális intézetben tanulók között magasabb az oppozíciós (dacos) viselkedés, a hiperaktivitás és az ADHD megjelenésének aránya, mint az integrált gyerekeknél. A speciális intézményben tanulók kognitív képességek terén is gyengébb teljesítményt mutatnak a szülői és tanári vélemények szerint.

Megbeszélés

Szorongás az integrált és speciális iskolában tanuló cerebrális parézissel élő gyermekeknél

A CP-vel élő gyermekek pszichés fejlődése a sérülés természete miatt különbözik az egészséges gyerekekétől. Ez az eltérés tartós és maghatározó a CP-vel élők életében. A CP-vel élő gyermekre fokozott stresszérzékenység jellemző, amely az alapbetegség tüneteit is jelentősen ronthatja (a hirtelen inger rontja a spasztikus és athetoticus tüneteket). A neurológiai fokozott érzékenység pszichés érzékenységhez is vezet, ez egy önerősítő kör.

A szorongást kiváltó külső és belső faktorok a mozgássérültet nevelő családokban fokozottan előfordulnak. A sérült gyermek jelenléte feszültséget szülhet a szülők között, gyakoribb a válás, viharos családi élet. A szülők komoly lelki, fizikai és anyagi megterhelésnek vannak kitéve. Fel kell dolgozniuk a tragédiát és el kell jutniuk az elfogadásig. A családban lévő feszült légkör, a szülők szorongása átragad a gyermekre is. A szülői, nevelői attitűdre jobban jellemző a túlféltés, mint az ép gyermeket nevelő családokban (Kálmán 2004).

A CP-vel élő serdülők fele pszichológiai problémákkal küzd. A serdülés alapvető krízisei mellett meg kell küzdeniük fogyatékosságuk elfogadásával és elfogadtatásával. A depresszió egészséges kamaszoknál is igen gyakori, emellett a szülői és a tanári jelentésből az tűnik ki, hogy a CP-vel élő kamaszok jóval nagyobb aránya mondható boldogtalannak, bár súlyos depressziós problémája a fogyatékosoknak kevesebb mint

10%-uknak van. A CP-vel élő tinédzserek esetében a fiúk 24%-a és a lányok 47%-a jelentette azt, hogy gyakran depressziósnak érzi magát, a kontroll csoportban ez a két szám 20% és 17%. Ez azt mutatja, hogy a CP jelenléte háromszorosára növeli a szorongás és depresszió esélyét lányoknál, míg a fiúknál alig jelent különbséget (ANDERSON 1982).

Ha a CP-vel élő gyermekek kiskoruktól fogva ép gyerekek társaságában vannak, természetes közegnek érzik azt. Az integráció mindkét fél énképére pozitívan hat, és a gyerekek fiatalkorban megtanulják elfogadni a másságot. Speciális intézetben a fogyatékos tanulóknak kevesebb kapcsolata van az ép gyerekekkel, idősebb korban lépnek ki a világba, később kell megküzdeniük a beilleszkedés harcát, ami egyre nehezebb az idő előre haladásával.

Integrált és speciális intézetben tanuló cerebrális parézissel élő gyerekek szorongásának összehasonlítása

A speciális iskolában nevelkedő gyerekek összesített szorongási értéke 3%-al lett magasabb, mint az integráltaké. Ennek okát abban látjuk, hogy a speciális iskolába járók nagyrészt sokkal súlyosabb mozgásállapotú gyerekek. Jövőbeli lehetőségeik lényegesen szűkösebbek, a szülők is érzik saját életük és a gyermekük kilátástalanságát a továbbtanulásra, életben való önálló boldogulásra, emiatt a szülő és a gyermeke is jobban szorong. A szorongást erősítheti, hogy a szülők és olykor a pedagógusok is túlféltik, „túlsegítik" a gyermeket, olyankor is, amikor nem lenne feltétlenül szükséges. Úgy véljük, hogy kikerülve a védett közegből, nagyobb trauma a szembesülés, hogyan fogadja majd őket a társadalom. Míg az integrált iskolában tanuló gyerekek reálisabb környezetben nevelkednek, önmagukat társaikhoz mérten hitelesebben látják; mindezen érvek az integráció mellett szólnak.

A vizsgált csoportok szorongásában a testi tünetek aránya 9%-kal, míg a pániktüneteké 4%-kal volt magasabb a speciális környezetben nevelkedő gyerekeknél, melyek az alapproblémából is eredhetnek. A gyermekkori pszichés rendellenességek leggyakrabban fizikai tünetekben nyilvánulnak meg és jól jelzik a szorongást.

Felmerült bennünk, hogy milyen hatással lehet a gyermekre és milyen mértékben befolyásolja a szorongás kialakulását a napirend a két iskolatípusban. A vizsgált speciális intézetben nagyon szoros, ám aktív napirendet kell a gyerekeknek követniük, mely nem csak a kötelező órákra vonatkozik, hiszen a bentlakásos iskolában tanuló gyermekeknek a reggeli keléstől az esti lefekvésig tart. Ez az állandóság egyrészt biztonságot ad, másrészt folyamatos kontrollt, felügyeletet jelent. A nap folyamán a gyermekek a teljes képességstruktúrára irányuló fejlesztést célzó feladathelyzetben vannak és e mellett teljesíteniük kell a Nemzeti Alaptanterv által előírt követelményeket is. Többségében elmondható, hogy a gyermekek értelmi képességeik alapján meg tudnák tanulni az anyagot, csak az akadályozott motoros képességek és a kórképből adódó esetleges lassabb gondolkodás miatt több időre van szükségük. Nyilvánvalóan a többségi iskolában is gyorsnak érezhetik a mozgássérült gyerekek az órai tempót, és az órák-szünetek aránya is kötött, az viszont biztos, hogy a vizsgált integrált gyerekek 95%-a önállóan közlekedik és kevesebb gondot okoz nekik a termek, szintek közötti közlekedés, valamint kórképeik is kevésbé összetettek és súlyosak. Rutter eredményei is hasonlóak: a CP-vel élő kamaszok 44%-a szorongott az iskolai feladatok miatt, függetlenül az iskolatípustól (ANDERSON 1982).

Egy másik helyzetből adódó probléma lehet a speciális intézetben tanuló gyermekeknél, hogy a folyamatos felnőtt felügyelet miatt nincsen elég idejük az intimitásra. Míg

egy integrált iskolában a tanárok a szünetben kimennek a teremből, addig a speciális iskolában a gyerekek súlyosabb mozgásállapota, valamint egy teljesen másfajta nevelési rendszer – egész napos, mindenre kiterjedő, holisztikus nevelési szemlélet – következtében a nevelők végig a gyermekek mellett vannak. A kevés, önálló szabad percben nem jut elég idő a gyerek-gyerek közötti interakciókra, például a serdülőkorban oly jellemző „szerelmi titkok" megosztására.

Elkerülő magatartást, mely mindkét csoportban a legsúlyosabb probléma volt, a speciális iskolában tanuló gyerekek 6%-kal gyakrabban mutattak, mint az integráltak. Az elkerülő magatartás a CP-vel élő gyermekeket nagyon jellemzi, függetlenül az iskolától. A CP korai életkortól kezdve akadályozza a gyermeket a szabad mozgásban. Nehezített számára a tárgyak után nyúlás és azok megfogása. Később elkerülvén a kudarcot és csalódást, már meg sem próbálja. Serdülőkorban már lehetséges, hogy teljesen elveti magában az aktív megküzdés lehetőségét. Negatív énképe és az elkerülő viselkedés folyamatos megerősítést nyer. Ezért fontos a szülők, pedagógusok jelenléte, hogy olyan helyzetet teremtsenek a gyermek számára, melyben a gyermeknek sikerélménye lehet. Az éppen gyermekkorából kilépő és a felnőttkorba készülő serdülők talán már látják önmagukat annyira reálisan, hogy észleljék, mi az, amire képesek, és mi az, amire nem. Vizsgálatunk alapján az integrált környezetben tanuló gyerekek szociális szorongása erősebb volt 7,8%-kal a speciális intézményben tanulókéhoz képest. Nyilvánvalóan a normál iskolákban többször szembesülnek saját fogyatékosságuk tényével, szembetűnőbb a másságuk, szociális gátlást okozva bennük, azonban a túl nagy megfelelési kényszer is szorongást válthat ki.

Szorongási értékek változása a mozgássérültség foka és a közlekedési önállóság szerint

Egyértelmű a kapcsolat a mozgássérültség foka és a közlekedés önállósága között. Az enyhén mozgássérült tanulók nagyrészt önállóan, esetleg felnőtt felügyelettel közlekednek. A középsúlyos mozgássérültek 73%-a önállóan, míg a maradék 28% önállóan, de folyamatos felnőtt felügyelettel közlekedik. A 8 súlyos mozgássérült közül 7 közvetlen felnőtt segítséget igényelt, és 1 közlekedett felnőtt felügyelete mellett. Azt vártuk, hogy a súlyossági index-szel egyenes arányban nő a gyerekek szorongása. Az eredmények viszont azt mutatták, hogy nem a súlyos mozgássérültek szoronganak a legjobban, hanem a középsúlyosak. Az enyhe mozgássérült, mivel nincs rászorulva a felnőttekre mindennapi teendőiben, nem érzi feszélyezve magát, ellentétben egy középsúlyos vagy súlyos gyermekkel. A súlyos mozgássérült állandó és több közvetlen segítséget kap, ezért már természetes számára, elfogadta a helyzetét és tudja, hogy segítség nélkül nem lenne rá képes, ezért kevésbé szoronghat. A középsúlyos gyermek pont e két fázis között van. Kap is valamennyi segítséget, támogatást, de közben elvárják a saját teljesítményét és önállóságát is, vagyis nagyobb a szociális elvárás feléjük nézve. Sokszor előfordul, hogy nagy erőfeszítések árán is csak kis eredményeket érnek el. Problémát jelenthetnek a középsúlyos mozgássérültekkel szemben felállított különböző elvárások és a felnőttek arra adott eltérő megerősítései. A tanárok, speciális pedagógusok és hozzátartozók elvárásait rendkívül fontos lenne összehangolni, mert ha a gyermek állandóan bizonytalan abban, hogy elegendő-e a teljesítménye, sosem lesz elégedett az eredményeivel és ez folyamatosan rombolni fogja az én-erejét. Olyan helyzetre kell törekedni, amiben a gyermek reális sikerélményt szerezhet. Ehhez szükséges a konduktori vagy a gyógypedagógusi team és a szülők összehangolt munkája.

Szignifikáns volt az elkerülő magatartás és a mozgássérültség foka közötti összefüggés. Minél súlyosabb a CP-vel élő mozgásállapota, annál inkább jellemző rá az elkerülő magatartás. A súlyosabb sérült motoros képességei miatt több negatív élményt, kudarcot él át tevékenységei során. Az átélt csalódások arányában egyre jellemzőbb az elkerülő viselkedés, mert így csökkenti a feladathelyzettel szemben fennálló szorongását.

Közlekedési önállóságot tekintve hasonló lineáris (de nem szignifikáns) növekedés észlelhető a szorongás összértékében, tehát minél több segítségre van szüksége a gyermeknek a helyváltoztatáshoz, annál kevesebb kompetenciaélménye van, és annál jobban szorong. Az „egészséges" embernek is sokszor nehezére esik segítséget kérni, gondoljunk bele, milyen lehet sok mindenben vagy teljes mértékben egy másik embertől függni. Serdülőkorban ez még nehezebb, mikor a gyermek autonómiára, önállóságra vágyik korából kifolyólag, amire képtelen, és emiatt frusztrált. Nehezebben köt és ápol barátságokat az állandó felnőtt felügyelet mellett.

Magatartászavarok a speciális és integrált iskolában tanuló cerebrális parézissel élő gyerekeknél

A Conners Kérdőívvel összehasonlított integrált és speciális iskolában tanuló gyerekek magatartási zavarainál mind a négy területén szignifikáns eredményt kaptunk. A speciális intézményben tanulóknál 47%-kal jellemzőbb az oppozíciós viselkedés, 43%-kal gyengébbek kognitív képességeikben, 42%-kal magasabb a hiperaktivitási és 40%-kal az ADHD eredményeik.

A speciális iskolában tanuló gyerekeknél mért kognitív gyengeség, magas hiperaktivitási, valamint ADHD eredmények oka jelentős mértékben az organikus háttérre vezethető vissza. A CP társtünetei között megtalálhatóak mindazon tünetek, amelyek a nem mozgássérült tanulási nehézségekkel és figyelemzavarral élő gyermekeket jellemzik, mint például a lassú érés (később kezd el beszélni, járni), szegényes szókincs, az ismeretek alacsonyabb szintű rendezése, alacsony szociális képességek. Továbbá jellemző a figyelemzavar (hullámzó, elterelhető, letapadó figyelem, szelektálási probléma), a viselkedés és aktivitás terén jelentkező zavarok, a percepció zavara, a mozgáskoordináció és a finommozgás zavarai, a téri orientáció, lateralizáció és testséma problémái, valamint a nyelvi működés, a gondolkodás és az emlékezés zavarai.

Az összetettebb kórképeknél a diszfunkciók is sokkal súlyosabb formában jelentkeznek. Nagyobb az esélye a szekunder módon kialakuló tanulási problémáknak, személyiségtorzulásoknak. Ezeknek gyakori megnyilvánulási módja a figyelemfelkeltő viselkedés, a megromlott kortárskapcsolatok, antiszociális viselkedés és a nem megfelelő önértékelés.

A gyerek nyugtalanságának oka az otthoni stressz is lehet. A vizsgált speciális iskolában a tanulók életét folyamatos kontroll, feladatra koncentrálás jellemzi, viszont a serdülők szabadságigénye előfordul, hogy nem egyezik ezzel az életvitellel. Természetesen az oppozíciós magatartást számos más tényező is kiválthatja (pl. elhanyagolás). Rutter kutatásában részt vevő CP-vel élők között a nyílt antiszociális viselkedés viszonylag ritkán, de jelen volt. Ez leggyakrabban 40-60%-ban általános irritábilitást, lobbanékonyságot jelentett, valamint kevés számú esetben dührohamokat is a serdülők körében (Anderson 1982).

Legyen a tanulási és viselkedési nehézségek oka organikus vagy érzelmi, közös vonása a gyerekek csökkent önértékelése és önbecsülése. Ez gyakran mutatkozik meg impulzivitásban, hiperaktivitásban vagy szorongó, visszahúzódó magatartásban.

Összefoglalás

Vizsgálatunkban a cerebrális parézissel élő gyermekek szorongását mértük fel. Szinte minden CP-vel élő gyermek esetében az alapbetegséggel együtt jár a magas szorongás. A szociális szorongás az integrált környezetben mutatott csak magasabb értéket, ez arra enged következtetni, hogy fokozottabb figyelmet kell fordítani azokra az ismert tényezőkre, melyek a szociális szorongás fokozódásához vezethetnek (felelősségvállalás, sikerorientáltság, kudarckerülés, együttműködési készség alakulása). Kiemelten vulnerábilis a középsúlyos populáció ebben a tekintetben, hiszen a súlyos sérült speciális környezetben van, az enyhe mozgássérülttel szemben támasztott magasabb elvárások pedig könnyebben teljesíthetők. Nagyon jellemző volt mindkét csoportban az elkerülő magatartás, mely speciális iskolai környezetben kissé magasabb értéket mutatott, ez egyenes arányban volt a mozgászavar súlyosságával.

Meglepő módon a speciális iskolában kiemelkedően magasabb volt az oppozíciós magatartás, a megoldás az lehet, hogy biztosítani kell ennek a korosztálynak az intimitás lehetőségét, a szabadidővel való rendelkezés jogát.

Eredményeink alapján úgy véljük, hogy, amennyire csak lehet, törekedni kell a sajátos nevelési igényű populációban az önálló aktivitás serkentésére, különös tekintettel a kezdeményező készség fenntartására, mely kisgyermekkorban a sérült CP-vel élőknél is jelen van. A modern segédeszközök (elsősorban a testtávoli ortézisek) jó megválasztása és adekvát használata elősegíthetik az önállósodás, felnőttektől való leválás folyamatát. A NAT követelményeinek merev teljesítésére való törekvésben elveszhet az egyénspecifikus motivációk kialakítása, illetve a mozgászavaros gyermekre fordított differenciált figyelem. A mozgásfejlesztéshez kellene igazítani a tantervet, nem pedig egy egységes tantervet szűk időkeretek között ráerőltetni a mozgászavaros populációra. Minél súlyosabb a mozgászavar, annál erősebb az elkerülő magatartás, ebből következően a fejlesztés tartalma elsősorban a motoros képességekre kell, hogy fókuszáljon. Még ép intellektus mellett is a mozgászavarral együtt jár a figyelem fenntartásának gyengesége, jellemzően a speciális iskolai csoportban, ezért ebben a nevelési környezetben szélesíteni kell a fejlesztésben használatos eszközök repertoárját, amely a figyelemzavaros gyermekeknél alkalmazandó: külső zavaró tényezők elkerülése, megválasztani az optimális időkeretet, létszámot. Szerencsére a speciális nevelési környezet lehetőséget adhat erre, ezzel élni is kell.

A vizsgálatunk továbbvitelénél kvalitatív módszerek alkalmazását véljük helyénvalónak, mint például esetelemzések, megfigyelések, interjúk. Ezáltal még pontosabban és konkrétabban tárhatjuk fel a cerebrális parézissel élő gyermekek szorongási és magatartási problémáit.

Következtetéseink ismeretében úgy gondoljuk, hogy minden CP-vel élő gyermeket, tinédzsert vagy fiatal felnőttet foglalkoztató, fejlesztő intézményben szükség van a pszichoterápiában járatos szakember intervenciójára.

Reméljük, hogy vizsgálatunk hozzájárulhat a különböző szakemberek – konduktorok, fejlesztő pedagógusok, gyógypedagógusok, pszichológusok stb. – mindennapi munkájának eredményességéhez, mind a felismerés, mind az operatív beavatkozás tekintetében.

Irodalom

ANDERSON, E. M.–CLARKE, L. (1982): *Disability in Adolescence.* Methuen & Co., London.

ATKINSON, R. C.–HILDEGARD, E. (2005): *Pszichológia.* Harmadik átdolgozott kiadás. Osiris Kiadó, Budapest.

BÁBOSIK I.–TORGYIK J. (2007): *Pedagógusmesterség az Európai Unióban.* Eötvös József Könyvkiadó, Budapest.

BALOGH L.–TÓTH L. (2005): Tanulási nehézségek – segítő pedagógiai tevékenység. In *Fejezetek a pedagógiai pszichológia köréből.* I. kötet. III. fejezet. Neumann Kht., Budapest. Online: http://mek.oszk.hu/

BALOGH, E.–KOZMA, I. (2009): A konduktív nevelés gyermekneurológiai indikációja. *Ideggyógyászati Szemle,* 1–2, 12–22.

BNO-10 zsebkönyv DSM-IV meghatározásokkal (1998). Animula Egyesület, Budapest.

COMPTON, S. N.–GRANT, P. J.–CHRISMAN, A. K.–GAMMON, P. J.–BROWN, V. L.–MARCH J. S. (2001): Sertraline in children and Adolescents With Social Anxiety Disorder. An Open Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 40 (5), 564–571.

CONNERS, C. K. (1997): *Conners Rating Scales-Revised Technical Manual.* Multi-Health Systems, North Tonawanda, New York.

CONNERS, C. K.–SITAREINOS, G.–PARKER, J. D.–EPSTEIN, J. N. (1998): The Revised Conners Parent Rating Scale: factor, structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Abnormal Child Psychology,* 26, 257–268.

DIAMOND, K. E. (2002): The development of social competence in children with disabilities. In *Blackwell Handbook of Childhood Social Develpoment.* Blackwell Publishers, Oxford. 572–587.

GALLOWAY, D.–GOODWIN, C. (1987): *The Education of Disturbing Children.* Longman, London.

GOOD, T. L.–BROPHY, J. E. (1972): *Educational Psychology. A Realistic Approach.* Holt–Rinehart–Winston, London.

HÁRI M.–KOZMA I.–HORVÁTH J.–KŐKÚTI M. (1991): *A konduktív pedagógiai rendszer hatékony működésének alapelvei és gyakorlata.* Nemzetközi Pető Intézet, Budapest.

KÁLMÁN ZS. (2004): *Bánatkő – Sérült gyermek a családban.* Bliss Alapítvány, Budapest.

KÁLMÁNCHEY R. (2000): *Gyermekneurológia.* Medicina Könyvkiadó, Budapest.

MARCH, J. S. (1997): *Multidimensional Anxiety Scale for Children.* Technical Manual. Multi-Health System, New York.

MONTGOMERY, D. (1990): *Children with Learning Difficulties.* Cassel, Nichols Publishing.

NAGY J. (1998): A kognitív képességek rendszere és fejlődése. *Iskolakultúra,* 9, 3–21.

N. KOLLÁR K.–SZABÓ É. (2004): *Pszichológia pedagógusoknak.* Osiris Kiadó, Budapest.

PERCZEL FORINTOS D.–KISS ZS.–AJTAY GY. (2007): *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában.* Második, javított kiadás. Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, Budapest.

PORKOLÁBNÉ BALOGH K. (szerk., 1988): *Iskolapszichológia.* Tankönyvkiadó, Budapest.

RIGBY, K. (2002): Bullying in children. In *Blackwell Handbook of Childhood Social Develpoment.* Blackwell Publishers, Oxford. Part 9/28. Online: http://www.blackwellreference.com/public/tocnode?id=g9780631217534_chunk_g978063121753437

SILVER, L. B. (1992): *The Misunderstood Child.* TAB Books, New York.

SMITH, S. L. (1995): *No Easy Answers: The Learning Disabled Child at Home and at School.* BANTAM Books, New York.

WILEY, R.–RENK, K. (2007): Psychological Correlates of Quality of Life in Children with Cerebral Palsy. *Journal of Developmental and Physical Disabilities,* 19 (5), 427–447.

WILSON, M.–EVANS, M. (1980): *Education of Disturbed Pupils.* Schools Council, London.