



GYERMEKÚT

FELISMERÉS ÉS TÁMOGATÁS – A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓRÓL

MÓDSZERTANI
KÉZIKÖNYV



**CSALÁDBARÁT
ORSZÁG**
NONPROFIT KÖZHASZNÚ KFT.

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE



GYERMEKÚT

FELISMERÉS ÉS TÁMOGATÁS – A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓRÓL

MÓDSZERTANI KÉZIKÖNYV



**CSALÁDBARÁT
ORSZÁG**
NONPROFIT KÖZHASZNÚ KFT.

Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
Budapest 2019

A kiadvány az EFOP-1.9.5-VEKOP-16-2016-00001

„A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése” kiemelt projekt keretében készült.

Szerzők:

Gyírkis Ágnes, Kereki Judit, Komlósi Veronika, Rózsáné Czigány Enikő

Szakmai lektorok

dr. Závoti Józsefné, dr. Nyitrai Ágnes

Projekt szakmai vezető:

Kereki Judit

Képzési alprojekt IV. elemi projekt koordinálását végezte:

Kereszti Mariann

Képzési alprojekt IV. elemi projekt szakmai tevékenységet támogatók:

Szerencsés Hajnalka, Eszik Orsolya

EFOP-1.9.5-VEKOP-16-2016-00001 A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése

gyermekut@csbo.hu

www.gyermekut.hu

Budapest, 2018

ISBN 978-615-81119-1-1

Tartalomjegyzék

Előszó	7
1. A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ ÁGAZATKÖZI FEJLESZTÉSE PROJEKT ISMERTETÉSE	8
2. ÚT A KORAI FEJLESZTÉSTŐL A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓIG	12
2.1. A kora gyermekkori intervenció kialakulásának története	12
2.2. A kora gyermekkori intervenció és a kapcsolódó fogalmak meghatározása	13
2.3. A kora gyermekkori intervenció célcsoportjai	14
2.4. A probléma felismerésétől az ellátásba kerülésig	17
2.4.1. Felismerés, szűrés	17
2.4.2. Diagnosztika	18
2.4.3. Terápia	19
2.5. A problémafelismerés különböző szintjeiről bejárható ellátási utak	20
2.5.1. A születést megelőző vagy a születést közvetlenül követő problémafelismerés következményei	20
2.5.2. Védőnői problémafelismerés és a további teendők	21
2.5.3. Amikor szülői gyanú alapján a házi gyermekorvos/háziorvos ismeri fel a problémát	22
2.5.4. Teendők, ha a napközbeni ellátást biztosító intézményben ismerik fel a problémát	23
2.5.5. A diagnózistól az intézménybe kerülésig	24
2.6. A kora gyermekkori intervencióban alkalmazott eljárások	26
2.6.1. Újszülött- és csecsemőkori neurohabilitációs tréning (neuroterápia)	26
2.6.2. Leggyakrabban használt mozgásterápiás, mozgásfejlesztő eljárások	26
2.6.3. Pedagógiai hangsúlyú mozgásrendszerek	29
2.7. Pszichológiai ellátás	30
3. A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ INTÉZMÉNY- ÉS TEVÉKENYSÉGRENDSZERE	32
3.1. A kora gyermekkori intervenció szereplői és együttműködésük	32
3.2. A kora gyermekkori intervenció – egészségügyi ágazati tevékenységek	34
3.3. Együttműködés más ágazatokkal	35
3.4. A kora gyermekkori intervenció – köznevelési ágazati tevékenységek	35
3.4.1. A pedagógiai szakszolgálati rendszer és tevékenységei	35
3.4.2. Egységes gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai módszertani intézmények	38
3.4.3. Az óvoda feladata a kora gyermekkori intervencióban	38
3.4.4. A köznevelés kapcsolódása más ágazatokhoz	39
3.5. A kora gyermekkori intervenció – szociális ágazati tevékenységek	39
3.5.1. Falu- és tanyagondnoki szolgáltatás	39
3.5.2. Családsegítés	39
3.5.3. Támogató szolgálat	40
3.5.4. Nappali ellátás	40
3.5.5. Fogytékos személyek otthona	40
3.5.6. Gyermekjóléti alapellátás	40
3.5.7. Biztos Kezdet Gyerekházak	40
3.5.8. A gyermekek napközbeni ellátása	40
3.5.9. Minibölcsőde	41
3.5.10. Családi bölcsőde	41
3.5.11. Napközbeni gyermekfelügyelet	41
3.5.12. Alternatív napközbeni ellátás	41
3.5.13. Munkahelyi bölcsőde	41

3.5.14.	Gyermekjóléti és családsegítő szolgáltatás.	42
3.5.15.	A gyermekek átmeneti gondozása	42
3.5.16.	Gyermekvédelmi szakellátás.	42
3.5.17.	Szociális juttatások	43
3.5.18.	A szociális és gyermekvédelmi területek kapcsolódása más ágazatokhoz.	43
3.6.	A kora gyermekkori intervenció folyamata, dilemmái	44
3.6.1.	Észlelés.	44
3.6.2.	Szűrés.	45
3.6.3.	Állapotmegismerés	45
3.6.4.	Konzultáció, fejlesztés, terápia	46
3.6.5.	Az értékelés.	47
3.7.	A szakemberek együttműködése	47
3.7.1.	A kulcsszemélymodell.	48
4.	A TIPIKUS FEJLŐDÉSMENET JELLEMZŐI, AZ ELTÉRÉSEK JELZŐTÜNETEI	50
4.1.	Alapfogalmak.	50
4.1.1.	Az egyes életkori szakaszokban elvárható fejlődés az egyes képességterületeken és kompetenciákban	51
4.1.2.	Fejlődési szakaszok a születéstől 6 éves korig.	51
4.2.	Jelzőtünetek, az egyes sérüléstípusra, szocializációs zavarokra jellemző eltérések	53
4.2.1.	Sérüléstípusok	54
4.3.	A fejlődéslélektani ismeretekre alapozott célzott megfigyelés lehetséges szempontjai	63
4.3.1.	Lehetséges megfigyelési területek/tevékenységformák	64
5.	A BESZOKTATÁS ÉS A MINDENNAPI TEVÉKENYSÉGEKBEN TÖRTÉNŐ CÉLZOTT MEGFIGYELÉS ELEMZÉSE, ÉRTELMEZÉSE; A LEVONT KÖVETKEZTETÉSEK ÉRTŐ MEGOSZTÁSA A SZÜLŐVEL	72
5.1.	A beszoktatás	72
5.2.	A megfigyelések összevetése a tipikus fejlődéssel.	74
5.2.1.	A fogyatékoság tényéből fakadó eltérő fejlődési ütem	74
5.2.2.	Az eltérő fejlődés felismertetése és a szükséges vizsgálatok elfogadtatása a szülővel	77
5.3.	Amit már a beszoktatáskor is tudni kell	78
5.3.1.	A látás eltérő fejlődése/látássérülés	78
5.3.2.	A hallás eltérő fejlődése/hallássérülés	79
5.3.3.	A motoros funkciók eltérő fejlődése/mozgásszervi fogyatékoságok	80
5.3.4.	A kognitív funkciók eltérő fejlődése/intellektuális képességzavar	80
5.3.5.	A kommunikáció eltérő fejlődése/beszéd fogyatékoság	82
5.3.6.	Autizmus spektrum-zavar	83
5.3.7.	A pszichés fejlődés zavarai	84
6.	TÁMOGATÓ SZEREPEK AZ INKLUZÍV SZEMLÉLETBEN	88
6.1.	Inkluzív szemlélet	88
6.1.1.	Inkluzív szemlélet a kora gyermekkori és a korai intervencióban	88
6.1.2.	A korai fejlesztés mint a kora gyermekkori intervenció része	89
6.1.3.	A gyógypedagógus szerepe a kora gyermekkori intervencióban	89
6.1.4.	Állapotmegismerés	89
6.1.5.	Pedagógiai vélemény	92
6.1.6.	Szakértői vélemény	93
6.1.7.	Egyéni fejlesztési terv	93
6.1.8.	Együttműködés a fejlesztésben.	94
6.1.9.	Korai fejlesztés és gondozás a bölcsődében	95

6.1.10.	Szülői tanácsadás	96
6.1.11.	Összegző gondolatok	98
7.	A SZEREPEK MEGOSZTÁSA, A FEJLESZTÉS TÁMOGATÁSÁNAK LEHETSÉGES MÓDSZEREI	
	AZ INKLUZÍV NEVELÉSBEN	100
7.1.	A környezeti hatások jelentősége	100
7.1.1.	Környezet és ingerszükséglet kölcsönhatása	101
7.2.	A gyermek és a család	101
7.2.1.	Ha a gyermek fejlődése nem tipikus	101
7.2.2.	Krízis a családban	101
7.2.3.	Testvéri kapcsolatok	103
7.3.	A támogatások lehetséges módszerei	104
7.4.	A fejlődés támogatása a gondozás folyamatában.	104
7.4.1.	Öltözködés.	105
7.4.2.	Étkezés	105
7.4.3.	Ivás/itatás	106
7.4.4.	Fésülködés, fogmosás	107
7.4.5.	Fürdés	108
7.4.6.	Rendrakás és az irányított játékhelyzet.	108
7.5.	A salamancai nyilatkozat és cselekvési tervzet.	109
7.6.	A befogadó oktatás modelljei	109
8.	ÁBRÁK ÉS TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE.	112
8.1.	Ábrák	112
8.2.	Táblázatok	112
9.	IRODALOM	113
9.1.	Felhasznált irodalom	113
9.2.	Jogszabályi hivatkozások	116
9.3.	Ajánlott irodalom	117
9.4.	Ajánlott honlapok.	117
10.	MELLÉKLETEK	118
1. melléklet –	A gyógypedagógiai jellemzés szempontrendszer Rosta Katalin munkája alapján.	118
2. melléklet –	Szempontok a pedagógiai vélemény összeállításához, különös tekintettel a társas viselkedés, a magatartás, az érzelmek területére	121

Előszó

Kiadványunk a sajátos nevelési igényű (SNI), illetve az eltérő és megkésett fejlődésű gyermekek felismeréséhez, neveléséhez, fejlesztésük támogatásához és a szülőkkel való együttműködéshez nyújt fogyatékos- és problémaszpecifikus ismereteket. A megkésett, eltérő fejlődés, a diagnosztizált fogyatékos állapot, sőt a hátrányos vagy halmozottan hátrányos helyzetből fakadó veszélyeztetettség is okozhat eltéréseket az észlelés, a mozgás, az értelem, az érzelem, a nyelv és kommunikáció, az alkalmazkodás és a szociabilitás területein, ezért a gyermek személyiségfejlődését támogató, napközbeni ellátást biztosító feltételek is megváltozhatnak. Az eltérő fejlődés elsősorban azt követeli meg, hogy a napközbeni ellátásban és a gyermekvédelmi szakellátásban dolgozó OKJ-s végzettségű kisgyermeknevelők, dajkák, pedagógiai és gyógypedagógiai asszisztensek, a családi vagy munkahelyi bölcsődékben és a napközbeni gyermekfelügyeletben ellátást nyújtó személyek, valamint a gyermekvédelmi szakellátásban dolgozó OKJ-s végzettségű szakemberek is birtokában legyenek olyan speciális ismereteknek, melyek a mindennapokban nélkülözhetetlenek.

Kiadványunk célja, hogy a különböző OKJ-s képzettségű szakemberek a tevékenységük során képesek legyenek új ismereteiket kompetenciájukon belül alkalmazni, együttműködni más szakemberekkel, és az irányításukkal támogatni a gyermekek fejlesztését. Az elméleti és gyakorlati ismereteket tartalmazó, valamint a kora gyermekkori intervenció intézményrendszeréről tájékoztatást adó fejezetek végén az önellenőrzést is szolgáló kérdéseket tettünk fel. Ezeket követik az adott fejezet alapján a mindennapi gyakorlatban hasznosítható feladatok, melyek már feltételezik az új ismeretek felhasználását: olyan praktikus tennivalókra hívják fel a figyelmet és kérnek konkrét feladatvégzést az olvasóktól, melyek az érintett gyermekek megismerését, fejlesztését, más szakemberekkel és a szülőkkel való együttműködését szolgálják.

Korábbi tanulmányaink során alighanem mindannyiunkkal előfordult, hogy az olvasottakkal kapcsolatban már voltak bizonyos tapasztalataink, illetve fennmaradtak olyan kérdéseink, kételyeink, melyekre szerettünk volna választ kapni. Az egyes fejezetek lezárásaként ebből a megfontolásból hagyunk helyet a jegyzetelésnek. („A tananyag kapcsán felmerülő kérdéseim, tapasztalataim.”) Egyúttal pedig arra biztatjuk az olvasókat, hogy a válaszokért nyugodtan forduljanak a Felismerés és támogatás – a kora gyermekkori intervencióról című program előadóihoz, a saját intézményükben fejlesztést végző gyógypedagógushoz vagy konduktorhoz, esetleg pszichológushoz.

E kiadvány elsősorban a fent említett program résztvevői számára készült, de más érdeklődő számára is hasznos ismereteket, információkat tartalmaz, és segítheti az önképzést is.

A szerzők

1. A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ ÁGAZATKÖZI FEJLESZTÉSE PROJEKT ISMERTETÉSE

A projekt rövid bemutatása

AZ EFOP-1.9.5-VEKOP-16-2016-00001 „A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése” kiemelt projekt európai uniós forrásból valósul meg 2017. február 1. és 2021. január 31. között. A projekt megvalósítója a Családbarát Ország Közhasznú Nonprofit Kft. mint konzorciumvezető, melynek konzorciumi partnereit jellemzően az érintett ágazatok (köznevelés, egészségügy, szociális) különböző háttérintézményei alkotják. A köznevelés területét a Klebelsberg Központ és az Oktatási Hivatal, az egészségügyet a Nemzeti Népegészségügyi Központ, a szociális területet a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság képviseli. A megvalósításban partnerként szerepel még a Magyar Államkincstár.

A komplex fejlesztés célja a születéstől az iskolába lépésig tartó életkorban lévő gyermekek és családjaik hatékonyabb, magasabb színvonalú ellátáshoz, a szükségleteikhez igazodó szolgáltatásokhoz való jobb hozzájutásának biztosítása, különös tekintettel a speciális ellátási szükségletekre. A projekt eredményeinek birtokában a hosszú távú cél egy koordinált, integrált szolgáltatói modell kialakítása.

A projekt legfontosabb rész céljai a **közös gyermekút kialakítása**, az intézménystruktúra működési szempontú korszerűsítése, a koordinatív funkció érvényesítése, a szolgáltatások típusainak és formáinak bővítése. Az egységes gyermekút bevezetése, a gyermeki fejlődésről, illetve a fejlődési eltérések felismeréséről való tudás a kora gyermekkori intervencióban részt vevő **szakemberek kompetenciáinak növelését**, egységes szemléletük kialakítását igényli. Fontos szempont a partneri együttműködés kialakítása a családokkal, a **szülők fokozottabb bevonása, informálása**, valamint a gyermekekkel foglalkozó szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása, különös tekintettel a **szolgáltatáshiányos területekre való szolgáltatás eljuttatására**.

A projekt közvetlen célcsoportját alkotják a kora gyermekkori intervenciók ellátásában részt vevő különböző szakemberek (többek között gyógypedagógusok, pszichológusok, házi gyermekorvosok, háziorvosok, szakellátó szakorvosok, védőnők, gyógytornászok, óvodapedagógusok, kisgyermeknevelők, szociális munkások stb.), illetve a kora gyermekkori intervencióban érintett kisgyermek és családjaik. Közvetett célcsoportot alkotnak a gyermek fogantatásától a tankötelezettség kezdetéig tartó életszakaszban lévő kisgyermek és családjaik, különös tekintettel a speciális támogatást igénylő gyermekekre és családjaikra.

Rendszerszintű fejlesztések

A projekten belül felmérésre kerül az ország teljes területének szolgáltatási szempontból való ellátottsága, azoknak a problémáknak az azonosítása, amelyek megalapozzák a későbbi beavatkozásokat. Megtörténik a **jogszabályok, a szakmai irányelvek és a dokumentációs rendszer felülvizsgálata, a jogszabályok harmonizációja**.

A szolgáltatói rendszer jobb működését segíti elő a kora gyermekkori intervenció szereplői közötti kompetenciahatárok és együttműködések áttekintése, felülvizsgálata. Ennek megfelelően fontos alapelv a születéstől az iskolába lépésig tartó életkorban lévő gyermekek és családjaik, az egészségügyi alapellátásban, szakellátásban részt vevő szakemberek, a köznevelés releváns szereplői, valamint a szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti szakemberek és a kora gyermekkori intervenció egyéb résztvevői közötti együttműködés erősítése, a kompetenciák és feladatok lehatárolása, a köztük lévő kommunikáció támogatása.

Kialakításra kerül az ellátási út, az úgynevezett „gyermekút”, amelyben a különböző szakterületekhez tartozó szakemberek együttműködése pontosan szabályozott. Leírásra kerül az ágazatközi, az ágazaton belüli és intézményen belüli interdiszciplináris teamtevékenység módszertana, a továbbküldési, jelzési utak meghatározása. Ehhez kapcsolódik a szakemberek számára a különböző szakterületektől szükséges adattartalmak, jogosultságok meghatározása, amelyek az informatikai szakrendszerek összekapcsolásának alapját adják.

Egységes, integrált ágazatközi informatikai háttér kerül kiépítésre, amely interface-kapcsolódással lehetővé teszi a kapcsolódást a társágazati intézményrendszerek informatikai rendszereivel, a hatékonyabb elektronikus információáramlást, ezáltal pedig a gyermekút nyomon követhetőségét. A szakterületeken jelenleg működő, országos nyilvántartó rendszerek (például INYR, KENYSZI, VOIR) összekapcsolása és fejlesztése nagymértékben javítja a szakemberek információhoz jutását.

Fókuszban áll a **szolgáltatáshiányos területeken mozgó komplex szolgáltatási** hálózatfejlesztés témája, kidolgozásra kerül a mozgó, komplex szolgáltatásnyújtást biztosító modell, amely a szolgáltatások helybe való eljuttatását segíti elő. Különösen a kistelepüléseken és a hátrányos helyzetű kistérségekben élő iskoláskorú fiatalabb gyermekek és azok családjainak szolgáltatáshoz való hozzáférést támogatja. A szolgáltatáshiányos területeken speciális szolgáltatások nyújtása indokolt, amely a jellemzően szakemberhiányos területeken ösztönző rendszer kidolgozásával (például ösztöndíjak) és működtetésének előkészítésével kerül biztosításra. A mozgó, komplex szolgáltatást pilotprogram keretében száz településre juttatja el a projekt.

A szakemberek módszertani támogatása

A projekt több ponton is törekszik a születéstől az iskolába lépésig tartó életkorban lévő gyermekekkel és családjaikkal foglalkozó szakemberek tudásának bővítésére, egységes szemléletük formálására. Módszertani kézikönyvek segítik a szakembereket az ismeretszerzésben. Egyrészt a **gyermeki fejlődésről, a fejlődésre gyakorolt környezeti hatásokról**, a mindennapi nevelési problémákról és azok megoldásáról, valamint **az eltérő fejlődés felismeréséről** szóló tudásanyag járul hozzá az ismeretek szélesítéséhez, ezáltal elsősorban a közösségi színtereken dolgozó szakemberek munkájának elősegítéséhez. Másrészt hiánypótló művekként tekinthetünk a **fejlődési zavarok korai szűrésének, azonosításának**, állapotmegismerésének módszertani szakanyagára, valamint a **korai komplex családközpontú tanácsadás, intervenció** témájában írt kézikönyvre, amelyet elsősorban a pedagógiai szakszolgálatok állapotmegismerést, illetve gyógykezelési tanácsadást, korai fejlesztést végző szakemberei forgathatnak haszonnal.

Az ellátórendszer működéséről, az egységes gyermekútról való tudás a kora gyermekkori intervencióban részt vevő szakemberek egységes szemléletének kialakítását célozza. Megtörténik az ehhez szükséges szakmai háttér, a hiányzó protokollok és irányelvek kidolgozása, amelyek a gyermekútba való belépéshez biztosítanak fontos támpontokat (például az utógondozás irányelve, iskolakészültségi protokoll, mozgásterápiás protokoll, szűrési protokoll stb.), valamint hazai fejlesztési, egységes vizsgáló- és szűrési módszerek kidolgozása és tesztelése valósul meg. Kifejlesztésre kerül a szenzoros integrációs vizsgálóeljárás, az iskolakészültségi vizsgálat, valamint olyan gyermekfejlődési kérdőív, amely egyrészt a kisgyermeknevelőknek készül (0–2 éves életkorra), valamint óvodapedagógusoknak (3–6 éves életkorra). A minőségi ellátást a kora gyermekkori intervenciók ellátás minőségi indikátorainak kidolgozása alapozza meg.

Jelenleg a diagnosztikai eszközök egy része elavult, vagy nem rendelkezik magyar standarddal. Így a hatékony fejlesztési folyamat érdekében szükségessé vált az eszköztár megújítása, elsősorban a pedagógiai szakszolgálatok diagnosztikai eszközkészlete kerül bővítésre.

A projekt szakmai produktumai a projekt honlapjára kerülnek fel (<https://gyermekut.hu/>), és ott a **szakemberek és szülők számára is elérhetővé válnak**.

A szakemberek kompetenciáinak szélesítése

A projekt módszertani fejlesztéseinek java része korszerű tananyagok formájában csatornázódik be a képzésekbe, és a szakemberek részére kiscsoportokban vagy távoktatás formájában kerül oktatásra. Ingyenes, akkreditált, minősített továbbképzések szervezése zajlik a korai ellátásban részt vevő tízezer szakember számára.

Az összes szakembert érintő tartalmak a **komplex képzésekben** jelennek meg, oktatásuk a különböző szakterületeken dolgozó szakemberek részére vegyes kiscsoportokban valósul meg. A szakemberek a komplex csoportokban egyrészt a születéstől az iskolába lépésig tartó életkorú gyermekek tipikus fejlődésmentét, illetve a fejlődési eltérések időbeli felismerését bemutató tartalmakkal ismerkednek meg, másrészt az ellátórendszerrel, más ágazati szereplők feladatairól, kompetenciáiról, a gyermekút ismeretéről, az inter-

diszciplináris teamtevékenység mikéntjéről, a szakemberekkel és a szülőkkel való kommunikációról kapnak ismereteket.

A szakemberek **témaspecifikus képzések** keretében ismerkednek meg a fejlesztésre kerülő szűrő- és vizsgálóeljárásokkal, az állapotmegismerés módszertanával, a korai komplex családközpontú tanácsadás és intervenció témájával, az Early Start Denver Modellel, illetve a kapcsolati szemléletű korszerű pszichodiagnosztikai ismeretekkel. A **célcsoport-specifikus képzés** a pedagógiai tanácsadás alapismereteinek az óvodapedagógusok és a kisgyermeknevelők körében történő elsajátítására, valamint az OKJ-s végzettséggel rendelkező kora gyermekkori intervencióban dolgozó szakemberek ismereteinek a bővítésére irányul. Ezeknek a képzéseknek a célja az integráció, illetve az inkluzív szemlélet és gyakorlat elősegítése a kisgyermeket ellátó intézményekben. Hasonló módon kap felkészítést a pedagógiai szakszolgálatnál dolgozó klinikai szakpszichológusok köre, akik a szolgáltatások típusainak és formáinak bővítése keretében a szülő-gyermek kapcsolati diagnosztikán alapuló terápiás ellátás témakörében kapnak támogatást.

A képzések során a szemléltetést és az információk vizuális továbbítását a projekt keretében készülő 100 rövidfilm segíti.

Fontos szempont a képzési tartalmak graduális képzésben való megjelenése is. Ennek érdekében a **felsooktatási képző intézmények** rendszeresen összehívott **műhelyei** a különböző szakterületeken folyó képzések közös képzési kimeneteit, tartalmait és a projekt eredményeinek a graduális képzésbe történő becsatornázását hivatottak elősegíteni. Mind a pedagógusképzés, mind a bölcsészettudományi és társadalomtudományi képző helyek részt vesznek ebben a folyamatban.

A projekt a szakemberek **mentálhigiénés támogatásához** is hozzájárul. A korai ellátás különböző szakterületeit reprezentáló szereplői vegyes összetételű szupervíziós, esetmegbeszélő csoportokban vesznek részt. Mindemellett a szülőkkel, a családdal együtt, a kora gyermekkori intervenció témájában vegyes esetmegbeszélő csoportokban modellezik az interdiszciplináris teamműködést.

A szülők támogatása, partneri együttműködés kialakítása a családdal

A projekt fontos feladatnak tekinti az iskoláskornál fiatalabb gyermekek szüleinek „edukálását”, a kora gyermekkori fejlődéssel, illetve a gyermekneveléssel, az ellátórendszerrel kapcsolatos ismeretek bővítését, a megfelelő szülői kompetencia és felelősségérzet erősítését.

A kora gyermekkori intervenció egyik sarkalatos pontja a szolgáltatásokhoz való mihamarabbi hozzáférés. Ezért lényeges az ellátórendszer, a gyermekút megismerése, az ellátórendszerrel való tudás bővítése. A tájékoztató anyagok a szakemberek és a családok részére készülnek, a korai felismerést szolgálják és az ellátórendszert mutatják be. A workshopok, előadások és tréningek segítségével, a szülőségre való felkészüléssel, a kora gyermekkori intervenció rendszerével, a gyermekek fejlődésével, fejlesztésével, a probléma felismerésével kapcsolatos információk átadása történik meg.

Interaktív honlap segíti a szülőt, a családot (és a szakembert is) az ellátási utakkal kapcsolatos eligazodásban, intézménylisták, ellátók elérhetőségei teszik lehetővé, hogy minél hamarabb elkerüljön a gyermekkel a megfelelő ellátóhoz, szolgáltatóhoz.

Az ismeretek megfelelő átadása révén a projekt a gyermekek fejlődésével, gondozásával, nevelésével kapcsolatos szülői tudatosság és kompetencia növekedését, illetve a szakemberek munkájának hatékonyabbá válását kívánja elérni. A projektnek köszönhetően a szülők a problémás helyzeteket hozzáértőbben, türelmesebben tudják kezelni. A szülők esetmegbeszélő csoportokban, illetve szülőcsoportokban, szülőklubokban vesznek részt, mely csoportok részben az eltérő, megkésett fejlődésű gyermekek szülei számára nyújtanak támogatást.

A specifikus gyermekút pilot

A nemzetközi tapasztalatok szerint a működőképesebb kora gyermekkori intervenciós rendszerekre a koordinált, interdiszciplináris együttműködésen alapuló, integrált szolgáltatások jellemzőek. Egyetértés van

abban a tekintetben, hogy az integráltabb szolgáltatásnyújtás szempontjából a multiszektoriális megközelítéstől az interszektoriális irányba való elmozdulás eredményesebben és költséghatékonyabban működő rendszert eredményez. A specifikus gyermekút pilotban, a korábbi fejlesztések tapasztalataira építve, azok adaptálható elemeit felhasználva egy új modell kipróbálására kerül sor. A hatások értékelésének megfelelő minőségű megvalósításához a projekt tervezésének kezdetétől párhuzamosan kialakított hatásvizsgálat elvégzése is szükséges. Az értékelés alapján – beépítve a szükséges korrekciókat – kialakításra kerül a végleges intézményi-működési modell, mely a döntéshozók pozitív fogadtatását követően széles körben megvalósíthatóvá válik.

Várható eredmények

A projekt megvalósítása várhatóan egy hatékonyabban működő ellátórendszert indukál, ahol átlátható, nyomon követhető gyermekút valósul meg, valamint több, színvonalasabb és mindenki számára elérhető szolgáltatás biztosítható. Ugyanakkor a szolgáltatáshiányos területek is ellátáshoz jutnak, csökkennek a területi ellátásbeli egyenlőtlenségek.

A képzések eredményeként nő a kora gyermekkori intervencióban részt vevő szakterületek szakembereinek kompetenciája, egységes tudásuk kialakul, ismertté válnak számukra a közös gyermekúthoz kapcsolódó szakmai elvárások, szolgáltatási utak. Az informáltabb, elégedettebb, gyermeküket jobban ismerő, kompetensebb szülők tudatosabban ismerik fel és támogatják gyermekeik erősségeit, képességeit, jobban eligazodnak az ellátórendszerben, elszigeteltségük csökken, a család életminősége javul.

Jelen továbbképzési program kiemelten arra fókuszál, hogy az intézményi tartózkodás alatt a kisgyermekkel legtöbb időt töltő, a gyermekek közvetlen gondozását végző, OKJ-s végzettséggel rendelkező szakemberek számára is elérhetőek legyenek a kora gyermekkori intervencióról szóló korszerű tudástartalmak.

A továbbképzéshez és munkájához sok sikert kívánok a projekt egész stábja nevében!

Kereki Judit
projekt szakmai vezető

2. ÚT A KORAI FEJLESZTÉSTŐL A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓIG

Kulcsfogalmak:

- *kora gyermekkori intervenció*
- *korai intervenció*
- *korai fejlesztés*
- *szűrés*
- *diagnózis*
- *terápia*
- *konduktív pedagógiai nevelés*

2.1. A kora gyermekkori intervenció kialakulásának története

Az elmúlt néhány évben Magyarországon egyre több fejlesztési program fókuszált a korai fejlődés támogatására az egészségügy, a köznevelés és a szociális ágazat területén. A korai életszakaszban történő beavatkozás a megelőzés mellett a már kialakult problémákra is befolyással van. A gyermekek és a családok segítése többek közt hatást gyakorol a társadalmi beilleszkedésre és a gazdasági életre is. Az agy fejlődése szempontjából a korai tapasztalatok mind hatással vannak a képességek fejlődésére, a kisgyermek életében ezért is nagyon fontos az ingergazdag környezet kialakítása. Ha a gyermek fejlődését valamilyen biológiai, organikus tényező befolyásolja, vagy probléma gyanúja merül fel, nem érdemes várni a beavatkozással, hiszen az elszalasztott lehetőségeket csak többszörös energiabefektetéssel lehet kompenzálni, de az is előfordulhat, hogy azok már egyáltalán nem pótolhatók.

Hazánkban az eltérő, megkésett fejlődésű gyermekek és családjaik támogatása a kora gyermekkori intervenció rendszerében zajlik. A korai ellátórendszer jelenleg mind a hozzáférhetőség, mind az elérhetőség szempontjából komoly kívánnivalókat hagy maga után: hiányzik az egységes szemlélet, nem áll rendelkezésre megfelelő mennyiségű és minőségű információ, a szakemberek nem ismerik egymás munkáját, tevékenységét és kompetenciáját; nem alakult ki az együttműködést biztosító interdiszciplináris teamműködés, az ellátásban pedig regionális egyenlőtlenségek azonosíthatóak. Egy egységes, jól szabályozott gyermekút nagyban segítené az ellátókat, hogy kinek, milyen esetben, hová kellene irányítani a gyermeket és a családját, emellett a szülő is segítené abban, hogy mikor, hová kell fordulnia.

A jelenleg működő rendszer rengeteg változáson ment keresztül az elmúlt évtizedek folyamán, de céljaiban semmit sem változott, hiszen mindig is a gyermekek fejlődésének elősegítése és a családok támogatása állt a középpontjában. Hazánkban az 1970-es évekig még nem beszélhettünk szervezett keretek között megvalósított kora gyermekkori intervencióról. Ekkor még a 0–3 éves korú gyermekek korai diagnosztikája és korai fejlesztése is esetleges volt.

A kora gyermekkorban azonosított problémákra való reagálás külföldön már előbb megvalósult, míg Magyarországon az első Fejlődésneurológiai Osztályt 1975-ban hozta létre dr. Katona Ferenc Budapesten. A kóros idegrendszeri fejlődéssel született, atipikus fejlődésű újszülötteknek és csecsemőknek diagnosztikára és terápiás ellátásra nyílt lehetőségük, amelyet a professzor által kidolgozott neuroterápia módszere biztosított. Idővel egyre elterjedtebb lett a Katona-féle módszer és a szülők részére nyújtott tanácsadás is. A gyermekek fejlődésének nyomon követése érdekében már a kontrollvizsgálatok elvégzését is indokoltnak tartották. Ebben az időben a sérült kisgyermekek korai fejlesztésében jelentős szerepet játszottak még az áthelyező bizottságok (akkoriban szakértői vizsgálatok elvégzésére voltak jogosultak), melyeknek feladatai közt szerepelt a korai diagnózis felállítása és a speciális fejlesztés is (RÓZSÁNÉ CZIGÁNY 2015).

Ezzel párhuzamosan az 1970-es évektől a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézetében kezdetüket vették azok a vizsgálatok, melyek során az értelmi, az érzékszervi és a halmozottan sérült gyermekek diagnosztizálására került sor. Az 1980-as évek elején a főiskola keretén belül elindult egy program, amelyben az óvodáskor előtti gyermekek mozgásfejlesztésével kezdtek foglalkozni – ebből nőtt ki a családokra fókuszáló irányított családi nevelés. A tapasztalatok bővülése a képzésben is éreztette hatását: a korai fejlesztés oktatása az 1980-as évek közepén speciálkollégium formájában valósult meg (KEREKI 2017).

E folyamatnak köszönhetően egyre nagyobb igény mutatkozott a korai fejlesztés iránt, ezért a gyógypedagógián belül a szakemberek specializálódni kezdtek erre a területre. A sérült gyermekeket nevelő családok körében megfogalmazódott az igény a kisgyermekek napközbeni ellátására is; ennek megvalósításáról 1984-től beszélhetünk. Mivel a bölcsődék funkciói bővültek, lehetőség nyílt az integrált bölcsődei fogadásra, a gondozásba ágyazott korai fejlesztésre. A korai fejlesztés történetében az 1990-es évek nagy változást hoztak: az országban több helyen is alakultak koraifejlesztő-központok, így Zalaegerszegen, Pécsen, valamint Budapesten, ahol 1992-ben nyitotta meg kapuit a Budapesti Korai Fejlesztő Központ. A multidiszciplináris szemlélet már ekkor megjelent, hiszen a teamek tagjai között volt gyógypedagógus, gyógytornász és gyermekgyógyász is. Ezt követően már országszerte elterjedtek az integrált bölcsődék, így ezek törvényi szabályozása sem várathatott magára (LÁNYINÉ ENGELMAYER 2012; RÓZSÁNÉ CZIGÁNY 2015; KERÉKI 2017).

Az 1993. évi közoktatási törvény tette először lehetővé, hogy a legfiatalabb (0–5 éves korú) sajátos nevelési igényű gyermekek – különleges gondozás keretében – állapotuknak megfelelő ellátásban, korai fejlesztésben és gondozásban részesüljenek (KERÉKI 2017). Mivel a törvény rögzítette, hogy a korai fejlesztés és gondozás többek közt megvalósítható otthoni ellátás, bölcsődei és gyermekotthoni gondozás keretében is, így a vállalkozó bölcsődék számára lehetővé vált, hogy szegregált vagy integrált formában fogadják a sérült gyermekeket (RÓZSA et al. 2009). A bölcsődékben és a koraifejlesztő-központokban is az volt a tapasztalat, hogy a sérült gyermekeket nevelő családok számára komoly terhet jelent gyermekük problémája. A családok segítése érdekében az elfogadásra összpontosító, pszichológusok által vezetett egyéni és kis csoportos formában megrendezett beszélgetések egyre több intézményben váltak jellemzővé (RÓZSÁNÉ CZIGÁNY 2015).

A 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről a 0–3 éves korosztály ellátására kevésbé fókuszál, ugyanakkor a 18. § (2) a) pontja nevesíti a gyógypedagógiai tanácsadást, korai fejlesztést és gondozást mint pedagógiai szakszolgálati tevékenységet. A jogszabályokban tükröződik az intézményrendszer átalakításának mikéntje, így a pedagógiai szakszolgálati rendszeré is. A 15/2013-as EMMI-rendelet (a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről) kiveszi a korai fejlesztés feladatát a szociális és gyermekjóléti intézmények kezéből. Ennek megfelelően a bölcsődében, a gyermekotthonban, a fogyatékos személyek nappali intézményében és a fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthonában a pedagógiai szakszolgálat munkatársai végzik a korai fejlesztést. Az ellátási helyszínt az intézmény adja, amelyben a fenntartó is biztosíthat szakembert. Az említett rendelet több olyan tevékenységet is megnevez, melyek a legfiatalabb korosztályra irányulnak. Így a korai fejlesztés mellett a nevelési tanácsadás, a logopédiai szolgáltatás vagy a konduktív pedagógiai ellátás is mind érinti a születéstől az iskolába lépésig tartó életkorban lévő gyermekeket és természetesen a családjukat.

2014-től a kora gyermekkori intervenció egyre inkább fókuszba került; az emberi erőforrások minisztere az ügy koordinálásával a Család- és Ifjúságügyért Felelős Államtitkárságot bízta meg.

2.2. A kora gyermekkori intervenció és a kapcsolódó fogalmak meghatározása

A kora gyermekkori intervenció fogalmának meghatározására a nemzetközi szakirodalomban eltérő értelmezéseket találunk. Különbségek mutatkoznak többek közt a célcsoport életkori, problématerület szerinti meghatározása, vagy a szolgáltatások köre és az ellátási időszak lehatárolása tekintetében is. A kora gyermekkori intervención leggyakrabban a megkésett fejlődésű, illetve a diagnosztizált fogyatékos (valamint a megkésett fejlődés vagy fogyatékoság kockázatának kitett) gyermekekre és családjaikra irányuló speciális szolgáltatásokat értik, a születéstől a gyermek bizonyos életkoráig (KERÉKI 2017). Ettől megkülönböztetjük a **korai intervenció** fogalmát, amely a European Agency for Special Needs and Inclusive Education (Európai

Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű Tanulókért és az Inkluzív Oktatásért) 2005-ben nyilvánosságra hozott összefoglalása alapján minden olyan, időben nyújtott beavatkozást magában foglal, amelyben a rászoruló gyermekek és családjaik a nevelés-oktatás folyamatában részesülhetnek (EADSNE 2005).

A European Agency a kora gyermekkori intervenció multidiszciplinaritását hangsúlyozva az ágazatok közötti együttműködést javasolja az egészségügy, az oktatásügy és a szociális szféra között. Öt általános érvényű ajánlást fogalmaz meg (EADSNE 2005; 2010; EURÓPAI ÜGYNÖKSÉG 2005; 2010), és ezek érvényesülését szorgalmazza a különböző országok kora gyermekkori intervenciók szolgáltatásaira vonatkozóan:

- Elérhetőség: a családok számára minél korábban hozzáférhető szolgáltatások összessége.
- Közelség: a családok lakóhelyéhez minél közelebbi szolgáltatásokhoz való hozzájutás.
- Költségfedezet: a szolgáltatásokhoz való hozzáférés ingyenes, illetve minimális pénzügyi teher melletti megvalósulása.
- A szolgáltatások sokfélesége: ez az ágazatok közötti együttműködés révén valósulhat meg.
- Interdiszciplináris teammunka: a gyermekekkel és családokkal foglalkozó összes szakember együttműködése a szülők bevonásával.

Hazai terepen – figyelembe véve a nemzetközi szakirodalom javaslatait, a jelenlegi szabályozás tartalmát és a szakma állásfoglalásának eredményeit – a **kora gyermekkori intervenció** fogalmát az alábbi módon határozhatjuk meg:

A kora gyermekkori intervenció magában foglalja a pre-, illetve a perikoncepcionális időszak preventív jellegű szolgáltatásait, valamint a fogantatástól a gyermek iskolába lépéséig a gyermekekre és családjaikra irányuló ellátások és szolgáltatások összességét. Beletartozik minden olyan tevékenység, amely a gyermekek és családjaik speciális támogatását szolgálja a gyermek személyes fejlődése, a család saját kompetenciájának megerősítése, valamint a gyermek és a család szociális befogadása érdekében. A kora gyermekkori intervenció a szűrés szakaszától, a probléma felismerésétől és jelzésétől kezdve az állapotmegismerésen, a diagnosztizáláson keresztül magában foglalja a különböző habilitációs/rehabilitációs, a (pszicho)terápiás, valamint a gyógypedagógiai tanácsadó és fejlesztőtevékenységet, illetve a juttatások rendszerét is. Szemléletében kiemelten fontos a prevenció elem, beleértve a mentális egészséget, a viselkedésszabályozást veszélyeztető kapcsolati mintázatok kedvező befolyásolását (KEREKI 2015a; KERÉKI–SZVATKÓ 2015).

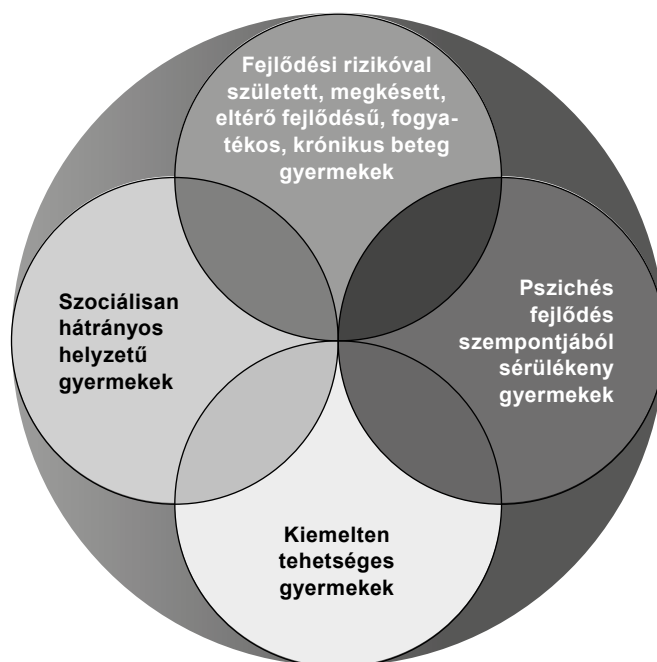
A **korai fejlesztés** fogalma elkülönül az előző két fogalomtól. A gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás fogalma elsősorban a közneveléshez kötött. A jogszabály ezzel a kifejezéssel fedi le azt a speciális szolgáltatást, amelyet a pedagógiai szakszolgálat állami feladatként nyújt mindazon három év alatti, indokolt esetben 3–6 éves gyermekek (illetve a családjuk) számára, akiknek komplex gyógypedagógiai fejlesztésre, tanácsadásra, a szociális, a kommunikációs és nyelvi készségek fejlesztésére, mozgásfejlesztésre és pszichológiai segítségnyújtásra van szükségük, függetlenül attól, hogy otthon nevelkednek, bölcsődék vagy állami gondoskodásban részesülnek (KERÉKI–SZVATKÓ 2015).

2.3. A kora gyermekkori intervenció célcsoportjai

A kora gyermekkori intervenció célcsoportjába tartoznak:

- (1) a biológiai rizikóval élő, illetve biológiai (organikus) szinten érintett, a fejlődési rizikóval született (például koraszülött), a sérült, eltérő vagy megkésett fejlődésű, a fogyatékos, illetve a krónikus beteg gyermekek;
- (2) a pszichés fejlődés szempontjából sérülékeny,
- (3) a szociálisan hátrányos helyzetű (HH, HHH), valamint
- (4) a kiemelten tehetséges gyermekek

és családjaik, akik a korai beavatkozások sokszor egymást átfedő célcsoportjait alkotják (KERÉKI 2015b).



1. ábra. A kora gyermekkori intervenció célcsoportjai¹

A célcsoportok azonosításánál fontos kiindulási alap volt a köznevelési törvény kiemelt figyelmet igénylő gyermekekre vonatkozó felosztása, amely az említett kategórián belül két nagy csoportot különböztet meg, a különleges bánásmódot igénylő, valamint a hátrányos helyzetű, halmozottan hátrányos helyzetű gyermekek csoportját. A különleges bánásmódot igénylő gyermekek közé tartoznak a sajátos nevelési igényű gyermekek; a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdő, valamint a kiemelten tehetséges gyermekek.²

A biológiai hátránnyal, illetve rizikóval élő gyermekek csoportját részben lefedi a sajátos nevelési igény-nyel meghatározott jogosultsági kategóriába besorolt gyermekcsoport. A jogszabály pontosan meghatározza az ide tartozók körét: sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló, aki a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján mozgásszervi, érzékszervi (látási, hallási), értelmi vagy beszéd fogyatékos, több fogyatékoság együttes előfordulása esetén halmozottan fogyatékos, autizmus spektrum-zavarral³ vagy egyéb pszichés fejlődési zavarral (súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavarral) küzd.⁴

Megjegyzendő, hogy a szakemberek a legkorábbi életszakaszban nem szívesen beszélnek fogyatékos-ságról: egyrészt fogyatékos-ságot eredményező állapotokról (például a szindrómák, a központi idegrendszer rendellenességei miatt bekövetkező eltérő fejlődés esetében), másrészt az átlagtól eltérő (atipikus) vagy megkésett fejlődésű csoportokról beszélnek (például a motoros funkciók, a hallás-, látás-, beszéd-, a kognitív funkciók megkésett vagy eltérő fejlődése esetében).

A speciális támogatást igénylő gyermekek csoportjának fontos részét képezik a fejlődési rizikó miatt preventív ellátásra jogosultak. A korai fejlődést veszélyeztető biológiai meghatározottságú rizikótényezők közül az egyik leggyakoribb a koraszülöttség. A koraszülött gyermekek esetében a koraszülöttség forrása lehet későbbi fejlődési problémák megjelenésének.

További jogosultsági kategóriát képeznek a krónikus beteg gyermekek (és családjaik). A krónikus beteg gyermekek ellátása elsősorban az egészségügyi ágazathoz kötött, ám megkerülhetetlen ellátásuknak bio-pszicho-szociális kontextusban való értelmezése. A krónikus betegségek meghatározásánál a WHO definíciója használatos, amelynek értelmében a hosszan tartó, általában lassú progressziójú betegségek sorolhatóak ide, amelyek sokszor a korai élet évekből eredeztethetőek (WHO 2005).

¹ Forrás: KEREKI 2015b, 8.

² 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről, 4. § 13.

³ A kifejezés írásmódja eltérő a hazai jogszabályokban, irányelvekben, protokollokban és a szakirodalomban. Az MTA Nyelvtudományi Intézetének állásfoglalása alapján szakanyagainkban egységesen az autizmus spektrum-zavar formát használjuk.

⁴ Uo. 4. §, 25.

A pszichés fejlődés szempontjából sérülékeny gyermekek és családjaik az ellátási szükséglet szempontjából külön csoportba sorolhatóak, bár jelentős az átfedésük a többi célcsoporttal. Már a gyermekek legkorábbi életszakaszában előfordulhatnak olyan fejlődési elakadások, amelyek többek között regulációs zavarokat (a figyelem és megnyugvás zavarai, evészavarok, alvászavarok), majd később viselkedésszabályozási problémákat (például agresszió, impulzivitás, túlzott visszahúzódás) vagy az érzelmi-hangulati élet területén megnyilvánuló rendellenességeket (például kényszeres és kapcsolódó zavarok, depresszió, szorongásos zavarok) eredményeznek. A pszichoszociális okok miatt veszélyeztetett (elhanyagolt, bántalmazott) gyermekek pszichés fejlődés szempontjából való érintettsége szintén indokolja besorolásukat.

A jogszabály által körvonalazott különleges bánásmódot igénylő, ún. beilleszkedési, (tanulási), magatartási nehézséggel (BTM) küzdő gyermekek részben a pszichés fejlődés szempontjából sérülékeny ellátotti körből kerülnek ki. Ők a jogszabály meghatározása alapján azok a gyermekek (tanulók), akik a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján az életkorukhoz viszonyítottan jelentősen alulteljesítenek, társas kapcsolati problémákkal, (tanulási), magatartásszabályozási hiányosságokkal küzdenek, közösségbe való beilleszkedésük, továbbá személyiségfejlődésük nehezített vagy sajátos tendenciákat mutat, de nem minősülnek sajátos nevelési igényűnek.⁵ Őket nevelési tanácsadás vagy az óvodai nevelés keretében látják el.

A lelki egészség szempontjából óriási szerepe van a prevenciónak, a megelőző szolgáltatásoknak. Fontos tehát kiemelnünk a különböző rizikótényezők miatt preventív ellátásra jogosultak körét. A környezeti rizikótényezők közé tartozhatnak például a szülő ártó nevelési eszközei, a házastársi konfliktusok, a családban történt negatív életesemények, de ide soroljuk azt is, ha a szülő szenved krónikus betegségben, ha fogycikkossággal él vagy mentálisan beteg. A protektív tényezők között tarthatjuk számon a csecsemők könnyű temperamentumát, aktív, élénk válaszkészségét, a szoros kötődés kialakításának lehetőségét, az érzelmileg meleg, biztonságot nyújtó gondozói magatartást és a család stabilitását, tágabb társadalmi támogatottságát. A gyermekek fejlődésének követése mellett cél kell hogy legyen a családi változók jótékony befolyásolása, összességében a korai lelki egészségvédelem fókuszba állítása (KERÉKI–SZVATKÓ 2015).

A szociálisan hátrányos helyzet különböző kategóriáinak kritériumait a gyermekvédelmi törvény összegzi: Hátrányos helyzetű az a rendszeres gyermekvédelmi kedvezményre jogosult gyermek és nagykorúvá vált gyermek, akinek esetében az alábbi körülmények közül egy fennáll: (1) a szülő(k) vagy a családba fogadó gyám alacsony iskolai végzettsége, (2) a szülő vagy a családba fogadó gyám alacsony foglalkoztatottsága, (3) a gyermek elégtelen lakókörnyezete, illetve lakáskörülményei, ha megállapítható, hogy a gyermek szegregátumnak nyilvánított lakókörnyezetben vagy félkomfortos, komfort nélküli vagy szükséglakásban, illetve olyan lakáskörülmények között él, ahol korlátozottan biztosítottak az egészséges fejlődéséhez szükséges feltételek.⁶

Halmazottan hátrányos helyzetű (a) az a rendszeres gyermekvédelmi kedvezményre jogosult gyermek és nagykorúvá vált gyermek, akinek esetében a szülő (gyám) alacsony iskolai végzettségére, az alacsony foglalkoztatására vagy az elégtelen lakókörnyezetre vonatkozó kitételek közül legalább kettő fennáll, (b) a nevelésbe vett gyermek, (c) az utógondozói ellátásban részesülő és tanulói vagy hallgatói jogviszonyban álló fiatal felnőtt.⁷

A 2011. évi köznevelési törvény a pedagógiai szakszolgálatok tevékenységei között felsorolja a kiemelten tehetséges gyermekek (tanulók) gondozásának feladatát. A jogszabály szerint kiemelten tehetséges gyermek (tanuló) az, aki átlag feletti általános vagy speciális képességek birtokában magas fokú kreativitással rendelkezik, és felkelthető benne a feladat iránti erős motiváció, elkötelezettség.⁸

Jelen kötetünk elsősorban a biológiai hátránnyal, illetve rizikóval élő gyermekek csoportjának ellátására fókuszál, a probléma felismerésétől az ellátásba kerülésig. Az alábbiakban néhány kiemelt állapot esetében mutatjuk be az ellátási utakat a felismerés, a diagnosztika, a fejlesztés és a terápiás ellátás dimenzióin keresztül.

⁵ 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről, 4. § 3.

⁶ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámsági igazgatásról, 67/A. § (1).

⁷ Uo.

⁸ 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről, 4. § 14.

2.4. A probléma felismerésétől az ellátásba kerülésig

Amikor a gyermek sérülten születik vagy fejlődésében elmaradást tapasztalnak, a szülők sokszor tanácstalanok, hogy kihez forduljanak.

Amikor a probléma már a kórházban kiderül, mert születés előtt (prenatális) merül fel gond, vagy a születés körül (perinatális) lépnek fel komplikációk (például légzési problémák, alacsony Apgar-érték), illetve kis súllyal, idő előtt érkezik az újszülött, a születést követően perinatális vagy neonatális intenzív centrumba (PIC/NIC) szállítják. Itt neonatológus (újszülöttgyógyász) foglalkozik a gyermekkel, más szakorvosokat is bevonva az újszülött vizsgálatába. Ha a kisbaba eléri a megfelelő érési szintet, hazaengedik, és a későbbiekben utógondozásban részesítik. A perinatális vagy neonatális intenzív centrumokban az utógondozás keretében általában gyermekneurológusok, gyógytornászok, konduktorok végzik a beavatkozást (habilitációs, terápiás ellátás).

Amennyiben a házi gyermekorvos vagy a vegyes praxisú háziorvos észleli a problémát, jellemzően az egészségügyi szakellátásba küldik a gyermeket és a családot; az már esetleges, hogy a gyermek elkerül-e a köznevelés rendszerébe, a pedagógiai szakszolgálat látókörébe. A védőnő leggyakrabban a házi gyermekorvoshoz, háziorvoshoz irányít, hiszen ez jogszabályi kötelezettsége. Érzékszervi eltérés gyanúja esetén küldheti ő is a szülőt a gyermekkel az egészségügyi szakellátásba. Egyre többször fordul elő azonban, hogy a pedagógiai szakszolgálat felé „tereli” a szülőket. Az elmúlt években lezajlott Koragyermekkor (0–7) projekt képzései sokat segítettek azon, hogy a védőnők megismerjék a köznevelés ellátóintézményeit, a pedagógiai szakszolgálat tevékenységeit, az ott dolgozó szakemberek kompetenciáit, feladatait. Ugyanakkor az is jellemző, hogyha a szülő bizonytalan gyermeke tipikus fejlődésmentével kapcsolatban, és az észrevételeiben/megérzéseiben a kompetens szakemberek nem erősítik meg, elveszettnek érzi magát a rendszerben, és „bolyong” egyik ellátótól a másikig.

2.4.1. Felismerés, szűrés

Az újszülöttek életük első napján olyan szűrővizsgálatokban részesülnek, melyek egyes anyagcsere-betegségekre terjednek ki, de ha bármikor felmerül bizonyos szindrómák gyanúja, a gyermeket genetikai szakrendelésre küldik. Az életkor szerinti szűrővizsgálatok során a védőnő és a házi gyermekorvos, háziorvos is figyel az esetleges elváltozásokra. Intézményes nevelés keretei közt a bölcsődei kisgyermeknevelők, az óvodapedagógusok és az általuk szükség esetén bevont családsegítők jelezhetik elsőként a probléma meglétét a szülőknek és a szakembereknek.

A neuromuscularis (idegekhez és az izmokhoz tartozó) eltérésekből eredő betegségek általában progresszívek, mozgáskorlátozottságot eredményeznek, és negatívan befolyásolják az életminőséget. Bizonyos típusai már újszülött korban felismerhetők, de vannak olyan kórképek, melyek csak később okoznak jellegzetes tüneteket. A minél korábbi felismerés itt is nagyon fontos, hiszen a korai beavatkozás többek közt lehetőséget ad a rendszeres mozgásterápiákra. A gyermekek rendszeres motoros képességeinek szűrése a védőnői szűrővizsgálat, illetve a szülői kérdőívek segítségével előre meghatározott időközönként megtörténik.

A központi idegrendszer rendellenességei orvosi szempontból lehetnek veleszületett és szerzett eredetűek, de ezek a fejlesztés és a fejleszthetőség szempontjából nem elsődlegesen mérvadóak. Egyes rendellenességek már a magzati életben diagnosztizálhatók, míg másokra vagy rögtön a születést követően, vagy csak később derül fény. A pszichomotoros fejlődés késése, a figyelem, a magatartás és a szociális fejlődés zavara is utalhat központi idegrendszeri problémákra. A motoros vagy érző funkciók zavara is lehet valamely sérülésre utaló jel, de a kórképek általában összetettek. Ha például az eltérő fejlődést érzékszervi károsodás, az érzékelési működés zavara okozza, akkor az ingert feldolgozó érzékszervben, vagy idegi, agyi területen is sérülés jöhet létre.

A csecsemő első látás- és hallásvizsgálata újszülöttként megtörténik. A további látás- és hallásfejlődés eltéréseire az elvárt reakciók hiányában merülhet fel a gyanú a szülőkben és a gyermekkel foglalkozó szakemberekben. Amennyiben a tipikus látás- és mozgásfejlődés szakaszai nem következnek be, minél előbb

sérülésspecifikus szakemberhez kell fordulni. Az első életévben a védőnő végzi az érzékszervi szűrővizsgálatokat – több alkalommal és később is évente –, ezek lehetőséget adnak a felismerésre (KERÉKI 2019).

Amennyiben a gyermeket ellátó nappali intézmény (például bölcsőde, óvoda) ismeri fel a problémát, a szülővel való megbeszélést követően írásban jelzi a területi védőnőnek, hogy mit tapasztaltak a gyermeknél, és házi gyermekorvoshoz, háziorvoshoz irányítja a családot. Amennyiben indokoltnak tartja, a pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottságához küldi őket tovább.

Gergő esete

Gergő a 38. hétre született, az édesanya első terhességéből, 7-es Apgar-értékkel. A várandósság zavartalanul zajlott. A kombinált teszt magas kockázatot mutatott, de az azt követő genetikai 4D-s ultrahangok nem mutattak semmilyen eltérésre utaló jelet. A gyermek születését követően több vizsgálaton is átesett, melyek eredményként Down-szindrómát és szívfejlődési rendellenességet állapítottak meg nála. A kórházban azt jelezték a szülőknek, hogy a gyermek vélhetően súlyos értelmi fogyatékos lesz, és az sem biztos, hogy járni és beszélni fog tudni. A szülőket sokkolta a hír, hiszen egészséges gyermek érkezésére számítottak. A kórházban a neonatológus tájékoztatta őket, hogy a szakorvosi vizsgálatokat követően keressék fel a pedagógiai szakszolgálatot, hogy a kisgyermek minél előbb bekerülhessen a korai fejlesztésbe. Az édesanya úgy döntött, nem szeretné felnevelni súlyos állapotú gyermekét, ezért elköltözött a családtól, az édesapára hagyva a gyermeket. A védőnő, a házi gyermekorvos és a nagyszülők támogató hatására az édesapa úgy döntött, hogy megfontolja Gergő felnevelését. Felkereste a pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottságát, ahol minden lehetséges kimenetet számba véve részletesen tájékoztatták a lehetőségeiről. Felvilágosítást kapott a fejlesztésekről, a terápiákról, a szociális juttatásokról, a családtámogatási rendszerről, a nevelési-oktatási intézményekről és a napközbeni ellátást biztosító lehetőségekről. Megismerte a helyi lehetőségeket és érezve a támogatást, úgy döntött, hogy nem mond le a gyermekéről. Nagyszülői segítséggel és támogatással, az életét átszervezve sikerült megoldania, hogy ő vihesse gyermekét a terápiákra, emellett maga is pszichoterápiás ellátásban részesült a pedagógiai szakszolgálatnál. 3 éves korában Gergő az óvodai nevelést egy speciális óvodai csoportban kezdte meg: a beszéde elindult, és képes volt egyedül járni. Az anya időközben visszatért a családhoz és teljesen bekapcsolódott gyermeke életébe.⁹

2.4.2. Diagnosztika

A leggyakoribb szindrómák jelentős részére már a születés előtt fény derül, így a család elkezdheti a felkészülést az optimális környezet kialakítására. Minél korábban diagnosztizálják a problémát, annál korábban megkezdhető a szükséges egészségügyi illetve gyógypedagógiai beavatkozás. A genetikai problémák megjelenései az édesanya korának előrehaladtával emelkedő tendenciát mutatnak, ezért 35-37 éves kor felett genetikai tanácsadás ajánlott. Ilyenkor a szakorvosok a laboreredmények és a magzati ultrahangvizsgálatok eredményeit (nyaki redő vastagsága, jellegzetes szívfejlődési rendellenességek gyanúja) összevetik és kockázatelemzést végeznek. Amennyiben magas kockázat áll fenn, a gyanú megerősítéseként magzati sejtből kromoszómavizsgálatot végeznek.

Neuromuscularis eltérések esetén a diagnózis felállítása szakorvosi kompetencia; a gyermekorvos a tünetek alapján csak javaslatot tesz a további kivizsgálásokra. A leggyakoribb szakorvos ezekben az esetekben a gyermekneurológus és a genetikus. A probléma gyanújának megerősítése érdekében egy komplex team végzi a diagnosztikus vizsgálatokat. A team szakember-ellátottságtól függően áll össze, de a tagjai között leggyakrabban gyógytornász-fizioterapeuta, szomatopedagógus, foglalkozásterapeuta, ortopéd szakorvos, gyermekneurológus szakorvos és gyermekrehabilitációs szakorvos szerepel. A team javaslatot tesz a segéd-eszközök használatára, az optimális környezet megteremtésére, a szükséges kezelésekre és terápiákra. A gyermek a diagnózisnak megfelelően és korcsoporttól függően különböző utakon kerül el korai fejlesztésbe. A későbbiekben az óvoda és az iskola kijelölését a Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat (FPSZ) Mozgásvizsgáló, Gyógypedagógiai Tanácsadó, Korai Fejlesztő, Oktató és Gondozó Tagintézménye végzi.

⁹ Komlósi Veronika által hozott eset.

A központi idegrendszer rendellenességei esetén a gyermekneurológus az a kompetens szakember, aki megerősítheti vagy cáfolhatja a felmerülő gyanút. Ilyenkor általában komplex vizsgálatokat kezdeményeznek, melyek magukba foglalják a laborértékek ellenőrzését, a képalkotó diagnosztikákat és más speciális szakorvosi vizsgálatokat. A meghatározott kontrollokon való megjelenés nagyon fontos, de az egészségügyi szűrővizsgálatok elindítása mellett már a pedagógiai szakszolgálatnál is érdemes egy folyamatot elkezdeni.

A látás és a hallás sérülése miatti eltérő fejlődést általában a szemészeten, a fül-orr-gégészeten, az audiológián, illetve a gyermekneurológiai szakrendelésen állapítják meg. Az FPSZ Látásvizsgáló, Gyógypedagógiai Tanácsadó, Korai Fejlesztő, Oktató és Gondozó Tagintézménye országos szakértői bizottsági tevékenysége keretében komplex szakértői vizsgálatot végez, ezt követően születik meg a diagnózis, míg a hallással kapcsolatos probléma esetén a szintén országos illetékességű FPSZ Hallásvizsgáló, Gyógypedagógiai Tanácsadó, Korai Fejlesztő, Oktató és Gondozó Tagintézménye ad ki szakértői véleményt (KERÉKI 2019).

Kolos esete

Kolos nemrég múlt kétéves, édesanyja harmadik gyermekeként született a 40. hétre, 3620 grammal. Korai pszichomotoros fejlődésében elváltozást észlelt az anya a két másik gyermekéhez képest, ezért a védőnő és a házi gyermekorvos is gyógytornász közreműködését javasolta a szülők számára. A gyógytornásznak már az első alkalommal feltűnt, hogy nemcsak általános izomgyengeségről lehet szó, ahogy az orvos gondolta, hiszen az úgynevezett rongybaba – „floppy baby” – tünetegyüttes alapján a laza, sorvadt izomzat kapcsán felmerült a Becker-féle izombetegség gyanúja is. Ezt a betegséget egy gén hibás működése okozza – ugyanez a gén felelős a Duchenne-féle izomdisztrófiáért is. A gyógytornász visszairányította a szülőket a házi gyermekorvoshoz, hogy minél előbbi szakorvosi, főként genetikai vizsgálatok elvégzésére kerüljön sor. A genetikai vizsgálat sajnos igazolta a gyanút, ezért a házi gyermekorvos – szakértői vizsgálat céljából – a pedagógiai szakszolgálat felkeresését javasolta. A szakértői véleményben rögzítésre került a gyógypedagógiai tanácsadás, a korai fejlesztés és gondozás igényjogosultsága. A pedagógiai szakszolgálatnál a szülők megkapták a megfelelő információkat és a szükséges támogatást, így Kolosnál 8 hónapos korától heti 3 órában elkezdődhettek a megfelelő fejlesztések/terápiák. A szülők minden lehetséges módon próbálják támogatni fiukat, ezért folyamatosan elvégzik a terapeuták által előírt, otthon végezhető feladatokat is.¹⁰

2.4.3. Terápia

A szindrómák következtében kialakuló mozgásszervi problémák mozgásfejlesztéssel, mozgásterápiákkal és fizioterápiával fejleszthetők. Problémafüggő, hogy milyen szakember kompetens az adott állapot fejlesztésére. A leggyakrabban gyógytornász, szomatopedagógus, konduktor vagy fizioterapeuta végzi a beavatkozást.

Neuromuscularis eltérések esetén a kezeléseket és a terápiákat a diagnózis függvényében határozzák meg. A mozgásfunkciók fejlesztése helyett sok esetben az állapotromlás megakadályozása kerül előtérbe.

A központi idegrendszer rendellenességei esetén rendkívül fontos az idegrendszeri károsodás miatt bekövetkezett funkciók fejlesztése és helyreállítása. Ehhez általában a mozgásterápiák, a kognitív és szenzoros integrációs terápiák a legeredményesebbek, melyeket természetesen a gyermek állapotától függően határoznak meg. Hazánkban többek között a dr. Katona Ferenc által kidolgozott neurotréning, a Dévény-módszer, a Pfaffenrot-módszer, a konduktív pedagógiai módszer, az Ayres-terápia (szenzoros integrációs terápia), a TSMT- és a HRG-módszer a legelterjedtebbek a központi idegrendszeri sérült gyermek esetében (ezeket még az első fejezetben részletesen bemutatjuk). Mindemellett hangsúlyozzuk, a komplex szemlélet érvényesülése okán a terápiás, fejlesztőellátásnak a gyermek egyéni szükségleteihez kell igazodnia.

Érzékszervi probléma esetén a kompetens gyógypedagógus bevonása szükséges. Ha a probléma a látással kapcsolatos, akkor a látássérültek pedagógiája szakirányú gyógypedagógushoz (tiflopedagógus), ha a hallással, akkor a hallássérültek pedagógiája szakirányú gyógypedagógushoz (szurdopedagógus), illetve ha szükséges, akkor logopédushoz kell fordulni.

¹⁰ Komlósi Veronika által hozott eset.

A fejlesztések a szakértői bizottság által kijelölt helyen és módon történnek. Érzékszervi károsodás, érzékelési működés zavara (látássérülés) esetén a szemész szakorvos tesz javaslatot a korrekciós eszközökre, így a korai felismerés akár már a 6. hónaptól indokolhatja a szemüveg viselését. Hallássérült gyermekek számára a hallókészülék már a legkorábbi életkortól indokolt, hiszen a hallás fejlődése nagy hatással van a beszéd fejlődésére is.

A kognitív képességek fejlesztésére a tanulásban akadályozottak és/vagy értelmileg akadályozottak szakos gyógypedagógus (oligofrénpedagógus), beszédproblémák esetén pedig a logopédus a megfelelő, képzett szakember. Természetesen minden esetben a szakvélemény tartalmazza a gyermek állapotának megfelelő szakember kijelölését.

Az állapot kezelése mellett a gyermekek és családjaik lelki traumájának enyhítése is célja a terápiáknak – ilyenkor nélkülözhetetlen a klinikai szakpszichológus rendszeres segítsége.

Janka esete

Janka ikerterhességből született a 37. hétre, édesanyja harmadik terhességeként. A várandósság zavartalanul zajlott, az orvosok mindent rendben találtak a vizsgálatok alkalmával. Janka és testvére születése is zavartalanul zajlott, a születésüket követően pár nap múlva már haza is engedték a gyermekeket. Az édesanya az 5. hónapban arra lett figyelmes, hogy Janka minden területen lassabban fejlődik a testvérénél, ezért felkereste a házi gyermekorvost tanácsért. Az orvos úgy vélte, nincs ok aggodalomra, ugyanakkor Dévény- féle kezelést javasolt a gyermek számára. A Dévény-terapeuta el is kezdte a gyermek kezelését, egyúttal pedig szorgalmazta, hogy mielőbb keressék fel a pedagógiai szakszolgálatot. A gyermeket az édesanya közben gyermekneurológushoz is elvitte, aki szintén korai fejlesztést javasolt a pszichomotoros fejlődés késése miatt. Közben a pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottságát is felkeresték, ezután a gyermek 8 hónapos korától korai fejlesztésben és gondozásban részesült a pedagógiai szakszolgálatnál. A Dévény-terápia mellett tehát gyógypedagógiai fejlesztésre és zeneterápiára is járt. Janka jelenleg 7 éves, kevert specifikus fejlődési zavar diagnózissal, és a testvérével közösen kezdi meg integrált iskolai tanulmányait.¹¹

2.5. A problémafelismerés különböző szintjeiről bejárható ellátási utak

2.5.1. A születést megelőző vagy a születést közvetlenül követő problémafelismerés következményei

Szindrómák észlelésekor, már a méhen belüli diagnózis ismeretében olyan speciális intézménybe irányítják a szülőt, ahol rendelkeznek újszülött-intenzív osztállyal. A szülés pillanatától megkezdődik a gyermek kivizsgálása, csecsemő- és gyermekgyógyász, szükség esetén neonatológus (újszülöttgyógyász) bevonásával. Diagnosztizált szindróma esetén a panasz- és tünettan ismeretében megjósolható a fogyatékoság mértéke, a képességekre való kiterjedése, így már a legkorábbi időpontban fel lehet keresni a pedagógiai szakszolgálatot, és megkezdhető a korai fejlesztés. A szakorvosi vizsgálat eredményei és a továbbküldési javaslat a zárójelentésben kerülnek rögzítésre, melyet a neonatológus készít. A szülőnek a zárójelentést be kell mutatnia az illetékes pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottságának, hiszen az abban foglaltak fontos információval szolgálnak a korai fejlesztésre vonatkozóan.

A kórházi védőnő a csecsemő érkezését a Születésértesítő rendszeren keresztül jelzi a területileg illetékes védőnőnek: közli az újszülött adatait, az eddigi vizsgálatok eredményeit, javaslatokat tesz a további vizsgálatokra, szükség esetén pedig javasolja az ellátóintézménybe való irányítást. A védőnő mellett a házi gyermekorvost, háziorvost is értesíti a születésről, illetve a hazaadásról. A hazaadással egy időben felhívják a szülők figyelmét arra, hogy keressék fel a pedagógiai szakszolgálatot, ahol megkapják a szükséges véleményt a korai fejlesztés megkezdéséhez, vagy a már megkezdett korai fejlesztés legitimmé tételéhez.

¹¹ Komlósi Veronika által hozott eset.

Neuromuscularis eltérések esetén, ha a probléma a születést követően hamar kiderül, a szakorvosi vélemény alapján elkezdhető a korai fejlesztés. A szakértői bizottság a szakértői véleményt az orvosi dokumentumok alapján állítja ki.

A központi idegrendszer rendellenességeinek méhen belüli felismerése esetén a csecsemő a születést követően az újszülött-intenzív osztályra kerül. Komplex orvosi vizsgálatoknak vetik alá, s indokolt esetben már ott javaslatot tesznek a szülőknek a terápiák megkezdésére. A kórházi védőnő a további teendőket jelzi a család védőnőjének és házi gyermekorvosának is.

A látás és a hallás sérülése miatti eltérő fejlődés esetén – ha már a kórházban felismerik a problémát – egy orvosi konzíliumot követően a pedagógiai szakszolgálat felkeresését ajánlják a szülőknek a korai fejlesztés megkezdése érdekében (KERÉKI 2019).

Judit esete

Judit édesanyja második terhességéből született a 38. hétre. Az édesanyját a 32. héttől ágynyugalomra ítélték, hogy megelőzzék a koraszülést. Ettől eltekintve a várandósság zavartalanul zajlott, ez idő alatt problémára utaló jelek nem fordultak elő. A szülés azonban nagyon elhúzódott, mert több komplikáció is fellépett: a gyermek farfekvéses volt, ráadásul későn vették észre a nyakára csavart köldökzsinórt. A szülész orvos úgy döntött, császármetszést hajt végre, de akkor már késő volt. A gyermek oxigénhiányos állapotba került, a születést követően nem sírt fel, és életének megóvása érdekében több sürgősségi beavatkozást is végre kellett hajtani. A neonatológus szakorvos a születés után megvizsgálta a csecsemőt és megnyugtatta a szülőket, hogy bár a gyermek oxigénhiányos állapotban volt, ez az állapot nem tartott sokáig, így viszonylag minimális következményei lesznek. Gyermekneurológiai kivizsgálás mellett neurotréninget javasolt a szülőknek, majd a későbbiekre nézve felvetette a Dévény-terápiát, a TSMT-terápiát és a HRG-terápiát lehetőségét, de javasolta a pedagógiai szakszolgálat felkeresését is, korai fejlesztést és gondozást javasolt. Judit pár hónapos korától korai fejlesztő-foglalkozásokon vesz részt, így minimalizálni tudták az oxigénhiány következményeit. Jelenleg 7 éves, enyhe értelmi fogyatékos diagnózissal integrált keretek között kezdi meg az első osztályt.¹²

2.5.2. Védőnői problémafelismerés és a további teendők

A védőnők feladata a várandósságtól veszi kezdetét. A kismama részére nyújtott tanácsadás már a várandósság első trimeszterében elkezdődik. A védőnő a gyermek születését követő kötelező szűrővizsgálatok, tanácsadások, illetve a családlátogatások alkalmával kitöltött szülői kérdőívek eredményeitől függően figyeli a kisgyermek fejlődését. Abban az esetben, ha saját megfigyelései vagy a szülők véleménye alapján gyanús jeleket észlel a gyermek fejlődésével kapcsolatban, írásban kell értesítenie a házi gyermekorvost. Amennyiben az eltérés gyanúja hosszasan fennáll, tájékoztatnia kell a szülőket a pedagógiai szakszolgálat szolgáltatásairól, és javasolnia kell nekik, hogy kérjenek időpontot a szakértői vizsgálatra.

A neuromuscularis eltérések esetén, ha a védőnő a saját megfigyelései vagy a szülők jelzései alapján problémát észlel a gyermek mozgásfejlődésében, azonnal értesíti a házi gyermekorvost a probléma gyanújáról. A védőnő már ekkor tájékoztatja a szülőt a pedagógiai szakszolgálat elérésének útjáról. Ha beigazolódik a gyanú, és a szakorvosi diagnózis alapján a gyermek fejlesztésre szorul, a védőnő a gyermek 18 hónapos kora alatt a járási pedagógiai szakszolgálathoz irányítja a gyermeket, 18 hónapos kor és 3 éves kor között a megyei pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottságánál vagy a Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat Mozgásvizsgáló Gyógypedagógiai Tanácsadó, Korai Fejlesztő, Oktató és Gondozó Tagintézményének szakértői bizottságánál javasol időpontkérést a szülőknek.

A központi idegrendszer rendellenességei esetében, ha mozgásfejlődés- vagy izomtónusbeli eltérés gyanúja áll fenn, a védőnő a házi gyermekorvos felé irányítja a szülőket, aki speciális szakorvosi kivizsgálásokra utalja be a gyermeket. Amennyiben a probléma tartósan fennáll, azt javasolja a szülőknek, hogy keressék fel a pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottságát is.

¹² Komlósi Veronika által hozott eset.

A látás és a hallás sérülése miatti eltérő fejlődés esetén – a védőnői szűrések eredményeként vagy szülői jelzés, illetve a szülői kérdőív alapján – a védőnő közvetlenül elküldheti a gyermeket fül-orr-gégészetre, audiológiára vagy szemészetre, és erről a házi gyermekorvost írásban értesíti (Kereki 2019).

Nelli esete

Nelli édesanyja 41. életévében, a család első gyermekeként, mesterséges megtermékenyítés útján született, 39. hétre. A várandósság alatt semmi problémára utaló gyanú nem merült fel. Születése is zavartalanul zajlott, a kórházi vizsgálatok alatt is mindent rendben találtak. A védőnő és a házi gyermekorvos is többször látták a gyermeket, és szerintük Nelli egészségesen fejlődött. Egyéves korában új védőnőt kapott a család. A védőnő a gyermek hosszas megfigyelését és az anya kikérdezését követően jelezte, hogy a gyermek figyelmében problémát észlel, a mozgásfejlődésében nagymértékű késés mutatkozik, hiszen még csak két alkalommal fordult át a hasáról a hátára. Emellett Nelli hangadásában is eltérést észlelt, de ezt nem tudta pontosan megfogalmazni. A szülők úgy vélték, hogy fiatal védőnőként még a kevés tapasztalat mondatja vele ezeket, ezért – a védőnőnek tett ígéretük ellenére – nem keresték fel a házi gyermekorvost. Ezek után a védőnő hetente többször is érdeklődött a családnál, de folyamatosan kitérő választ kapott, hogy miért nem viszik el kivizsgálásra a gyermeküket. A védőnő két hónapos várakozás után jelezte a probléma gyanúját a házi gyermekorvosnak, aki szintén megkísérelte felvenni a családdal a kapcsolatot. Az édesanya együttműködőnek mutatkozott az orvossal, bár panaszkodott neki a védőnő „zaklatásai” miatt, de végül beleegyezett Nelli kivizsgálásába. A gyermekneurológus a vizsgálatot követően a pedagógiai szakszolgálathoz irányította az anyát, hogy megkezdődhessen a gyermek fejlesztése. Nelli kevert specifikus fejlődési zavar diagnózisával gyógy-pedagógiai fejlesztésben és mozgásterápiában részesült.¹³

2.5.3. Amikor szülői gyanú alapján a házi gyermekorvos/háziorvos ismeri fel a problémát

Szindrómák esetén, amikor a gyermek pszichomotoros fejlődésében a szülő gyanús jeleket észlel és felkeresi a házi gyermekorvost, aki – miután meggyőződött a probléma meglétéről – a szakellátásba irányítja a családot. Ha fennáll az idegrendszeri érintettség gyanúja, minden esetben gyermekneurológiai kivizsgálás szükséges. Természetesen a probléma típusától függően más szakellátás bevonása is szükséges lehet. Amennyiben beigazolódik a gyanú, a diagnosztizálást végző szakembernek javasolnia kell a pedagógiai szakszolgálat intézményének felkeresését (a megfelelő szintet korcsoporttól függően javasolja).

A neuromuscularis eltérések esetén, ha a házi gyermekorvos vagy a háziorvos az első vizsgálat, illetve a szülő és/vagy a védőnő jelzése alapján indokoltnak tartja, szakorvosi kivizsgálást javasol – ez általában gyermekneurológiai, ortopéd szakorvosi vagy gyermekrehabilitációs szakorvosi vizsgálatot jelent. Amennyiben a gyermek mozgásfejlődése területén a tipikus fejlődésmenethez képest 18 hónapos kor alatt legalább 3 hónapot, 18–36 hónapos kor között legalább 6 hónapot meghaladó megkésettséget észlel, a családnak javasolja az illetékes pedagógiai szakszolgálat felkeresését.

A központi idegrendszer rendellenességei esetén, ha az idegrendszeri érintettség gyanúja felmerül, a házi gyermekorvos vagy a háziorvos minden esetben gyermekneurológiai kivizsgálásra irányítja a szülőket. Egyidejűleg tájékoztatja őket a pedagógiai szakszolgálat tevékenységéről, a járási, megyei, illetve az országos szakértői bizottság szerepéről, és időpontkérési javaslatot tesz nekik (az előzőekben leírtaknak megfelelően a gyermek 18 hónapos kora alatt közvetlenül is korai fejlesztésbe kerülhet a szakellátó szakorvos véleménye alapján).

A látás és a hallás sérülése miatti eltérő fejlődés esetén, amikor a szülők észlelése alapján a házi gyermekorvos, háziorvos jogosnak véli a szülők gyanúját, szakellátó szakorvoshoz irányítja őket. Ha a felmerült gyanút a vizsgálatok alátámasztják – és a szakellátó szakorvos ezt nem tette volna meg –, akkor a házi gyer-

¹³ Komlósi Veronika által hozott eset.

meakorvos felvilágosítja a szülőket a pedagógiai szakszolgálatok feladatairól, és javasolja nekik korcsoporttól függően a megfelelő szintű pedagógiai szakszolgálat felkeresését (Kereki 2019).

Lajos esete

Lajos 3,5 éves fiú, aki a várandósság 39. hetében, édesanyja első gyermekeként látta meg a napvilágot. A várandósság zavartalanul zajlott, de születés közben a köldökzsinór a kisfiú nyakára tekeredett, ezért császármetszésre volt szükség. A gyermek születését követően az orvosok megnyugtatták a szülőket, hogy időben cselekedtek, így nincs ok aggodalomra a gyermek fejlődése miatt. A szülők, bízva a szakemberek hozzáértésében, nem gyanakodtak problémára. Az édesanya nagyon körültekintően követte a gyermek fejlődését; minden területre kihatóan figyelte a kisfiát. Már a 3. hónapban észlelt gyanús jeleket a gyermek mozgását és figyelmét, érdeklődését illetően. A védőnő nem látott aggodalomra okot, de azt tanácsolta, hogy konzultáljanak a házi gyermekorvossal, aki elosztatja majd az aggodalmaikat.

A házi gyermekorvos a vizsgálatokat követően rögtön szakorvosi vizsgálatokat javasolt, felvette a kapcsolatot a szakellátó szakorvosokkal, és sürgősségi időpontot kért a család számára, emellett ösztönözte őket, hogy a diagnózis után keressék fel a pedagógiai szakszolgálatot. A vizsgálatok során cerebrális parézist (CP) diagnosztizáltak, amit a születés közbeni oxigénhiánynak tulajdonítottak. A szakorvosi és a Mozgásvizsgáló Országos Szakértői Bizottság véleménye alapján a cerebrális parézis következménye a mozgásfejlődésben és az intellektuális területeken a leginkább megfigyelhető. Korai mozgásfejlesztésre hetente három, kognitív fejlesztésre heti egy alkalommal járt a család. A kisgyermek most 3,5 éves. Fél éve integrált óvodai nevelésben részesül, heti két alkalommal az óvoda saját gyógypedagógusa fejleszti a gyermeket, ezenkívül heti kétszer mozgásfejlesztésre is jár.¹⁴

2.5.4. Teendők, ha a napközbeni ellátást biztosító intézményben ismerik fel a problémát

Szindrómák esetén, amennyiben a kisgyermeknevelő, a bölcsődei orvos, az óvodapedagógus vagy a családsegítő észlel atipikus fejlődéssel kapcsolatos jeleket, a szülőt a házi gyermekorvoshoz, háziorvoshoz irányítja. A felismerést és a küldést az intézmény erre kijelölt szakembere végzi, és a védőnő értesítése is az ő feladata. A házi gyermekorvos vagy a háziorvos, amennyiben az első vizsgálat alapján indokoltnak tartja, szakorvosi kivizsgálást kezdeményez (gyermekneurológiai, ortopéd szakorvosi vagy gyermekrehabilitációs szakorvosi vizsgálat). 18 hónapnál fiatalabb gyermek esetén 3 hónapos lemaradásnál, illetve 18–36 hónapos kor között 6 hónapos lemaradásnál a szakember köteles – az első esetben a járási, a második esetben a megyei – pedagógiai szakszolgálathoz irányítani a családot.

Neuromuscularis eltérések esetén, amennyiben a kisgyermeknevelő, a bölcsődei orvos, az óvodapedagógus vagy a család- és gyermekjóléti szolgálat családsegítője jelzi a mozgásfejlődésbeli késést, a szülőt a házi gyermekorvoshoz vagy a háziorvoshoz irányítják, aki indokolt esetben szakellátó szakorvosi vizsgálatot javasol. Amennyiben a szakorvosi vizsgálatra várni kell, a 18 hónapnál fiatalabb gyermek esetében a 3 hónapot, 18–36 hónapos kor között a 6 hónapot meghaladó tipikus fejlődésmenethez viszonyított késést követően a házi gyermekorvos/háziorvos a szülők egyetértésével kezdeményezheti a gyermek vizsgálatát a megyei pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottságánál, illetve az FPSZ Mozgásvizsgáló Gyógypedagógiai Tanácsadó, Korai Fejlesztő, Oktató és Gondozó Tagintézménye szakértői bizottságánál (18 hónapos kor alatt a közvetlen ellátásba juttatás szakellátó szakorvosi javaslattal lehetséges).

A központi idegrendszer rendellenességei esetén, ha a kisgyermeknevelő, a bölcsődei orvos, az óvodapedagógus vagy a családsegítő szakember mozgásfejlődésbeli eltérést észlel, konzultál a szülőkkel, közli a megfigyeléseit, és javaslatot tesz a házi gyermekorvos felkeresésére. Szülői egyetértés esetén a pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottsága felé szakértői vizsgálatot kezdeményezhet.

Ha a látás és a hallás sérülése miatti eltérő fejlődés esetén probléma gyanúja merül fel, akkor a kis-

¹⁴ Komlósi Veronika által hozott eset.

gyermeknevelő, az intézményi orvos, az óvodapedagógus vagy a családsegítő a megfelelő szakellátásba irányíthatja a szülőket. Ezt követően beszámol a pedagógiai szakszolgálat szerepéről és 18 hónapos kor felett – bizonyított probléma esetén – javaslatot tesz a szakértői vizsgálatra. A korábbiakban említetteknek megfelelően 18 hónapos kor alatt a szakellátó szakorvos közvetlenül irányíthatja korai fejlesztésbe a gyermeket (KEREKI 2019).

Léna esete

Léna édesanyja első terhességéből a 39. hétre született. A várandósság és a szülés lefolyása is gond nélkül zajlott. Lénát az édesanyja 9 hónaposan bölcsődébe íratta, mert úgy döntött, ismét munkába áll. A településen, ahol éltek, csak az óvodán belül volt egy bölcsődei csoport, és mivel gyermekét nem akarta a közeli nagyvárosba vinni, a helyi intézmény mellett döntött. A gyermek beszoktatása zavartalanul zajlott: Léna a kisgyermeknevelőjét és a gondozónőjét is nagyon hamar megszokta, és heti két alkalommal hosszabb ideig, reggel 7 órától délután 5 óráig is a bölcsődében volt. A kisgyermeknevelő folyamatosan figyelte a gyermeket, és feljegyzéseket készített a fejlődéséről. Több hét után úgy vélte, jelzi a szülőnek, hogy a gyermek mozgásfejlődésében késést, kontaktusfelvételében és interakcióiban a tipikustól való eltérést, hangadásában pedig monotonitást észlelt. Az édesanya megnyugtatta a kisgyermeknevelőt, hogy Lénára az új környezet lehet ilyen hatással, mert otthon ő mindezeket nem figyelte meg rajta.

A kisgyermeknevelő próbálta meggyőzni az anyát, hogy nem veszít semmit, hogyha elviszi a gyermeket egy szakértői vizsgálatra, hiszen őt is csak megnyugtadják, ha mindent rendben találnak, de a szülő így is hajthatatlan volt. A kisgyermeknevelő tovább figyelte a gyermeket, és három hónap elteltével újra próbált jelezni a szülőnek. Az édesanya azonban ismét úgy vélte, hogy alaptalan az aggodalom. A kisgyermeknevelő ekkor a feletteséhez fordult és tanácsot kért a megoldás érdekében, mert meg volt győződve arról, hogy a szülő már veszélyezteti a gyermek fejlődését azzal, hogy nem viszi el kivizsgálásra. A bölcsődevezető összehívott egy esetmegbeszélést, melyen rajta kívül az intézménybe járó utazó gyógypedagógus, Léna kisgyermeknevelője és a szülők is részt vettek. A gyógypedagógus és a vezető végül meggyőzte a szülőket, akik beleegyeztek egy szakértői vizsgálatba. Ennek során a gyermeknél sajátos nevelési igényt diagnosztizáltak, kevert specifikus fejlődési zavar miatt. Így kezdetét vehette a fejlesztés, és óvodába lépéskor a gyermek egyes területeken már csak kismértékű fejlődésbeli késést mutatott a társaihoz képest.¹⁵

2.5.5. A diagnózistól az intézménybe kerülésig

A vizsgálatok időpontját a szülők kérik meg mind a szakorvosoktól, mind a szakértői bizottságtól. Amennyiben a szülőn keresztül nem jut el az információ a védőnőhöz, ő a vizsgálatot végző intézménytől is informálódhat a vizsgálat időpontjáról. Amennyiben a szakorvosi vizsgálatokat követően beigazolódik a sérülés gyanúja, a szakellátó szakorvos a gyermeket 18 hónapos koráig közvetlenül a pedagógiai szakszolgálatához utalhatja, ahol a korai fejlesztést nyújtó intézmény a szakorvos diagnosztikai véleménye és terápiás javaslata alapján megkezdheti az ellátást. A pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottsága a szakértői véleményt az orvosi dokumentumok alapján állítja ki (KEREKI 2017; 2019).

18 hónapos kortól 3 éves korig a megyei szakértői bizottságnál kell időpontot kérni, 3 éves kor felett a járási szakértői bizottság az illetékes. Amennyiben a gyermek korától függően komplex szakértői vizsgálatra van szükség, a szakértői véleményben kijelölik az ellátóintézményt. A szakértői véleményben feljegyzést kell készíteni a vizsgálatokról, a diagnózisokról, az ellátás módjáról, a javasolt fejlesztésről, a terápiáról, a szakemberigényről, a foglalkozások gyakoriságáról, a kijelölt intézményről és a további vizsgálatok javaslatáról is.

A védőnő feladata a szociális juttatásokról való tájékoztatás. Az ellátást biztosító intézmény jelzi a védőnőnek a fejlesztés kezdetét és befejezését. A szakértői vizsgálatról/kontrollvizsgálatról/fejlesztésről való távolmaradás esetén első alkalommal a szakember kompetenciája a helyzet kezelése. Amennyiben felmerül a veszélyeztetés gyanúja, a szakember ezt írásban jelzi a védőnőnek, aki a továbbiakban eljár. Az első lépés

¹⁵ Komlósi Veronika által hozott eset.

a hiányzás okának felderítése. Nem igazolható és kezelhető okok esetében, a gyermek veszélyeztetésének gyanúja miatt a védőnő a család- és gyermekjóléti szolgálathoz fordul, és a házi gyermekorvos, illetve az ellátó intézmény felé is jelzést tesz. A család- és gyermekjóléti szolgálat ezt követően a saját jogkörében jár el. Kapcsolatot kezdeményez a védőnővel, a házi gyermekorvossal, háziorvossal (esetleg más jelzéstevővel), akiktől informálódik a gyermek fejlődéséről és a fejlődését veszélyeztető rizikótényezőkről, szociális segítő munkát nyújt. Amennyiben úgy találja, hogy a segítő tevékenység a bevont speciális szolgáltatásokkal együtt nem eredményes, ezt jelzi a család- és gyermekjóléti központnak, kezdeményezi esetkonferencia összehívását, ahol a szakemberek megtárgyalják, hogy szükség van-e hatósági intézkedésre (KERÉKI 2019).

Renátó esete

Renátó az édesanya második gyermekeként, a 40. terhességi hétre, 3250 grammal, 9/10-es Apgarral, spontán úton, zavartalan lefolyású várandósságból született. Az adaptációja rendben zajlott. Tisztán anyatejes táplálásban részesült 6 hónapos koráig. A hozzátáplálás kezdeti időszakában problémák még nem mutatkoztak, viszont máig nem fogad el szilárd ételt, az édesanya pépesített ételekkel eteti. A pszichomotoros fejlődés során késés mutatkozott a hasról hátra, a hátról hasra fordulásban, és a gyermek a 7. hónap végén sem volt képes önállóan fordulni. Az anya a saját megérzései és a többi szülőtárs biztatására felkereste a védőnőt, hogy tanácsot, illetve segítséget kérjen tőle. A védőnő azzal nyugtatta az édesanyát, hogy „csak lusta a baba”, de otthoni környezetben javasolta, hogy a gyermeket pokrócba csavarva görgessék ki, majd vissza, így segítve elő az adott mozgásszakasz fejlődését. Változás sajnos még a 8. hónap végére sem történt, ezért az édesanya a házi gyermekorvoshoz fordult, aki szintén megnyugtatta a szülőket, hogy a gyermeket ép fejlődésüteműnek látja. A szülők ekkor átmenetileg meg is nyugodtak, és a házi gyermekorvos véleményét nem kérdőjelezték meg.

A gyermek 9 hónaposan már önállóan átfordult hasról hátra és hátról hasra is. A kúszás-mászás kimaradt a mozgásfejlődéséből, de 10 hónaposan kapaszkodva felállt, 11 hónaposan pedig önállóan elindult. A 12 hónapos védőnői státuszvizsgálat alkalmával a védőnő normális fejlődésüteműnek ítélte a gyermeket, nem hívta fel a szülők figyelmét a kúszás-mászás kimaradásának problémájára, hosszú távú lehetséges következményeire. Renátó beszéde szintén nem a megszokott módon alakult, ami szintén gyanús volt az édesanyának. A gyermek két éves korára sem beszélt. Újszülöttkorától kezdve sokat sírt, és artikulálatlan hangadással fejezte ki magát. A védőnő a fejlődés késésének jeleit a gyermek nemével magyarázta, miszerint „a fiúk később kezdenek el beszélni, mint a lányok”. A szociális fejlődése is aggodalomra adott okot a családnak, hiszen csecsemőként a szemkontaktust ritkán, és akkor is csak rövid időre vette fel, és 9 hónaposan sem volt érdeklődő, nem igazán vette fel a kapcsolatot a családdal. Az édesanyján kívül az érintést sem viselte el mástól – ilyenkor artikulálatlan hangadással reagált. Szobatisztasága máig nem alakult ki.

A szülők ismét a házi gyermekorvoshoz fordultak, miután egy televíziós műsorban – melyben neves szakemberek nyilatkoztak a korai fejlesztés fontosságáról – felfigyeltek a fejlődésbeli késések hosszú távú következményeire. A szülők megnyugtatója érdekében a házi gyermekorvos fejlődésneurológiai kivizsgálásra küldte a gyermeket. A vizsgálatot követően a fejlődésneurológus a pedagógiai szakszolgálatához irányította a családot, és korai fejlesztésre tett javaslatot. A gyermek a vizsgálat időpontjában már 2 éves és 8 hónapos volt. A vizsgálat eredményeként F83 (kevert specifikus fejlődési zavar) diagnózist kapott, és heti egy koraifejlesztő-foglalkozást írtak elő számára. A három hónapos korai fejlesztés során tapasztalt tünetegyüttes autizmuspektrum-zavar gyanújára adott okot a fejlesztést végző gyógypedagógusnak. Jellemzésében a következők szerepeltek: a gyermeknél hiányzik a spontán szemkontaktus; repetitív manírok, elrévedés, szabályozhatatlan viselkedés és a beszélt nyelv teljes hiánya figyelhető meg nála. Ellenállását artikulálatlan hangadással fejezi ki. Játéktevékenységét monotónia és egysíkúság jellemzi. Szobatisztasága még kialakulóban sincs.

A gyógypedagógus hatására magánúton egy gyermekpszichiátert keresett fel a család, aki igazolta az autizmuspektrum-zavar gyanúját. Szakvéleménye egy újabb komplex szakértői vizsgálatot eredményezett, ahol a vizsgálatvezető egy autizmus spektrum pedagógiája szakos gyógypedagógus volt. A vizsgálat a gyermek harmadik születésnapján történt, és az F84.0 (gyermekkori autizmus) diagnózist kapta. Korai fejlesztésre heti 4 órát jelöltek ki az óvodába kerülésig, ezek után pedig egy speciális óvodai csoportba való beíratást javasolták, ahol a gyermek egész nap speciálisan képzett szakembe-

rek között lehet. A szülők aggodalma sajnos jogosnak bizonyult, mert több mint két évbe telt, mire a gyermek a megfelelő diagnózis után a megfelelő terápiához jutott. Ha a szülők belenyugodtak volna a védőnő és a házi gyermekorvos elsődleges véleményébe, nem harcoltak volna azért, hogy kiderüljön a probléma.¹⁶

2.6. A kora gyermekkori intervencióban alkalmazott eljárások

Az orvosi diagnózisra, illetve a pedagógiai szakszolgálatok szakértői bizottságainak állapotmegismerésére, majd a felállított komplex diagnózisra alapozva a gyermekek és családjaik szükségletalapú szolgáltatásra, fejlesztő-, terápiás, rehabilitációs/rehabilitációs ellátásra jogosultak. Az alábbiakban a kora gyermekkori intervencióban leggyakrabban alkalmazott, illetve legismertebb eljárások egy köre kerül bemutatásra, amely elsősorban a mozgásterápiás, mozgásfejlesztő módszereket tartalmazza.

2.6.1. Újszülött- és csecsemőkori neurohabilitációs tréning (neuroterápia)

Azoknál a csecsemőknél, akiknél szükségesnek tartják, a szakemberek a Katona-féle neurohabilitációs tréninget már a kórházi tartózkodás alatt megtaníthatják a szülőknek. Ez a prof. dr. Katona Ferenc és munkacsoportja által kifejlesztett módszer elsősorban oxigénhiány miatt károsodott csecsemők kezelésére alkalmas, de koraszülöttek esetében is jól alkalmazható. Az újszülötteknél jelen lévő komplex elemi mozgásmintákat naponta több alkalommal, rendszeres időközökkel kiváltják a csecsemőkből, azáltal, hogy különböző gravitációs helyzetekbe hozzák őket. Ez a tréning a kóros izomtónus és a mozgásszervezés normalizálására is alkalmas (BERÉNYI–KATONA 2015).

2.6.2. Leggyakrabban használt mozgásterápiás, mozgásfejlesztő eljárások

2.6.2.1. Gyógytorna

A szakirodalom tágabb értelemben a mozgásterápiákhoz sorol minden olyan mozgásformát, amellyel egészségmegőrző, megelőző, gyógyító és helyreállító hatás gyakorolható a mozgásszervrendszerre, az idegrendszerre, valamint a keringés, a légzés és az anyagcsere érintett funkcióira. Szűkebb értelemben a mozgásterápia a gyógytornát jelenti, ami pontos klinikai vizsgálat alapján, célzott, adagolt és módszeresen megtervezett ingerek segítségével funkciójavulást hoz létre. A kora gyermekkori intervenció területén a mozgásterápiákat gyógytornászok végzik, akik az úgynevezett bázistechnikák mellett többek között neuroterápiát (Katona-módszer), Dévény-féle speciális manuális technikát (DSGM), Bobath-koncepciót és masszázstechnikákat alkalmaznak. A mozgásterápia alkalmazása minden olyan esetben indokolt, amikor a tartási és/vagy mozgási funkciók primer vagy szekunder károsodása áll fenn. Amennyiben a sérülés súlyos és maradandó funkciókárosodást hozott létre (például cerebrális parézis), a funkcionális kezelés mellett pedagógiai jellegű eljárások és szociális tevékenységek ötvözésével tudják a tervszerű, interdiszciplináris együttműködésen alapuló ellátást biztosítani (AUNER–HAJTÓ–VÁRÓ 2012).

2.6.2.2. Dévény-féle speciális manuális technika

A módszer Dévény Anna nevéhez fűződik. Ez egy komplex kezelési technika, amely az izom-inrendszer természetes állapotát állítja vissza úgy, hogy az izmokban és inakban található idegvégződéseken keresztül

¹⁶ Komlósi Veronika által hozott eset.

ingerli az idegrendszert. Olyan speciális fogások rendszere (nem hasonlítható össze a masszázssal), amely egyéni fejlesztés során valósul meg. Az oxigénhiány következtében kialakult neurológiai tüneteket mutató vagy megkésett mozgásfejlődésű gyermekek részére rendkívül hatékony módszer (MOLNÁR 2009).¹⁷

2.6.2.3. *Pfaffenrot-féle szinergetikus reflexterápia (SzRT)*

Az SzRT több száz fogásból álló manuáltechnika, amely alapvetően a cerebrális mozgászavarokra specializálódott. A módszer célja a prevenció (megelőzés), a mozgató szervrendszer elváltozásainak csökkentése, megszüntetése és az izomtónus normalizálása. Ajánlott a cerebrális parézises (CP) gyermekek részére, valamint megkésett mozgásfejlődés, ferde nyaktartás esetén, továbbá azok számára, akiknél az izomtónus és a mozgatószervrendszer elváltozásainak zavara áll fenn. Központi idegrendszerű mozgászavar esetén (például oxigénhiány, agyvérzés), illetve az izomtónus eltéréssel járó genetikai betegségeknél (például Down-szindróma, Rett-szindróma) is hatásos. A szülők és főleg a gyermekek szempontjából fontos, hogy a terápia nem okoz fájdalmat.¹⁸

2.6.2.4. *Bobath-koncepció*

A Bobath-koncepció a cerebrális parézis mozgásterápiás eljárása. A módszer a reflexgátlásra, az izomtónus normalizálására épül, ami az egyéb technikákkal együtt elősegíti a fiziológias tartást és az aktív, automatikus mozgásokat. A cél a gyermek bevonása a kezelésbe, és nem maga a kezelés. A Bobath-terápia által serkenthetővé, élénkíthetővé, ösztönözhetővé válhatnak az agytevékenységek, hiányjelenségeket kompenzálhatnak, és lehetséges az újratanulás, miközben a gyermeki agy saját stratégiái fejlődnek (DÓLA-FEHÉRNÉ Kiss 2013).

2.6.2.5. *Dinamikus szenzoros integrációs terápia (DSZIT)*

A DSZIT lényege a következő: döntően mozgásos, játékokra épülő, de pszichoterápiás megfontolásokat is tartalmazó terápiás és fejlesztő keret, melyben a gyerekek megélhetik önállóságukat, a saját testük felett megvalósítható kontrolljukat és értelmes alkalmazkodásukat a környezetükhöz – mindezt valós fizikai térben, saját motivációjuk öröme és felelőssége alapján (SZVATKÓ et al. 2018).

2.6.2.6. *Fröhlich-féle bazális stimuláció*

A bazális stimuláció az anyaméhben jelen lévő ingerekre épít, azokig nyúl vissza. Ezek lehetnek szomatikus, vesztibuláris (egyensúlyi) és a vibratorikus (rezgéses) ingerek. Minden rendelkezésre álló receptort bevon a fejlesztésbe. Célja az ingerek feldolgozásának elősegítése. Jellemzően a súlyosan halmozottan fogyatékos személyek pedagógiai módszereként ismert.

A gyermekek/felnőttek részére bazális ingereket (érzékelési ingereket, információkat) kínálnak fel, melyeket megtapasztalhatnak. Szomatikus ingerlésnél a leggyakoribb eszköz a pezsgőfürdő vagy a masszázs; vesztibuláris ingerlésre a hintáztatást szokták alkalmazni, míg a vibratorikus stimulációra a hangok rezgésének érzékelése, a hangtálak is megfelelőek. A vibratorikus észleléshez közvetlenül kapcsolódik az akusztikus ingerlés. A taktilis ingerlésben különböző felületű tárgyakkal, a vizuális ingerlés során pedig különböző fényekkel stimulálják az agyat. A terápiának az illatinger is része lehet. (ROSTA 2006)

2.6.2.7. *Hidroterápiás Rehabilitációs Gimnasztika (HRG)*

A HRG-módszert Lakatos Katalin dolgozta ki. A terapeuta egy általános mozgásvizsgálatot követően kezdi el a gyermek fejlesztését, és maga a terápia langyos vízben történik. A HRG-módszer az idegrendszer kéreg

¹⁷ Bővebben lásd Dévény Anna honlapját: <http://www.deveny.hu/>

¹⁸ Bővebben lásd a Pfaffenrot-féle szinergetikus reflexterápia honlapját: <http://pfaffenrot.hu/>

alatti szabályozására van pozitív hatással. A terápia alkalmazása során a viselkedésszervezés, a kognitív funkciók, a mozgás, a beszéd komplex fejlődése figyelhető meg. Neuro-szenzomotoros mozgásvizsgálatot követően kezdhető meg a terápia. Ajánlott súlyos fokban sérült, viselkedészavaros, megkésett pszichomotoros fejlődésű, autista és részképesség-zavaros gyermekek részére egyaránt. A terápia heti egy alkalmat érint, de mellette szükséges a szárazföldi szenzomotoros terápia folyamatos végzése is.¹⁹

2.6.2.8. Tervezett szenzomotoros tréning (TSMT)

A mozgásfejlesztés során érik és strukturálódik az idegrendszer. A feladatok kötöttek, feladatsorokba rendezetten vannak felépítve. A terápia lényege, hogy előre tervezett ingerekkel indít el spontán fejlődést a gyermekeknél. A mozgásos feladatokra épülő terápia segíti a gyermekek mozgásának összerendezettségét, fejleszti az egyensúlyérzékét, emellett pozitív hatással van a magatartásra és a figyelemre is. A fejlesztés részben otthon, megadott rendszerességgel, megadott feladatsor végzésével történik. A terápia ajánlott a mozgáskoordinációs, mozgástervezési problémákkal, valamint a megkésett pszichomotoros fejlődésű, szenzoros integrációs zavaros gyermekeknek. A megkésett beszédfejlődésű, a hiperaktív, a figyelemzavaros, az autizmus spektrum-zavaros és a koraszülött gyermekek részére szintén hatékony fejlesztő eljárás.²⁰

2.6.2.9. INPP

Ez a módszer, melyet az angliai Neuro-fiziológiai és Pszichológiai Intézet (Institute for Neuro-Physiological Psychology) munkatársai dolgoztak ki, a megkésett idegrendszeri fejlődés szűrését követően kerülhet alkalmazásra. A korai idegrendszeri fejlődés megkésetttségének, éretlenségének következményei ugyanis kihathatnak a mozgásfejlődésre, a megismerési és tanulási képességekre, emellett viselkedési problémákat is okozhatnak. A terápiát mindig az adott gyermek fejlődési igényeinek megfelelően választja ki a terapeuta (GODDARD BLYTHE 2014).

2.6.2.10. Alapozó terápia

Az alapozó terápia az idegrendszeri érést segíti elő. Fejlődésneurológiai elveken nyugvó, idegrendszeri érést elősegítő konduktív jellegű terápia. Az idegrendszeri érést kronologikusan veszi számításba, ezért sorrendben stimulálja az idegpályákat, és így építi fel az idegi struktúrákat. Gyakorlatai feladatsorai meghatározott, szigorú sorrendben épülnek fel, s főként a mozgáskoordinációs és anyanyelvi problémák kezelésében a leghatékonyabbak (BARTHEL–FODORNÉ FÖLDI–RÁCZ–BOGNÁR 2009).²¹

2.6.2.11. Állatasszisztált terápia (AAT)

Az állatasszisztált (főként vizsgázott terápiás kutyák jelenlétében végzett) terápia Magyarországon még nem terjedt el széles körben a korai fejlesztésben, bár jótékony hatása már régóta bizonyított. Az AAT a fizikai hatások mellett (a stresszmutatók, a vérnyomás és a pulzusszám csökkenése) szociális és emocionális hatással is bír (az állat feltétel nélküli szeretete, elfogadása, a motiváció felkeltése és fenntartása, stb.). Ezzel a módszerrel játékos formában fejleszthetők a gyermekek képességei: egyfajta kommunikációs katalizátorként segíti más terápia hatásfokát, hiszen különböző ingereken (taktilis, auditív, vizuális stb.) keresztül segíti a megismerést. Emellett például a kutyák simogatása neurokémiai anyagok termelődését indítja el az agyban (szérumoxitocin, prolaktin, β -endorfin, noradrenalin, kortizol és dopamin), ami fokozza a jólét érzését, a pozitív hangulatot és segíti a kapcsolódást (ODENDAAL 2000).

¹⁹ Bővebben lásd a BHRG Alapítvány honlapját: <http://bhrghu/>

²⁰ Lásd az előző lábjegyzetet.

²¹ Bővebben lásd az Alapozó Terápiák Alapítvány honlapját: <http://www.alapozoterapiak.com/>

2.6.3. Pedagógiai hangsúlyú mozgásrendszerek

2.6.3.1. Gyógypedagógiai tanácsadás és korai fejlesztés

A pedagógiai szakszolgálati rendelet összefoglalja a korai fejlesztés és gondozás tevékenységeit, így beletartozik a komplex gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai tanácsadás, a kognitív, a szociális, a kommunikációs és a nyelvi készségek fejlesztése, a mozgásfejlesztés és a pszichológiai segítségnyújtás.²²

A gyógypedagógusok minden esetben a gyermekek erősségeire alapozva építik fel a megkésett területek fejlesztését. A tanácsadások/fejlesztések ambuláns keretek között zajlanak a szülő vagy a szülők jelenlétében. Ez lehetőséget ad nekik a fejlesztések megfigyelésére és a szülői szerepükben való megerősödéssel. A látottak és hallottak alapján az otthoni környezetet is a legideálisabban tudják alakítani, igazodva a lehetőségeikhez és a gyermek optimális fejlődéséhez. A szülőkkal folytatott beszélgetés általában szerves része a korai fejlesztő-foglalkozásoknak. Leggyakoribb témák a gyermek eltérő fejlődésmenetéből eredő problémás helyzetek elemzése/megoldása, az aktuálisan adódó családon belüli interakciók kezelése és a napi rutin kialakítása. Emellett gyakoriak még az etetés, az alvás és a szobatisztaság nehézségeivel kapcsolatos beszélgetések. Egyéni és csoportos formában valósítható meg.

A gyógypedagógiai fejlesztés területei:

- a kognitív területek fejlesztése
- a figyelemkoncentráció fejlesztése
- a finommotorika fejlesztése
- a beszéd és a kommunikáció fejlesztése
- a szociális-érzelmi terület fejlesztése
- önkiszolgálásra és önállóságra segítés

A fejlesztések területét minden esetben kijelölik a szakértői véleményben, viszont a gyógypedagógus kompetens az aktuális állapot feltérképezésére és szükség esetén új területek fejlesztésbe való bevonására (CZEIZEL–KEMÉNY 2015).

A korai fejlesztés keretében történő egyéni és csoportos fejlesztéseket és terápiákat mindig a gyermekek korához, aktuális állapotához, képességprofiljához, személyiségéhez és a családok igényeihez igazítják. A pszichomotoros és a szenzomotoros fejlesztés fontos része a korai fejlesztésnek. A beszéd, a mozgás és a gondolkodás szorosan összefügg, így bármely terület zavara kihat a többi területre is. Mindegyik terápia lényege, hogy mozgásgyakorlatokon keresztül hasson a csecsemők és kisgyermekek testi, értelmi és érzelmi fejlődésére (SZANATI 2011).

2.6.3.2. Konduktív pedagógiai nevelés

A konduktív pedagógia Pető András orvosprofesszor nevéhez fűződő komplex nevelési módszer, nem gyógypedagógiai terápia. Felfogása szerint a mozgássérülések hátterében az idegrendszer sérült vagy hiányos működése és a különböző funkciók összhangjának hiánya áll. A Pető-módszer alapeszméje, hogy az agyban a sérülés ellenére is léteznek kihasználatlan kapacitások, ezért tanítás-tanulás útján lehetséges új kapcsolatok kialakítása. A konduktív pedagógiai nevelés célja a személyiségfejlesztés és a készségek kibontakoztatásának elősegítése aktív tanulás útján. Ez egy módszertanilag egységes elvek alapján felépített, tervezett és szervezett folyamat, melyben elsősorban a gyermek életkora és állapota a meghatározó, de a motoros, az értelmi és érzelmi, a szociális és kommunikációs területek feltérképezése sem maradhat el. A nevelési-oktatási tartalom meghatározására mindezek ismeretében kerülhet sor.

A mozgás fejlesztése a többi képesség fejlesztésével együtt történik, így alkotva szerves egészet, ami a személyiségfejlődés részeként értendő. Emellett fontos még kiemelni a negatív személyiségjegyek kialakulásának megelőzését is, amire nagy hangsúlyt fektetnek. A konduktorok nem gyógypedagógusok, hanem egy teljesen önálló képzési rendszerben képzett pedagógusok, akik a konduktív nevelési folyamat egészében

²² 15/2013. (II. 26.) EMMI-rendeletet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről 4. §.

részt vesznek. Fontos feladatuk az érdeklődés felkeltése és a motiváció fenntartása, hiszen az aktív tanulás és a tevékenykedtetés csak így valósulhat meg eredményesen. Feladataik közt szerepel még a mozgássérült gyermekek önálló problémamegoldásának elősegítése, az öntevékenységre és aktivitásra készítetés (FEHÉR 2015). A konduktív pedagógiával kapcsolatos szabályozásokat a 15/2013. (II. 26.) EMMI-rendelet²³ és a 2011. évi CXCV. törvény²⁴ tartalmazza.

Az agy plaszticitása miatt a minél korábbi életkorban megkezdett beavatkozás a legcélravezetőbb, hiszen egyéves kor alatt a konduktív neveléssel megelőzhető a gyermekek passzivitása és mozgásszegénysége, emellett a kóros tartások és kontraktúrák kialakulása is kisebb valószínűséggel következik be. A fejlesztés során megakadályozzák a kóros sztereotípiák rögzülését, és a viselkedési és adaptációs problémákat is megelőzik. A tanulási nehézségek későbbi kialakulására, az értelmi képességek elmaradásának megelőzésére is nagy hangsúlyt fektetnek. A személyiségfejlesztés fontos része a diszfunkciós személyiségjegyek és a betegként való viselkedés kialakulásának prevenciója.

A további fogyatékosságok kialakulásának megelőzése és a család életvitelének, működésének optimalizálása miatt is kiemelkedően fontos a korai kezdet. A szakemberek az első vizsgálatot/szűrést és/vagy tanácsadást követően komplex diagnózist állítanak fel. Ezt követően javaslatot tesznek a szülőknek a fejlesztés megkezdésére, időtartamára és kereteire. Ezután megszervezik a gyermek számára legoptimálisabb mozgás-, kognitív és kommunikációs fejlesztést, amit csoportos, páros vagy egyéni formában valósítanak meg. A konduktor a szülőkkel szorosan együttműködve fejlesztési tervet készít, amit a gyermek állapotának függvényében folyamatosan aktualizálnak. Ebben rövid és hosszú távú célokat fogalmaznak meg, amelyek megvalósulását figyelemmel kísérik. A konduktorok számára a tünetek megelőzésén túl a családok szemléletformálása is fontos feladat (FEHÉR 2015).

2.6.3.3. Zeneterápia

A zeneterápián belül is több fajta módszer létezik, például a Kokas-módszer, Magyar mozgáskotta módszer stb. Ezek a módszerek jellemzően a személyiségfejlesztés eszközeiként szolgálnak, amelyeknek célja a magatartászavarok enyhítése, a mozgás és figyelemfejlesztés, valamint a kommunikációs képességek fejlesztése. A foglalkozások egyéni vagy kiscsoportos formában történnek, melynek során a sérült funkciók korrekciója és kompenzációja valósul meg. Növeli a mozgásigényt, segít a mozgás összerendezésében, mindazonáltal az anya-gyermek kapcsolat erősítését is szolgálja.

2.7. Pszichológiai ellátás

A kora gyermekkori intervenció fontos és elengedhetetlen része a pszichológiai ellátás. Minden olyan esetben indokolt, amikor a probléma megoldása pszichológusi kompetenciát igényel. A probléma a gyermek pszichés és/vagy testi működésében vagy a környezettel való kapcsolatában is megnyilvánulhat. Az ellátás formáját és kereteit a szakember és a család igényei határozzák meg. Szükség esetén a pszichológus kizárólag a szülőkkel konzultál, de előfordul, hogy a gyermek is részt vesz az alkalmakon, hogy a kapcsolatuk megfigyelhető legyen. Gyakori az is, hogy a szakember a szülői konzultációk után egyedül fogadja a gyermeket és pszichoterápiában részesíti, s csak kiegészítésként konzultál a szülőkkel. Sérült gyermeket nevelő családban a testvér is gyakran kerül olyan helyzetbe, ahol pszichológiai beavatkozás szükséges (Czeizel–KEMÉNY 2015).

²³ 15/2013. (II. 26.) EMMI-rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről.

²⁴ 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről.

Önellenőrzés

1. Mi a különbség a kora gyermekkori intervenció, a korai intervenció és a korai fejlesztés fogalmai között?
2. Sorolja fel a kora gyermekkori intervenció tevékenységeit!
3. Sorolja fel a kora gyermekkori intervenció célcsoportjait!
4. Milyen lehetséges utakat járhat be egy kisgyermeknevelő, aki fejlődésbeli problémát észlel a csoportjába járó kisgyermeknél?
5. Soroljon fel öt eljárást, melyeket a korai fejlesztés során alkalmaznak a szakemberek, és jellemezze is azokat!
6. Mi a különbség a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és a konduktív pedagógiai nevelés között?

A fejezet alapján a mindennapi gyakorlatban hasznosítható feladatok

1. Gondolja végig, hogyha a csoportjába járó egyik kisgyermek fejlődésével kapcsolatban problémát észlelne (például a magatartásában vagy a mozgásfejlődésében stb.), akkor mit tenne annak érdekében, hogy a gyermek a megfelelő ellátásban részesüljön?
2. Ha egy szülő a tanácsát kérné, hogy a megfelelő fejlesztőeljárást választhassa ki a gyermeke részére, merre, hová irányítaná?

A tananyag kapcsán felmerülő kérdéseim, tapasztalataim

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ INTÉZMÉNY- ÉS TEVÉKENYSÉGRENDSZERE

Kulcsfogalmak:

- *pedagógiai szakszolgálat*
- *szakértői bizottsági tevékenység*
- *nevelési tanácsadás*
- *logopédiai ellátás*
- *konduktív pedagógiai ellátás*
- *gyógytestnevelés*
- *óvodapszichológiai ellátás*
- *kiemelten tehetséges gyermekek*
- *észlelés*
- *szűrés*
- *állapotmegismerés*
- *konzultáció*
- *fejlesztés*
- *értékelés*

3.1. A kora gyermekkori intervenció szereplői és együttműködésük

A gyermek születésétől az iskolába lépéséig a (speciális ellátást igénylő) gyermek és családja támogatásában három ágazat játszik szerepet: az egészségügyi, a köznevelési és a szociális szektor. Ezen ágazatok 2010 óta az Emberi Erőforrások Minisztériumának irányítása alá tartoznak. Különbféle jogszabályok, irányelvek, standardok és protokollok vonatkoznak az egyes területekre, melyek összehangolása szükséges a megfelelő jogszabályi háttér megteremtéséhez.

A hazai kora gyermekkori intervenciók intézményrendszer szereplői közé soroljuk mindazokat az egészségügyi, köznevelési, szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti, illetve egyéb intézményeket, valamint mindezek képviselőit, akik a fogantatástól a gyermek iskolába kerüléséig a speciális támogatást igénylő gyermekekkel, illetve családjaikkal kapcsolatba kerülnek (KEREKI 2015b).

1. táblázat. A kora gyermekkori intervenció szereplői²⁵

Egészségügy	Szociális/gyermekevédelem/ gyermekjólét	Köznevelés	Egyéb szereplők
Védőnő	Falu- és tanyagondnoki szolgálat	Óvoda	Magánellátók: egyéb korai fejlesztést végző intézmények korai diagnosztikát, terápiát, utánkövetést végző intézmé- nyek (eü.) egyéb egészségügyi finanszí- rozású szolgáltatók

²⁵ Forrás: KERÉKI 2017, 159–160.

Egészségügy	Szociális/gyermekvédelem/ gyermekjólét	Köznevelés	Egyéb szereplők
Házi gyermekorvos, háziorvos	Család- és gyermekjóléti szolgálat, család- és gyermekjóléti központ	Pedagógiai Szakszolgálati Intézmény:	Fogyatékos személyek érdekvédelmi szervezetei
Szülészet	Támogató szolgálat	járási pedagógiai szakszol- gálat	Kormányhivatal
Perinatális (neonatólis) intenzív centrum	Fogyatékos személyek nappali intézménye	megyei/Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat és tagintézmé- nyei	Önkormányzatok
Újszülöttosztály, csecsemőosztály	Fogyatékos személyek ápoló- gondozó otthona	országos tagintézmény (országos szakértői bizottság)	Klebelsberg Központ, Tankerületi központok
Gyermekhabilitációs, -rehabili- tációs intézmények	Biztos Kezdet Gyerekház		Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
Speciális szakellátás	Napközbeni ellátások: bölcső- de, minibölcsőde, munkahelyi bölcsőde, családi bölcsőde Napközbeni gyermekfelügye- let, alternatív napközbeni ellátások	Egységes gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai mód- szertani intézmény (EGYMI)	Képzőintézmények
	Befogadó szülő: helyettes szülő, nevelőszülő, speciális nevelőszülő és különleges nevelőszülő		Rendőrség
	Gyermekek átmeneti otthona		Bíróság
	Családok átmeneti otthona		Ügyészség
	Gyermekotthon		Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
	Területi gyermekvédelmi szak- szolgálat		Szülők
	Gyámhatóság		

Egészségügy	Szociális/gyermekvédelem/ gyermekjólét	Köznevelés	Egyéb szereplők
Szakemberek: szülész-nőgyógyász szülésznő neonatológus gyermekneurológus gyermekpszichiáter genetikus szemész fül-orr-gégész audiológus ortopéd szakorvos gyermekrehabilitációs szak- orvos egyéb szakorvos dietetikus gyógytornász	Szakemberek: szociális munkás csecsemő- és kisgyermek- nevelő óvodapedagógus pedagógus értelmileg akadályozottak szakirányon végzett gyógype- dagógus tanulásban akadályozottak szakirányon végzett gyógype- dagógus logopédus látássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógype- dagógus hallássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógype- dagógus pszichopedagógus szomatopedagógus autizmus spektrum pedagógi- ája szakirányon végzett gyógy- pedagógus gyógytornász konduktor (klinikai szak)- pszichológus gyermekpszichiáter	Szakemberek: óvodapedagógus értelmileg akadályozottak szakirányon végzett gyógype- dagógus tanulásban akadályozottak szakirányon végzett gyógype- dagógus logopédus látássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógype- dagógus hallássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógype- dagógus pszichopedagógus szomatopedagógus autizmus spektrum pedagógi- ája szakirányon végzett gyógy- pedagógus gyógytornász konduktor gyermekpszichiáter klinikai gyermek-szakpszicho- lógus tanácsadó szakpszichológus klinikai és mentálhigiénés szakpszichológus neuropszichológiai szakpsi- chológus	

3.2. A kora gyermekkori intervenció – egészségügyi ágazati tevé- kenységek

A legismertebb ellátórendszer az egészségügyi ellátórendszer, amelynek keretében működik az alapellátás (házi orvos, házi gyermekorvos, alapellátást nyújtó fogorvos és a védőnő), a járóbeteg-szakellátás (például szemészet, fül-orr-gégészet, ortopédia, gyermekneurológia), a fekvőbeteg-szakellátás (például perinatális [neonatális] intenzív centrumok, gyermekrehabilitációs/-rehabilitációs osztályok), de egyéb egészségügyi ellátási formák is ide tartoznak (például mentés, klinikai szakpszichológia).

A prevenció (megelőzés) és a korai felismerés szükségességének jogszabályba rögzítése már több mint húsz éve megtörtént. A szűrővizsgálatok elvégzésének feladatait az 1997. évi CLIV. törvény tartalmazza.²⁶

Az egészségügyi jogszabályokban már a perikonceptcionális (gyermekvállalás előtti) időszak is megjelenik, a védőnők kiemelt szerepét hangsúlyozva a családtervezési ismeretek átadásában. A szülészeti genetikai tanácsadás során a szakorvosok a sérült gyermek megszületésének kockázatát határozzák meg, és arra törekcsenek, hogy a magas genetikai rizikójú családokban is születhessen egészséges gyermek. 2014-től a fogamzáskor betöltött 37. életévtől kezdve a genetikai tanácsadás már kötelezően része a várandósgondozásnak (KERÉKI 2017).

A jogszabályok a magzat egészséges fejlődésének nyomon követésére, a megelőzésre, a korai felismerésre és a 0–7 éves gyermekek szűrővizsgálataira is kitérnek. A 2015 végén befejeződött *TÁMOP-6.1.4 Kora gyermekkori (0–7 év) program* keretében a védőnői munka támogatására egységes szemléletű rizikókérdőívet fejlesztettek ki, melyet a védőnő a várandósság ideje alatt, a gyermek egy hónapos korában, valamint a későbbiekben, bármilyen általa észlelt probléma esetén vesz fel. Ugyancsak ebben a programban dolgoztak ki egy szülői kérdőívet, melyet 12 kötelező és 3 kiegészítő korcsoportban tölt ki a szülő (ha kell, védőnői segítséggel) a gyermek 0–7 éves kora között. A kérdőív kérdéseire a védőnő is válaszol, és ha eltérést észlel a

²⁶ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.

szülői és saját véleménye között, a házi gyermekorvoshoz, háziorvoshoz küldi tovább a szülőt a gyermekkel. Emellett a védőnői szűrővizsgálati kérdéseket is korszerűsítették és összehangolták a szülői kérdőívvel, valamint a házi gyermekorvosok, háziorvosok számára egységes vizsgálati szempontsorokat fogalmaztak meg (ALTORJAI–FOGARASI–KEREKI 2015). 2017. október 30-tól jogszabály rendelkezik a szülői kérdőív kötelező használatáról.²⁷

Az újszülött, koraszülött, kis súllyal született és (egészségi-környezeti okok miatt) veszélyeztetett csecsemők pszichoszomatikus fejlődésének fokozott figyelemmel kísérését és segítségét a 49/2004 ESzCsM-rendelet taglalja.²⁸

3.3. Együttműködés más ágazatokkal

A megelőzés, a felismerés és az egészséget veszélyeztető tényezők megszüntetésének feladatai az egészségügyi jogszabályokban fontos helyet foglalnak el, ebből következően kitérnek a társágazatokkal való együttműködésre. A védőnők feladatai közé sorolják a köznevelési és a szociális partnerekkel való együttműködést is, a gyermekjóléti és családsegítő szolgálatok más intézményekkel való együttműködését pedig kifejezetten hangsúlyozzák. A szakellátás szintjén az együttműködés leginkább az egészségügyi szociális szakembereken keresztül valósul meg. Az egészségügyben dolgozó kórházi szociális munkás feladata lehet a szülészeti-nőgyógyászati osztályon a válsághelyzetben lévő gyermekek és édesanyák segítése, ezen belül például a gyermekosztályra kerülő gyermekek elhanyagolásának és bántalmazásának gyanúja esetén a gyermekjóléti és családsegítő szolgálat értesítése. A kórházi védőnővel szoros együttműködésben kell tevékenységeit végeznie, s mivel feladataik sokszor átfedhetik egymást, fontos köztük a hatékony feladatmegosztás.

A korai életszakaszt tekintve a köznevelés és az egészségügy kapcsolódása kevesebb ponton lelhető fel az egészségügyi jogszabályokban; az egészségügyi ellátónak adott esetben köznevelési intézményekbe (pedagógiai szakszolgálatokhoz) való átirányítási kötelezettsége nem jelenik meg bennük (KEREKI 2017).

2003 óta jogszabályban²⁹ is megtalálhatók a pedagógiai végzettséggel is ellátható egészségügyi szakmák, ami logopédiai, konduktori és gyógypedagógusi tevékenységeket jelent.

3.4. A kora gyermekkori intervenció – köznevelési ágazati tevékenységek

A köznevelés néhány éve jelentős átalakuláson ment keresztül, ami az intézményrendszer felépítésében, az ellátandó feladatok tekintetében és a finanszírozás jellegében is nyomon követhető. A kora gyermekkori intervenciót érintően a pedagógiai szakszolgálat rendszere és feladatai is átalakultak.

3.4.1. A pedagógiai szakszolgálati rendszer és tevékenységei

A jogszabályok tükrében a köznevelés rendszerében lévő különleges bánásmódot igénylő gyermekek támogatását a pedagógiai szakszolgálatok végzik. A pedagógiai szakszolgálat intézményrendszerének struktúrája kétszintűvé alakult: a székhelyintézmények és a tagintézmények alkotják a két szintet. Az egyes megyékben (illetve a fővárosban) a székhelyintézményként működő pedagógiai szakszolgálati intézmények végzik a szakmai irányítást és koordinálást. A hierarchia második szintjén egyrészt a járási tagintézmények működnek, másrészt vannak olyan megyei és fővárosi tagintézmények, melyek a megyékben, illetve a fővárosban egyes pedagógiai szakszolgálati feladatokat több járásra kiterjedő működési körzettel látnak el. Harmadrészt országos tagintézményekről beszélünk, amelyek az egyes pedagógiai szakszolgálati feladatokat országos

²⁷ 51/1997. (XII. 18.) NM-rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról. 1. sz. melléklet.

²⁸ 49/2004. (V. 21.) ESzCsM-rendelet a területi védőnői ellátásról.

²⁹ 60/2003. (X. 20.) ESzCsM-rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről.

működési körzettel végzik. Végül működnek szakosított tagintézmények is, amelyek legfeljebb két szakszolgálati feladatot látnak el (KEREKI 2017).

Jelenleg a pedagógiai szakszolgálatok tevékenységei alá az alábbi területek tartoznak:³⁰

- gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás
- szakértői bizottsági tevékenység
- nevelési tanácsadás
- logopédiai ellátás
- továbbtanulási, pályaválasztási tanácsadás
- konduktív pedagógiai ellátás
- gyógytestnevelés
- iskolapszichológiai és óvodapszichológiai ellátás
- a kiemelten tehetséges gyermekek, tanulók gondozása

A pedagógiai szakszolgálat által ellátott kilenc feladat közül nyolc látókörében van benne a számunkra releváns korcsoport – egyedül a továbbtanulási, pályaválasztási tanácsadás nem érinti a születéstől az iskolába lépésig tartó életszakaszban lévő gyermekek ellátását.

3.4.1.1. *Gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás*

A pedagógiai szakszolgálati rendelet tartalmazza a korai fejlesztés feladatát, mely szerint: „A korai fejlesztés és gondozás feladata a komplex kora gyermekkori prevenció, tanácsadás és fejlesztés: az ellátásra való jogosultság megállapításának időpontjától kezdődően a gyermek fejlődésének elősegítése, a család kompetenciáinak erősítése, a gyermek és a család társadalmi inklúziójának támogatása.”³¹

A korai fejlesztés és gondozás megkezdésére a szakértői bizottság tesz javaslatot. 18 hónapnál fiatalabb gyermekek esetében a korai fejlesztést nyújtó intézmény a szakorvos diagnosztikai véleménye és terápiás javaslat alapján is megkezdheti az ellátást; a szakértői bizottság a szakértői véleményt az orvosi dokumentumok alapján állítja ki. A későbbiekben az intézmény minden esetben csak a szakértői bizottság vizsgálata után kezdi meg az ellátást. A szakértői vizsgálatot követően a szakértői bizottság szakértői véleményt készít, amelyben részletesen leírják a gyermek állapotát és a vizsgálatok eredményeit. A gyermeket ellátó szakember a szakértői vélemény és a saját megfigyelései alapján fejlesztési tervet készít. Amennyiben ennek elkészítésében a szülő nem vett részt, a fejlesztő szakember köteles azt a szülővel ismertetni. A rendelet értelmében a fejlesztési tervet minimum két, maximum 12 hónapra kell elkészíteni, s a gyermek állapotának függvényében tartalmaznia kell az alábbi területek feladatait: gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai, kognitív, szociális, kommunikációs, nyelvi készségek, mozgás és pszichológiai megsegítés. A fejlesztések igazodnak a gyermek állapotához és szükségleteihez, de figyelembe veszik a család terhelhetőségét is. A fejlesztés lehet egyéni vagy csoportos; ez utóbbi esetben a rendelet hat főben maximalizálja a létszámot. A rendelet az órakeretet is szabályozza: a szakértői bizottságnak heti 1-5 órában engedi a fejlesztések meghatározását (KEREKI 2017).

Az ellátás helyszíne a pedagógiai szakszolgálat. Ha a pedagógiai szakszolgálat épületében nem oldható meg a gyermek fejlesztése, lehetőség van az otthoni ellátásra vagy egyéb intézményben való szolgáltatásnyújtásra (ebben az esetben a fenntartó szerződést köt az intézménnyel). Ha a gyermek bölcsődei nevelésben, gyermekotthoni ellátásban, fogyatékos személyek nappali vagy ápoló-gondozó bentlakásos intézményében kap ellátást, akkor – amennyiben a feltételek ehhez adóttak – az intézményben kell biztosítani a korai fejlesztést és gondozást. Ezt a pedagógiai szakszolgálat munkatársai végzik.³² Amennyiben a pedagógiai szakszolgálat nem tudná ellátni a feladatát, az önkormányzat a saját költségén speciális szakértelemmel rendelkező szakembert alkalmazhat. A jogszabály arra is kitér, hogy a pedagógiai szakszolgálat szakembere a

³⁰ 2011. évi CXCV törvény a nemzeti köznevelésről 18. §.

³¹ 15/2013. (II. 26.) EMMI-rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről 4. §.

³² A korai fejlesztés és gondozás szükségességét, az ennek keretében nyújtott szolgáltatásokat és ezek biztosításának a helyét az előző lábjegyzetben hivatkozott EMMI-rendelet 17. §-a taglalja.

tanácsadást a feladatellátási hely adott gyermekkel foglalkozó szakalkalmazottai részére is biztosítja. Hároméves kort követően, ha a gyermek óvodai nevelésben részesül, a korai fejlesztés és gondozás megszűnik; a további fejlesztésről az óvodának kell gondoskodnia (KEREKI 2017).

3.4.1.2. Szakértői bizottsági tevékenység

Komplex pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai vizsgálatra jogosult minden olyan kisgyermek, akinek fejlődése bármely területén problémát észlel a szülő vagy a szakember. Sajátos nevelési igény gyanújának felfedezése esetén a komplex diagnosztikus tevékenység orvosi vizsgálattal is kiegészül, és szükség esetén a bizottság tagjai egyéb kompetens szakemberek bevonását is javasolják. A vizsgálat irányulhat állapotfeltárássra vagy nyomon követésre (kontrollvizsgálat) (KEREKI 2017).

3.4.1.3. Nevelési tanácsadás

A nevelési tanácsadói tevékenység nagy segítséget nyújthat az otthoni és az intézményi neveléshez, főként az atipikus fejlődésű gyermek és családja esetében. A nevelési tanácsadás első lépéseként egy felhívó beszélgetést folytatnak a szülővel, majd ezt követően kerül sor a gyermek adaptív viselkedésének és szociális érettségének felmérésére. A vizsgálat eredményeitől függően vagy tanácsadásban részesítik a szülőt, vagy beveszik a szakszolgálati ellátásba (Kereki 2017). A jogszabályok alapján a pszichés állapot felmérését a szülő vagy a gyermekjóléti alapellátást végző intézmény kérheti. A prevenciós tevékenységek során a nevelési tanácsadást végző szakemberek együttműködnek a védőnőkkel és a házi gyermekorvosokkal, vegyes praxisú háziorvosokkal, szükség esetén pedig családi mentálhigiénés intervenciót biztosítanak. Ha egy óvodai nevelésben részt vevő, negyedik életévét betöltött gyermek esetében felfedez a beilleszkedési és tanulási nehézség veszélyeztetettségének gyanúja, akkor – a szülő hozzájárulásával – elvégzik a gyermek pedagógiai-pszichológiai szűrését. Szakértői vélemény alapján gondozásban, terápiában és korrekatív ellátásban részesítik a fejlesztésre szoruló gyermekeket, valamint a gyermekkel foglalkozó pedagógusok részére konzultációs lehetőséget biztosítanak.³³

3.4.1.4. Logopédiai ellátás

A pedagógiai szakszolgálat logopédusainak feladataihoz a szűrés és állapotmegismerés mellett a hangképzés, a beszéd, a nyelvi fejlődés zavaraihoz, illetve a specifikus tanulási zavarokhoz kapcsolódó prevenciós és terápiás tevékenységek tartoznak (KEREKI 2017). A beszéd és a nyelvi fejlődés zavaraihoz köthető specifikus tanulási zavarok kialakulásának megelőzése érdekében (diszgráfia, diszlexia) a mielőbbi – hároméves korban történő – nyelvi fejlettség szűrése, vizsgálata és (szükség esetén egyéni vagy csoportos) ellátása törvény által előírt logopédiai kompetencia.

A harmadik és ötödik életévüket betöltött gyermekek beszéd- és nyelvi fejlettségének megállapítása, valamint indokolt esetben (a szűrés eredményeként) további logopédiai vizsgálatok elvégzése, illetve a komplex gyógypedagógiai, pszichológiai és orvosi vizsgálat kezdeményezése szintén a logopédusok feladata.³⁴

3.4.1.5. Konduktív pedagógiai ellátás

A pedagógiai szakszolgálat konduktív pedagógiai ellátásának feladatai közé tartozik a központi idegrendszeri sérült gyermekek konduktív nevelése, fejlesztése és gondozása. Az ellátás egyéni fejlesztőfoglalkozás keretében vagy az óvodai neveléshez kapcsolódóan is megvalósítható, a gyermek állapota függvényében, a szakértői véleményben előírtak szerint.³⁵

³³ 15/2013. (II. 26.) EMMI-rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről 24. §.

³⁴ Uo. 24. §.

³⁵ Uo. 27. §.

3.4.1.6. Gyógytestnevelés

A szakorvos vagy az iskolaorvos megítélése alapján gyógytestnevelésen való részvételre is lehetőség van a köznevelésben. A pedagógiai szakszolgálat szakembereinek a speciális egészségügyi célú testnevelést a nevelési-oktatási intézményekben kell biztosítaniuk, igazodva az orvosi véleményben leírtakhoz.³⁶

3.4.1.7. Óvodapszichológiai ellátás

A nevelési-oktatási intézményekben dolgozó óvodapszichológus szakemberek szakmai összefogását és segítését az óvodapszichológusi feladatok koordinátora látja el. Munkakörébe tartozik a preventív szűrések járási koordinációja, emellett segít az óvodákból érkező pedagógusoknak és szülőknek az óvodával kapcsolatos problémáik feltárásában, tanácsokat nyújt és konzultációs lehetőségeket biztosít.³⁷

3.4.1.8. A kiemelten tehetséges gyermekek

Gondozásuk keretében a korai felismerés, a tehetségazonosítás is pedagógiai szakszolgálati feladat, melynek során a tehetséggondozó koordinátor a tehetséges gyermekek támogatása mellett szülői tanácsadásokat és pedagógusi (óvodapszichológusi) konzultációkat tart.³⁸

3.4.2. Egységes gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai módszertani intézmények

Az *egységes gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai módszertani intézményeket* (EGYMI-eket) a sajátos nevelési igényű gyermekek, tanulók többi gyermekkel (tanulóval) együtt történő nevelésének (oktatásának) támogatása céljából hozták létre. Minden intézményben működnie kell kizárólag a sajátos nevelési igényű gyermekeket (tanulókat) ellátó óvodai (általános iskolai, fejlesztő nevelés-oktatást végző iskolai vagy közép-fokú iskolai) feladatot ellátó intézményegységnek, továbbá utazó gyógypedagógusi, utazó konduktori hálózathoz.³⁹ Különnevelés (speciális intézményben való ellátás) esetén a Klebelsberg Központ (KK) – vagyis a tankerületi igazgató – feladata a sajátos nevelési igényű gyermekek ellátása, így az EGYMI-kben és a gyógypedagógiai óvodákban is. Együttnevelés (integrált ellátás) esetén az önkormányzatok által fenntartott intézményekben (óvodákban) a sajátos nevelési igényű gyermekek ellátásának feltételeit az önkormányzatnak kell biztosítania (KERÉKI 2017).

3.4.3. Az óvoda feladata a kora gyermekkori intervencióban

A szélesebb értelemben vett kora gyermekkori intervenció intézményrendszere alá tartozik az óvoda is. A többségi óvodai csoportokban a beilleszkedési, tanulási és magatartási nehézséggel küzdő, illetve a sajátos nevelési igényű gyermekek nevelésére is lehetőség van. Az integráltan nevelt gyermekek nevelése a sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve⁴⁰ alapján valósul meg.

Az óvodai nevelés országos alapprogramjáról szóló kormányrendelet az óvodai nevelés feladatait tartalmazza, a sajátos nevelési igényű gyermekek ellátása kapcsán kiemelve a különleges bánásmód megvalósulásának fontosságát.⁴¹

A köznevelési intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló rendelet

³⁶ Uo. 28. §.

³⁷ Uo. 29. §.

³⁸ Uo. 30. §.

³⁹ 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről 20. § (9).

⁴⁰ 32/2012. (X. 8.) EMMI-rendelet.

⁴¹ 363/2012. (XII. 17.) Kormányrendelet az óvodai nevelés országos alapprogramjáról.

szintén tartalmaz a sajátos nevelési igényű gyermekekkel kapcsolatos megállapításokat, így a fejlődés nyomon követését, a fejlődés tipikus ütemének megfigyelését, ellenőrzését és értékelését – főként az értelmi képesség, a beszéd, a hallás, a látás és a mozgás területére fókuszálva.⁴²

3.4.4. A köznevelés kapcsolódása más ágazatokhoz

A köznevelési ágazati jogszabályokban több összekapcsolódást is találunk az egészségügy területével. A pedagógiai szakszolgáltatásnak alkalmaznia kell(ene) egészségügyi ellátót nem pedagógus munkakörben (például gyermekpszichiátert, gyermekneurológust, gyógytornászt), hiszen a diagnózis felállításához komplex diszciplínákon átívelő teamre van szükség. A másik fontos kapcsolódás pedig az, hogy a 18 hónapnál fiatalabb gyermekek esetében vizsgálat nélkül is készíthető diagnosztikai vélemény és terápiás javaslat, amennyiben az alábbi területek valamely szakorvosa azt előírja: neonatológia, csecsemő és gyermek fül-orr-gégegyógyászat, audiológia, szemészet, ortopédia és traumatológia, gyermek- és ifjúságpszichiátria, fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás, orvosi rehabilitáció, csecsemő- és gyermekgyógyászat, illetve gyermekneurológia.⁴³ Sajnálatos módon sok szakellátó szakorvos nincs tisztában a jelenlegi eljárások menetével, különösen azért, mert az egészségügyi jogszabályok nem tartalmazzák azt a lehetőséget, hogy a gyermek közvetlenül korai fejlesztésbe kerülhessen az orvos által kiállított dokumentum alapján (KERÉKI 2017).

A köznevelés a szociális szféra felé leginkább a jelzőrendszer tagjaként jelenik meg (például a pedagógus a gyermek elhanyagoltsága esetén jelzést tesz a területileg illetékes család- és gyermekjóléti szolgálat felé).

3.5. A kora gyermekkori intervenció – szociális ágazati tevékenységek

A szociálisan rászorulóknak részére a személyes gondoskodást – a szociális alapszolgáltatásokat és a szakosított ellátásokat – az állam és az önkormányzatok biztosítják. A kora gyermekkori intervencióban részt vevő falu- és tanyagondnoki szolgáltatás, családsegítés, támogató szolgáltatás és nappali ellátás alapszolgáltatásként van jelen (Kereki 2017).

3.5.1. Falu- és tanyagondnoki szolgáltatás

A falugondnoki, illetve a tanyagondnoki szolgáltatás célja az aprófalvak és a tanyasi lakott helyeken élők támogatása: az intézményhiányból eredő hátrányok enyhítése, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosítása és a szükségletek teljesítésének segítése.⁴⁴

3.5.2. Családsegítés

A családsegítés megelőző, szükség esetén beavatkozó szolgáltatások összessége. Célja a szociális és mentálhigiénés problémák és krízishelyzetek kialakulásának prevenciója, a már kialakult krízishelyzet megszüntetése és az életvezetési képesség megőrzése. Szolgáltatásai közt szerepel a tanácsadás, ami szociális, életvezetési és mentális területekre terjed ki. Az ellátásokhoz (pénzbeli, természetbeni) és a szociális szolgáltatásokhoz való hozzáférés megszervezése is fontos feladata. A család működésének zavara esetén, illetve fogyatékos személyek, krónikus betegek és szociálisan rászorulóknak (személyek és családok) számára tanácsadást biztosít. A családsegítés a család- és gyermekjóléti szolgálat keretében működhet.⁴⁵

⁴² 20/2012. (VIII. 31.) EMMI-rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról.

⁴³ 15/2013. (II. 26) EMMI-rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről 4. § (2).

⁴⁴ 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról 60. §.

⁴⁵ Uo. 64. §.

3.5.3. Támogató szolgálat

A támogató szolgálat célja a fogyatékos személyek lakókörnyezetükben történő ellátása, a közszolgáltatások elérésének segítése, valamint az önálló életvitelükben való támogatás és speciális segítségnyújtás. Szükség esetén feladata még a speciális személyi szállítás, a szállítószolgálat működtetése, az egészségügyi-szociális ellátásokhoz és a fejlesztő tevékenységekhez való hozzájutás személyi és eszközfeltételeinek biztosítása.⁴⁶

3.5.4. Nappali ellátás

A nappali ellátás a harmadik életévüket betöltött, saját otthonukban élő, önállóságra kis mértékben vagy egyáltalán nem képes, felügyeletre szoruló fogyatékos vagy autista személyek részére nyújtott szolgáltatás. Az ellátás során lehetőséget teremtenek számukra a nappali tartózkodásra, ellátásra és szociális kapcsolatokra.⁴⁷

3.5.5. Fogyatékos személyek otthona

Szaksított ellátás alatt az ápolást-gondozást biztosító intézmények közül a fogyatékos személyek otthona tartozik a kora gyermekkori intervencióhoz. Az itt élő kiskorú gyermekek részére az ápolás-gondozás mellett biztosítani kell a korai fejlesztést és gondozást, amennyiben a szakértői vélemény feljogosítja erre az intézményt (KERÉKI 2017).

3.5.6. Gyermekjóléti alapellátás

Ide tartoznak a Biztos Kezdet Gyerekházak, a gyermekek napközbeni ellátását biztosító intézmények (bölcsőde, minibölcsőde, munkahelyi bölcsőde, családi bölcsőde, napközbeni gyermekfelügyelet, alternatív napközbeni ellátások), a gyermek átmeneti gondozása (gyermekek és családok átmeneti otthona, helyettes szülő), valamint a gyermekjóléti szolgáltatás (gyermekjóléti szolgálat).⁴⁸

3.5.7. Biztos Kezdet Gyerekházak

A Biztos Kezdet Gyerekházak célja az intézményi nevelésben még nem részesülő 0–3–5 éves szociokulturális hátrányokkal rendelkező gyermekek egészséges fejlődésének biztosítása, a fejlődési lemaradás kompenzálása, a szülői kompetenciák erősítése és a társadalmi felzárkóztatást elősegítő prevenciós szolgáltatás nyújtása, továbbá mindehhez a támogató közeg megteremtése.⁴⁹

3.5.8. A gyermekek napközbeni ellátása

A napközbeni ellátás alatt nappali felügyeletet, gondozást, nevelést és foglalkoztatást értünk. A szolgáltatás olyan családban élő kisgyermekekre terjed ki, akiknek szülei/nevelői valamilyen oknál fogva (munkavégzés, betegség) napközben nem tudnak gondoskodni gyermekükről. A legfontosabb ilyen intézmény a bölcsőde, ami a gyermek húszhetes korától igénybe vehető, s ahol a gyermek hároméves koráig nevelhető, gondozható. A negyedik életévének betöltését követő augusztus 31-éig orvosi javaslatra meghosszabbítható a bölcsődei ellátás, amennyiben a gyermek még nem érett óvodai nevelésre.

⁴⁶ Uo. 65/C §.

⁴⁷ Uo. 65/F §.

⁴⁸ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és gyámügyi igazgatásról 1. §.

⁴⁹ Uo. 38/A §.

A sajátos nevelési igényű gyermekek nevelése történhet integrált csoportban (a többi, nem sajátos nevelési igényű gyermekkel közösen), vagy szegregált formában (speciális bölcsődei csoportban). Sajátos nevelési igény esetén a gyermek a hatodik életévének betöltését követő augusztus 31-éig orvosi javaslatra még bölcsődei ellátásban maradhat. Ha a gyermek állapota indokolja, orvosi vélemény alapján a bölcsődei ellátása megszüntethető. Annak a bölcsődének, amely sajátos nevelési igényű gyermekeket lát el, feladata együttműködni a pedagógiai szakszolgálat korai fejlesztést és gondozást végző szakembereivel. Integrált csoportban maximum 10, speciális csoportban pedig maximum 6 kisgyermek nevelhető-gondozható. A sajátos nevelési igényű gyermek beíratásának, bölcsődei nevelésének megkezdése utáni harmadik hónap végén az intézmény orvosa, gyógypedagógusa, kisgyermeknevelője, valamint a család- és gyermekjóléti központ munkatársának véleménye alapján az intézményvezető a szülővel közösen értékeli a három hónap tapasztalatait, a gyermek beilleszkedését, és közösen hoznak döntést a további neveléséről.⁵⁰

3.5.9. Minibölcsőde

A jogszabályban előírtak szerint a minibölcsődében kisgyermeknevelő végzettséggel rendelkező személy nyújt szakszerű gondozást és nevelést, kis létszámú csoportban. Működhet önálló vagy tagintézményként is.⁵¹

3.5.10. Családi bölcsőde

A jelenleg hatályos jogszabályok értelmében ez olyan ellátási formája a gyermekek napközbeni ellátásának, ahol a szolgáltatást nyújtó személy a saját otthonában vagy más, e célra kialakított helyiségben biztosít bölcsődei szolgáltatást, és rendelkezik az előírt képesítéssel.⁵²

3.5.11. Napközbeni gyermekfelügyelet

A napközbeni gyermekfelügyelet a bölcsődei és óvodai ellátásban nem részesülő gyermekek részére – nem nevelési-oktatási céllal – napközbeni ellátást biztosít (például az óvodai nevelés alól felmentett gyermekek esetében). Sajátos nevelési igényű gyermek számára az állapotához igazodó ellátást kell biztosítani, és annak a tanévnek a végéig gondozható, amelyikben a 16. életévét betöltötte.⁵³

3.5.12. Alternatív napközbeni ellátás

Ez a szülő és a gyermek kapcsolatát erősítő, a gyermek szocializációját támogató, illetve tervezett, szervezett szabadidős és prevenciós szolgáltatás (például játszótéri program, játszóház, klubfoglalkozás).⁵⁴

3.5.13. Munkahelyi bölcsőde

Ez olyan bölcsődei ellátást nyújtó szolgáltatás, melyet a foglalkoztató (vagy a foglalkoztató által szerződésben álló fenntartó) működtet, elsősorban a foglalkoztatónál keresőtevékenységet folytató szülők gyermekei részére.⁵⁵

⁵⁰ 15/1998. (IV. 30) NM-rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről 5/A §, 35. §, 42/A §.

⁵¹ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról 43/A §.

⁵² Uo. 44. §.

⁵³ Uo. 44/B §, 44/C §.

⁵⁴ Uo. 44/D §.

⁵⁵ Uo. 44. §.

3.5.14. Gyermekjóléti és családsegítő szolgáltatás

A gyermekjóléti és családsegítő szolgáltatás olyan speciális személyes szociális szolgáltatás, amely a gyermek testi-lelki egészségének és családban történő nevelkedésének elősegítését szolgálja. Feladatai közé tartozik a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése, annak felismerése, és a már kialakult veszélyeztetettség megszüntetése, valamint a családjából kiemelt gyermek visszahelyezése is. Ez a szolgáltatás már a családtervezés időszakában kezdetét veszi, hiszen célzott tanácsadást biztosít a gyermeket tervező párok részére. A válsághelyzetben lévő várandós anyák támogatása-segítése is a szolgáltatás körébe tartozik. Emellett a gyermek veszélyeztetettségét észlelő és jelző rendszert működtet, és tájékoztat az örökbefogadás lehetőségéről. Súlyos veszélyeztetés észlelése esetén feladata még a gyermek védelembe vételének elindítása. A gyermekjóléti és családsegítő szolgáltatást a járási székhelyen a család- és gyermekjóléti központ, településszinten pedig a család- és gyermekjóléti szolgálat nyújtja. A család- és gyermekjóléti központok feladata még a gyermek családban történő elhelyezése, és a gyermek szükségleteinek megfelelő speciális szolgáltatás biztosítása.⁵⁶

3.5.15. A gyermekek átmeneti gondozása

Ez egy olyan komplex segítségnyújtás, amely – életkorának, egészségi állapotának és egyéb szükségleteinek megfelelő módon – elősegíti a gyermek testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődését. Gondoskodik a gyermek étkeztetéséről, ruháztatásáról, mentálhigiénés és egészségügyi ellátásáról, gondozásáról, neveléséről és lakhatásáról is. A gyermekek átmeneti gondozása az alapjául szolgáló ok fennállásáig (egyes kivételektől eltekintve) maximum 12 hónapig tartható fenn.⁵⁷

A gyermekek átmeneti otthona akkor kapcsolódik be, ha a gyermek fejlődése veszélyeztetetté válik, és a család- és gyermekjóléti szolgálattal együttműködve segítséget nyújt a családba történő visszatéréshez.⁵⁸

Az életvezetési problémák vagy más szociális és családi krízis miatt otthontalanná vált, továbbá védelmet kereső szülő/szülők kérelmére a **családok átmeneti otthona** nyújt segítséget, ahol a gyermek és szülője/szülei együtt élhetnek. Már a gyermek megszületése előtt is szerepe van, hiszen befogadja a válsághelyzetben lévő, bántalmazott vagy várandós anyát, illetve a szülészetről kikerülő anyát és gyermekét, valamint a várandós anya kérelmére az anya élettársát vagy férjét.⁵⁹

Az átmeneti gondozásba, gyermekvédelmi szakellátásba a 2013. december 31-ét követően bekerült, 12. életévét be nem töltött gyermeket **befogadó szülő**nél kell elhelyezni (néhány kivételtől eltekintve, például súlyos fogyatékoság). A befogadó szülő a helyettes szülő (a szakellátás részeként a nevelőszülő, a speciális és a különleges nevelőszülő), aki a családban élő gyermek átmeneti gondozásához – egyéni gondozási-nevelési terv alapján – a saját otthonában nyújt segítséget.⁶⁰

3.5.16. Gyermekvédelmi szakellátás

Gyermekvédelmi szakellátás alatt a családból kiemelt gyermekek részére biztosított otthont nyújtó ellátást (például nevelőszülő, gyermekotthon), valamint az utógondozói ellátást és a területi gyermekvédelmi szakszolgáltatást értjük. A nevelőszülő a jogszabályokban leírt feltételek mellett befogadja az ideiglenes hatállyal elhelyezett, vagy a gyámhivatal által nevelésbe vett gyermeket. Azoknál a gyermekeknél, akiket nem nevelőszülőknél helyeznek el, gyermekotthoni ellátást biztosítanak (KERÉKI 2017).

⁵⁶ Uo. 39. §.

⁵⁷ Uo. 45/§.

⁵⁸ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és gyámügyi igazgatásról 50.§.

⁵⁹ Uo. 51. §.

⁶⁰ Uo. 7. §, 48/A.

3.5.17. Szociális juttatások

A kora gyermekkori intervenció pénzbeli és természetbeni juttatásokat is tartalmaz. Ezt az állampolgárok számára a családtámogatási rendszer garantálja. A gyermeket nevelő családok részére alanyi jogon jár a családi pótlék, a gyermekgondozást segítő ellátás (gyes), a gyermeknevelési támogatás (gyet) és az anyasági támogatás. A családi pótlék összege függ a család nagyságától (a gyermekek számától), családi státuszától, valamint attól, hogy a gyermek családban vagy szakellátásban van-e, továbbá a gyermek egészségügyi állapotától (például fogyatékos gyermek esetén magasabb a családi pótlék összege).⁶¹ A megyei szakértői bizottság orvosa – közép súlyos⁶² és súlyos fogyatékos⁶³ megállapítása esetén – jogosult arra, hogy igazolást állítson ki a magasabb összegű családi pótlék igényléséhez.

A szülő gyermekgondozást segítő ellátásra gyermeke 3. életévének betöltéséig, tartósan beteg, illetve fogyatékos gyermek esetében a gyermek 10. életévéig jogosult,⁶⁴ gyermeknevelési támogatást pedig minimum három, egy háztartásban élő kisgyermek esetén kérhet.⁶⁵ Anyasági támogatást a várandósgondozásban részesült nők igényelhetnek.⁶⁶ Az extra gyed 2014 óta lehetőséget teremt a gyed és a gyes melletti munkavégzésre is.⁶⁷

Közös háztartásban élő gyermek esetében az egyik szülő gyermekápolási táppénzre jogosult.⁶⁸ Gyermekápolási díj (egyes esetekben kiemelt ápolási díj) súlyos fogyatékos gyermek gondozását, ápolását végzők esetében jár.⁶⁹ A természetbeni ellátások közé tartozik a közgyógyellátás, ami az egészségügyi állapot megőrzéséhez és helyreállításához kapcsolódó hozzájárulás. A rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény célja bizonyos kedvezmények (például gyermekétkeztetés) jogosultságának megállapítása.⁷⁰

3.5.18. A szociális és gyermekvédelmi területek kapcsolódása más ágazatokhoz

A szociális ágazat jogszabályaiban találhatjuk a legtöbb hivatkozást arra, hogy a szociális és gyermekvédelmi területek miként kapcsolódnak más ágazatokhoz. E jogszabályok nagy hangsúlyt fektetnek a közneveléssel való együttműködésre, és ezen belül több olyan kapcsolódási pontot találunk, melyek a fogyatékos személyekre vonatkoznak. A család segítése is kiemelt helyet kap; az észlelő- és szűrőrendszert is ennek érdekében alakították ki. A jelzőrendszer tagjaiként nevesítik többek közt az egészségügyi szolgáltatást nyújtókat (az alapellátás szakembereit) és a köznevelési intézményeket.

A köznevelési intézmények gyermekvédelmi feladatainak ellátásában segítséget nyújt a gyermekjóléti és családsegítő szolgáltatás. A legtöbb esetben a kórházi szociális munkát is a család- és gyermekjóléti szolgálat/központ biztosítja, melynek egyik fő feladata a válsághelyzetben lévő anyák segítése. Ezt a kórházi védőnőkkel szoros együttműködésben végzik. A vonatkozó jogszabályokban a foglalkoztatottság kapcsán (szolgáltatástól függően) az orvosi és a gyógypedagógusi kompetencia is megjelenik. Gyógypedagógus is szükséges az alábbi területekre: támogató szolgálat, fogyatékos személyek nappali ellátása, fogyatékos sze-

⁶¹ 1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról 11. §.

⁶² Megjegyzendő, hogy mind a BNO, mind a DSM-5 az értelmi fogyatékos⁶³ négy súlyosság szerinti fokozatát különbözteti meg: enyhe, mérsékelt, súlyos és igen súlyos értelmi fogyatékos⁶⁴. A jogszabályokban az értelmi funkciók akadályozottságára vonatkozóan – helytelenül – még előfordul a közép súlyos értelmi fogyatékos⁶⁵ kifejezés. Kézikönyvünkben e helyett következetesen az értelmileg akadályozott terminust használjuk. Bővebben lásd az „Értelmileg akadályozottság” című alfejezetet.

⁶³ 15/2013. (II. 26) EMMI-rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről 42. §.

⁶⁴ 1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról 20. §

⁶⁵ Uo. 23–24. §.

⁶⁶ Uo. 29–31. §.

⁶⁷ Uo. 20–21. §.

⁶⁸ 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól 39. §.

⁶⁹ 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásról 43. §

⁷⁰ Uo. 49. §.

mélyek ápoló-gondozó otthona, speciális gyermekotthon, gyermekjóléti és családsegítő szolgáltatás, családok átmeneti otthona, területi gyermekvédelmi szakszolgálat és bölcsőde.⁷¹

A bölcsődei ellátás kapcsán több kapcsolódási pontot is találhatunk. Az ellátásba való bekerülést a védőnő, a házi gyermekorvos vagy a család- és gyermekjóléti szolgálat is kezdeményezheti. A bölcsődékben bölcsődeorvos is jelen van (havi 4 órában). Ha a védőnői és orvosi vizsgálatok alkalmával erre nem derült fény, de a kisgyermeknevelő problémát észlel, szól a bölcsődevezetőnek, aki a szülőknek jelzi a gyanút és meggyőzi őket a pedagógiai szakszolgálat szakértői vizsgálatának indokoltságáról. Amennyiben a szülő nem partner, és a gyermek problémája súlyosnak bizonyul, viszont a szülő ellenállása miatt nem kapja meg a szükséges fejlesztést, akkor ez a törvény értelmében már veszélyeztetettségnek minősül, így a kisgyermeknevelőnek a család- és gyermekjóléti szolgálat felé jelzéssel kell élnie (KEREKI 2017).

3.6. A kora gyermekkori intervenció folyamata, dilemmái

A kora gyermekkori intervenció szakterületére adaptált univerzális **protokoll** a következő szakaszokból áll:

1. Észlelés
2. Szűrés
3. Állapotmegismerés
4. Konzultáció, fejlesztés, terápia
5. Értékelés

A kora gyermekkori intervenció általános folyamatmodellje a pedagógiai szakszolgálat rendszerének szerves része. Magában foglalja az érintett gyermekekre és családjaikra irányuló tevékenységeket, többek közt a gyógypedagógiai tanácsadást, a korai fejlesztést és gondozást.

A kora gyermekkori intervencióban több ágazat irányítása alá tartozó intézményrendszer is részt vesz (egészségügyi, szociális és köznevelési). Az ellátás hármas tagolódású: tartalmazza a bemenetet, a folyamatot és a kimenetet. A bemenet általában a kliens és a szolgáltató találkozását jelenti, például az észlelést, a szűrést és az alapvizsgálatot; a folyamat lehet például terápia és/vagy fejlesztés; míg a kimenet része például a szakvélemény és a nyomon követés (KEREKI–SZVATKÓ 2015).

3.6.1. Észlelés

Problémát csak az a szülő vagy szakember tud észlelni a gyermekkel kapcsolatban, aki megfigyelést végez. Ez a szülőknél általában spontán módon, szervezetlen formában történik. Megfigyeléseket közvetíthetnek a családtagok vagy a családhoz közel álló ismerősök is, de általában ezek a megfigyelések sem szervezettek és tervezettek.

Az anya már várandósan is találkozik olyan szakemberekkel, akik különböző paraméterek alapján megfigyelik a magzatot, és számos olyan szakember veszi körül őt a szülést követően is, akiknek célja a gyermek fejlődésének közvetlen nyomon követése.

3.6.1.1. Szülői megfigyelések

A szülők sokszor tanácstalanok, hogy mi alapján figyeljék meg gyermekeiket, és sok esetben különféle internetes fórumokon próbálnak segítséget kérni szülőtársaiktól. Ezért is számít hiánypótlónak a *TÁMOP-6.1.4 Kora gyermekkori (0–7 év) program* kiemelt projekten belül kidolgozott szülői megfigyelésen alapuló kérdő-

⁷¹ 1/2000. (I. 7.) SzCsM-rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 3. sz. melléklet, illetve a 15/1998. (IV. 30.) NM-rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 1. sz. melléklet, 2. sz. melléklet.

ív,⁷² amely 0–7 éves kor között vizsgálja a pszichomotoros fejlődést. A szülő 12 kötelező kontrollponton (a gyermek 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 hónapos, majd 2, 3, 4, 5, 6 éves korában), valamint 3 kiegészítő kontrollponton (15 hónapos, 2,5 és 7 éves korában) tölti ki. A szülői kérdőív korcsoportonként 8-12 kérdést tartalmaz, amely a nagymotoros mozgás, a finommotoros mozgás, a hallás, a látás, a receptív, az expresszív nyelvi készségek, a beszéd, a szociális, az emocionális készségek, a viselkedés és az iskolai készségeket megalapozó háttérképességek, a figyelem, az adaptív gondolkodás területeit térképezi fel (KEREKI–SZVATKÓ 2015). A kérdőív egyúttal arra is szolgál, hogy a szülőket megerősítse, ha problémát észlelnek, vagy megnyugtassa őket aggodalmaikkal kapcsolatban.

3.6.1.2. Szakemberek megfigyelései

Az anya gyermeke születésekor számtalan – közvetlen észlelésen alapuló – strukturált adatgyűjtéssel találkozik az egészségügy területén. A sok-sok orvosi vizsgálat közben is felmerülhet a probléma gyanúja, vagy megtörténhet a felismerés, de a gyermek tervezett megfigyelésekkel később, a köznevelés intézményeiben is találkozhat. A szakemberek szakspecifikus képzettsége kompetenssé teszi őket a saját szakterületükön végzett megfigyelésekre, emellett nekik is nagyon fontosak a spontán szülői megfigyelések eredményei.

Az észlelést végző szakemberek számára hozzáférhető egy megyei lista, melyben az összes ellátó intézmény adata/elérhetősége szerepel (KEREKI–SZVATKÓ 2015). A TÁMOP-6.1.4/12/1-2012-0001 *Kora gyermekkori (0–7 év) program* elnevezésű kiemelt projekt keretében elkészült két információs portál is, melyek a szakembereket és a szülőket látják el korszerű módszertani anyagokkal.⁷³

3.6.2. Szűrés

Az észlelés és a szűrés szorosan összefügg, hiszen sajnos sokszor csak a szűrés alkalmával történik meg az észlelés, a felismerés. A szűrés fogalma alapvetően az egészségügyhöz kötődik, de a szociális és a köznevelési rendszerben is használatos. A pszichológiai-gyógypedagógiai szűrés már kora gyermekkorban fontos, azért, hogy a fejlődési rizikókat feltérképezzék, és szükség esetén időben kapjon támogatást a rászoruló gyermek. A szülőket részletesen tájékoztatni kell, és a saját döntésükre kell bízni, hogy belegyeznek-e a szűrővizsgálatokba. Emellett lehetőséget kell biztosítani számukra, hogyha igénylik, jelen tudjanak lenni a vizsgálat alatt. Az egészségügyi szűrések már a várandósság alatt megkezdődnek. Később, a gyermek születése után az újszülöttsztyályokon is több vizsgálatot elvégeznek. A védőnők és a háziorvos, házi gyermekorvos a kisgyermek hazakerülése után megadott időközönként a gyermek fejlődését ellenőrző szűrést végeznek. Ha a szülő jelzései és/vagy a védőnők és az orvos megfigyelései is gyanúra adnak okot, akkor minden esetben érdemes felkeresni a pedagógiai szakszolgálatot, hogy ott elvégezzék a megfelelő állapotmegismerést, illetve komplex diagnózist állítsanak fel (KEREKI–SZVATKÓ 2015).

3.6.3. Állapotmegismerés

Az állapotmegismerésnek nagyon fontos szerepe van az eltérő fejlődésmenetű gyermekek életében, hiszen hozzájárul a gyermek fejlődéséhez és a szükségleteihez mért optimális körülmények kialakításához. Ezenkívül segíti, hogy minél korábban hozzáférjen az ellátórendszer szolgáltatásaihoz, melyeknek összehangolása is időben megkezdődhet.

A megfelelő állapotmegismerés elvégzéséhez, a komplex diagnózis felállításához holisztikus szemlélet szükséges, a gyermeket ugyanis nem kizárólag önmagában kell figyelembe venni, hanem különféle – többnyire a családból eredő – hatások mentén fejlődő személyiségként. A gyermek komplex állapotának meg-

⁷² A szülői kérdőív forrása: Kora gyermekkori program. http://www.koragyermekkor.hu/szuloi_kerdoiv/letoltheto_szuloi_kerdoivek/01_eves_korig.html

⁷³ Gyermek-alapellátási Információs Portál: www.gyermekealapellatas.hu
Kora gyermekkori program: www.koragyermekkor.hu

ismerése szempontjából nagyon fontos a különböző szakemberek közötti hatékony kommunikáció (orvos, gyógypedagógus, pszichológus, mozgásfejlesztő vagy mozgásterapeuta). A csecsemők és kisgyermekek állapotmegismerése nem egyszerű feladat, hiszen még dinamikus fejlődésben vannak. A viszonylag gyakori állapotmegismerés, a folyamatdiagnosztika (legyen az akár a terápiák alkalmával, szakember által tervezett megfigyelések sorozata) lehetőséget teremt a minél pontosabb kép kialakítására. A pedagógiai szakszolgálatnál zajló állapotmegismeréshez több út is vezet: jelentkezhetnek a szülők, küldheti a gyermeket, a családot például a védőnő, a család- és gyermekjóléti szolgálat/központ, a bölcsőde és az óvoda is (KERÉKI–SZVATKÓ 2015).

Az állapotmegismerés kizárólag a szülők kérésére és beleegyezésével történhet. Amennyiben a problémát a szülő nem észlelte, esetleg hárítja, akkor is hatni kell rá, hogy elfogadja a vizsgálatot. Állapotmegismerés nemcsak a pedagógiai szakszolgálatokban történik, hanem más helyszíneken is. Például a Biztos Kezdet Gyerekházakban és a bölcsődékben is, előre meghatározott időközönként és szempontsor alapján végeznek megfigyeléseket a gyermekek fejlődésének nyomon követése és a képesség-kibontakoztató foglalkozások, fejlesztések megszervezése érdekében. A pedagógiai szakszolgálatoknál a kisgyermekek állapotmegismerése néhány kivételes esettől eltekintve általában a szülő jelenlétében zajlik. Első alkalommal egy szülői konzultáció keretében az anamnézis és a biográfia felvételére kerül sor. A bizalmi légkör kialakítása nagyon fontos a konzultációk során. Objektív adatokat általában kérdőív segítségével szoktak feltárni, de az adatok kontextusba helyezése révén a szülői viszonyulás feltérképezése is fontos eleme a megismerésnek. Az állapotmegismerésnek a fejlődési rizikók és a kisgyermek sérülékenysége mellett a gyermekek erősségeinek feltárása is nagyon fontos része (KERÉKI–SZVATKÓ 2015).

3.6.4. Konzultáció, fejlesztés, terápia

A kora gyermekkori intervencióban részesülő gyermekek problémája mind egyedi, így az ellátásukat is egyéni szükségleteik mentén kell megszervezni. A cél a prevenció és a korrekció: a hibásan működő funkciók korrekciója, a komplikációk prevenciója és a fejlődés helyes irányba terelése.

A beavatkozás, a konzultáció, a fejlesztés és a terápia a kora gyermekkori intervenció legfontosabb elemei. A beavatkozás előtt az állapotmegismerés eredményeinek tükrében a szülők és a szakemberek között együttműködés alakul ki és megállapodás születik, ami alapján a szülők vállalják a gyermek fejlesztő- és/ vagy terápiás ellátását. A terhelés minden esetben egyéni megítélés függvénye. A szülők széles körű felvilágosítása itt is elengedhetetlen. Tisztában kell lenniük a szakemberek kompetenciáival, a fejlesztőfoglalkozások típusaival, a fejlődés céljával, várható rövid és hosszú távú eredményeivel, a fejlesztés időkeretével/óraszámával és az esetleges otthoni feladatokkal. Azt is tudniuk kell, hogy a terapeuta javaslatára a gyermek állapotától függően és fejlődése érdekében ezeket az előre meghatározott kereteket meg lehet változtatni. A kisgyermekkorban alkalmazott terápiás módszerek igen sokfélék lehetnek, bár nem minden ellátóhely rendelkezik a terápiás eljárások széles választékával (KERÉKI–SZVATKÓ 2015).

„Az intervenció leggyakoribb területei, melyek gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai vagy gyógytornászi kompetenciát igényelnek, a következők:

- a gyermekeknél:
 - mozgásfejlesztés (nagymozgások, poszturák és praxisok),
 - érzékelésfejlesztés (differenciálás, diszkriminálás),
 - korai hallásnevelés,
 - korai látásnevelés,
 - kognitív funkciók fejlesztése,
 - verbális és nonverbális kommunikáció fejlesztése,
 - nyelvi funkciók fejlesztése, korai logopédiai fejlesztés,
 - önkiszolgálás, önállóság fejlesztése,
 - szociális kapcsolódás, alkalmazkodás fejlesztése;

- a szülőknél:
 - a tájékoztatás,
 - közös játék,
 - otthoni fejlesztés.

Az intervenció leggyakoribb területei, melyek pszichológiai, orvosi kompetenciát igényelnek:

- gyermekeknél:
 - regulációs zavarok (evés, alvás, ürítés, megnyugvás),
 - szorongásos zavarok (szeparációs szorongás),
 - a szociális kapcsolatok zavarai (kötődési zavarok),
 - a viselkedés korai zavarai (aktivitás problémák);
- szülőknél:
 - traumafeldolgozás,
 - krízisintervenció,
 - szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció” (KEREKI–SZVATKÓ 2015, 59–60).

Az ellátási formák megvalósulhatnak egyéni, kis és nagy csoportos formában. Ennek meghatározása minden esetben a gyermek/család szükségleteitől függ. Az ellátásnak folyamatosnak kell lennie, a nyári időszakban sem szüneteltethető. Az ellátási időszak minden esetben szakértői vizsgálattal zárul, ami után a gyermeket életkorának és állapotának megfelelő intézményben helyezik el.

3.6.5. Az értékelés

A fejlesztés eredményeit a célok és az eredmények összevetése alapján értékelik. A gyermek képességeinek fejlődése mellett nagyon fontos tényező a család. A kora gyermekkori intervenció hatására a család kapacitásainak, kompetenciáinak erősítése, erőforrásainak szerveződése és az önképviselő mértékének területén egyaránt fejlődés mutatható ki. A kimeneti célok közt szerepel, hogy a szülők megismerjék gyermekük erősségeit, képességeit és egyéni szükségleteit. Tisztában kell lenniük jogaikkal és érdekeik hatékony érvényesítésével. Fel kell ismerniük, hogy miként segíthetik gyermekük fejlődését és tanulását. Tudatosítaniuk kell magukban, hogy egy támogató rendszer veszi körül őket, és a helyi közösségben hozzá tudnak férni a számukra szükséges szolgáltatásokhoz, programokhoz és tevékenységekhez. A beavatkozás legmagasabb célja a társadalmi integráció (KEREKI–SZVATKÓ 2015).

3.7. A szakemberek együttműködése

A kora gyermekkori intervención belül különböző teammunkában működnek együtt a szakemberek (például diagnosztikus, terápiás és szűrő team, az esetkonzultációk szakmai teamje és az esetkonzultáció interdiszciplináris teamje). Az együttműködés és a folyamatos kommunikáció elengedhetetlen a kora gyermekkori intervencióban. A team minden tagja saját tudományterületének speciális tudását képviseli a megbeszéléseken. A szülő is együttműködő partner a teamben, de bevonódása korlátozott marad. A team összetétele mindig a gyermek és a család szükségleteihez igazodik. Ha az ellátás több szintén folyik egyszerre, sajnos előfordul az is, hogy a szakemberek között nincs kommunikáció. Ilyenkor ajánlatos kinevezni egy olyan személyt, aki a szolgáltatásokat koordinálja. A szülővel folytatott kommunikációban a hitelesség, a pontosság és a megbízhatóság a siker alapja. Még az érzékeny információk átadását is hatékonyan kell megvalósítani. A szűkebb értelemben vett kora gyermekkori intervencióban a személyi állandóság és a személyes kapcsolatokon alapuló esetvezetés elengedhetetlen. Minden családnak kijelölnek egy esetgazdát/esetfelelőst, aki az utánkövetésben is részt vesz (KEREKI–SZVATKÓ 2015). A teamtevékenységek típusa szerint megkülönböztetünk multidiszciplináris, interdiszciplináris és transzdiszciplináris teamet (KEREKI 2017).

A **multidiszciplináris szemléletű teamtevékenység** keretében a szakemberek közös cél érdekében, de egymástól függetlenül végzik a munkájukat. A team minden tagja saját tudományterületét reprezentálja, és a szakterületének megfelelő, specifikus tudását alkalmazza. A teamtagok közti viszonylag alacsony szintű interakció miatt a gyermek és a család ugyanazokat az információkat több szakembernek is el kell, hogy mondja. Előfordul azonban, hogy a szolgáltatást nem úgy nyújtják, hogy közben teljes mértékben figyelembe vennék a gyermek és a család erősségeit és szükségleteit.

A hatékonyan működő kora gyermekkori intervenció megvalósításának egyik alappillére az **interdiszciplináris teammunka**. A team a gyermekkel és családjával közvetlenül foglalkozó szakemberekből áll. A team tagjaként tartják számon a szülőt is, hiszen ő ismeri legjobban gyermekét. A team tagjain kívül a küldő szolgáltatókkal való hatékony együttműködés is fontos része a kora gyermekkori intervenciónak. A hatékony és színvonalas teammunka érdekében a team tagjainak magas fokú kommunikatív, együttélési és érdekérvényesítési kompetenciákkal kell rendelkezniük. A jó kapcsolatteremtési készség az első találkozáskor megalapozhatja az egész intervenció sikerességét, a konfliktusmegoldás és reflektivitás pedig szinte mindennapos feladat.

A **transzdiszciplináris teammunka** a kora gyermekkori intervenció leghatékonyabban működő modellje. Itt kerül leginkább előtérbe a család komplex szükséglete, és több tudományterület bevonásával valósul meg az integrált és koordinált beavatkozás. A szakemberek holisztikus megközelítéssel rendelkeznek, és egy cél mentén működnek együtt, ami a családok érdekeit veszi alapul. Az együttműködés alapja a hatékony kommunikáció, amely elengedhetetlen a szolgáltatások tervezése, szervezése és kivitelezése érdekében. A transzdiszciplináris teamnek a szülő is része, valamint egy koordinátor (esetgazda), akinek feladata a család és a szakemberek közti kommunikáció összehangolása, a konzultációk megszervezése (KEREKI 2017).

3.7.1. A kulcsszemélymodell

Míg a teammunka a szolgáltatási modell kontextusában jelenik meg, addig a kulcsszemélymodell olyan több-funkciós tevékenységek összessége, melynek célja a gyermekek és családok integrált támogatása az egyéni igényeknek és szükségleteknek megfelelően. A kulcsszemély az ágazatközi koordináció képviselőjeként jelenik meg. Funkciói az alábbi négy legfontosabb terület alá sorolhatók:

- Ézelmi és gyakorlati támogatás: ez alatt a bizalmi kapcsolat kiépítését követően a döntéshozatal képességének kialakítását értjük.
- Koordináció: a kulcsszemély és az ellátók közti kapcsolat megvalósulását segíti, szervezi és koordinálja a szakellátók szolgáltatásait.
- Tervezés és az elért eredmények értékelése: a kulcsszemély a családok szükségletei és erősségei ismeretében tervezi és értékeli a szolgáltatások eredményeit.
- Információs és speciális támogatás: a kulcsszemély szükség esetén iránymutatást ad, segíti és információkkal látja el a családokat a támogatások rendszerében való eligazodáshoz (KEREKI 2017).

Önellenőrzés

1. A kora gyermekkori intervenció megvalósításához mely ágazatok együttműködése szükséges?
2. Sorolja fel a pedagógiai szakszolgálat tevékenységeit!
3. Sorolja fel a kora gyermekkori intervenció szereplőit!
4. Részletezze a különböző ágazatok együttműködését!
5. Jellemezze, hogy miért fontos az interdiszciplináris teammunka!
6. Melyek a kora gyermekkori intervenció leggyakoribb területei, amelyek szakember kompetenciáját igénylik a kisgyermekeknél?

A fejezet alapján a mindennapi gyakorlatban hasznosítható feladatok

1. Gondolja végig, milyen szempontok alapján végez megfigyeléseket a gyermek fejlődésének nyomon követése érdekében!
2. Gondolja végig, hogy saját munkahelyének milyen szakemberekkel van kapcsolata, s ezek a szakemberek milyen esetekben elérhetőek. Hozzon néhány példát arra, hogy milyen esetben fordulna hozzájuk!

A tananyag kapcsán felmerülő kérdéseim, tapasztalataim

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. A TIPIKUS FEJLŐDÉSMENET JELLEMZŐI, AZ ELTÉRÉSEK JELZŐTÜNETEI

Kulcsfogalmak:

- növekedés, érés
- pszichikus fejlődés
- életkori sajátosságok
- fejlődési szakaszok
- átlagtól eltérő fejlődés
 - látás, hallás eltérő fejlődése
 - motoros funkciók eltérő fejlődése
 - kognitív funkciók eltérő fejlődése
- látássérülés
- hallássérülés
- testi fogyatékoság (mozgáskorlátozottság)
- értelmi fogyatékoság
- intellektuális képességzavart mutató személyek
- beszéd fogyatékoság
- autizmus spektrum-zavar
- a fejlődés egyéb pszichés zavarával (súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozás-zavarral) küzdők
- pedagógiai megfigyelés
- habilitáció
- rehabilitáció
- differenciálás

4.1. Alapfogalmak

Kisgyermekkel foglalkozó szakemberek körében is gyakran tapasztalhatjuk, hogyha egy hosszabb szünetet követően ismét találkoznak a gyermekkel, akkor örömmel és rácsodálkozva üdvözlik: „Nahát, milyen szépen megnőttél, amióta nem láttalak!” Hallgatva a szülőkkel folytatott beszélgetésüket, kiderül, hogy a növekedés, érés és fejlődés fogalmakat még ők is szinonimaként használják. Ahhoz, hogy az alábbiakban leírt pszichikus fejlődést korrekt módon, minden, a korai intervencióban részt vevő szakemberrel azonos módon értelmezzük, tudnunk kell azok jelentését, és meg kell őket különböztetnünk egymástól.

A **növekedés** mennyiségi változás, például a test arányainak és/vagy a testmagasságnak a megváltozása, a súly gyarapodása stb.

Az **érés** „tulajdonképpen biológiailag beépített »menetrend«, ami irányítja a változások sorrendjét és kibontakozását” (N. KOLLÁR–SZABÓ 2004, 3. fejezet). „A pszichikus fejlődés egyik formája, egy adott szintre való eljutás folyamata. Megkülönböztetünk biológiai érést, és spontán, nem tudatos ráhatás eredményeként megjelenő érést. A biológiai érés a tanulás megalapozója, belső feltétele, a tanulással szoros kölcsönhatásban áll. Az érés biztosítja a fejlődés struktúráját, a tanulás pedig a dinamikáját. A biológiai érés viszonylag független a külső hatásoktól. Az érés másik jelentése során végbemenő folyamat érettebbé, fejlettebbé váláshoz vezet” (JÓZSEF 2009, 2.2. fejezet).

A biológiai érés lényegét a kisgyermekkel foglalkozó szakember is jól megfigyelheti. Ha gyakorlatában felidézi a 2 és 24 hónapos kor közötti ép gyermekek beszédfejlődését, akkor azt veszi észre, hogy nagyjából azonos életkorban indul be a gögicsélés, a gagyogás. Ennek oka a fentiekben meghatározott biológiai

program. A beszéd kialakulásában azonban már a külső környezet hatása is jelentős szerepet játszik. Ha a biológiai programot megtámogatja a gyermekkel sokat foglalkozó, hozzá választékosan és gyakran beszélő családi környezet, akkor a gyermek beszéde is gyorsabban beindul, az idő előrehaladtával gyorsan bővül a szóincse, és kialakul a beszédmotivációja. Ugyanakkor ép idegrendszeri fejlődés esetén is megkéshet a beszéd fejlődése, ha a tanulást biztosító környezet nem támogató, ha otthon kevés a verbális közlés, ha nem mesélnek a gyermeknek, nem beszélgetnek vele.

A pszichikus fejlődés egy életen át tartó folyamat, amely egyre differenciáltabb idegrendszeri szerveződést igényel. A mennyiségi változásokat minőségileg új, magasabb rendű pszichés megnyilvánulások kísérik. Például ilyen a gyermeki agy differenciálódása és a környezeti hatások révén a beszéd, a gondolkodás fejlődése. „A pszichikus fejlődés önmozgás formájában megy végbe, az élőlény saját öntevékenysége, tanulása, gyakorlása révén fejlődik. A fejlesztő hatásokat a környezet irányítja, de a tevékenységet az egyénnek belső és külső motivációk alapján önmagának kell elvégezni” (JÓZSEF 2009, 1. fejezet). Például a csoportvezető szakember megkezd egy tevékenységet, amivel felkelti a gyermekek kíváncsiságát, akik mellé ülnek és kérdezzetik, hogy mit csinál. Ő elmondja és felkínálja a gyermekeknek, hogy segítsenek neki. Ez lehet színezés, valaminek a rendszerezése, párosítása, só-liszt-gyurma sodrása, gömbölyítése, színezése stb. Akit továbbra is érdekel, az ott marad és szívesen végzi a tevékenységet. Közben a szakember többször is megdicséri őket, bizonyos technikákat mutat meg nekik, esetleg a gyermekek „miért?” kérdéseire válaszolva egyszerű ok-okozati összefüggéseket láttat meg velük. A munka befejeztével a csoportvezető megmutatja, ami elkészült, és a többieknek, valamint a nap végén a szülőknek is elmondja, hogy milyen ügyesen segített neki az adott társuk, illetve gyermekük. Így kapcsolódik össze a kívülről jövő tevékenységbe hívó, dicsérő és motiváló erő a belső kíváncsisággal, a cselekvés közbeni tanulással és „a magam végzem, jól csinálom” örömeivel. Ebben a helyzetben a gyermek jól érzi magát, és a jövőben is szívesen választ hasonló elfoglaltságot, esetleg otthon is kéri a szüleit, hogy azt csinálhassa, amit a foglalkozáson. Egy-egy tevékenységre így alakul ki a belső motiváció.

A fogalmak meghatározásai mögé tekintve mindenütt megjelennek a tőlünk független és függő környezeti hatások. A súly gyarapodásában például jelentős szerepe van a családi és az intézményi környezetnek, a tudatosságnak, valamint a kultúrának is. Ugyanígy, ha az érés folyamatát nézzük, gondoljunk arra, hogy két, megfelelő idegrendszeri érésszintre eljutó gyermek közül annál indul be előbb a beszéd fejlődése, aki a saját próbálkozásait is sokat dicsérő, választékos szavakat használó beszédkörnyezetben él. Ez alapján is megfogalmazódhat bennünk a tudatos pedagógiai hatások tervezésének és a gyermeki fejlődést befolyásoló családi háttér megismerésének szükségessége.

4.1.1. Az egyes életkori szakaszokban elvárható fejlődés az egyes képességterületeken és kompetenciákban

A fejlődési törvényszerűségekből következik, hogy (ép fejlődés esetén) bizonyos funkciók, például a beszéd – ha azonos feltételeket teremtünk – a gyermekek fejlődése során nagyjából azonos időben jelennek meg. Ezeket a fejlődési hasonlóságokat nevezzük életkori sajátosságoknak.

A fejlődési szakaszokra osztás megkönnyíti a pszichológiai, pedagógiai megismerést, mert segíti a jelen fejlődési szint megismerését, és jelzi az esetleges (pozitív vagy negatív irányú) eltéréseket, a késéseket, és lehetővé teszi a korai felismerést, a korai beavatkozás szükségességét. Ugyanakkor azt is tudatosítanunk kell, hogy a pszichikus folyamatok fejlődése nem egyenletes, azonban – kisgyermekkorban az életkortól is függően – a 2-4 hónapos eltérés már jelzésértékű. Az életkori sajátosságokat nemcsak a biológiai érés, hanem a szocializáció folyamata is befolyásolja. Így, körültekintő módon, e kettő ismeretében kell a gyermeki fejlődést felmérnünk.

4.1.2. Fejlődési szakaszok a születéstől 6 éves korig

Az olvasó előzetes tanulmányaira is építve és megkönnyítve a felidézést, az alábbiakban táblázatban foglaltuk össze a megfigyelés alapjául szolgáló fontosabb ismereteket. A fejlődési szakaszokra jellemző életkori

sajátosságokat az érzelem, a kognitív tevékenységek és a fő tevékenységformák oszlopai tartalmazzák, tekintetbe véve, hogy a kisgyermekkel foglalkozó szakemberek ezekkel találkozhatnak a mindennapos gyakorlatuk során.

2. táblázat. Fejlődési szakaszok a születéstől 6 éves korig⁷⁴

Fejlődési szakaszok	Érzelem (egyéni és társadalmi dimenzióban)	Kognitív tevékenység (motorikus és értelmi területen)	Fő tevékenységformák
újszülöttkor (0–2 hónap)	- negatív reakciók (pl. nyöszörgő hánykolódás) - differentiált sírás (pl. dühödt vagy fájdalmat kifejező sírás) - testi öröмок: szopás, fürdetés stb. következtében megélnélkülési reakciók (erőteljes rúgkapálással az egész test részt vesz benne) - szociális mosoly	- reflexmechanizmusok - spontán mozgás (nyújtózkodás, rugdalózás) - reaktív mozgás (erős érzéki benyomásokra történik pl. erős zajra összerendezés) - érdekes hang- és fényingerek követése	3-4 óra ébrenlét, szendergés, sírás, gondozás, táplálkozás és az ahhoz szükséges mozgás, spontán akciók
csecsemőkori (2–12 hónap)	- az édesanya állandósuló érzelmi viszonya - szeparációs szorongás - személyek iránti érzelmi viszony differenciálódása - félelem az idegenektől - a dinamikus sztereotípiák akadálytalan lepergetése pozitív reakciót, míg megakadása negatív érzelmi állapotot vált ki (pl. tárgyat a pelenka elhúzásával elér) - funkcióöröm, intellektuális öröm - sikertelenség	- elemi tapasztalatok a periodikus változások hatásaként (étkezés), feltételes reflexek kialakulása, az alkalmazkodás tanulása - szenzomotoros intelligencia: mozgássémákba rendezett mozdulatokat használ – próbálgat, kísérletezget - tanult és szándékos cselekvés - a gondolkodás alaphelyzete (a célhoz megtalálja az eszközt) - ülés - állás - mászás - látás-, hallás-, taktilis-kinesztéziás észlelés - gögcicselés, gagyogás, beszédmegértés	- ismerkedés a közvetlen környezettel mind a helyhez kötött, mind a helyváltoztató szakaszban - manipulációs gyakorlás - explorációs játék (0–2 év) pl. érzékszervi-mozgásos, gyakorló, kísérletező játékok
kisgyermekkor 1–3 év	- önállósodás, éntudat megjelenése, saját akarat élménye - tudatos irányítással és a megélt élmények hatására a jó és a rossz, a szép és a csúnya fogalmainak megtanulása - dackorszak (2,5 év) megjelenése	- járás (lépcsőn: fel-le) - önálló mozgásindítás, testséma - a tárgyi cselekvéshez, az eszköz- és játékhasználathoz szükséges nagy- és kismozgások összerendezése (pl. tárgyak összeillesztése, firkálás) - szociális kontaktusba kerülés - beszéd: - szituatív (1-1 szavas mondatok); - kontextusos (alany, állítmány 2 szavas mondatok); - absztrakt (mi ez?) - tapasztalatszerzés eszköze (mi ez?) - érzelme, szükségletek kifejezője - gondolkodás: cselekvésbe ágyazott (próbálgatás), sorozatos eredményt új helyzetre is átvivő	- explorációs játék - szimbolikus játék: a „mintha” elem megjelenése (2–6/7 év) pl. egy szék a metró vagy egy kavicsdarab a fizetőeszköz - rövid énekek, mondókák, versek hallgatása, megtanulása, tánc, mozgással kísérve - mesék, amelyek az ő életével is kapcsolatban vannak, vele is megtörtént (ismétlődés biztosítása, szoktatás) - futkosás, ugrálás, mozgó tárgyak (hinta, futóbicikli, rugós téri játékok) használata

⁷⁴ Készítette: Rózsáné Czigány Enikő.

Fejlődési szakaszok	Érzelem (egyéni és társadalmi dimenzióban)	Kognitív tevékenység (motorikus és értelmi területen)	Fő tevékenységformák
óvodáskor 3–6/7 év	• érzelmi kötődés hatására morális érzelmek kezdete: engedelmes-ség, kötelezettségérzet • feladat- és szabálytu-dat • dackorszak: önállóso-dási tendencia • félelem: az értelem fejlődésével és a hal-lott, tanult ismeretekkel (fantáziával) függ ösz-sze • öröm: érzéki örömök, szociális érzelmek és tevékenységek ered-ményessége által vál-tódnak ki • szeretet (függ a min-tától és attól, hogy ő mennyiben részesül) • szociális kapcsolatok kiterjedése: óvodai dol-gozók, barátok szerepe • érzelmek felett való uralkodás fokozódása a szociális kapcsola-tokban	• a gondolkodás szintjei: - szemléletes-cselekvő - szemléletes-képszerű (a gondolkodás észlelésbe ágyazódik, mert a tárgyak, jelenségek és azok kapcsolatai alap-ján érti meg a helyzeteket) • elvont nyelvi (fejben elvégzett gondolko-dás) • gondolkodási műveletek: - szintézis-analízis - összehasonlítás - általánosítás, konkretizálás (általános-ból egyre is vissza tud következtetni) • második kérdező korszak: motivációja a felnőttel való további kontaktustartás mellett az okozati összefüggések iránti kíváncsiság • gondolkodás-beszéd kapcsolata (ego-centrikus beszéd) • első „miért?” korszak (4-5 év) (fő moti-vációja, hogy a felnőtt ne tudjon elmenni mellőle) • figyelem (ideje, mélysége érzelmi alapú) • emlékezet (kb. 5 éves korig elsősorban érzelmi alapú, később válik akaratlagos-sá, próbál megjegyezni dolgokat) • képzelet (fantáziahazugság = valóság, mese, fantázia nem válik szét) • kontextusos beszéd (cselekvő szemlé-letes gondolkodási szint meghaladását követően) • nagymozgásokat egyre inkább jellemzi az összetett koordináció (egyszerűbb gyakorlatok a bordásfalon, mászókan, az ugróiskola egyszerű formája) • finommotorika: egyre erősebb a vágy, hogy rajzos formában is kifejezze magát: - firka (3 év) - a valóságot megközelítő, de nincs minden a helyén (3-4 év) - felismerhetőség, alaposabb kidolgo-zottság, átlátszóság	• nagymozgások: futás, mászás (mászókázas), ugrádozás, lab-dázás • játék: - gyakorlójáték - szerepjáték - szabályjáték - alkotójáték • rajzolás • formázás • ének • verstanulás • mesehallgatás, mesemondás (fantázia) • filmnézés • megbízatások, feladatok

4.2. Jelzőtünetek, az egyes sérüléstípusra, szocializációs zavarokra jellemző eltérések

Az idegrendszer fejlődésére irányuló kutatások felhívták a figyelmet arra, hogy az első életévekben szerzett pozitív tapasztalatok erősen hatnak az agy fejlődésére. Segítik a gyermeket a gondolkodásban, a nyelvel-sajátításban, a szociális kapcsolatok kialakításában és minden olyan képesség megszerzésében, amely az élet során fontos. Ebben a születéstől számított 5-6 évben a fejlődés dinamizmusában egyetlen későbbi életszakasszal sem hasonlítható össze. Ez a valamilyen ok miatt az adott életkor alapján elvárhatótól eltérő fejlődésű gyermekekre is igaz. A fejlődést azonban nemcsak biológiai okok gátolhatják, hanem a szociális és érzelmi sérülések is. Ezért a korai intervencióban különösen fontos, hogy a már meglévő vagy kialakuló fo-gyatékosságok esetén a biológiai és környezeti tényezők figyelembevételével megelőzzük vagy csökkentjük a gátló tényezőket (RózsÁNÉ CZIGÁNY 2015, 87).

Fő célok:

- „a gyermek egészségének és jólétének biztosítása,
- a kialakuló kompetenciák kezelése,

- a fejlődésben jelentkező késések minimalizálása,
- a már meglévő vagy kialakuló fogyatékoságok kezelése,
- a funkciók hanyatlásának megakadályozása,
- a szülők alkalmazkodásának és a család működésének elősegítése” (SHONKOFF–MEISELS eds. 2000, 87).

4.2.1. Sérüléstípusok

Már az előzőekben is utaltunk arra, hogy a környezeti és pszichológiai tényezők milyen fontos szerepet töltenek be egy kisgyermek életében. A zavart anya-csecsemő, anya-kisgyermek kapcsolat, az ártó, a fejlődést gátló miliő hatásaként már a korai életszakaszban is jelentkezhetnek a nehezített fejlődés „mintha” tünetei.

1. Példa: A szülői nemtörődomség vagy tudatlanság miatt egy kisgyermek mozgásterének teljes beszűkítése a kiságyba, és az életkori szakasznak megfelelő játékok, eszközök hiánya gátolja a mozgásfejlődést (nagymozgások, finommozgások, mozgáskoordináció), s mindez a motoros funkciók megkésett fejlődéséhez vezet. Ez hatással van a célirányos, akaratlagos mozgásokra, a közvetlen környezet megismerésére és a kognitív funkciók fejlődésére is. A kommunikáció, a beszéd elsajátítása – ép érzék- és beszédszervek, idegrendszer mellett – a megfelelő beszédkörnyezetben, szülői és tágabb környezeti minta hatására történik. A nem megfelelő pszichoszociális környezet, ha nem biztosítja a gyermek számára a beszéd kialakulásának feltételeit sem, akkor az előbbieken leírt tünetekhez társulva kialakulhat egy igen összetett „tünetegyüttes”: a mozgás, a megismerő funkciók és a beszéd eltérő fejlődése. Ugyanakkor itt még nem beszélhetünk sem mozgásszervi, sem intellektuális, sem beszédfogyatékoságról. Ha időben észreveszik (orvos, védőnő, intézményi ellátás keretében más szakember), akkor a korai fejlesztés és a család együttműködésével az életvezetési tanácsadás, családgondozás eredményeként az átlagostól eltérő fejlődés korrigálható és a tipikus fejlődés irányába állítható.
2. Példa: Ikerterhesség alatt A magzat B nyakán ült. A születést követően B magzatra jellemző lett a ferde, főleg bal irányú fejtartás. A neurológiai vizsgálat kimutatta, hogy e „kényszeres” tartás nem idegrendszeri eredetű, és a csecsemő számára DSGM- (Dévény speciális gimnasztika módszer) fejlesztést javasoltak. Az öt hónapig tartó, az anya együttműködését is igénylő korai fejlesztés eredményeként a csecsemő fejtartása, mozgásállapota már az életkorának megfelelő.

Mindkét esetből kitűnik, hogy a problémák diagnosztizálásakor a csecsemők/kisgyermek az egyes fogyatékoságtípusokra jellemző tüneteket mutattak. Ekkor még nem egyértelmű, hogy egy életen át tartó sérülésről van-e szó, vagy az eltérő fejlődés egy időben megkezdett fejlesztéssel, terápiával a tipikus fejlődés útjára állítható. Ezért a korai intervenció során a diagnosztizáláskor, feltételezve a spontán fejlődést, 0–3 éves kor között még nem fogyatékoságról, hanem eltérő fejlődésről beszélünk. Az alábbiakban a sérüléstípusok megnevezésénél is ezt a szempontot követtük. Az első megnevezés a 0–3 éves, míg a törtvonal (/) utáni a 3 éves kortól az iskoláskorig terjedő életszakaszra vonatkozik.

4.2.1.1. A látás eltérő fejlődése/látássérülés

„A WHO definíciója szerint látássérült az a személy, akinek ép látásteljesítményét 100%-nak véve (vízus/látásélesség/=1), maximális korrekcióval mérve, a jobbik szemén a látásvesztesség a 67%-ot meghaladja (vízus<0,3), illetve látótérszűkülete nem több 20°-nál” (Futó et al. 2015, 114).

Annak alapján, hogy a látásromlás milyen mértékű, pedagógiai szempontból az alábbi csoportokat különböztetjük meg:

- Vak: a látóképesség teljes hiánya (vízus: 0).
- Aliglátó: fényérzéstől a 10%-os látásélességig (fényt érzékelők, ujjolvasók, nagy tárgylátók).
- Gyengénlátó: látásteljesítményük 10–33%-ig terjed, „speciális” optikai eszközök segítségével látó-halló (tapintó) életmód jellemzi őket (PAJOR 2017).

Az orvosi diagnózissal rendelkező, korai fejlesztésben részesülő 0–6/7 éves gyermekek az intézményes nevelés kezdetekor már egy olyan szakértői véleményt kapnak, amely tartalmazza a fejlesztés hangsúlyos területeit. Ugyanakkor előfordulnak olyan szembetegségek is, melyek lassú látásromlással járnak, és a kisgyermek fejlődésének csak egy későbbi időszakában válnak nyilvánvalóvá. Ezek jelei:

- „Az új vagy éppen használt tárgyakat teljesen odahajolva, sokszor ferde fejtartással a szemükhöz közel emelve nézi
- Az apró tárgyak figyelmen kívül hagyása
- Figyelmen kívül hagyja a színes tárgyakat
- Túlzottan ragaszkodónak tűnik, kísérelve változtatni a helyet
- Bizonytalan mozgás, mozgásfejlődése korától elmarad
- Egyik helyről a másikra haladva nekimegy a nem megszokott helyen lévő tárgyaknak
- Mozgásban lévő társait, tárgyakat nehezen követi
- Térféltérjáratokat félve használja, fél a mászástól, a távolságokat nem érzékeli
- Nonverbális jelzések figyelmen kívül hagyása, félreértése
- Társak, felnőttek közeledtét csak hangjuk alapján, vagy csak nagyon közelről érzékeli
- Képeskönyvek iránti érdektelenség
- A közös, főleg manuális jellegű munkákba nem szívesen kapcsolódik be” (HEGYINÉ HONYEK 2006, 7–8)

Ha a szülő/gondviselő észleli a fenti tüneteket, fontos, hogy mielőbb sor kerüljön a szakorvosi vizsgálatra, hogy a diagnózis birtokában a gyermek minél hamarabb megfelelő fejlesztésben, terápiában és optikai segédeszközzel ellátásban részesülhessen. Szükség lehet az országos jogkörrel rendelkező Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat (FPSZ) *Látásvizsgáló*, Gyógypedagógiai Tanácsadó, Korai Fejlesztő, Oktató és Gondozó Tagintézményének szakértői vizsgálatára is, és indokolt esetben csak ezután következhet a gyógypedagógiai fejlesztés.

A látássérült gyermek speciális fejlesztését a látássérültek pedagógiája szakos gyógypedagógus (korábban tiflopedagógus) végzi, aki az intézményes nevelést ellátó szakemberek tervező- és mindennapi munkáját is segíti tanácsadással, konzultációs lehetőségek biztosításával, módszertani és eszközajánlással és az SNI gyermek szüleivel való kapcsolattartással.

4.2.1.2. A hallás eltérő fejlődése/hallássérülés

Csányi Yvonne meghatározása szerint a „*hallássérülés csökkent hallási képességet, esetleg a hallás teljes hiányát jelenti*”. A károsodás foka attól függ, hogy milyen hangerőt hall meg valaki (dB = decibelérték) és milyen hangmagasságon (Hz = frekvencia). A jól halló ember nagyjából 20 000 Hz-ig hall. A beszédhangok többségének frekvenciasávja ennél lényegesen szűkebb, 500 és 4000 Hz között van” (RÓZSÁNÉ CZIGÁNY–CSÁNYI et al. 2003, 2).

„Attól függően, hogy milyen mértékű a beszédfrekvenciákon mért átlagos veszteség, azaz a jobbik fülön mért hallásvesztés alapján felállított kategóriák:

- Nagyon súlyos hallássérülés – ahol a hallásvesztés 81–95 dB, illetve e feletti (minimális hallásmaradvány is lehet)
- Nagyothallás, ezen belül:
 - súlyos nagyothallás 61–80 dB a hallásvesztés
 - közepes nagyothallás 41–60 dB a hallásvesztés
 - enyhe nagyothallás 20–40 dB a hallásvesztés

A hallássérülés diagnosztizálását követően a károsodást kiváltó októl függően hallásjavító műtéteket is végezhetnek, amelynek eredményeként a hallásra alapozott kommunikációra is képessé válhatnak, pl. cochleaimplantáció. A beszédhallás érzékelését segíti a hallókészülék. A cél az, hogy a hangokat oly mértékben felerősítve juttassák el a fülhöz, hogy lehetővé váljék a beszédhangok alapján történő felfogása. A hallókészülék segítségével a hallássérülés mértékétől függően meghallja, megérti a gyermek a hangos beszédet,

súlyosabb esetben a hallást kiegészíti a szájról olvasás. A halláskárosodás mértékétől, a kialakulás idejétől függően a beszédfejlődés is sérül. Veszélyesített nagyothallás esetén a kisgyermek beszédfejlődése spontán megindul, de a hallássérülés mértékétől függően a beszédfejlődés késést mutat. Amennyiben, ha a beszéd kialakulást követően jött létre a halláskárosodás, akkor beszédmegtartásról, újratanulásról van szó. Mindkét esetben fontos a megfelelő beszédkörnyezet biztosítása. A speciális fejlesztés mindkét esetben elengedhetetlen” (Rózsáné Czigány 2015, 98–99).

A minden gyermeket érintő, születést követő hallásvizsgálat ellenére is előfordul, hogy a halláskárosodást nem szűrik ki, és a napközbeni ellátásban a gyermekkel több időt együtt töltő szakemberben fogalmazódik meg a hallássérülés gyanúja. Bölcsődei szakemberek megfigyelései, személyes, óvodai integrációban szerzett tapasztalatok és az azokat megerősítő szakirodalom alapján (PERLUSZ 2006) a lehetséges tünetek:

- a gyermek erősebb hangokra, zörejekre vagy halk hangokra nem reagál
- kb. 6 hónapos kort követően nem gügyög változatos, eltérő hangmagasságokban
- a szülők, az ismerősök vagy a környezet érdekesebb hangjaira nem figyel fel
- ha nem látja a hozzá beszélőt, nem fordítja oda a fejét
- egyéves kor után sem jelennek meg önálló szavak, érthetetlen, amit mond
- nem érti meg a beszédet
- versek, mondókák memorizálására nem képes
- nem érti a hozzá intézett kérdéseket vagy a tiltást
- fegyelmezetlenül viselkedik

Az esetleges szülői bagatellizálás, például: „csak figyelmetlen” „csak azt hallja meg, amit akar”, „már megtörtént a kötelező hallásvizsgálat és nincs gond”, stb. ellenére próbáljuk meggyőzni a szülőt arról, hogy a gyermeket vigye el egy újabb hallásvizsgálatra, mert előfordulhat az is, hogy csak többszörre állapítják meg a hallássérülést. A gyermek csak a szakorvosi vizsgálatot követő diagnózis eredményeként részesülhet orvosi terápiában és kaphat a kommunikációját segítő hallókészüléket. A gyógypedagógiai fejlesztés szükségességét és területeit az országos jogkörrel rendelkező komplex vizsgálatok alapján a Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat *Hallásvizsgáló*, Gyógypedagógiai Tanácsadó, Korai Fejlesztő, Oktató és Gondozó Tagintézménye dönti el.

Az akár szegregált, akár integrált módon nevelt hallássérült gyermekek speciális fejlesztését a hallássérültek pedagógiája szakos gyógypedagógus (korábban szurdopedagógus) végzi, aki az intézményi nevelést végző szakembert is felkészíti a hallássérült gyermek fogadására. Ezen túl információt ad a hallássérülésről és az adott gyermekről, folyamatos konzultációs lehetőséget biztosít, tanácsadást végez a csoportban dolgozó, a gondozást-nevelést támogató más érintett munkatárs és a szülők számára.

4.2.1.3. *A motoros funkciók eltérő fejlődése/mozgásszervi fogyatékoságok*

A motoros funkciók eltérő fejlődésének sokféle oka lehet, de az időben megkezdett fejlesztés az adott életkorban elvárható szintre hozást is eredményezheti. A mozgásszervi fogyatékos gyermekek csoportja azonban igen heterogén, s ez nehezíti a meghatározást is. A köznevelési törvény, a különböző rendeletek még az elnevezésben sem egységesek, mert olvashatunk mozgáskorlátozottakról, mozgássérültekről, testi sérültekről stb. (a továbbiakban a mozgáskorlátozott kifejezést használjuk, mert a különböző okok miatti mozgásszervrendszer-sérülés következtében a mozgáskivitelezésük nem vagy csak részben valósul meg, tehát korlátozott a mozgáskivitelezés). A károsodás keletkezésének ideje, formája, mértéke és területe alapján történő „gyógypedagógiai csoportosítás:

- végtagredukciós fejlődési rendellenességek és szerzett végtaghiányok;
- petyhüdt bénulást okozó kórformák;
- a korai agykárosodás utáni mozgás-rendellenességek;
- egyéb, maradandó mozgásállapot-változást, mozgáskorlátozottságot okozó kórformák;
- halmozott sérüléssel járó különböző kórformák és károsodás” (Bernolák B.-né 2006, 6).

A mozgáskorlátozottság sokféleségéből fakad, hogy a csecsemő- és kisgyermekkorai tünetek is sokfélék, így az egyes kórformák más és más tüneteket okoznak. Ami általánosságban jellemző lehet:

- Motoros akadályozottságból fakadó gyenge manipulációs készség
- Megkésett fejlődésű kommunikáció
- Gyenge és/vagy félreérthető mimika
- Gátolt manipulációhoz kötött megismerési folyamat
- „Életkornak megfelelő funkciók akadályozottsága
- Szocializációs akadályozottság
- Összetett fejlődésbeli hátrány
- Reverzibilis függőhelyzet” (BERNOLÁK B.-NÉ 2006, 12)

A mozgáskorlátozott gyermekek csoportjának sokféleségéből fakadóan az integrált nevelésben részesülők számára egységes nevelési, fejlesztési és módszertani ajánlást nem lehet adni. A mozgáskorlátozott gyermek megismerését segíti és a későbbi félreértéseket, nehézségeket is megelőzi a szülőktől és a korai fejlesztést végző gyógypedagógustól való tájékozódás. Információt kell kérni arról, hogy mi az, amit önállóan el tud végezni a gyermek, illetve milyen segédeszközre van szüksége az önálló tevékenységhez. A mozgássérülésből fakadóan sokszor a verbális és nonverbális kommunikációja is sérül, mert azokat a motoros működés szabályozza. Így, ezek ismeretében nem érthetjük félre például a mimikáját, ami a beilleszkedést, az elfogadást is könnyebbé teheti.

A mozgáskorlátozottság kiterjedése, súlyossága, a gyermek pszichés állapota és értelmi szintje határozza meg, hogy integrált formában nevelhető-e vagy sem. Ezt a FPSZ *Mozgásvizsgáló*, Gyógypedagógiai Tanácsadó, Korai Fejlesztő, Oktató és Gondozó Tagintézménye komplex vizsgálatai alapján döntik el. A speciális fejlesztést a szomatopedagógiai végzettséggel rendelkező gyógypedagógus végzi.

4.2.1.4. A kognitív funkciók eltérő fejlődése/intellektuális képességzavar

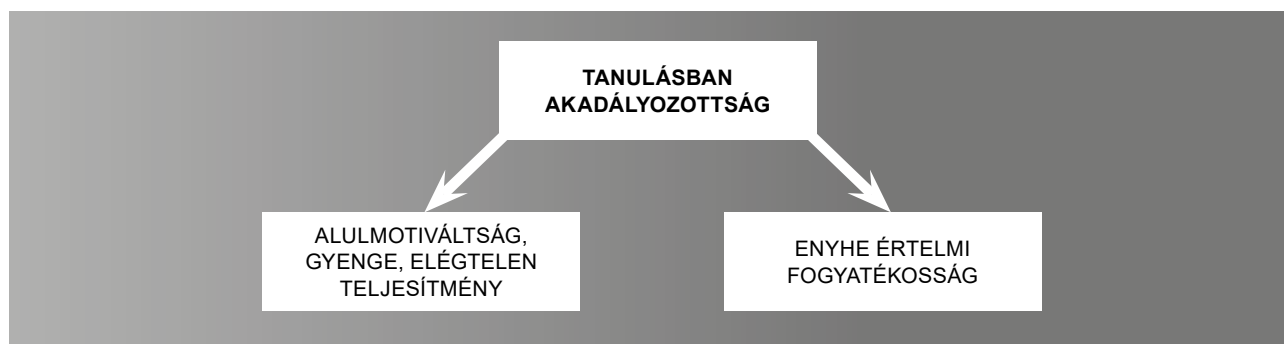
„Az értelmi fogyatékosság a központi idegrendszer fejlődését befolyásoló örökletes és/vagy környezeti hatások eredőjeképpen alakul ki, amelynek következtében az általános értelmi képesség az adott népesség átlagától, az első évektől kezdve számottevően elmarad, és amely miatt az önálló életvezetés jelentősen akadályozott” (CZEIZEL et al. 1978, 18). A gyógypedagógia területén német mintára tanulásban akadályozott és értelmileg akadályozott kifejezéssel illetik az értelmi fogyatékosság különböző fokozatait, míg a legújabb, elsősorban angolszász szakirodalmi források *intellektuális képességzavart mutató személyekként* írják le az átlagtól elmaradt értelmi képességgel élők körét. Ide tartoznak mindazok, *akik a kognitív működések, valamint az adaptív magatartás terén súlyos akadályozottsággal küzdenek. Tanulásra, fejlődésre, munkára, társadalmi életre egyaránt képesek, azonban az esélyegyenlőség megvalósulása érdekében társadalmi segítséget igényelnek.* Lányiné dr. Engelmayer Ágnes szerint az állapotukat nemcsak ezért fontos megismerni, mert az a megsegítés formájára utal, hanem azért is, mert az erősségeik felderítését is szolgálja (LÁNYINÉ ENGELMAYER 2012).

A Betegségek Nemzetközi Osztályozása és a DSM-5⁷⁵ az értelmi fogyatékosság négy súlyosság szerinti fokozatát különböztet enyhe, mérsékelt, súlyos és igen súlyos értelmi fogyatékos-ságot.

A tanulásban akadályozott fogalom használata a nem megfelelő értelmezés miatt sok félreértést okoz. Vannak, akik az enyhe értelmi fogyatékosság szinonimájaként alkalmazzák, míg mások a tanulási zavarok és a tanulási nehézségek rokon értelmű kifejezéseiként.

A tanulásban akadályozottság magában foglalja az igen gyenge, az iskolában gyakran elégtelen teljesítményt nyújtó, a szeretetkapcsolataiban sérült, a szocializáció folyamatában állandósuló környezeti ártó tényezők hatásaként kialakuló alulmotiváltságot, valamint az enyhe értelmi fogyatékos-ságot.

⁷⁵ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Az Amerikai Pszichiátriai Társaság kiadásában megjelenő kézikönyv, amely a legújabb tudományos kutatások alapján írja le a pszichiátria körébe tartozó zavarokat és azok tüneteit.



A fentiek alapján egyértelművé válik, hogy főleg iskolai környezetben, teljesítményekhez kötötten válik egyértelművé a probléma, de már óvodai környezetben is vannak jelzőtünetek. Míg az első csoportban (alulmotiváltság) főleg a beilleszkedést, a magatartást érintő gondokra figyelnek fel, addig az enyhe értelmi fogyatékos személyeknél a kognitív funkciók, a mozgás, a beszéd, a szociabilitás terén mutatkozik meg az elmaradás.

4.2.1.5. *Enyhe értelmi fogyatékoság*

Az organikus eredetre visszavezethető enyhe értelmi fogyatékoság az eltérő fejlődési ütemből fakadóan főleg a beiskolázáskor derül ki, mert az ilyen gyermekek például az emlékezet, a figyelem, az észlelés, a motivációs bázis, a finommotorika vagy a beszédfejlődés területén a társaikhoz képest gyengébb teljesítményt mutatnak, esetleg az érdeklődésük is nehezen kelthető fel. Ők többségükben ép társaikkal együtt járnak bölcsődébe, óvodába, hiszen a beiratkozáskor a problémák még többnyire fel sem vetődnek, vagy azokat a szakemberek az eltérő fejlődési ütemmel magyarázzák. Ennek főbb megnyilvánuló tünetei: a megértés és a nyelvhasználat lassúbb kialakulása és a kifejező beszédképességek hiányosságai, melyek lassítják az önállóság kialakulását is. A szakemberek a bölcsődei, majd az óvodai évek fejlesztő hatásától, az éréstől várják a megoldást. Így az ilyen gyermekekkel kapcsolatban ritkán merül fel az integrációs nevelés szükségessége. Amennyiben valamilyen ok miatt (például epilepszia vagy kromoszóma-rendellenesség) már a korábbi életszakaszban – lakóterülettől függően – a megyei pedagógiai szakszolgálat vagy a Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat szakértői bizottsága elé kerülnek, ott a pszichomotoros fejlődés sajátos elmaradásából következtetnek az esetleg később kialakuló enyhe értelmi fogyatékoságra. A bölcsődei, óvodai és egyéb intézményi gondozásban- nevelésben a szakértői véleményben meghatározott képességek fejlesztésére kell nagy hangsúlyt fektetni. Hároméves kor után a szakértői véleményben jelzik az enyhe fokú intellektuális elmaradás tényét, rögzítve a BNO-10⁷⁶ alapján az intelligenciatartományt (50–69 IQ), és meghatározzák a kiemelt fejlesztési területeket.

Ha a gyermek tovább marad a bölcsődében, vagy integrált módon óvodai nevelésben részesül, akkor speciális fejlesztését az értelmi fogyatékos gyermekek nevelésére, tanítására és fejlesztésére felkészített, tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus (korábban oligofrénpedagógus) végzi. Napközben a kisgyermeknevelő vagy az óvodapedagógus az ő tanácsadói munkája alapján tervezheti meg azokat a tevékenységeket, melyek a bölcsődei vagy óvodai csoportban a hatékonyabb tapasztalatszerzést és a társakkal való együtt játszást, együttműködést biztosítják.

4.2.1.6. *Értelmileg akadályozottság (mérsékelten súlyos – súlyos – igen súlyos értelmi fogyatékoság)*

„Értelmi akadályozott az a személy, akinek értelmi működése szignifikánsan alacsonyabb az adott népesség átlagánál (IQ-pontban kifejezve 50-nél alacsonyabb), és a csökkent működéshez az adaptív viselkedés⁷⁷

⁷⁶ BNO: Betegségek Nemzetközi Osztályozása, melyet a WHO szakemberei dolgoztak ki. A BNO-10 „Mentális és viselkedészavarok” című fejezete tartalmazza az értelmi fogyatékoság kategóriáit. Más nemzetközi osztályozás is létezik, például a 2013-ban kiadott DSM-5, Magyarországon inkább a BNO terjedt el.

⁷⁷ Az adaptív viselkedés: egy életen át tartó tanulási folyamat, amelyben elsajátítjuk az alkalmazkodáshoz szükséges készségeket.

zavarai társulnak a fogalmi, szociális és praktikus adaptív készségekben megmutatkozva. [...] Az adaptív viselkedésen belül megkülönböztetünk

- *fogalmi* (értelemmel összefüggő) készségeket: beszéddel, olvasással, írással, a pénz elemi használatával, vásárlással, önszabályozással, szabálybetartással kapcsolatos viselkedési készségek;
- *szociális* készségeket: kapcsolatokban, szabálykövetésben, mások elfogadásában és cselekvésekért érzett felelősség;
- *praktikus* készségeket: önellátással, önkiszolgálással, közlekedéssel, napi eszközhasználattal kapcsolatban megjelenő készségek” (REGÉNYI–VIRÁNYI 2017, 163).

Az értelmileg akadályozottságot a jelentősen meglassúbbodott fejlődési ütem jellemzi a mozgás, a beszéd, a kognitív és más pszichés funkciók területén. A játéktevékenységet a monotonitás, a sztereotípiák és a fantáziátlanság jellemzi, és a gyermek gyakran váltogatja tevékenységeit. Figyelme csapongó, szűk terjedelmű, az észlelése is pontatlan, beszűkült. Emlékezetét mind rövid, mind hosszú távon pontatlanság, bizonytalanság jellemzi. A társas kapcsolatok kialakulását, az együtt játszást nehezíti a beszéd-, valamint a mozgásfejlődés elmaradása, amelyből bizonyos fejlődési fázisok kimaradhatnak vagy hibásan rögzülnek. Mozgáskoordinációja, a mozgások kivitelezése pontatlan, a gyermek ügyetlen mind a nagymozgás, mind a finommotorika területén. Beszéde tartalmilag szegényes, formailag diszgrammatikus – ezek hátterében kognitív sérülés áll. Mindezzel összefügg az önkiszolgálás életkorához viszonyított alacsonyabb szintje. A korai diagnózist követően fontos, hogy a gyermek korai fejlesztésben részesüljön, mert az integrációja csak így lehet sikeres. A fentiekben leírtak ellenére a 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelete a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről kétéves kor alatt nem javasolja az értelmi fogyatékoság mint diagnosztikus címke használatát, helyette a megkésett fejlődés/fejlődésbeli késés megnevezést tartja helyesnek.⁷⁸

Az értelmileg akadályozott gyermek szegregált vagy integrált neveléséről a lakóterületileg illetékes megyei pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottsága, illetve fővárosi gyermekek esetében a Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat szakértői bizottsága dönt a komplex vizsgálatok alapján. A szakértők részletes elemzésben jelzik a mérsékelt fokú intellektuális elmaradás tényét, meghatározva az intelligenciatartományt (35–49 IQ), amelybe a gyermek beleesik, és rögzítik a kiemelt fejlesztési területeket.

A gyógypedagógiai fejlesztést az értelmileg akadályozott gyermekek esetében az értelmileg akadályozottak pedagógiája szakirányú gyógypedagógus (korábban oligofrénpedagógus) végzi. Munkájának szerves része, hogy segítse a feladatellátási hely szakembereit a sérült gyermekekre irányuló tervezésben, emellett nevelési, gondozási, támogató tanácsadási munkát végez, és együttműködik a szülőkkel.

Az értelmileg akadályozottak csoportján belül súlyosság szerint megkülönböztetjük még a **súlyos értelmi fogyatékos személyek csoportját** (20–34 IQ). Jellemzőik igen változatosak. A fentiekben leírt funkciók közt lehetnek azonos módon fejlődőek, de lehetnek teljesen kimaradtak is. A 18 hónapos kor feletti gyermekek korai fejlesztésének, illetve óvodai nevelésének meghatározása szintén a lakóterületileg illetékes megyei pedagógiai szakszolgálat vagy a Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat szakértői bizottságának feladata.

Az **igen súlyos értelmi fogyatékoság** (20 IQ alatt) gyakran jár együtt halmozott fogyatékossgal. Ezt a 32/2012. (X. 8.) EMMI-rendelet a Sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a Sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelve kiadásáról 3. melléklete így fogalmazza meg:

„A súlyos és halmozott fogyatékoság az egész élet során fennálló állapot, amelyre jellemző, hogy a testi struktúrák károsodása következtében a speciálisan humán funkciók – mint a kommunikáció, a beszéd, a mozgás, az értelem és az érzékelés-észlelés – minimálisan két területén súlyos vagy legsúlyosabb mértékű zavar mutatható ki. Ennek következtében az érintett személy pszichofizikai teljesítményei extrém mértékben eltérnek az átlagtól, így tevékenységeiben erősen akadályozottá válik, és társadalmi részvételében jelentősen korlátozott lehet. A súlyos és halmozott fogyatékoság hátterében rendszerint a korai életszakaszban bekövetkező, a központi idegrendszeret érintő komplex károsodás áll. A fogyatékoságok a legkülönbözőbb kombinációkban és súlyossági fokozatokban, esetleg eltérő időben jelenhetnek meg.”

A fenti meghatározásból is következik, hogy az ilyen gyermekek aktivitása és tapasztalatai igen eltérőek. Az egyéni különbségeket figyelembe vevő fejlesztés meghatározása ez esetben is a lakóterületileg illetékes

⁷⁸ 3. melléklet a 15/2013. (II. 26.) EMMI-rendeletéhez. A szakértői vélemény elkészítésének szakmai követelményei 6. e).

megyei pedagógiai szakszolgálat, illetve fővárosi gyermekek esetében a Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat szakértői bizottságának feladata. Ha a gyermek – az állapota miatt – lakáshoz kötött, akkor korai fejlesztése, sajátos szükségleteit is figyelembe véve, az otthonában is történhet.

4.2.1.7. A kommunikáció eltérő fejlődése/beszédfigyelmetlenség

A beszédfigyelmetlenség a beszéd és a nyelvi teljesítmények súlyos zavara; ilyen esetekben a nyelv elsajátítása már az egészen korai életszakasztól kezdve zavart. A nevelhetőség és oktathatóság alapján a 32/2012. (X. 8.) EMMI-rendelet 1. sz. mellékletének 2.6 pontja ezt így határozza meg: „Beszédfigyelmetlen gyermek esetén a receptív vagy expresszív beszéd/nyelvi képességrendszer szerveződésének fejlődési eredetű vagy szerzett zavara miatt az anyanyelv elsajátítás folyamata akadályozott, a gyermek életkorától eltérő. A beszédfigyelmetlen gyermek szenzoros, motoros vagy szenzomotoros problémája (expresszív diszfázia, receptív diszfázia, kevert típusú diszfázia, a folyamatos beszéd zavarai, logofóbia, centrális eredetű szerzett beszédzavarok, orrhangzós beszéd), illetve a beszédproblémákhoz társuló megismerési nehézségek és viselkedészavarok miatt eltérően fejlődik.”

A BNO-10 meghatározása szerint az okok idegrendszer-, beszédmechanizmus-, szenzoros és szenzomotoros sérülésre, mentális retardációra⁷⁹ és/vagy környezeti ártalomra vezethetők vissza. A meghatározásból is kitűnik, hogy a beszédfigyelmetlenséghez gyakran társul tanulási és magatartási zavar. Ennek az az oka, hogy az ilyen gyermekek a beszédnehézség miatt nehezebben tudnak kapcsolatot teremteni, nehezen értetik meg magukat/szándékaikat a játszótársaikkal, és az ebből fakadó konfliktusok súlyos szorongást vagy agressziót válthatnak ki. Függetlenül attól, hogy a beszédzavar milyen mértékű, a környezet a gyermeket beszédhibásnak nevezi. A beszédhiba és a beszédfigyelmetlenség azonban nem szinonim fogalmak, mert amíg a beszédhiba (például a pöszeség) logopédiai terápiával megszüntethető, addig a beszédfigyelmetlenség nem: „A nyelvfejlődési és beszédzavarok az anyanyelvi fejlettség alacsony szintjében, a beszédértés és észlelés nehézségében, kifejezőkészség nehézségében (szegényes szóincs, grammatikai fejletlenség), a beszédszerveződés nehézségében (mondatalkotási készség nehézsége, összefüggő beszéd kialakulatlansága), a beszédszervi működés gyengeségében, a beszédhangok tiszta ejtésének hiányában, az írott nyelv elsajátításának nehézségeit előjelző kognitív képességzavarban (fonológiai tudatosság, taktilis, vizuális észlelés, verbális emlékezet zavarai), a verbális tanulás lassú fejlődésében nyilvánulhatnak meg”⁸⁰

A beszédfigyelmetlen gyermek esetében kiemelten fontos a gazdag nyelvi környezet, a beszédmotiváció és a megfelelő beszédminta biztosítása. Azt, hogy az intézményes nevelés integrált formában megvalósítható-e vagy sem, az országos jogkörű Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat *Beszédvizsgáló*, Gyógypedagógiai Tanácsadó, Korai Fejlesztő, Oktató és Gondozó Tagintézményében történő komplex vizsgálat alapján döntenek el.

A kisgyermkekkel foglalkozók körében gyakori az a nézet, hogy 3 éves korig – főleg a fiúknak – még van idejük a beszéd kialakulásához. Ez azonban régi felfogás. Napjainkban (ép hallás és beszédszervek mellett) az a szemlélet él, hogy „azt a gyermeket tekintjük késői beszélőnek, aki két évesen még nem birtokol 50 szavas expresszív szóincset. Ez a feltétele annak, hogy szókombinációkat hozzon létre. Hiányában a megkésett beszédfejlődés állapota áll fenn” (RADICS–TÓTHNÉ ASZALAI 2012, o. n.). Az időben történő felismerés a napközbeni ellátásban, a közoktatási intézményekben közvetlenül a gyermekekkel dolgozó munkatársak felelősége is. A korai logopédiai fejlesztés a később kialakuló tanulási és magatartási zavarokat is megelőzheti.

A beszédfigyelmetlen kisgyermkek integrált nevelésében az egyéni és/vagy kis csoportos fejlesztést a logopédus végzi. A vele dolgozó többi szakember munkáját a fejlesztés támogatása érdekében tervezési és módszertani tanácsadással segíti. Ezenkívül a gyermek állapotát, beszédfejlődését és nevelését érintő kérdésekben segítséget nyújt a szülőknek.

⁷⁹ A BNO-10 használja a mentális retardáció fogalmát, beleértve az általunk tárgyalt összes atípusos intellektuális képességzavart, valamint az alkalmazkodási nehézségeket is.

⁸⁰ 32/2012. (X. 8.) EMMI-rendelet a Sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a Sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelve kiadásáról 2.6.

4.2.1.8. Autizmuspektrum-zavar⁸¹

Az autizmus egy „igen változatos tüneteket mutató kórkép, amelyet a súlyosság mértékétől függetlenül egységesen autizmuspektrum-zavarként, illetve pervazív fejlődési zavarokként definiál a modern szakirodalom” (CSEPREGI et al. 2011, 10). „A szociális, kommunikációs és kognitív készségek minőségi fejlődési zavara, amely az egész életen át tartó fogyatékos állapotot eredményezhet. Ez lehet igen súlyos, járulékos fogyatékoságokkal halmazott sérülés, illetve többé-kevésbé kompenzált (ritkán jól kompenzált) állapot. A súlyosan érintettek egész életen át teljes ellátásra, a jó képességűek egyénileg változó támogatásra szorulnak” (KANYIK–SZILÁGYINÉ ERDŐS 2008, 2). A súlyosság mértékétől függetlenül jellemző rá a személy beszűkülése, a csak önmagára és a vele kapcsolatos reakciókra korlátozódó, valamint a környezet ingereire elmaradó vagy sajátos válaszadás. A szélsőséges érzelmi kifejezések, a szemkontaktus, az együttes játék, az adekvát érzelmi kifejezés hiánya a társak felé, és a furcsa hanghordozás sokszor értetlenséget vált ki a környezetből.

Az autizmuspektrum-zavar főként organikus okokra vezethető vissza, de a genetikai eredetre is egyre több bizonyíték utal. Sokszínű tünetegyüttes, melyben a sérülések a kommunikáció, a szociális képességek és a viselkedésszervezés területein írhatók le.

A bölcsődékben, óvodákban és egyéb, a 0–6/7 éves gyermekeket ellátó intézményekben egyre gyakrabban találkozhatunk a tüneteivel, ezért is fontos, hogy a külső szemlélő számára sokszor furcsa viselkedési jellemzőket megismerjük, illetve, ha azok még nem okoztak gondot a családnak, felismerjük. A fejlődés során az autizmusra utaló tünetek a leggyakrabban 3 éves kor körül válnak olyan markánssá, hogy a szülők orvoshoz fordulnak, pedig ezek már néhány hónaposan is jelen vannak. Az intézményes nevelésben részesülő, de még nem diagnosztizált gyermekek esetében is igen nagy az intézményes nevelést végző szakember felelőssége, hiszen minél korábbi az orvosi diagnózis, annál eredményesebb lehet a gyermekek korai fejlesztése. Az alábbiakban szakirodalmi leírások és saját gyermek-ideggondozói tapasztalatok alapján gyűjtöttük össze az autizmus főbb tüneteit.

Jellemző tünetek a csecsemőkorban

Szociális készség:

- A szociális mosoly elmaradása
- Elmarad a másik arcának figyelése
- Az érdeklődés hiánya a másik személy, a közös együttlét iránt
- Az egyedüllét kielégíti

Kommunikáció:

- A preverbális kommunikáció hiánya
- Szegényes mimika
- Ritka a szemkontaktus felvétele

Viselkedés

- Sztereotip módon ismétlődő viselkedés

Jellemző tünetek a kisgyermekkorban

Szociális készség:

- A kortársak és a felnőttek iránti érdeklődés hiánya
- A közös tevékenység hiánya
- Esetleges interakciók során kevés szemkontaktus
- Szívesebben van egyedül, aminek ellentmondani látszik, hogy az anyáról nehezen választható le
- Mimika szegényessége vagy hiánya

⁸¹ A hazai szakirodalomban – átvéve az angol autism spectrum disorder rövidítését – gyakran csak ASD-ként hivatkoznak rá.

Kommunikáció:

- Megkésett beszédfejlődés
- Gyakori az echolália (hallott szavak kényszeres, visszhangszerű ismétlése)
- Nem figyel a beszédre – olyan, mintha „nem akarná megérteni”
- Ritka szemkontaktus
- Mimika, gesztusok szegénysége/hiánya

Viselkedés:

- Merev gondolkodás
- Sztereotip tevékenység a tárgyakkal
- Különös érdeklődés
- Furcsa, ismétlődő repdeső, pörgető, lábujjhegyező mozdulatok
- Erős ragaszkodás a megszokott dolgokhoz, a napirendhez; a változások erős érzelmi kitörésekkel kísért elutasítása

Az orvosi diagnózt gyermekpszichiáter állítja fel, de a képességfelmérést a lakóterületileg illetékes megyei, illetve fővárosi gyermek esetében a Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat szakértői bizottsága végzi. A komplex vizsgálatok alapján a fejlesztési javaslatot is ők állítják össze. A szakértői vélemény tartalmazza, hogy az autizmuspektrum-zavart mutató gyermek intézményes nevelése integrált vagy szegregált formában történjék-e.

Az intézményes egyéni fejlesztési terv készítése a speciális fejlesztés az autizmus spektrum pedagógiája szakos gyógypedagógus feladata. Az integráló nevelést is segíti módszertani és nevelési tanácsadással.

4.2.1.9. *A pszichés fejlődés zavarai (súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavar)*

„A sajátos nevelési igényű gyermekek e csoportját a különböző súlyosságú és komplexitású – az ismeretelsajátítást, a tanulást, az önirányítás képességeinek fejlődését nehezítő – részképességzavarok vagy azok halmozott előfordulása jellemzi. Az érintett gyermekek az átlagnál nehezebben viselik el a várakozás és a kivárás okozta feszültségeket, a váratlan zajokat. Aktivációs szintjük erősebben ingadozik, nyugtalanabbak. Fokozottabban igénylik a tevékenységet meghatározó állandó kereteket, szabályokat, valamint a pozitív visszajelzést, a sikeres teljesítmények megerősítését, a dicséretet. A kognitív, az emocionális-szociális képességek eltérő fejlődése a sikeres beilleszkedést, az iskolába lépésre való felkészülési folyamatot késleltetheti”⁸²

Mivel a tanulási nehézségeket főleg közvetlenül az iskolába lépést megelőzően vagy azt követően diagnosztizálják, az alábbiakban a beilleszkedési és a magatartási nehézségek kerülnek részletezésre.

„A kisgyermekkorban a felnőtt tanítja a gyermeknek az alapvető viselkedési szabályokat, azt, hogy mi a jó és mi a rossz, és melyik jár jutalommal, illetve büntetéssel. Amennyiben ezek az elvárások kiszámíthatatlanok, a gyermek elbizonytalanodik; nem tudja, mi az, amiben helyesen cselekszik, mi az, amelyben helytelenül, és miben léphet önállóan. Már a bölcsődés életkorban, az intézményi nevelésben közvetetten érvényesülnek a társadalmi elvárások, az együttélés szabályai. A felnőttek elvárják, hogy a gyermek tegyen vagy ne tegyen valamit, és bíznak abban, hogy elvárásuk teljesül még akkor is, ha ők nincsenek jelen. Elvárják az engedelmességet, feltételezik az önkontrollt” (RÓZSÁNÉ CZIGÁNY 2015, 108.)

A fentieket olvasva talán többekben is megfogalmazódik, hogy sokéves gyakorlatuk alatt több országból, sokféle kultúrából érkező családdal és gyermekkel volt dolguk. Voltak, akikkel nagyon jól együtt tudtak működni, és voltak, akikkel nem. Érdekes felidézniük ezeket az emlékképeket, és összevetni azzal a szociológiai megállapítással, miszerint két kultúra átfedése, közös tartománya minél közelebb áll egymáshoz, annál egyszerűbb a sikeres beilleszkedés.

„A társadalmi viselkedési szabályok azonban egy adott társadalom különböző csoportjai, szubkulturái

⁸² 32/2012. (X. 8.) EMMI-rendelet a Sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a Sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelve kiadásáról 2.8.

között is eltéréseket mutathatnak, ami az intézményi nevelés esetében sokszor konfliktusok forrása lehet. E csoportokból, szubkultúrákból érkezett gyermek bizonytalan, gyakran nem tudja, mikor szegi meg a szabályt. A sorozatos konfliktusok forrása lehet még, ha a pedagógusok nem ismerik a családi hátteret, az adott kultúra jellemzőit és olyan elvárásokkal fordulnak a gyermek felé, amelyeket az nem ért, de ők sem értik, hogy a gyermek mit nem ért. (Pl.: Ne káromkodj! A gyermek nem érti a kifejezést, mert még nem hallotta, nem tudja, hogy rosszat tesz, mert neki az apukája és anyukája is úgy beszél. Akkor most neki a szülei rosszak?) Egymás kölcsönös nem értéséből a negatív visszacsatolás túlsúlya alapján, ha az adott helyzet aktív megoldására nem érzi képesnek magát a gyermek, akkor aktív elkerülő magatartással: meneküléssel vagy támadással, illetve passzív elkerülő magatartással: szorongással, tehetetlenséggel reagál. A tünetek súlyosságát fokozza az organikus eredet, mivel a fentiekben leírt folyamattal felerősítik egymást” (RÓZSÁNÉ CZIGÁNY 2015, 108–109).

Az organikus eredetű beilleszkedés- és magatartászavarok eredete, tünetei sokfélék, így azok részletesebb leírására e tanfolyami tananyag keretein belül nincs mód. Ezért két gyakran előforduló és az idegen környezetben sok gondot okozó tünetegyüttest emelünk ki.

„A közösség számára kevésbé zavaró, de feltétlen segítséget igénylő az az emocionális zavar, amely jellegzetesen gyermekkorban kezdődik: »Sokkal inkább a normális fejlődés eltúlzott (sarkított) formáinak tekinthetők...«,⁸³ szokatlanul erős szorongás lép fel, s ez tovább tart, mint a szeparációs szorongást jellemző életkor. Következménye a szociális funkciók jelentős zavara, pl. erős stressz az otthontól, személyektől, tárgytól való elválástól (»a bölcsődébe vagy máshova járás elutasítása az elválás félelme miatt«⁸⁴), túlzott aggodás a szeretett személy, tárgy elvesztésétől. A félelmeket gyakran kíséri fej-, hasfájás, hányinger” (RÓZSÁNÉ CZIGÁNY 2015, 109).

A hiperkinetikus zavar, amely már az első öt évben kialakuló tünetegyüttes, sok gondot okoz mind a társak, mind az adott csoportban dolgozó szakemberek számára. Jellemzői: a tevékenységek csapongása, figyelmetlenség, nagyfokú impulzivitás, a szabályok gyakori megszegése, megfontolatlanság és a többi gyermekkel való gyakori konfrontálódás.

A beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdő gyermekek számára nincs speciális intézmény, őket integrált formában nevelik. Ugyanakkor a sérült részképességek hatékonyabb fejlődését szolgáló egészségügyi és pedagógiai célú rehabilitációs foglalkoztatás, a korai fejlesztés számukra is elengedhetetlen. Ennek szükségességéről a lakóterületileg illetékes megyei, illetve fővárosi gyermek esetében a Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat szakértői bizottsága dönt.

Az organikus eredetre visszavezethető pszichés fejlődési zavar esetén – a vezető tünet alapján – a megfelelő szakos gyógypedagógus végzi a speciális fejlesztést: pszichopedagógus, logopédus vagy a tanulásban akadályozottak pedagógiája szakos gyógypedagógus (oligofrénpedagógus). A gyógypedagógus a gyermekeket foglalkoztatók-nevelők munkáját a tervezéstől, a csoportban történő neveléstől, a fejlesztés támogatásán át a szülőkkel való együttműködésig segíti.

4.3. A fejlődéslélektani ismeretekre alapozott célzott megfigyelés lehetősége szempontjai

A mindennapi munkánkban gyakran mondunk véleményt jelenségekről, tárgyakról, emberekről. Ha megkérdezzük tőlünk, minek alapján fogalmazódott meg az ítéletünk, akkor gyakran válaszoljuk, hogy ezt tapasztaltuk vagy figyeltük meg. E megítélések gyakran szubjektívek, és talán összehasonlítási alapunk sem volt. Ezzel szemben a **pedagógiai megfigyelés** „*céltudatos, tervszerű, rendszeres, objektív tényeken alapuló észlelés*” (FALUS 1996, 126). Meg kell fogalmaznunk a célját, az adott helyzetet, amelyben a megfigyelést végezzük, és annak időkeretét. Megfigyeléseinket írásban is mindig rögzítjük. Vegyük például azt, amikor a gyermek önkiszolgálásának fejlődését szeretnénk megfigyelni a higiénés tevékenységekre vonatkozóan – önálló WC-használat, kézmosás, étkezés és fogmosás közben. Amennyiben egy fejlődési ívre vagyunk kíváncsiak, az előző megfigyeléssel kell összehasonlítani az új eredményeket, mert csak így kaphatunk reális képet az

⁸³ WHO 2004, F93.

⁸⁴ Uo. F93. A (4).

adott gyermek fejlődéséről. Az esetleges hanyatlás, egy korábbi fejlettségi szinten való megragadás mindig jelzésértékű: annak lehetséges okait mérlegelnünk kell, és ha szükségét látjuk, akkor szakember segítségét kell kérnünk.

Ha a gyermekről korábban még nem készült szakértői vélemény, akkor – a szülő beleegyezésével – kérhetjük a gyermek vizsgálatát az illetékes járási vagy kerületi pedagógiai szakszolgálattól. Az itt elvégzett vizsgálatok alapján, ha felvetődik a fogyatékossg gyanúja, azt a megyei szakértői bizottság, fővárosi gyermek esetében pedig a Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat szakértői bizottsága állapítja meg. Mint ahogy azt már a sérüléstípusok leírásában is olvashattuk, az érzékszervi, mozgás-, és beszéd fogyatékossg esetében a szakértői véleményt – a komplex vizsgálatokat követően – a Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat országos jogkörrel ellátott sérülésspecifikus szakértői bizottságai adják ki. A **habilitációs foglalkoztatások** csak ezek birtokában kezdődhetnek meg a feladatellátási helyeken.

*„Gyógypedagógiai értelmezés szerint a **habilitáció** a veleszületett ok, fejlődési rendellenesség vagy betegség miatt fejlődésükben megzavart és ezért a közösségi részvételben akadályozott személyekre irányul. Olyan, a társadalom által biztosított, szervezett tevékenységek és támogatások rendszere, amelyek segítségével e személyeknek a közösségi életben való részvétele javítható, kiteljesíthető”* (CZIBERE– FARAGÓNÉ BIRCSÁK 2006, 3).

4.3.1. Lehetséges megfigyelési területek/tevékenységformák

A bölcsődei, óvodai ellátásba kerülő gyermekek esetében a fejlesztést végző gyógypedagógus és a gyermek-feladatellátási intézmény szakembereinek fejlesztést támogató együttműködése biztosítja, hogy megvalósulhasson a gondozásba, nevelésbe ágyazott rehabilitációs folyamat. A gyógypedagógus és az intézmények más szakembereinek (konduktor, pszichológus, családsegítő stb.) együttműködése során nem veszik el az információ, hanem összeadódik a tudásuk. Ebben az együttműködésben az intézménybe kerülést követő, majd a bizonyos időszakoként történő fejlettségi szint meghatározásához, valamint a nevelési, gondozási terv elkészítéséhez is elkerülhetetlen – az orvosi terápiát, gyógypedagógiai fejlesztést vagy családgondozást végző szakembereken kívül – a gyermekcsoportban dolgozó szakember által végzett, fejlődéslélektani ismeretekre alapozott, célzott megfigyelés.⁸⁵ Az alábbiakban ehhez nyújtunk szempontokat, melyek nem teljes körűek; főleg azokat a legalapvetőbb funkciókat tartalmazzák, amelyekből már – negatív eltérések esetén – nagyobb bizonyossággal következtethetünk az esetleges elmaradásokra, sérülésekre.

SZÜLETÉSTŐL 3 ÉVES KORIG

Nagymozgás

0–12 hónapos korig

- Háton fekvő – egy személy vagy tárgy – jobbra-balra követése a fej elfordításával
- Hason fekvő a fej emelése
- Hátról hasra fordulás
- Kúszás
- Négykézláb mászás
- Kapaszkodva felállás
- Önálló felülés
- Önálló állás
- Önálló járás

⁸⁵ Összehasonlításként lásd 3. fejezet, 1. táblázat. Fejlesztési szakaszok a születéstől 6 éves korig.

12–36 hónapos korig

- Biztos járás
- Állásból lehajlás, játék felvétele a földről
- Labdát rúg
- Lépcsőn járás (utánlépéssel vagy váltott lábbal felfelé-lefelé, kézen fogva vagy kapaszkodva)
- Futás
- Lábbal hajtható műanyag vagy futóbiciklin előrehaladás
- Páros lábbal való ugrás (egy helyben, majd a kiindulóponttól elrugaszkodva)
- Téri játékok (mászóka, hinta stb.) használata

Finommotorika

0–12 hónapos korig

- Fixálja és megragadja a hangot adó tárgyat
- A tárgyak mozgását szemmel követi
- Tárgyért nyúl
- Tárgyakat szájba vesz
- Mindkét kezét használja
- Egyik kézről a másikba átesz tárgyakat (például kockát)
- Tárgyakat (például kockát) ütöget össze
- Hüvelyk- vagy bármely másik ujjal kisebb tárgyakat (például morzsát vagy falatkát) fog meg

12–36 hónapos korig

- Edényből kivesz, betesz
- Tevékenységeihez tárgyakat használ
- Kockából tornyot épít (előbb 2 majd 4 és több kockából)
- Kockából építve egyéb építményeket utánaz (például oldalakkal rendelkező házat vagy hidat)
- Papíron nyomot hagyó spontán firkálás a kezébe adott ceruzával
- Egyenes, majd körforma rajzolásának utánzása a bemutatások után
- Ollóval vágás (egyenesen)

Kognitív funkciók

A kognitív funkciók életkor szerinti szétbontása nehéz feladat, mert az érzékeléshez kötött észlelés folyamatosan fejlődő terület, és nemcsak az adottságoktól, hanem a megélt tapasztalatoktól is függ. Bizonyos ingerek elmaradása nem feltétlenül jelent ingerszegény környezetet: például egy városban élő kisgyermek, aki sohasem hallott kakaskukorékolást, nem biztos, hogy fel fogja ismerni a kakas hangját, ha olyan környezetbe kerül (annak ellenére, hogy korábban képeskönyvben már megmutattuk neki a kakast és utánóztuk is a hangját). Ez nem utal emlékezet- vagy felismerési problémára. Vagy ha bizonyos ízekkel még nem találkozott a gyermek, akkor csak a látvány alapján fogadja vagy utasítja el az adott ételt. De ez sem jelenthet problémát! Ugyanakkor a könnyebb felismerés érdekében a kognitív funkciók esetében is a fentiekben alkalmazott életkori felosztást követjük.

Ennek megfelelően a megfigyelésünket és az arra alapozott problémafelvetést mindig össze kell vetnünk a gyermek környezetével, az őt érő ingerekkel, élményekkel és ezek alapján kell átgondolnunk és megítélnünk a segítségkérést.

0–12 hónapos korig

- Érzékelés, észlelés (hő, fájdalom, nyomás, szaglás, hallás, ízlelés, látás)
- Taktilis ismeretszerzés a tárgyakról
- Vizuális ismeretszerzés a tárgyakról, játékokról – hosszan vizsgálhatja azokat
- A figyelem ideje (a tevékenységek változásának ideje, egy-egy tevékenység időtartama)
- Vizuális és auditív memória (Például akit többször lát, és akivel kapcsolatban gyakoribb a kellemes együtt-lét, azt már 5-10 hónaposan fel tudja idézni, és ha meglátja, vagy ha csak a hangját hallja, már mosolyogva örül neki. Ugyanakkor az újonnan látott személy nem jelent számára biztonságot: lehet, hogy a hangere-

jétől is megijed, hiszen az addigi emlék- és tapasztalati tárában nincs ezekkel összehasonlítható információja. Ez a szeparációs szorongás kialakulásának az időszaka.)

- Emlékezet (személyekhez, hangokhoz, tárgyakhoz – cselekvéshez kötötten)
- Megérti a saját nevét
- Felhívja magára a környezet figyelmét
- Hangok, hangsorok utánzása
- Egyszerű utasítások megértése (például: Add ide!)
- Testvázlat ismerete (például: Hol a fejed? Hol a kezed?)
- A vele kapcsolatosan, közös játékban használt szavak felismerése
- Nemet mond
- Szívesen pakol
- A tárgyak és tulajdonságaik között egyszerű összefüggést lát meg (például kicsi, nagy)

12–36 hónapos korig

- Kitartás (egy megkezdett tevékenység elvégzése)
- Változatosság az eszközhasználat terén
- Emlékezet (személyekhez, tárgyakhoz – cselekvéshez kötötten, rövid ének, vers)
- Válogatás (tárgyegyeztetés)
- Rész-egész felismerése (két vagy több részletből álló kép összerakása, pozitív-negatív formakirakó)
- Egyszerű formák (például kör, háromszög, csillag egyeztetése)
- Elemekből való építés
- Egyszerű ok-okozati összefüggések felismerése (például: Azért csúsztam el a műanyag kislabdákban és ütöttem meg magam, mert nem pakoltam el.)
- Egyszerű/összetett utasítások, feladatok végrehajtása (például: Légy szíves, hozd ide a labdát és tedd a polcra!)

Önállóság

0–12 hónapos korig

- Cumisüvegből önálló ivás (a cumisüveget önállóan tartja meg)
- A kezébe adott kiflit vagy kekszet önállóan eszi
- Pohárból iszik (kis mennyiségű folyadékot tartalmazó poharat ő emeli a szájához és dönti meg)
- Kézzel evés

12–36 hónapos korig

- Szilárd étel megrágása
- Kanállal evés
- Pohárból ivás önállóan
- Villahasználat
- Önálló evés
- Szobatisztaság nappalra
- Szobatisztaság éjszakára
- Mossa és törli a kezét
- Ruhadarabokat levesz
- Ruhadarabokat kisebb segítséggel felvesz

Szociális-érzelmi terület

0–12 hónapos korig

- Ismert személyre mosolygás
- Szemkontaktus felvétele
- Félelem az idegenektől
- Anyai és napi kapcsolatban lévő személy mimikájának megértése
- Utánzás (taps, pápa intése stb.)

- Kukucs-játékot játszik
- Gesztusutánzás

12–36 hónapos korig

- Akarat kifejezése, ellenkezés
- Babázás (eteti, ringatja)
- Egyszerű házimunkában való segítség
- Gyerekekkel együtt játszás
- Alkalmazkodás felnőtthöz, társakhoz (intézményes nevelés esetén a csoportot vezetőhöz)
- A jó és a rossz elsajátítása
- Viselkedési szabályok alkalmazása
- Együttműködés másokkal
- Mások érzelmeinek megértése
- Éntőrekvések megnyilvánulása
- Segítőkészség
- Késleltetés, türelem
- A társas kezdeményező-készség sajátossága
- A szándékok, ötletek megvalósítási módja
- Konfliktushelyzetek és megoldásuk módja

Kommunikáció

0–12 hónapos korig

- Egy-egy hang adása
- Gőgicsélés
- Gagyogás
- Reagálás a nevére
- A tiltás, kérés megértése
- Néhány szó mondása (papán, mamán kívül)
- A környezet (például autó, állatok) hangjainak utánzása
- Gesztus-, mimikahasználat
- Néhány testrész megmutatása

12–36 hónapos korig

- Képeskönyvben kérésre egy-egy kép megmutatása vagy megnevezése
- Képeskönyvben cselekvések megmutatása vagy megnevezése
- Kétszavas mondatok alkotása
- Tőmondatokban történő beszéd
- Kérdésekre válaszadás
- Folyamatos beszéd
- Idegenek is megértik beszédének nagyjából felét
- Más közlési mód (sírással, nyugtalansággal, gesztusokkal, jelekkel, szótagokban, szavakban, töredékes mondatokban stb.)
- A mondandó tartalmilag adekvát vagy inadekvát-e
- A beszédkészlet szintje (van-e közölnivalója, szívesen kommunikál-e, stb.)

Játék

- Játéktárgyak iránti érdeklődés
- A játéktárgyak funkciójának megfelelő használat
- Játékszint (gyakorló, konstruáló, utánzó játék; szerep- és szabályjáték)
- Sztereotípiák megjelenése a játékban (funkció nélküli ismételt cselekvés például az autó folyamatos, ide-oda tologatása a tevékenységre való ráfigyelés nélkül)
- Igény felnőttel és/vagy gyermekkel való együtt játszásra
- Tanulékonyt mutat-e az együtt játszás folyamán

3–6/7 éves korig

Nagymozgás

- Futás
- Ugrálás
- Mászás
- Téri játékok használata
- Mozgáskoordináció
- Egy lábon állás, ugrálás
- Egyensúlyérzék

Finommotorika

- Grafomotorium (rajzhoz szükséges finommozgás)
- Rajzsztint
- Felismerhető figurák agyagozáskor, gyurmázáskor
- Fűzős játékok használata
- Gombolás
- Cipőfűző bekötése
- Vágás

Kognitív funkciók, tanulási képességek

- Észlelés: taktilis-kinesztéziás, olfaktoros, vizuális, auditív, idői, téri, relációs, szín, forma, alak
- Mozgás: nagymozgás, finommozgás-grafomotorium, állóképesség
- Testséma
- Formaészlelés
- Figyelem: taktilis-kinesztéziás, olfaktoros, vizuális, auditív, mozgás; a figyelem terjedelme, tartóssága, szándékossága
- Figyelem (ideje, mélysége)
- Emlékezet: eseményhez, látottakhoz, hallottakhoz, szaghoz, ízhez, tapintáshoz, mozgásos cselekvéshez, írottakhoz-olvasottakhoz, elvont dolgokhoz kötött
- Az emlékezet megbízhatósága
- Gondolkodás: tulajdonságok, egyeztetés-összehasonlítás, soralkotás, viszonyfelismerés, következtetés, lényegmegértés, csoportosítás, fogalomalkotás, analízis-szintézis, ok-okozati összefüggések meglátása
- Ok-okozati összefüggések iránti kíváncsiság, „miért?”-kérdések
- A körülötte zajló események, történések megértése
- A körülötte zajló események, történések, jelenségek magyarázatára való törekvés
- Élénk fantázia

Feladatvégzés

- Motivációs bázis (a motívumok típusai, különböző tevékenységek iránti érdeklődés stb.)
- Az aktivitás mutatói
- Kreativitás (megoldási stratégiák, konvergens vagy divergens gondolkodás)
- Kreativitás a szabad tevékenységekben, játékban
- Az elvégzett feladatok külső megjelenése (rajz, egyéb produktum létrehozása stb.)
- Az egyes tevékenységek iránti érdeklődés, bevonhatóság egyenletes vagy változó

Kommunikáció

- Nem verbális kommunikáció túlsúlya a beszéddel szemben
- Beszéd és nyelvi fejlettség: nyelvi kódok használata (kidolgozott és kidolgozatlan)
- Kifejezőkészség
- Szókincs
- Kérdések, gondolatok megfogalmazása

- Gyermek-gyermek között (játék- és irányított tevékenységek, egyéb foglalkozás, étkezés stb.; például hangerő, gyakoriság, a beszéd tartalma, formája, gesztusok, érzelmi töltet stb.)
- Beszédviselkedés (durva, agresszív szavak, kifejezések használata; hangerő, hangszín)

Viselkedés

- Beilleszkedés az adott gyermekközösségbe, az óvodához való viszony
- Óvodai szocializáltság az adott életkorhoz viszonyítva (szokások, értékek, normák alakulása, csoportszabályok betartása stb.)
- Önkontroll-funkciók (csoporthelyzet)
- Pozitív és negatív irányú viselkedéses tünetek
- Szociális képességek (alkalmazkodás felnőtthöz, társakhoz, együttműködés másokkal, énkép, éntörekvések megnyilvánulása, segítőkészség, késleltetés, türelem, feladatok ellátása stb.)

Kapcsolatrendszer

- Gyermek-óvodapedagógus/dajka, pedagógiai asszisztens
- Gyermek-gyermekek, baráti kapcsolat
- A társas kezdeményező készség sajátossága
- A szándékok, ötletek megvalósítási módja
- Igazságtevés, a társak védelme
- Az elismerésre törekvés jellemzői
- Konfliktushelyzetek és megoldásuk módja

Játék

- A csoportszobai és udvari játék tartalma, stílusa, ötletessége
- Építő-konstruáló játék
- Alkotójáték tartalma
- Utánzó- és szerepjáték tartalma
- Eszközhasználat
- A felnőttek életéből, a médiából való megjelenítések
- A család életéből merített megjelenítések
- A szabad, spontán kialakult játékokban való részvétel
- Zömében csak egyedül történő játék
- A játékban való viszonyok (alárendelt vagy irányítói szerepet tölt be; ha a játék úgy kívánja, akkor bármely szerepet szívesen vállal)
- A szervezett játékokban való részvétel (körjátékok, népi csoportjátékok) – ez a tanulási helyzetek elfogadását is tükrözi
- Verbális, érzelmi megnyilvánulások (például hogyan hívja játékba a társát; ha spontán kapcsolódik valaki hozzá, azt hogyan fogadja; eszközökön való osztozkodás – elveszi vagy kéri)
- A felnőtt szerepe a megfigyelt gyermek játékában (a gyermek partnerként számít rá; megakadt a játékban vagy újabb eszköz adásában kér segítséget, ötletet)

A fentiek alapján történő megfigyelés nemcsak a csoportban dolgozó, hanem a többi szakember diagnosztikai munkáját is segítheti, mivel a vizsgálati keretek között nincs lehetőség arra, hogy minden területről pontos információt kapjanak.

A szakértői vélemény és saját megfigyelések alapján kell elkészíteni a fejlesztési tervet, amelyhez a gyógy-pedagógus is segítséget nyújt. A fejlesztési terv az SNI gyermek egyéni szükségleteihez, az egyenetlen képességstruktúrához igazodó speciális fejlesztési célokat, feladatokat tartalmazza az alábbi területeken:

- Nagymozgás
- Vizuomotoros koordináció, finommotorika
- Megismerő tevékenység:
 - Érzékelés (ingerek megtapasztalása: látás, hallás, tapintás, ízlelés, szaglás)

- Észlelés (tapasztalt ingerekhez jelentés kapcsolása: például színek felismerése; távolság /közel-távol/; téri orientáció; nagyság-, forma-, alaklátás; rész-egész felismerése, testséma)
- Figyelem, megfigyelőképesség
- Emlékezet
- Gondolkodás
- Kommunikáció és nyelvi készségek
- Játékhasználat, játék
- Önkiszolgálás
- Adaptív viselkedés (napirendhez, felnőttekhez, társakhoz való alkalmazkodás, együtt mozgás, együttműködés stb.).

A fejlesztési tervben megjelölt feladatokat a mindennapi, csoportban történő gondozás, nevelés folyamatában kell megvalósítani. A gyermek fejlődését a gondozási feladatok közben létrejövő kapcsolat minősége is meghatározza. Ezért a kisgyermekkel foglalkozók számára elengedhetetlen az elfogadó, a gyermeket segítő, a fejlődéséhez optimális és biztonságot nyújtó érzelmi-tárgyi környezet, légkör biztosítása és az egyéni szükségletek figyelembevétele. Csak így valósítható meg az adaptív gondozás, nevelés, fejlesztés, vagyis az egyénre szabott, személyre szóló támogató tevékenység. A mindennapok során ez a **differentiálással** valósítható meg, ami azt jelenti, hogy *a gondozás, nevelés, fejlesztés egész folyamatát a gyermek egyéni szükségleteihez igazítjuk.*

Önellenőrzés

1. Mi a különbség a növekedés, az érés és a pszichikus fejlődés fogalmak között?
2. Sorolja fel a sérüléstípusokat!
3. A gyógypedagógus miben segítheti a fogyatékos gyermek intézményes nevelését megvalósító szakember munkáját?
4. Mi a különbség a beszédhiba és a beszéd fogyatékoság között?
5. Mit nevezünk differenciálásnak?

A fejezet alapján a mindennapi gyakorlatban hasznosítható feladatok

1. Válassza ki egy Ön által nevelt gyermek fejlődési lapját. Hasonlítsa össze a beszoktatási és a jelen állapotot! Mely adatokból tud következtetni a növekedésre, az érésre és a pszichikus fejlődésre?
2. Olvassa el egy, az Ön intézményébe járó kisgyermek szakértői véleményét. Az abban megfogalmazott fejlesztési feladatok közül melyek azok, amelyeket Ön is be tud illeszteni a gyermek napi tevékenységébe?
3. Gondolja át, hogy mely tevékenységterületen és gondozási, nevelési feladatokban differenciál!

A tananyag kapcsán felmerülő kérdéseim, tapasztalataim

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. A BESZOKTATÁS ÉS A MINDENNAPI TEVÉKENYSÉGEKBEN TÖRTÉNŐ CÉLZOTT MEGFIGYELÉS ELEMZÉSE, ÉRTELMEZÉSE; A LEVONT KÖVETKEZTETÉSEK ÉRTŐ MEGOSZTÁSA A SZÜLŐVEL

Kulcsfogalmak:

- családlátogatás
- kérdőíves megkérdezés
- irányított beszélgetés
- megfigyelés
- megfigyelés elemzése
- sajátos nevelési igény
- eltérő fejlődési ütem
- beszoktatás
- attitűd
- új érzelmi kötődés
- augmentatív kommunikáció
- adaptív viselkedés

5.1. A beszoktatás

„A tipikus fejlődésmenet jellemzői, az eltérések jelzőtünetei” című fejezetben láthattuk, hogy a gyermek állapotához, további fejlődési szükségletéhez igazodva, a szülők és a gyermeket fejlesztő szakemberek egyetértésével történik a napközbeni elhelyezés. Ez megvalósítható integrált vagy szegregált (a gyógypedagógiai terminológia szerint speciális) bölcsődei, óvodai csoportban, gyógypedagógiai óvodában, gyermekjóléti szolgáltatások (például napközbeni gyermekfelügyelet, gyermekek átmeneti gondozása, gyermekek/családok átmeneti otthona) és gyermekvédelmi szakellátás (például otthont nyújtó ellátás) formájában is. A napközbeni ellátás bármely intézményébe beíratott/elhelyezett gyermek beszoktatását segítő fontos lépés a **családlátogatás**, amelynek célja a gyermekkel és szüleivel való kapcsolatfelvétel, valamint az otthoni környezet, a testvérek megismerése. Igaz, hogy ez a fontos kapcsolatfelvételi és megismerési tevékenység csak a bölcsődében/minibölcsődében kötelező, de az ötéves korig a napközbeni ellátást biztosító más intézményekben – a pedagógiai szempontok mérlegelését követően – több helyen is vállalják, ha a szülők fogadják őket.

Mind az ép, mind a sajátos nevelési igényű gyermek fogadása esetében fontos, hogy megismerjük a gyermek szociokulturális környezetét is, amelyben él. A napközbeni ellátás intézménye a sérült gyermek életében is egy olyan hely, ahol új emberek, szokások, új elvárások vannak, ahol az intézmény dolgozói és a gyermekek új visszajelzéseket adnak, melyek hozzájárulnak a személyiségfejlődéséhez. A sérült gyermek – az esetek többségében – a család/gondviselő számára is sok gondot okoz, nemcsak az addig alkalmazott esetleges orvosi kezelések, terápiák, a korai fejlesztés időbeni megoldása, hanem a gyermek jövőjéért való aggodás, a testvérekkel való foglalkozás, a családi terhek megosztása stb. miatt. Ezért a problémák megoldásában többnyire szívesen együttműködnek, együtt gondolkodnak az intézményi szakemberekkel, gyógypedagógussal. Az együttműködést megalapozhatja, ha a csoportba szoktatást megelőző családlátogatás, vagy ha erre nincs mód, **kérdőíves eljárás** vagy **irányított beszélgetés**⁸⁶ alapján választ kaphatunk a következőkre:

⁸⁶ A kérdőíves eljárás személytelen, de a gyors, adatszerű közlést segíti, míg az irányított beszélgetés a megismerést célként kitűzve, a gyermek fejlődési körülményeire, sajátosságaira irányuló kérdéssor. Bővebben lásd NÁDASI 1996.

- „Mit vár a szülő/gondviselő az intézményi neveléstől
- A szülő/gondviselő szerint milyen tevékenységet szeret a gyermek
- Mi okoz neki örömet
- Mivel lehet buzdítani, motiválni
- Mivel lehet megnyugtatni
- A gyermek önállósági foka
- Miben önálló és miben igényel segítséget
- A gyermek fejlődésében, viselkedésében mivel elégedettek, és mivel nem
- Melyek a családban alkalmazott, jutalmazási, büntetési szokások, és milyen azok hatékonysága
- A gyermek viselkedése idegen környezetben
- Van-e a gyermek egészségével probléma (a fogyatékoság nem betegség, hanem állapot!)
- Ha igen, szed-e gyógyszert, miért, és napközben is kell-e adni
- Van-e gond a gyermek étkezésével (szokások, diéta stb.)
- Hol tart a szobatisztaság terén” (RÓZSÁNÉ CZIGÁNY 2015, 110–111).

A családlátogatás során akkor kaphatunk teljesebb képet a gyermek környezetéről, kötődési kapcsolatairól, ha minden családtag otthon van. A megfigyelés és az irányított beszélgetés hozzásegít ahhoz, hogy feltérképezzük többek között

- „A szülők és a gyermek közti kommunikációt (verbális, nonverbális)
- A gyermek és szülő közti érzelmi megnyilvánulásokat
- A dicséret, figyelmeztetés, tiltás módját, érzelmi intenzitását, a gyermek reakcióját
- A tevékenységet segítő vagy korlátozó szülői magatartásra adott választ, azt követően a tevékenység tartalmának megváltozása esetén, annak milyenségét
- A gyermek reakcióját, ha az anya távol van
- A testvérrel/testvérekkel való kapcsolatot
- A gyermek napirendjét
- A nagymozgást, a finommotorikát, az észlelést, a kognitív funkciókat fejlesztő, tanulást segítő, szerepjátékra alkalmas játékait,
- Azt, hogy mivel tudja a szülő a gyermeket megnyugtatni
- A gyermeknek van-e saját szobája vagy saját területe, megfelelő mozgástere
- A tárgyi környezet főbb jellemzőit (saját élettér, biztonság stb.)
- A fontosabb anamnesztikus adatokat, amelyeket a szülő fontosnak tartott a látogatóval közölni
- A megelőző intézményes nevelést, az esetleges intézményváltásokat és azok okát/okait.

A tájékozódó kérdéseket követően egyértelművé kell tenni, hogy mit kínál az intézmény, miben különbözik az elvárásoktól, azok teljesíthetőek-e vagy sem, s ha nem, mi annak az oka.

Konfliktusok forrása lehet, ha az otthoni és az intézményi szokások, elvárások ellentétesek, előre nem tisztázottak! A megbeszélést követő családi és intézményi elvárások közelítése biztonságot s még az önmagát, erejét és akaratát legerősebben kipróbáló gyermek számára is kiszámíthatóságot, fogódzót jelent” (RÓZSÁNÉ CZIGÁNY 2015, 110–111).

A családlátogatást követő rövid időn belül – amíg a gyermeknek van emlékképe a látogatóról – ajánlott a beszoktatás. A kisgyermek napközbeni ellátását, nevelését végző bölcsődék, óvodák tevékenységében már gyakorlat a szülővel való beszoktatás. Sajnos, ez is csak a bölcsődében/minibölcsődében kötelező. Azonban, ha a napközbeni ellátóhely, például az óvoda szakemberei megfogalmazzák programjukban annak pedagógiai-pszichológiai előnyeit, akkor, ha nem is 2-3 hetes időintervallumban, de egyhetes folyamatként alkalmaznak a beszoktatást. *Ez egy, a gyermek biztonságérzetétől és a helyzet elfogadásától is függő 2-3 hetes folyamat* (jó gyakorlatát a bölcsődék bizonyítják). *Lényege, hogy a gyermek számára biztonságot adó anya vagy apa, illetve akadályoztatásuk esetén a gyermek számára stabil érzelmi kötődést jelentő más családtag jelenlétében megtörténik a beilleszkedést megalapozó intézményi életmód, a szokások, a napirend, az elvárások, a szabályok, a gyermekek és a felnőttek megismerése, azaz az új környezet elfogadása.* Ebben a folyamatban a beszoktató családtag is megtapasztalhatja a csoportvezető és a többi, gyermekekkel foglalkozó szakember **attitűdjét** (*beállítódás személyek, tárgyak, értékek, jelenségek irányába*), szakmaiságát,

valamint azt, hogy az ő gyermekét, a szeretett személyt elfogadják, hogy szükség esetén miként segítik a különböző tevékenységekben, miként támogatják a beilleszkedésben, s hogy ugyanolyan gondozásban részesül-e, mint ép társai. A beszoktatás egy új bizalmi kapcsolat kialakítását is feltételezi, ami nemcsak a gyermekre, hanem a beszoktatóra is vonatkozik.

Akár sérült, akár ép a kisgyermek, ha azt látja, érzi, hogy a csoportot vezető vagy más szakember jó beszélgető kapcsolatban van a szüleivel, akkor ez őt is segíti az **új érzelmi kötődés** (*új személyhez fűződő érzelmi kapcsolat*) kialakulásában. Ez lesz az alapja annak a ragaszkodásnak, amelyben a szeretett személytől jövő információkat, kéréseket is elfogadja, szívesen veszi az új személy közelségét, keresi annak társaságát. A beszoktatás tehát sok türelmet igénylő, fokozatosságot biztosító folyamat. Ezt igen szemléletes módon fogalmazza meg *A bölcsődei nevelés-gondozás országos alapprogramja*, amely a kisgyermek napközbeni ellátását, nevelését ellátó valamennyi intézményre vonatkoztatható: „Fokozatosságnak a bölcsődei nevelés minden területét érintő bármely változás esetén érvényesülnie kell. A kisgyermek új helyzetekhez való fokozatos hozzászoktatása segíti alkalmazkodását, a változások elfogadását, az új dolgok, helyzetek megismerését, a szokások kialakulását”⁸⁷

A családlátogatás, az irányított beszélgetés és az intézményi kérdőív/anamnézis tartalma is hozzásegítenek a gyermek alaposabb megismeréséhez. Ugyanakkor, még a beszoktatás folyamatában elengedhetetlen, hogy saját megfigyeléseket is végezzünk annak érdekében, hogy fel tudjunk készülni a gyermek speciális szükségleteinek kielégítésére. Ez a gondozásban, például egy látás- vagy mozgássérült gyermek esetében a szülő gondozási tevékenységének megfigyelését is jelentheti, de az ebből levont következtetéseket, a tőle „eltesett” praktikákat, akár az általa irányított tanulást is (például hogyan segíti vak gyermeke önállóságra nevelését az öltözködésben). A beszoktatás tehát kétoldalú folyamat, amelyben a csoportot vezető szakember is „tanulja” a sérült gyermekhez való alkalmazkodást: figyeli, mi érdekli őt a csoportszobában, a kinti tevékenységekben, melyek a gyermek erősségei és melyek a fejlesztendő funkciók. Ebben a fázisban fontos tényező, hogy ne csak az eltérésekre, a hiányokra összpontosítsunk, hanem – a szociális-érzelmi területen, a mozgás, a tanulás és a kommunikáció területén – lássuk meg a pozitívumokat is!

5.2. A megfigyelések összevetése a tipikus fejlődéssel

Szakmai tevékenységünket átszövik a megfigyelések és összehasonlítások. Az eltérő fejlődésű gyermekek esetében gyakori jelenség, hogy a már diagnosztizált gyermekeket összehasonlítjuk a tipikus fejlődésű gyermekekkel, és mindenáron ugyanazt a célt kívánjuk elérni náluk, mint a társaiknál. Ez a törekvés azonban kudarcra ítélt, mind a szakember, mind a sajátos nevelési igényű gyermek és az intézményi nevelésben bízó család számára. Hiszen a *„sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló: az a különleges bánásmódot igénylő gyermek, tanuló, aki a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján mozgásszervi, érzékszervi (látási, hallási), értelmi vagy beszéd fogyatékos, több fogyatékoság együttes előfordulása esetén halmozottan fogyatékos, autizmus spektrum-zavarral vagy egyéb pszichés fejlődési zavarral (súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavarral) küzd”*⁸⁸.

Mégis, mikor szükséges egy eltérő módon fejlődő gyermek képességeinek, viselkedésének összevetése az életkori sajátosságokkal? Akkor, ha a beiratkozáskor nem derült ki az eltérő fejlődés.

5.2.1. A fogyatékoság tényéből fakadó eltérő fejlődési ütem

A fogyatékoság tényéből fakadó eltérő fejlődési ütem azt jelenti, hogy nehezebb testi/lelki/szociális feltételek közepette megy végbe a fejlődési folyamat, aminek következtében az individuális másság sajátos elvárásokat, speciális gondozási, egészségügyi, nevelési stb. szükségleteket támaszt a környezettel szemben.

A sajátos nevelési igényű gyermekek organikus eredetű problémáira az esetek többségében már csecsemő- vagy kisgyermekkorban fény derülhet. A beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdők tü-

⁸⁷ 15/1998. (IV. 30.) NM-rendelet, 10. melléklet.

⁸⁸ 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről 4. § 25.

netei viszont a gyermekközösségekben erősödnek fel, ott válnak nyilvánvalóvá. A felismerést sérüléstípustól függetlenül – az esetek többségében – kivizsgálás követi. Az orvosi vizsgálatok során a gyermekről az érintett szakellátó szakorvos (gyermekneurológus, neonatológus, fül-orr-gégész, audiológus, szemész, ortopédus, gyermekpszichiáter stb.) diagnosztikai véleményt állít fel. Ez alapján a diagnosztikai vélemény és terápiás javaslat alapján, ha a gyermek 18 hónapnál fiatalabb, a szakértői bizottság a gyermek külön vizsgálata nélkül is elkészítheti a szakértői véleményt.⁸⁹ Másfél évnél idősebb életkortól a komplex korai fejlesztés érdekében már elengedhetetlen az orvosi diagnózis mellett a kognitív funkciók, a nyelvi készségek, a nagy- és a finommotorika és a szociális képesség állapotának felmérése is. Ezért a gyermeket a megyei pedagógiai szakszolgálathoz, illetve a sérüléstípusnak megfelelő országos szakértői bizottsághoz küldik, ahol a komplex orvosi, pszichológiai, gyógypedagógiai vizsgálat alapján feltérképezik a képességstruktúrát, és megkezdhetik a korai fejlesztést. „Ha a gyermek bölcsődei nevelésben, gyermekotthoni ellátásban, fogyatékosok nappali intézményében, fogyatékosok ápoló-gondozó bentlakásos intézményében intézményi ellátásban részesül, a korai fejlesztést és gondozást – amennyiben a feladat ellátásához szükséges feltételek biztosítottak – az intézményben kell ellátni. A pedagógiai szakszolgálati intézmény a tanácsadást a szülőn kívül a feladatellátási hely adott gyermekkel foglalkozó szakalkalmazottai részére is biztosítja”⁹⁰ A sérülés súlyosságától függően vannak olyan gyermekek, akik a 3. életévüket betöltve – a szakértői vizsgálatot követő szakvélemény alapján – még nem érettek az óvodai nevelésre. Ők a továbbiakban is részesülhetnek korai fejlesztésben és gondozásban, 6 éves korukig.

Ha az ellátás időszakában a 18 hónapos kor betöltését követően erősödik fel a probléma, azaz a gyermek értelmi, érzelmi, testi, nyelvi és szociális fejlődése az adott életkor alapján elvárhatótól nagyban eltér, akkor a mielőbbi fejlesztés érdekében a csoportot vezető szakembernek ismernie kell a szakmai kompetenciával rendelkező koraifejlesztő- vagy pedagógiai szakszolgálati intézményeket. Az ő tanácsadó-tájékoztató jellegű segítségével megelőzhető, hogy a szülők főleg vizsgálatokra hordják a gyermeket, és addig, amíg meg nem találják a megfelelő helyet, a gyermek elessen a speciális fejlesztés időbeni lehetőségeitől. A 18 és 36 hónapos kor között a szülőt a megyei, illetve fővárosi gyermek esetében a Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálathoz kell irányítani, ahol megtörténik a teljes körű pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai, továbbá a szükség szerinti orvosi vizsgálat. Mozgás- és érzékszervi fogyatékos gyanúja esetén közvetlen az országos szakértői bizottságnál is kérhető a vizsgálat. Ha a gyermek sajátos nevelési igényű, a család juttatásokra és kedvezményekre jogosult. Ezek igénybevételehez a szükséges igazolásokat is a szakértői bizottságok adják ki.

3–6/7 éves korban felvetődő gyanú esetén az érintett szülőknek és a gyermekekkel napközben foglalkozó – olykor a szülőket a szakértői véleményért türelmetlenül sürgető – szakembernek is tudnia kell, hogy a szakértői vélemény kézhezvétele egy hosszabb, kétfélepcsős folyamatot jelent, ami fellebbezés esetén még további vizsgálatokat (és időt) is igényelhet.

- A szakértői vélemény iránti kérelem formanyomtatványát⁹¹ az óvodás és iskolás gyermek esetében – a szülővel/gondviselővel való egyetértésben – az intézmény közreműködésével a szülő tölti ki. (A formanyomtatványt a szülő külön, írásban is kérheti!) Ezt követően a kérelmet elküldik a területileg illetékes kerületi vagy járási pedagógiai szakszolgálatnak.
- Ott egy előre megadott időpontban megvizsgálják a gyermeket, és ha az eredmények alapján valószínűsíthető a sajátos nevelési igény, akkor a vizsgálati anyagot továbbküldik a megyei, illetve ha fővárosi gyermekről van szó, akkor a Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat szakértői bizottságához.
- A megyei pedagógiai szakszolgálat vagy a Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat szakértői bizottsága a hozzá eljuttatott dokumentumok, vizsgálati anyagok alapján elkészíti a szakértői véleményt, de ha szükségesnek tartják, akkor még kiegészítő vizsgálatokat végeznek, és azok alapján fogalmazzák meg a sajátos nevelési igényt.
- Amennyiben a járási, illetve a kerületi szakszolgálatoknál felvetődik a gyermek érzékszervi-, mozgás- vagy beszéd-fogyatékos gyanúja, az országos jogkörrel rendelkező Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálathoz tartozó, a sérüléstípusnak megfelelő intézmény szakértői vizsgálatára küldik a gyermek ira-

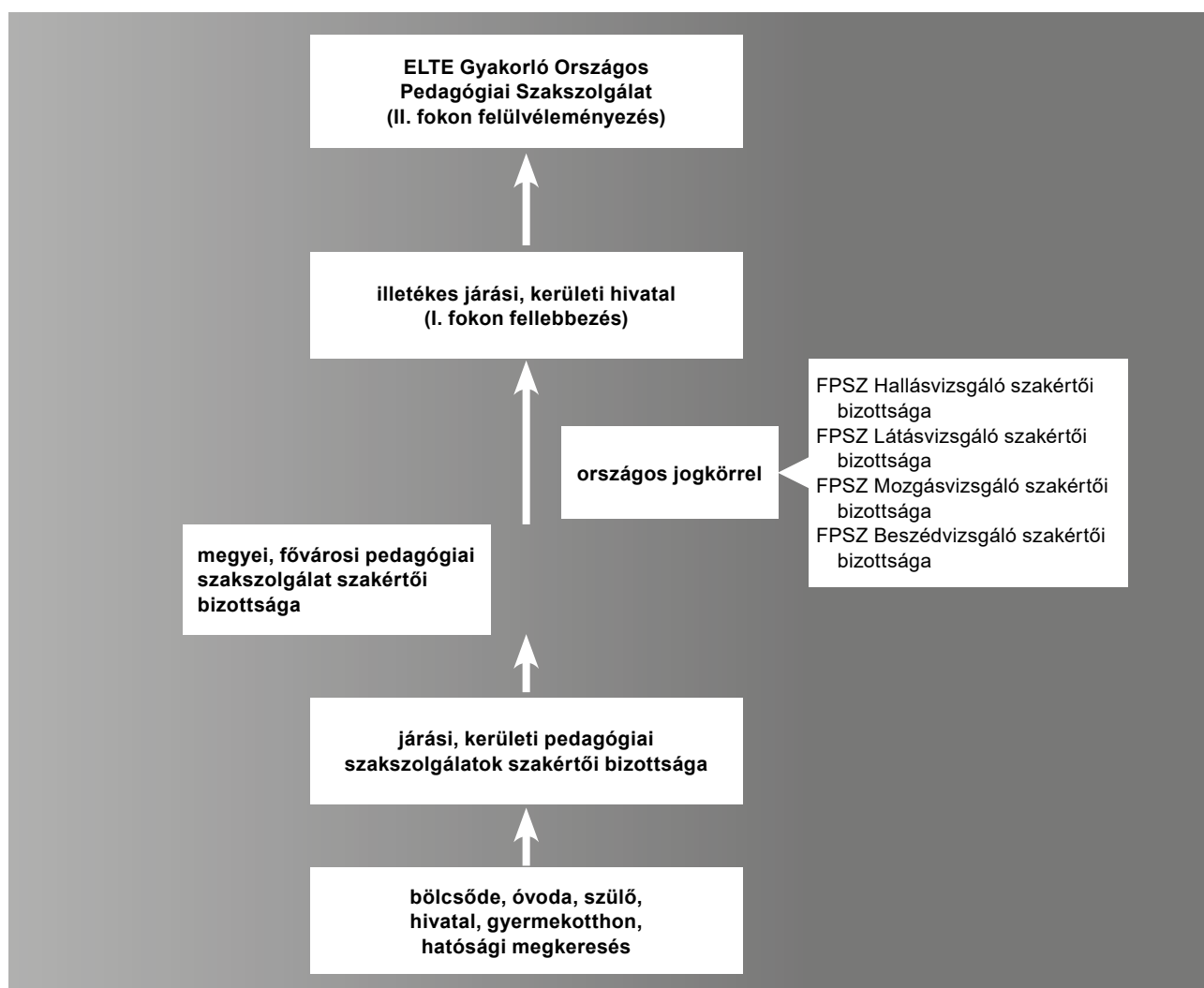
⁸⁹ 5/2013. (II. 26.) EMMI-rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről 4.§ (2).

⁹⁰ Uo. 4.§ (3).

⁹¹ A formanyomtatványt lásd. 7. melléklet az 53/2016. (XII. 29.) EMMI-rendelethez.

tanyagát, és ott további vizsgálatokban is részt kell vennie a szakértői vélemény kiadásához (az FPSZ *Látásvizsgáló*, Gyógypedagógiai Tanácsadó, Korai Fejlesztő, Oktató és Gondozó Tagintézménye; a *Hallásvizsgáló*, Gyógypedagógiai Tanácsadó, Korai Fejlesztő, Oktató és Gondozó Tagintézménye; a *Mozgásvizsgáló*, Gyógypedagógiai Tanácsadó, Korai Fejlesztő, Oktató és Gondozó Tagintézménye; a *Beszédvizsgáló*, Gyógypedagógiai Tanácsadó, Korai Fejlesztő, Oktató- és Gondozó Tagintézménye).

- A szakértői véleményt megkapja a szülő, a feladatellátási intézmény (bölcsőde, óvoda stb.) és az illetékes jegyző.
- Előfordulhat, hogy a szülő nem ért egyet a szakértői véleménnyel. Ekkor a szakértői vélemény kézhezvételétől számított 15 napon belül első fokon fellebbezhet, amelyet az illetékes járási vagy kerületi hivatalhoz kell benyújtania. A hivatal a szakvéleményt kiállító bizottságnál – de nem a vizsgálatot végző személynél – kezdeményezi a felülvéleményezést.
- Amennyiben a szülő az itt született vizsgálati eredményt sem fogadja el, akkor másodfokon az ELTE Gyakorló Országos Pedagógiai Szakszolgálatnál fellebbezhet. Itt az addig elvégzett vizsgálatok, orvosi diagnózisok stb., valamint – ha azokat nem tartják elégségesnek – a kiegészítő vizsgálataik alapján fogalmazza meg a szakértői véleményt.



2. ábra. A pedagógiai szakszolgálatok szakértői bizottságainak rendszere, a hároméves kor utáni szakértői vizsgálatok folyamata⁹²

⁹² Forrás: Rózsáné Czigány Enikő: „Az eltérő fejlődés felismerése óvodás életkorban.” Előadás. Szakmai Nap, Várpalota, 2018. március 2. Az előadás PPT-jének 29. diája alapján.

5.2.2. Az eltérő fejlődés felismertetése és a szükséges vizsgálatok elfogadtatása a szülővel

Gyermekcsoportot vezető szakember gyakran szembesül azzal, hogy a beszoktatás ideje alatt az eltérő fejlődésű gyermek szülője túlságosan is aggódik a napközbeni ellátás alaposságával kapcsolatban. Elismeri az intézményi szakemberek munkáját, mégis felmerül benne, hogy vajon az ő gyermeke esetében is kompetensek-e. Ilyenkor egy külön időpontban, például fogadóórán, nyugodt körülmények között kell őt meghallgatnunk. Kérdéseire, kételyeire választ kell hogy kapjon. Előfordulhat azonban, hogy valamire nem tudunk megnyugtató módon reflektálni. Ilyenkor is meg kell nyugtatnunk, hogy igyekszünk a kérdésre mielőbb megfelelő választ adni, akár úgy, hogy az abban kompetens személyt együtt keressük meg és beszélünk róla, akár úgy, hogy mi magunk járunk vagy olvasunk utána a megválaszolandó problémának.

A másik, szintén nem ritka eset, hogy már a beszoktatás ideje alatt felfigyelünk a gyermek eltérő fejlődésére. Ekkor még nem mondhatunk véleményt, hiszen ez az időszak a gyermekben is félelmet, szorongást válthat ki, és annak a következménye is lehet egy a róla alkotott „mintha gondok lennének vele” fejlődési kép. A már meglévő észrevételeinket és a folyamatos intézményi nevelés során rögzített megfigyeléseinket össze kell vetnünk a tipikus fejlődéssel, és csak ezek korrekt elemzési eredményeként fogalmazzuk meg az eltérő fejlődést. Esetünkben a **megfigyelések elemzése** azt jelenti, hogy *a megfigyelt tevékenységet, viselkedést vagy képességterületet összevetjük az adott életkorban elvárható tipikus fejlődéssel, és annak alapján fogalmazzuk meg következtetéseinket.* Ez azonban nem jelenti a gyermek diagnózisát; a szülőt ennek tényszerű, tudományosnak tűnő tájékoztatásával nem fogadhatjuk.

Gyakori dilemma, hogy miként közöljük azt, hogy a gyermek fejlődése, viselkedése jelentős eltérést mutat a társaiétól. Ebben az esetben sem kutyafuttában, hanem mindkét fél részéről időt szánva a beszélgetésre, háborítatlan körülmények között kell találkozoznunk. Számítanunk kell arra, hogy az időpontkérés már eleve feszültséget fog kiváltani a szülőből. Általában ez a jellemző, azonnali reakció: „Miért, baj van?” Ilyenkor azt kell válaszolnunk, hogy megfigyeltünk valamit vagy pár dolgot, és ehhez szeretnénk tőle segítséget és együttműködést kérni. A megbeszélést azzal kell kezdenünk, hogy megkérdezzük, ő is észrevette-e, hogy a gyermek fejlődésében bizonyos területeken (például mozgás, beszéd, társas kapcsolatok stb.) eltérés van. Ekkor először kiemelhetjük, hogy mi az, amiben jó, és csak ezt követően fogalmazzuk meg a megfigyelt eltérést. Azt is hangsúlyoznunk kell, hogy számunkra fontos a gyermek, nem akarunk tőle megszabadulni, de ahhoz, hogy mielőbb megkapja a megfelelő fejlesztést, vizsgálaton/vizsgálatokon kell részt vennie.

Az intézményi speciális fejlesztés csak a vizsgálati eredmények birtokában kezdődhet meg. Ha ezek már megvannak, ő is és mi is segítséget kapunk. A szülő még a szakértői vélemény kézhezvételekor részletes tájékoztatást kap, és a felmerülő kérdéseire választ adnak. Mi pedig az utazó gyógypedagógussal konzultálva alkalmazkodhatunk a gyermek speciális szükségleteihez. Ez a hármas együttműködés és egymás kölcsönös tájékoztatása lesz az alapja az összehangolt nevelésnek, fejlesztésnek.

A gyermek viselkedéséről, a fejlődésében tapasztalt megfigyeléseinkről folytatott első beszélgetés nem biztos, hogy azonnal eredményt hoz, hiszen az a tény, hogy a gyermekkel gond van, pszichés sokkot válthat ki. Az alkalmat követő időszakban hagyni kell, hogy a szülő megnyugodjon. Előfordulhat, hogy a tenni akarása olyan aktivitást vált ki belőle, ami késleltetheti a szakvéleményhez jutást. A gyermeket olyan helyekre viszi, ahol a probléma teljes megszűnését ígérik, például természetgyógyászhoz, vagy egy magát valamiben specialistának hirdető „szakemberhez”, esetenként több „terápiára” is elmennek. A szülőben gyakran csak egy újabb csalódást követően fogalmazódik meg az együttműködési szándék. Ezt örömmel üdvözljük, ne hánytorgassuk fel az elveszett időt, és ajánljuk fel az együttműködést, éreztessük vele segítő szándékunkat. Soha se erősítsük meg a szülő lelkiismeret-furdalását, inkább a szülői kompetenciát próbáljuk erősíteni. A szülőnek tulajdonított legkisebb eredményre is úgy reagáljunk, hogy azt elismerésnek vegye.

5.3. Amit már a beszoktatáskor is tudni kell

A szakértői vélemény birtokában a bölcsődei napi nevelés-gondozás folyamatát *A bölcsődei nevelés-gondozás országos alapprogramja*⁹³ és a bölcsődei módszertani levelek, míg az óvodás életkorú sajátos nevelési igényű gyermekekkel való foglalkozást a *Sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve*⁹⁴ segíti. E dokumentumok ismerete is hozzásegíti a gyermekkel foglalkozó nem gyógypedagógus szakembert ahhoz, hogy az egyes sérüléstípus és súlyossági fok esetében megfelelő módon tájékozódjon az adott életkorban elvárható követelményekről. Mindig szem előtt kell tartanunk, hogy a sérült gyermek számára biztosítsuk a lassúbb ütemű fejlődést, ezzel is támogatva gyógypedagógiai fejlesztésüket. Ugyanakkor elengedhetetlen, hogy a szülőn kívül attól a gyógypedagógustól is tájékozódjunk, aki az intézményben heti rendszerességgel a gyermek korai fejlesztését végzi, hiszen a sérült gyermekek közül is mindegyik más, egyéni sajátosságokkal és szükségletekkel.

5.3.1. A látás eltérő fejlődése/látássérülés

A látássérült gyermek fogadását megelőző családlátogatás alkalmával megtapasztalhatjuk – még a vak gyermek esetében is –, hogy az ismert környezetben milyen biztonsággal mozog, ismeri a számára szükséges tárgyak helyét, és azokkal a funkciójuknak megfelelően manipulál. Megélhetjük azt is, hogy amikor bemutatkozunk, megsimítja az arcunkat, a kezünket, így ismerkedik velünk. Kérhetjük a családtagokat, hogy adjanak tanácsot abban, miként segítsük a gyermeket az új környezet, az új dolgok megismerésében, hogyan vezessük őt. A szülővel történő beszoktatáskor figyelniünk kell arra, hogy a gyermekkel megismertessük a bölcsőde/óvoda azon helyiségeit, ahol nap mint nap meg fog fordulni. Ezeket járjuk be többször, tapasztaltassuk meg vele a bútorok helyét, hogy biztonságban érezhesse magát. A csoportszobában lévő bútorok helyét, nagyságát is megmutatjuk neki, és időt hagyunk arra, hogy azokat esetleg többször is végigtapogatva megismerje. A társai számára idegen helyzet lehet, hogy bemutatkozásakor vagy beszélgetéseik kezdeti időszakában többször is megérinti, megsimítja őket, így teremtve meg magának a megismerést, a hangon kívül történő későbbi felismerés lehetőségét. Társai kérdéseit sohasem szabad bagatellizálni vagy későbbre halasztani, amikor a látássérült gyermek már nincs ott, mert addigra lehet, hogy a többieknek már nem is lesz fontos a dolog, s így elveszíthetik az érdeklődést új társuk iránt. Arra, hogy a többiek kíváncsiak lesznek, már a családlátogatáskor felkészíthetjük a szülőt. Kérjük meg, hogyha nem zavarja, akkor ő is segítsen majd a válaszadásban. Így nemcsak a sérült gyermeknek, hanem a beszoktató személynek is jó beszélgető kapcsolata lesz az ép gyermekekkel és rajtuk keresztül a szüleikkel is.

Az integrált nevelésben részesülő látássérült gyermekek intézményi nevelésének, gondozásának feladatai ugyanazon területeken valósulnak meg, mint ép társaiké. Náluk is kiemelt szerepe van a játéknak. A játékeszközök megválasztásakor arra kell törekedni, hogy:

- örömszerző funkciót töltsön be,
- a társas kapcsolatok kialakulását, a társakkal való együttműködés lehetőségét is biztosítsa,
- fejlessze az ép érzékszerveket,
- fejlessze a mozgás- és tájékozódási képességet,
- segítse a környező világ megismerését.

A csoportban használt eszközök, játékok megválasztásánál, a környezet kialakításánál fontos, hogy jól tapinthatóak, erős kontúráúak és balesetmentesek legyenek (az asztal széle lekerekített, a fajtáékok, az építőköcska megfelelő nagyságú, színű és állagú, nem szálkás; a színes műanyag játékok széle nem éles, a baba haja nem hullik, stb.). A vak gyermeknél kiemelt szempont a jól tapinthatóság, de ez hangsúlyozott az aliglátóknál is, akiknél a színek is fontos szerepet játszhatnak. Igaz, hogy fejlesztésük főleg a tapintó-halló életmódra való felkészítést célozza, de kiemelt feladat a látásmaradvány megőrzése, fejlesztése is. A gyengénlátó gyermekek esetében – speciális vizuális eszközök segítségével – a látáson keresztül történő megis-

⁹³ 15/1998. (IV. 30.) NM-rendelet, 10. sz. melléklet.

⁹⁴ 32/2012. (X. 8.) EMMI-rendelet.

merően van a hangsúly, de ép társaikhoz képest náluk is jelentősebb szerepet kap a hallás és a tapintás. A látássérült gyermekek esetében rendszerint előtérbe kerül a nagymozgás és a téri tájékozódás fejlesztése, mert az segíti a biztonságérzet kialakítását.

A beszoktatást megelőzően és annak folyamán a speciális, a fejlesztést támogató feladatokról, eszközökről, a lehetséges módokról az adott gyermeket fejlesztő gyógypedagógussal kell egyeztetni. Ő segíthet a szakmai kérdések megválaszolásában, de az esetleges kételyek, bizonytalanságok elosztatásában is.

5.3.2. A hallás eltérő fejlődése/hallássérülés

A hallássérülés következményei kisgyermekkorban több tényezőtől is függnének. A hallássérülés kialakulásának idején, a hallássérülés mértékén kívül az időben megkezdett korai fejlesztésen, a szülők együttműködésén és más társuló problémán is múlik, hogy a hallássérülésnek milyen következményeivel találkozunk a gyermeknél. A hallássérülés jellemző hatása a kisgyermek beszédfejlődésére:

- A hallókészülékes gyermek lassúbb ütemű beszédtanulása
- A beszéd szint 2-3 éves elmaradása
- Szűkebb szókincs
- Grammatikai hibák (hiányzó névelők, toldalékok, rosszul használt névmások, szórendi hibák stb.)
- Hibás hangképzés
- A magánhangzók cseréje
- Orrhangzós beszéd
- A beszédtempó és -dallam, a hangsúlyozás hibái súlyos halláskárosodás esetén, mivel a gyermek nem hallja megfelelően saját és környezetének beszédét

Az integrált nevelésben részesülő hallássérült gyermekek intézményi nevelésének, gondozásának feladatai ugyanazon a területeken valósulnak meg, mint ép társaiké. Esetükben azonban nagyobb hangsúlyt kap a beszéd megindítása, a nyelvi kommunikációs igény, a motiváció kialakítása, a beszédérthetőség fejlesztése. Integrációjuk előnye, hogy pozitív beszédmintát hallanak, és a siket gyermekekre jellemző viselkedések (például a társ megrángatása, ha valamit szeretne) elmaradnak, vagy ki sem alakulnak.

Az előzőekben láthattuk, hogy az eredményes intézményi integrációt segíti, ha az együttnevelésre a nyelvi fejlődés erőteljes megindulása után kerül sor. Hallókészülékes gyermek esetében a „hallókészülék a hangokat felerősítve juttatja el a fülhöz, s legtöbb esetben lehetővé teszi, hogy a hallássérült gyermek is elsősorban hallás révén fogja fel, tanulja meg a beszédet. A megfelelően kiválasztott és jól beállított hallókészülékkel ellátott nagyothalló gyermekeknél általában könnyebben megindul a beszédfejlődés. A beszédelfogásban, beszédmegértésben a megmaradt hallásra, illetve a szájról olvasásra mint kiegészítő információs forrásra támaszkodnak. Beszédük viszonylag jól érthető” (NAGYNÉ TÓTH 2006, 8). Mint láttuk, a hallásfunkció működésében komoly szerepe van a hallókészüléknek. A gyermek fülének és a készülék tisztításának feladata a családra hárul. Mégis, bizonyos karbantartási feladatokat el kell sajátítani, és a készülék üzemben tartásának érdekében néhány szempontot a csoportvezetőnek is szem előtt kell tartania. Ezek a szülővel való együttműködés keretében még a beszoktatás időszakában eredményesen és könnyen elsajátíthatók:

- A hallókészülék mikrofonját ne érje víz
- Tájékozódás a szülőtől, hogy készüléktől függően mennyi ideig üzemképes az elem
- Mikor cserélték az elemet?
- Legyen kellő mennyiségű pótelem a csoportot vezető szakembertől (ezt a szülő biztosítja)
- Szükség esetén elemcsere
- Megfelelően van-e beállítva a készülék?
- Nincs-e kikapcsolva a készülék?

Hallókészülékes gyermek esetében előfordul, hogy a csoportban uralkodó erősebb zaj miatt a készülék besípol. Ez a gyermek számára fájdalmat okoz. Ezért érdemes az ép hallású társaknak megmutatni, hogy a

nagyon hangos játék milyen következményekkel jár a másik számára. Először mutassuk meg – ha ez még a beszoktatás alatt történik, akkor az anya is megteheti –, hogy az újonnan jött kisgyermek fülében van egy kis készülék, ami segíti őt, hogy halljon bennünket. Majd kérjük meg a beszoktató anyát, hogy vegye ki és mutassa meg a gyerekeknek. Miután ezt megtette, szólítsuk fel a gyerekeket, hogy most, mintha beszélgetnének, úgy mondják ki: „Jó, hogy itt vagy!” (Ha a csoportba járó gyerekek beszéd szintje még alacsonyabb, akkor annak megfelelően ajánlott szót vagy 2-3 szavas mondatot.) Mi is mindig mondjuk velük! Ekkor azt tapasztalhatják meg, hogy nem történik semmi. Majd kérjük meg őket, hogy most hangosan, esetleg kiabálva mondják újra: „Jó, hogy itt vagy!” Az erős hangra a hallókészülék kellemetlen hangot hallatva besípol. Ezt esetleg a fülükhez közelítve meg is tapasztaltathatjuk velük. Azt kell kihangsúlyozni, hogy ami most nekik kellemetlen hang volt, az az új társuknak fájdalmat okoz. Így nemcsak a beszoktatást, hanem a befogadást is segítjük, valamint megalapozhatjuk a másokra való odafigyelést is.

5.3.3. A motoros funkciók eltérő fejlődése/mozgásszervi fogyatékoságok

A mozgássérült gyermek beszoktatását nehezíti, hogy a mozgásos tevékenységekbe nem, vagy csak korlátozva tud bekapcsolódni. Esetében az egymás megismerését segítő beszéd is gátolt lehet. Mimikája – mivel az is mozgás – szegényes, esetenként félreérthető. Ha be is kapcsolódik egy-egy tevékenységbe, akkor is segítségre szorul. Ez gátja lehet a gyermekekkel való kapcsolat kialakulásának és a közös örömeknek. A mellőzöttség érzése is hozzájárulhat ahhoz, hogy a beszoktatás időszaka elhúzódik. Sok türelemmel, az erősségeik felmutatásával és az azokat bizonyítandó helyzetek megteremtésével segíthetjük a beszoktatást, egyúttal pedig enyhíthetjük az intézményi nevelést esetleg megkérdőjelező szülő bizonytalanságát, kételyeit.

További, a napi tevékenységeket és a látványos fejlődést gátló tényezők:

- „Testi felépítésük, megjelenésük más, mint a többi gyermeké, ezért testsémájuk megváltozik.
- Mozgásuk korlátozottsága miatt cselekvési, akarati funkcióikban hátráltatottak, emiatt életvezetési nehézségekkel kell számolni.
- Kézfunkciójuk, manipulációjuk akadályozott, ennek következtében az önkiszolgálás, önellátás, a mindennapos tevékenységek nehezítettek.
- Érzékelési, észlelési, tapasztalatszerzési körük beszűkül, így kevesebb élményben lesz részük.
- A mozgásos játékok fejlesztő hatását nélkülözniük kell, és a gyermekközösségen kívül rekedhetnek.
- Kommunikációs nehézségekkel is küszködnek, önkifejezésük akadályozott, ez izoláltsághoz vezethet.
- Állandó segítségre szorulnak, ez nehezíti a szocializációt” (DOMBAINÉ ESZTERGOMI 2006, 11).

Az integrált nevelésben részesülő mozgáskorlátozott gyermekek intézményi gondozásának, nevelésének feladatai ugyanazon területeken valósulnak meg, mint ép társaiké. Ugyanakkor – az akadálymentesített intézményben – a csoportot vezető szakember számára is elsődleges feladat, hogy megtanulja és a gyermeknek megtanítsa a speciális eszközök használatát, ami segít a többi gyermekkel való együttes tevékenységben, játékban és a környezet tevékeny megismerésében. A speciális fejlesztést a szomatopedagógiai végzettséggel rendelkező gyógypedagógus végzi. Feladata nemcsak az egyéni fejlesztési terv elkészítésére terjed ki (a komplex motoros képességek, az érzékelés-észlelés, a kognitív funkciók, a beszédmotorium és a kommunikáció fejlesztése), hanem együttműködik a csoportot vezetővel és tanácsot ad a szülők számára. Segíti a csoportban dolgozó szakember fogadó- és tervezőmunkáját, tanácsot ad a sérült gyermek mindennapi mozgásneveléséhez, a sérülésből fakadó esetleges gondozási és pszichés problémák kezeléséhez, segíti a szocializációt.

5.3.4. A kognitív funkciók eltérő fejlődése/intellektuális képességzavar

A tipikus fejlődésmenet jellemzőit és az eltérések jelzőtüneteit a 3. fejezetben már tárgyaltuk. Említettük, hogy az enyhe értelmi fogyatékoság főleg a beiskolázáskor merül fel, mert bizonyos képességek területén mutatott eltérések ez idő tájt és főleg iskolai környezetben, teljesítményekhez kötötten válnak egyértelművé. Igaz, hogy lehetnek jelzőtünetek, de ezek még a nem gyógypedagógus szakember számára is főként a

nagyobb odafigyelés, a differenciált foglalkozás szükségességét vetik fel. Az értelmileg akadályozott gyermekek gondozásának, nevelésének elveit a bölcsődés életkorú gyermekeket ellátó intézmények esetében *A bölcsődei nevelés-gondozás országos alapprogramja*, míg az óvodáskorúak nevelését ellátóként *Az óvodai nevelés országos alapprogramja* tartalmazza.

Az értelmileg akadályozott gyermekek integrált nevelése, gondozása is ugyanazon területeken valósul meg, mint ép társaiké, ugyanakkor hozzájuk képest kevésbé motiváltak, sok bátorítást igényelnek. A gondozásban a szokások, az önállóság kialakításához több ismételésre, gyakorlásra van szükségük, ezért időben elnyújtva, a cselekvésbe ágyazott gondolkodást biztosítva kell a csoportban való fejlesztésüket végezni. Ehhez az érintett gyermek gyógypedagógusa a jelen állapot ismeretében ad tanácsot. Az alábbiakban felsorolt fejlesztési területekben mind a bölcsődés, mind az óvodás életkorban sok azonosság és hasonlóság található. Ennek az az oka, hogy a gyermekek egy-egy részterületen belül is máshol tartanak/tarthatnak, és maga a fejlesztés, az alkalmazott módszerek is változhatnak a gyermekek egyéb rész képességeinek függvényében. A gyógypedagógiai kompetenciát érintő kérdések részletesebb kifejtésére azonban a tanfolyami keretek és előzetes szakmai ismeretek nélkül nincs mód.

A csoporton belüli differenciált, a fejlesztést támogató foglalkoztatásukban az alábbiakon van a hangsúly:

Bölcsődés életkorban

- az alapfunkciók (kúszás, mászás, járás stb.) kialakítása, harmonizálása
- a kognitív funkciók fejlesztése
- minimális kontaktus, kooperációs készség, a nonverbális és verbális kommunikáció fejlesztése
- beszédindítás, a beszédmegértés fejlesztése, az aktív szókincs bővítése
- alapvető önkiszolgálási szokások kialakítása
- adekvát játékhasználat elsajátítása
- a közvetlen környezetben való tájékozódás

Óvodás életkorban

- a nagymozgások fejlesztése
- a finommotorika fejlesztése
- a szociális-érzelmi terület fejlesztése
- a kognitív terület fejlesztése
- a kommunikáció fejlesztése
- az önkiszolgáló tevékenység kialakítása

Bármelyik életkori szakaszban a gyógypedagógus fejlesztőmunkáját a vele való egyeztetés alapján, változatos gyakorlást biztosítva támogathatjuk. Ennek fontos kerete a játék, amely közben „a gyermek tanul szociális szerepet, érzelmeket, motívumokat, beállítódást, tanulja a környezet személyi és tárgyi világának elsajátítását. A játéksituációk kommunikációra ösztönöznek. A gyermek nagy mozgásigényére, a jó utánzó készségére, a mozgásos tevékenység érzelmvezéreltségére, az állandó szülő/csoportban dolgozó szakember elismerésére támaszkodva lehet a kívánt eredményt elérni” (ROSTA 2006, 19).

A sérült gyermeket befogadó többségi intézmények csoportvezető munkatársaiban gyakran megfogalmazott félelem, hogy nincsenek rá felkészülve. Íme néhány, a befogadás sajátos feladatait eredményesebbé tevő feltétel:

- a sajátos nevelési igény szerinti környezet kialakítása
- a szükséges tárgyi feltételek és segédeszközök megléte
- sajátos nevelési igény esetén is a nevelés, fejlesztés általános célkitűzéseinek megvalósítása
- az elfogadással a biztonság megerősítése
- együttműködési készség más szakemberekkel és a szülővel
- továbbképzési igény a sérüléssel kapcsolatban (akár önképzéssel)

A munkatársak félelmek, ha a gyermeket elfogadják és a gyógypedagógus tanácsát követik, a kezdeti bizonytalanságok után hamar megszűnhetnek. Az esetlegesen meglévő félelmek oldásához csak egy példa:

előfordulhat akár bölcsődés, akár óvodás életkorban, hogy az értelmileg akadályozott gyermek még nem beszél. A gyógypedagógus feladata a beszédindítás, ezen belül a hangutánzás. A fejlesztés támogatása, a gyakorlás a csoportban nem követel speciális ismereteket, egyszerűen a csoportban lévő eszközökkel is megoldható. Ehhez állatok és közlekedési eszközök képei nyújthatnak segítséget. „Leginkább a nem vagy alig beszélő gyermekek esetében hasznosak ezek a gyakorlatok.

- Passzív szókincs fejlesztésénél: A gyermek előtt sorban láthatók a képek. A fejlesztést támogató szakember utánozza egy állatnak vagy közlekedési eszköznek a hangját, majd a gyermeknek meg kell mutatni, hogy a hangot mely tárgy, állat adja.
- Aktív szókincs esetén: Megkérjük a gyermeket, hogy a képsorból válassza ki az általunk kért állatot vagy járművet. Helyes választás esetén megkérdezzük, hogy milyen hangot ad” (ROSTA 2006, 298).

5.3.5. A kommunikáció eltérő fejlődése/beszéd fogyatékoság

A kommunikációjukban eltérő fejlődésű, illetve a beszéd fogyatékos gyermekek integrált bölcsődei, óvodai és más napközbeni ellátást megvalósító intézményben való nevelése, gondozása, is ugyanazon nevelési területeken valósul meg, mint a tipikus fejlődésű társaiké. Intézményi beszoktatásukkor – ha már beszélő környezetbe kerülnek – a társaikkal való kommunikációjuk, és ennek hatásaként a beilleszkedésük is nehezített, mert nem vagy csak nehezen érthetőek. Ezért a szülőt is fel kell készítenünk arra, hogyha a befogadó csoportba járó gyermekek rákérdeznek, miért nem beszél a társuk, akkor a csoportot vezetővel együtt adjanak választ a kérdéseikre, és utaljanak arra is, hogy a gyermek azért fog idejárni, hogy a többiek is segítsék őt a beszéd megtanításában. Fel kell hívni a figyelmüket arra, hogy az új kisgyermek is nagyon szeret játszani és nagyon ügyes. Erre mondjunk is példát/példákat. Hangsúlyoznunk kell azt is, ha a sérült társuk szeretne velük közölni valamit, akkor próbálják meg türelemmel kivárni, ezzel is segítve őt abban, hogy legyen kedve a többiekkel kommunikálni, együtt játszani.

Amint azt már „A tipikus fejlődés menet jellemzői, az eltérések jelzőtünetei” című fejezetben is olvashattuk, a beszéd fogyatékosok csoportja igen heterogén; tüneteik és az azokra ráépülő másodlagos nehézségek, például a szorongás, más, speciális szükséglet kezelését is indokoltá teszik.

A megegyező nevelési, gondozási, területeken belül nagyobb hangsúlyt kapnak a kommunikáció, a pszichomotoros fejlesztés és a logopédia szakos gyógypedagógus által végzett speciális terápiák, mivel a szorongás nagy valószínűség szerint a beszéd fogyatékoság, a másság érzése és a kudarcos kommunikáció miatt alakult ki.

A korai fejlesztést támogató gondozás, nevelés folyamatában fontos feladatok:

- „Az auditív és vizuális figyelem kialakítása
- Gesztusok és egyszerű kérések megértése
- Tárgyak és képek megkülönböztetése
- Cselekvést jelentő szavakat tartalmazó kérések megértése
- Helyhatározót tartalmazó kérések megértése
- Nyelvtani elemek megértése” (pl. egyes és többes szám, birtokos formák megkülönböztetése) (PEETERS et al. 2007, 20)
- Szóértelmezés (kép-tárgy, kép-cselekvés beazonosítása)
- Egyszerű szavak ejtése (főnév, melléknév, ige, toldalékos szavak)
- Szókincs bővítés
- Tőmondatok alkotása
- Összefüggő beszéd kialakítása (mozgásos versek, énekek)

A beszédfejlesztés terápiájának szerves részét képezi azoknak a képességeknek a fejlesztése is, amelyek a tanulást, valamint a reális énkép kialakulását is segítik. A fentiekben megjelölt feladatok azonban csak néhány elemet tartalmaznak, hiszen a fejlesztést támogató teendőket – egyeztetve a gyógypedagógussal – a gyermek beszédállapota határozza meg.

Amit minden esetben szem előtt kell tartani:

- nyugodt légkörű beszédkörnyezet megteremtése
- a beszédkedv, beszédmotiváció megteremtése
- a mondandó türelmes kivárása
- a fölösleges javíztatások kerülése
- sürgetés kerülése
- csak olyan beszédprodukciónak elvárása, amelyre a gyermek képes

5.3.6. Autizmuspektrum-zavar

„A tipikus fejlődésmenet jellemzői, az eltérések jelzőtünetei” című fejezetben már képet alkothattunk arról, hogy az autizmuspektrum-zavar mind a viselkedést és a képességeket, mind a gondolkodást és a kommunikációt tekintve igen változatos képet mutat, és a súlyosság is széles skálán mozog. Minél korábbi a gyermek diagnózisa, annál hamarabb kezdődhet meg korai fejlesztésük, így előzve meg vagy enyhítve a további fejlődési eltéréseket. A szülők gyakran arra alapozva, hogy gyermekük jó úton halad a fejlődésben, beíratják őket a bölcsődébe. Vannak azonban olyan esetek is, amikor csak a közösségben derülnek ki a problémák, mert a gyermek korábban még nem találkozott egyszerre olyan társakkal, akik számára sok ingerforrást és közvetlen közeledést jelentettek volna, illetve a szülőknek sincs közvetlen tapasztalata más, hasonló korú gyerekekről, ezért nekik ez tűnik természetesnek.

A diagnózist követő korai fejlesztés/bölcsődei rehabilitáció egyik célja, hogy az autizmuspektrum-zavarral élő gyermeket mentálisan is olyan szintre fejlesszék, hogy gyermekközösségbe illeszthető legyen. „Óvodába lépéskor már rendelkezhet korlátozott mennyiségű, de célszerűen használt, vizuálisan **augmentált kommunikációs eszközzel**, amely lehet beszéd vagy alternatív kommunikáció [...]” (BALÁZS 2000, 649). (**Augmentatív kommunikáció:** „kiegészítő és a beszédétől eltérő típusú kommunikáció. E kiegészítő formára szorul mindenki, aki átmenetileg vagy tartósan nem rendelkezik a funkcionális beszéddel, azaz vagy egyáltalán nincs beszédprodukcója, vagy a beszédzavara olyan súlyosságú, hogy az alkalmatlan kommunikációs igényei kielégítésére”) (KÁLMÁN 2006, 433). Ennek alaposabb megismerése (ha használnak ilyen) – intézménytípustól és életkortól függetlenül – már a családlátogatáskor ajánlott, de ha arra nincs mód, akkor a beszoktatás időszakában, de erre külön – nem a csoportban tartózkodva – helyiséget és időt választva, amikor zavartalanul tudja a szülő elmondani annak használatát, esetleges nehézségeit. Közösén is elkészíthetjük a gyermek beszoktatását megkönnyítő folyamatábrát és napirendet. Ez nagy segítséget nyújt a csoportot vezető számára az autizmuspektrum-zavarral élő gyermekek napközbeni ellátást biztosító nevelésében.

„A végrehajtó működések zavara az autizmuspektrum-zavarral élő gyermekek számára megnehezíti, hogy átgondolják a tevékenységek logikus sorrendjét, a szükséges eszközök előkészítését. Gyakran tapasztalható, hogy egyes tevékenységekben (pl. önkiszolgálás, napos teendők ellátása) sokkal önállótlanabbak, mint ahogy a képességeiket tekintve elvárható lenne. Nem tudják például, hogyan kezdjenek hozzá a terítéshez, nem jut eszükbe, milyen sorrendben kell levetkőzni, hogyan kell kezét mosni. Ebben tud segíteni a folyamatábra. A folyamatábra logikus sorrendben rajzokkal tünteti fel a tevékenység egyes lépéseit, ha kell, akkor hozzá a szükséges eszközöket is. A gyermek feladata, hogy kövesse a folyamatábrát. A képek, fotók, rajzos szimbólumok segítségével bemutatott napirend segít megérteni, hogy mit, hol, mikor, milyen sorrendben kell és lehet tenni. Jól követhetővé válnak a nap eseményei, előre jelezhetők a változások. Az előre jelzett időtartam egyénre szabott. Lehet csak a soron következő tevékenységet, a soron következő két tevékenységet, napszakot, fél napot, heti beosztást jelezni. Mutathatja teljes nap, esetleg a hét fontosabb eseményeit. Minden esetben a gyermek számára átlátható szakaszt kell jelezni. Elhelyezését tekintve lehet rögzített vagy hordozható, de minden esetben legyen a gyermek számára látható és elérhető. A gyermekek egyéni sajátossága határozza meg, hogyan nézzen ki a napirend, hol legyen a helye, mennyire legyen részletes” (KOVÁCS 2015, 8. fejezet).

Az integrált nevelésben részesülők bölcsődei, óvodai gondozásának, nevelésének feladatai ugyanazon a területeken valósulnak meg, mint ép társaiké, de ezek kiegészülnek a csoportban is alkalmazandó speciális

fejlesztéssel. Mivel a képességstruktúra szórt, az elmaradt területek fejlesztése és az átlagos vagy kiemelkedő képességek gondozása mellett hangsúlyozott az elemi **adaptív viselkedés** (az új életkörülményekhez alkalmazkodó viselkedés) kialakítása is. Azaz:

- „A szociális, kommunikációs készségek célzott fejlesztése
- Az autizmusból és a társuló fogyatékoságokból eredő fejlődési elmaradások lehetséges célirányos kompenzálása
- A sztereotip, inadekvát viselkedések kialakulásának megelőzése, illetve korrekciója
- A fogyatékoságspecifikus, protetik⁹⁵, augmentív környezet, eszközök, módszerek és szokásrendszer kialakítása és használatának elsajátíttatása” (GÁJERNÉ BALÁZS 2006, 19).

Az eredményes napközbeni ellátásuk megköveteli, hogy már a befogadó csoportvezető is úgy fogadja a szülőt, hogy ismereteket szerzett az autizmus témakörében. Ez történhet a gyermek gyógypedagógusától – ami az adott gyermek sajátosságaira való felkészítést is lehetővé teszi –, de szakkönyvekből és az interneten megjelent, tudományosan megalapozott szakirodalomból is. A szülőkkel való együttműködés is nagyban hozzájárul ahhoz, hogy a gyermek mielőbb biztonságban érezhesse magát az adott intézményben.

5.3.7. A pszichés fejlődés zavarai

A súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavarral küzdő gyermekek közül a csoportot vezető szakember számára – mind a bölcsődés, mind az óvodás életkorúak esetében – főleg a beilleszkedés és magatartászavarok jelentenek problémát. A napközbeni ellátást biztosító intézmény nemcsak a kortárs-csoportokhoz való szocializáció színtere, hanem a magatartászavart mutató gyermekek esetében a fizikai konfliktusoké is. Ahhoz, hogy tudjuk, miként avatkozhatunk be, meg kell ismerni a gyermek családi hátterét és viselkedését konfliktusos helyzetben, szociális szituációkban. Meg kell tudnunk, milyen nevelési módszereket alkalmazott a szülő, és ezek közül melyek váltak be. Érdemes erre figyelni a beszoktatás ideje alatt is. A gyermeket és a beszoktató szülőt még ebben az időszakban meg kell ismertetnünk az intézményben jelen lévő szokásokkal és az alkalmazott szabályokkal is.

„A szabályok lényege az, hogy mindenki számára érthetőek, betarthatóak legyenek és ezáltal fogódzót, biztonságot nyújtsanak. Azért is fontos a szabályok alkotása, mert a gyermekek egy része nem tudja, mit várnak el tőlük; az eltérő nevelési szokásokból, következtelen nevelési módszerekből adódóan gyakran bizonytalanok abban, hogy mi a jó és mi a rossz. A közösen létrehozott szabályok (amikor már életkorukból fakadóan is alkalmasak rá 3-4 évesen) segítik az elfogadást, kompetenssé teszik a szereplőket. Fontos, hogy jól körülhatárolt legyen, mi a jó és mi a rossz, valamint az, hogy a szabályok megszegése milyen következménnyel jár” (RÓZSÁNÉ CZIGÁNY 2011, 162). Ha mi, felnőttek elvárjuk a gyermekektől a szabályok betartását, szem előtt kell tartanunk, hogy azok ránk éppúgy vonatkoznak, mint a gyermekekre. Modellek vagyunk a számukra, és csak egy hiteles viselkedési minta nyújthat követendő példát, érzelmi biztonságot.

„Amennyiben [a szakember/csoportvezető] nem következetes a szabályok alkalmazásában, az megzavarhatja a magatartászavarokat mutató gyermeket, mintegy azt a következtetést levonva, hogy a csoportot vezető nem állja a szavát, ki lehet őt »próbálni«. A közösen hozott szabályok és azok megszegésének, következményeinek ismerete részben biztonságot is jelent a gyermek számára, mert egyértelművé válik, milyen magatartásformákat vár, illetve még tűr el a szakember, s melyeket nem. Így a magatartászavart mutató gyermek esetében is jól kiszámíthatóvá válik viselkedésére a környezet reakciója. Fontos, hogy a szabályok figyelembe vegyék az életkori sajátosságokat, ne legyenek a tevékenységeket túlszabályozóak. Rögzítsük, és a teremben egy mindenki által jól látható helyen függesszük ki” (RÓZSÁNÉ CZIGÁNY 2011, 162–163). Ez lehetővé teszi, hogy a szabályokat a szülők is lássák, ismerjék, és ez akár egy segítő beszélgetést is elindíthat a nevelésben bizonytalan szülő és szakember között, valamint mindkettejükben megfogalmazódhat, hogy adott esetben gyógypedagógusi segítségre van szükség. Ez azonban nem a csoportot vezető kompetenci-

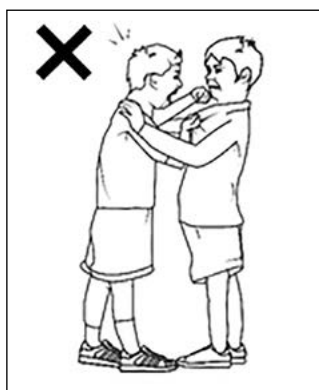
⁹⁵ Protetik⁹⁵: az autizmus esetében jól érthető, kiszámítható, érzelmileg is biztonságot nyújtó környezet.

áját kérdőjelezi meg, csak azt mutatja, hogy a gyógypedagógia specifikus megközelítésére is szükség van egy adott helyzet megoldásánál.

A szabályok a tárgyalt életkori szakaszokban 3-4 pontnál ne tartalmazzanak többet, és ne konkrét esetekre vonatkozzanak, hanem a viselkedés főbb megnyilvánulásaira irányuljanak, például a beszédviselkedésre, a konfliktusmegoldásra stb. Mivel bölcsődés és óvodás életkorban a gyermekek még nem tudnak olvasni, a szabályokat piktogramok formájában kell rögzíteni. Ezek mellé vagy alá azonban egy-egy rövid tömondatban megfogalmazhatjuk annak lényegét, mert nagycsoportban már több gyermek is tud olvasni. Az alábbiakban mutatunk néhány példát a piktogramok elkészítéséhez.



3. ábra. Szabály a beszédviselkedésre⁹⁶



4. ábra. Viselkedés konfliktushelyzetben

Mivel a beilleszkedési és magatartászavarok kezelésére nincsenek „receptek”, mert minden helyzet más és más, a befogadó szakember a pszichopedagógus tanácsait is sokszor csak utólag ismerheti meg. Ezért a hatékonyabb nevelés érdekében, és hogy a váratlan helyzeteket is kezelni tudjuk, ajánlott a viselkedést módosító ismereteket önképzéssel és gyógypedagógus vagy intézményi pszichológus ajánlásával elsajátítani.

Amit a csoportot vezetőnek minden esetben szem előtt kell tartania:

- Ne ítélkezzen előre! „Na, már megint mit csináltál?” „Már oda se kell néznem, és tudom, hogy te voltál!” „Mindig butaságokat csinálsz!” – Ilyen közbeszólásokkal el lehet veszíteni a bizalom légkörét, és a gyermekek azonnal védekezni kezdenek.
- A hibák megítélésében legyen következetes, körültekintő és igazságos.
- Tudjon megbocsátani és felejteni. Ne hánytorgassa fel a már megtörtént lezárt eseményeket.
- A harag, az indulat sem teszi lehetővé a gyermekre való teljes odafigyelést.
- A nyugalom megőrzése még akkor is szükséges, ha határozott hangon kell a gyermekre szólni.
- Nevezze meg a kívánt viselkedésformát és a gyermek azon pozitív tulajdonságait, melyek annak eléréséhez segíthetik.

⁹⁶ A 3. és az 4. ábrán látható rajzokat Rózsáné Czigány Enikő témaadása és iránymutatása mellett Dul Anita készítette.

- A gyermeket meg lehet róni, ha rosszat követett el, de nem szabad elítélni és megalázni.
- A gyermeknek is tudomásul kell vennie, hogy a csoportvezetőt felbosszantotta, de a felnőtt indulata ne a gyermeknek, hanem annak a hibának szóljon, amit elkövetett.

A játék, a bábozás, a mozgás, a zenével, énekkel kísért tánc, a rajz mind-mind feszültségvezető tevékenység. Ezért – hacsak a gyógypedagógus valamilyen terápiás célzattal nem javasolja – a magatartásvártató gyermeket büntetésből vagy feltételezett nyugalmunk miatt ne ítéljük tétlenségre, mert így a feszültségei még fokozódhatnak, és nem tanulja meg a feszültségvezetés adaptív formáit. Ha így teszünk, ezzel megnehezítjük számára a szociális beilleszkedést.

Önellenőrzés

1. Mit nevezünk beszoktatásnak?
2. Milyen szerepet játszik a beszoktatás az adaptivitásban, az új kötődési kapcsolat kialakulásában?
3. Melyek a családlátogatás főbb szempontjai?
4. Hogyan segítheti a jó csoportvezető-szülő kapcsolat a gyermek beszokását, beilleszkedését a gyermekcsoportba?
5. Mit nevezünk adaptivitásnak?

A fejezet alapján a mindennapi gyakorlatban hasznosítható feladatok

1. A tananyagban megismert szempontok alapján rögzítse egy családlátogatáson szerzett tapasztalatait!
2. Olvassa el egy, az Ön intézményébe járó kisgyermek szakértői véleményét és azonosítsa az abban megfogalmazott fejlesztendő területeket! Ennek segítségével, valamint eddigi tapasztalatai alapján foglalja pontokba, hogy a csoporton belül milyen eszközök állnak a rendelkezésére, és mire lenne még szükség!
3. Gondolja át, hogy mely fogyatékossgáttípusnál, mely tevékenység- és gondozási területen kérne segítséget a gyógypedagógustól!

A tananyag kapcsán felmerülő kérdéseim, tapasztalataim

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. TÁMOGATÓ SZEREPEK AZ INKLUZÍV SZEMLÉLETBEN

Kulcsfogalmak:

- *inkluzív szemlélet*
- *pedagógiai szakszolgálatok*
- *a gyógypedagógus szerepe a kora gyermekkori intervencióban*
- *állapotmegismerés*
- *a magatartás megfigyelése*
- *pedagógiai vélemény*
- *szakértői vélemény*
- *fejlesztési terv*
- *együttműködés a fejlesztésben*
- *korai fejlesztés a bölcsődében*
- *a fejlesztés támogatása a gondozási és a nevelési folyamatba ágyazottan*
- *szülői tanácsadás*

6.1. Inkluzív szemlélet

Az **integráció** és az **inklúzió** gyakran együtt használt fogalmak. Mégis, miben különböznek? Milyen az inkluzív szemlélet, és hogyan valósul meg az inkluzív nevelés?

Az inkluzív nevelés fogalma eredetileg a fogyatékos gyermekek oktatásával kapcsolatban merült fel. Később kiterjedt a különböző képességű, tudású, identitású gyermekeket, tanulókat érintő kérdésekre is. A szemlélet lényegi eleme az eltérő igények fókuszba állítása, a változó szükségleteket figyelembe vevő, azokhoz igazodó megközelítés. Annak hangsúlyozása, hogy minden gyermek más. Más személyiség, más szükségletekkel, és ez más, differenciált, egyéni bánásmódot, sokrétű szakismereteket kíván – személyre szabott megközelítést a tanítás, a nevelés módszereit illetően. Ez a szemlélet magában foglalja a neveléssel, oktatással kapcsolatos tárgyi, személyi feltételek átgondolását, gondos megválasztását, az érintettek közötti hatékony együttműködést, egymás személyiségének, munkájának támogatását is. Az inklúzió megjelenik a kora gyermekkori intervenció szolgáltatásaiban és a szolgáltatásban részt vevő szereplők törekvéseiben is.

6.1.1. Inkluzív szemlélet a kora gyermekkori és a korai intervencióban

A fogalmak pontosításával közelíthetünk a támogató szerepek meghatározásához. A kora gyermekkori intervenció időben és tevékenységben is tágabb fogalom. Szolgáltatásai többek között a megelőzés, a szűrés, a minél korábbi diagnózisfelállítás, a terápiás és fejlesztő tevékenységek terjednek ki. Megközelítésében fontos szerepet kap a megelőzés-tanácsadás, mellyel fokozottan törekednek a család többoldalú támogatására. Ez az irányzat az adott gyermeket családja egységében szemléli, így a segítség, illetve a támogatás is elsősorban a szülői kompetenciák erősítésére irányul.

A korai gyermekkori intervenció szintén családban gondolkodó, azzal együttműködő tevékenység, melynek során a fejlesztőmunka része a gyermek fejlődését segítő nevelés, gondozás, a család érzelmi és szociális támogatása is. A család szociális támogatása tágabb értelemben az adott szociális környezetbe történő befogadást is jelentheti.

6.1.2. A korai fejlesztés mint a kora gyermekkori intervenció része

A **gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás** a korai gyermekkori intervenció részeként nyújtott ellátás, amelyet a 3 év alatti gyermekek esetében a sajátos nevelési igény megállapítása nélkül is javasolhatnak a szakértői bizottságok, illetve a szakellátó szakorvosok.

A gyógypedagógiai tanácsadás konzultációs jellegű tevékenység. Célja a család kompetenciájának erősítése, társadalmi inklúziójának támogatása. A tanácsadás lehet általános információnyújtás egy mindennapi élethelyzetben, például azzal kapcsolatban, hogy a család milyen játékokat vásároljon a gyermeke számára. Lehet tájékoztatás olyan élethelyzetben, amikor a szülők választás előtt állnak, és a választás következményeire kíváncsiak. Például ha hallottak egy számukra új terápiás lehetőségről, de nem biztosak benne, hogy ezzel túlterhelnék-e gyermeküket, vagy ha elhagynák valamelyik foglalkozást, és tanácsot kérnek a döntés előtt. Vannak bonyolultabb döntési helyzetek, például az intézményválasztás. A szülők igényelhetik a konzultációt komolyabb belső konfliktusok esetén, például ha egy vizsgálaton kiderül, hogy gyermekük lassabb ütemben fejlődik, mint ahogy remélték, és bizonytalanok a jövőjében. Ezeket a tanácsadásokat általában a gyermekkel foglalkozó, a terápiás beavatkozásokat átlátó gyógypedagógus vagy más szakember/szakemberek nyújtja/nyújtják. Ha a problémák kiterjedtek az élet több területére, szükség lehet pszichológiai tanácsadásra is. Fontos, hogy a gyógypedagógiai tanácsadásban a részt vevő szakemberek pontosan tisztában legyenek a kompetenciahatáraikkal.

A korai fejlesztéshez tartozik a gyermek felmérését követően elkészített, személyre szabott fejlesztési terv, és attól függően, hogy az elmaradás milyen természetű, a szükséges eljárások, fejlesztő módszerek, terápiák is. Az elmaradás tapasztalható lehet az értelmi fejlődésben, de előfordulhat, hogy az az érzékszervek (látás, hallás), a mozgás, a viselkedés, a szociális készségek vagy a beszédfejlődés területén mutatkozik. Lehet, hogy az étkezés, az alvás vagy a szobatisztaság körül vannak nehézségek, mert a gyermek fejlődése ezeken a területeken nem követi a megszokott ritmust.

A korai fejlesztés abból a felismerésből fakadt, hogy a legkorábbi életszakaszban megkezdett ösztönzés eredményesebb – későbbre halasztva már nehezebb ugyanazt az eredményt elérni. Az ellátásra jogosult gyermekek a szakértői véleményben előírt óraszámban és keretek között fejlesztőfoglalkozásokon vehetnek részt, melyek a jogszabályoknak megfelelően az életkortól függően változhatnak.

6.1.3. A gyógypedagógus szerepe a kora gyermekkori intervencióban

A kora gyermekkori intervenció részeként elsősorban a pedagógiai szakszolgálati tevékenységekben, köztük a korai fejlesztésben vesznek részt a gyógypedagógusok.

A gyógypedagógus szerepköre sokrétű. Részt vesz a szakértői bizottság tevékenységében – a preventív céllal történő beavatkozás szükségességének megállapításában, a problémák azonosításában vagy kizárásában. Sajátos nevelési igény esetén közreműködik a diagnózis felállításában, a személyes szükségletek mentén történő intervenció megtervezésében és a terápiás folyamatban. A szakértői vélemény kézhezvétele után, de még az egyéni, ambuláns fejlesztés megkezdése előtt a korai fejlesztésre érkező gyermekeknél alapos, körültekintő állapotfelmérést végez, majd ez alapján elkészíti a fejlesztési tervet. Írásos, pedagógiai véleményben rögzíti, hogy felvételnél az adott gyermek mozgásfejlődése, értelmi fejlődésének jellemzői, beszéde és/vagy kommunikációja, érzelmi, illetve szociális fejlettsége megfelelt vagy eltért életkora átlagától. Egyéni vagy csoportos foglalkozás keretében biztosítja a szakértői véleményben javasolt fejlesztést. A szülők számára tanácsadást, konzultációt, képzést, szülőklubot tart.

6.1.4. Állapotmegismerés

A folyamatos gyógypedagógiai állapotmegismerés az egyéni fejlesztési terv elkészítésének és megvalósulásának az alapja. Az egyéni fejlesztési terv segíti az egyéni képességstruktúrához és szükségletekhez igazított, egyénre szabott fejlesztést. Fontos, hogy átfogó képet kapjunk a gyermek korához viszonyított

fejlettségéről, megismerjük a képességeit, személyiségjegyeit, és meghatározzuk a felmerülő problémákat, az esetleges fejlődési eltéréseket.

De honnan tudható, hogy amit tapasztalunk, az eltérés a tipikus fejlődéstől, vagy csupán családi vonás, személyes sajátosság? Milyen az átlagos fejlődés? A kérdés eldöntéséhez a gyermek életkora szolgál alappul. Az életkor ismeretében megfigyelhetjük, hogy a testi növekedés, a súly és a magasság, a mozgás és az értelmi fejlettség összhangban van-e az adott korra jellemző mutatókkal, vagy eltér azoktól.

A találkozáskor a legelső benyomást a megjelenés, az ápoltság és a **testi fejlettség** teszi. Előfordul, hogy a mozgásban, beszédben vagy a kognitív terület fejlődésében elmaradt kisgyermek a testi fejlődésben is fejletlenebb. Vajon mi okozhatja ezt?

Már a születést megelőző időszakban sok tényező hat az embrióra, majd a magzatra, ami befolyásolja testének fizikai sajátosságait, testmagasságát és súlynövekedését. Ilyen, a magzat növekedésére ható ártalom például a terhesség alatti dohányzás, az alkoholfogyasztás és bizonyos anyai betegségek. Az agyalapi mirigy és a pajzsmirigy megbetegedésénél – egyéb tünetek mellett – a növekedésben figyelhetünk meg változást. A növekedés, a gyarapodás ütemét azonban a születés utáni történések is befolyásolhatják.

A születést megelőző időszakról az anamnézis (**kórelőzmény**) felvételekor tájékozódhatunk. Tudomást szerezhetünk olyan körülményekről, amelyek hatással lehetnek a gyermek testmagasságára, testsúlyára. Az átlagtól eltérő testmagasság akár genetikai betegségek tünete is lehet, de bizonyos belgyógyászati megbetegedések, például a szív-, a tüdő-, az emésztőrendszeri, illetve a vesebetegségek és az idegrendszeri problémák is okozhatnak testsúly- és testmagasságbeli eltéréseket. Vannak olyan fizikai sajátosságok, amelyek további vizsgálatot tesznek szükségessé, egyúttal hatással vannak a súlygyarapodásra, a gyermek terhelhetőségére is.

Lehetnek olyan körülmények, amelyekre a fejlesztési terv készítésénél, a beavatkozások során külön figyelmet kell fordítani, vagy további kezelést igényelnek. Ilyenek lehetnek a szopási, szoptatási nehézségek és az etetési problémák.

Az etetés, a táplálás az anya egyik fő funkciója. Az evés az egyik örömforrás. A korai fejlesztés során találkozhatunk olyan szülőkkel, akiknek csecsemője vagy kisgyermeké etetése fizikai, orvosi vagy pszichés okból nehéz, nem örömteli, sokszor inkább ijesztő feladat. A szülők nemegyszer számolnak be arról, hogy gyermekük nem, vagy nagyon nehezen tud nyelni. Gyakran mellényel, öklendezik, szinte fuldoklik etetés közben, ha pedig nehezen mégis evett egy keveset, gyakran hány. Ilyenkor a szülők nagyon frusztráló helyzetben vannak, hiszen a gyermek alig tudott magához venni táplálékot, viszont nagy megpróbáltatáson ment keresztül. Végeredményben sok szenvedés árán sem gyarapodik megfelelően. Ilyenkor speciális segítségre, etetésterápiára van szükség. Más esetben a testsúly gyarapodását az nehezíti, hogy a gyermek nem fogad el darabos ételt, nem harap, nem rág, nem iszik pohárból vagy cumisüvegből, nem eszik kanállal, vagy csak egyféle ételt fogad el. Ezek a problémák mindenképpen további szakember – etetésterapeuta, pszichiáter, pszichológus – bevonását teszik szükségessé a gyermek testi fejlődése érdekében.

Az étkezés, az etetési nehézségek problémája túlmutat a test fizikai fejlődésén. „Szülés előtti, alatti vagy azt követő időszakban bármilyen okból károsodott csecsemő esetében nem ritka, hogy az evés, alvás szabályozása az első pár hét elmúltával sem válik bejósolhatóvá. A baba nem alszik, nem eszik eleget, vagy nem tagolhatóan teszi ezt. Érzékelhetik úgy a szülők, hogy gyermeküket nem tudják megnyugtatni, kielégítő módon táplálni, megfelelően olvasni érzelmi reakcióit, ezért az alapvető, oltalmazó funkciójukat nem érzik megfelelőnek. Ezek az élmények szülői elbizonytalanodáshoz vezethetnek, sérthetik az anya és gyermeke közötti megértést, kötődést, a mentalizációs folyamatot (BELEZNAI–GYÍRKIS 2014, 4).

A kölcsönös kapcsolatok alakulása befolyásolja a fejlődés folyamatát. De hogyan mérhető az érettség? Az állapotfelmérés célja a megfelelő vagy eltérő fejlődés megállapítása. Törekedhetünk átfogó felmérésre, vagy koncentrálnunk egyetlen problémára, és ennek megfelelően változhatnak a szempontok is. Ha felmerül az eltérő fejlődés gyanúja, a vizsgálatkor fókuszálhatunk a probléma eredetére, kialakulásának körülményeire, okaira, súlyosságára és a személyiség fejlődésére gyakorolt hatására (lásd 1. melléklet – A gyógypedagógiai jellemzés szempontrendszere Rosta Katalin munkája alapján).

Számba vehetjük az egyes területeket. A mozgás megfigyelésénél a mozgásszervek működését, a tartási és mozgási funkciókat kísérhetjük figyelemmel, hasonlíthatjuk össze az életkornak megfelelő mozgásképpel. Ez az összevetés segít annak eldöntésében, hogy szükséges-e beavatkozás, s ha igen, akkor milyen terápia kecsegtet a legjobb eredménnyel. A mozgás megfigyelésénél arról is dönteni kell, hogy a mozgásfejlesztés

érdekében szükség van-e ortopédiai támogatásra, a motoros képességek javítására, esetleg gyógyászati és rehabilitációs eszközök használatának megtanítására.

A kommunikáció megfigyelésénél, ha a szülők elmondása vagy saját tapasztalataink alapján kiderül, hogy a gyermek nem beszél, nem ad ki hangot, vagy a hangképzése, hangszíne eltér a várhatótól, akkor további vizsgálatok szükségesek. Annak eldöntésére, hogy mi állhat a tünetek hátterében, gégészeti, foniátriai⁹⁷ vagy hallásvizsgálat javasolható. A szóbeli beszéd megjelenését azonban nemcsak hallási és gégészeti problémák akadályozhatják. A gondolatok megformálása, a szavak kifejezése is akadályba ütközhet. A kommunikáció leírásánál fontos kitérni arra, hogy a gyermeknél van-e kommunikációs szándék, és ha van, hogyan valósul meg. Nonverbális módon, tehát csupán tekintettel, gesztusokkal, mimikai jelzéssel, rámutatással, vagy kapcsolódik-e hozzá hangadás is. Azt is figyeljük meg, hogy a hangadásban fellelhető-e a kommunikációs szándék, vagy inkább örömszerzés, funkciójáték, továbbá, hogy van-e formálódó szóhasználat a dallam ívében, ritmusában vagy artikulált formában. A fejlesztő szakember feladatai és a segítségnyújtás módja, eszközei ugyanis mások, ha a gondolatok kifejezése várhatóan szóban történik, mint akkor, ha erre nincs lehetőség.

A játéktevékenység megfigyelése szolgál talán a legsokrétűbb információval. Már a gyermek érkezésekor láthatjuk, hogy hozott-e a valamilyen játékot. Ha hozott, milyen játék az? A gyermek életkorának megfelelő, vagy attól eltérő? A foglalkozás alatt a gyermek figyelmét felkeltik-e más játékok, vagy csak az otthonról hozott iránt mutat érdeklődést? Ha mást választ, milyen játékok keltik fel az érdeklődését? Mennyire aktív? Milyen érzelmi reakciók figyelhetők meg a játék alatt? Észrevehető-e kommunikáció játszás közben? Kivel és hogyan kommunikál a gyermek? Egyedül játszik, vagy mást is bevon a játékba? Mennyire játszik önállóan? Meddig játszik egy játékkal? Színes-e a játéktevékenysége?

A játéktevékenység megfigyelése során képet alkothatunk az adott gyermek mozgásrepertoárjáról. Milyen mozgásformákat használ spontán, és mennyire magabiztosan? Mennyire mozgékony? Emellett a kézhasználatban megfigyelhetjük a jobb és bal oldal együttműködését.

A játéktevékenység megfigyelése sok információt rejt a kognitív képességek felmérésével, a gyermek érdeklődésével kapcsolatban. Figyelemfelkeltő, hogy a játékra milyen tartósan, milyen elmélyülten figyel. El tudja-e foglalni a tevékenység, vagy sztereotip, színtelen a játéka? A figyelem, az emlékezet, a gondolkodási folyamatok, a formafelismerés, a soralkotás, az azonosságok és különbségek felismerése, csak néhány példa arra, hogy a játék eszközével, a gyermek korának megfelelő játékos feladatokkal, hogyan vizsgálhatók az értelmi funkciók. A közös játék során információkat kaphatunk a testkép-, a testsémaismeret fejlettségéről is.

Fontos tudni, hogy az agyi struktúrák hierarchikus felépítésűek. A bonyolultabb képességekért felelős területek fejlődését megelőzi az alapképességekért felelős kapcsolódások kialakulása. Így a kognitív képességek vizsgálatát megelőzi az **érzékelési, észlelési funkciók** analízisa, vagyis a vizuális, auditív, taktilis (tapintási) észlelés, a mozgás és a tér észlelésének megfigyelése. Ide tartozik a keresztcsatornák működésének felmérése is, ami a különböző észlelési területekről érkező ingerek összekapcsolását jelenti.

Az **önállóság, az önkiszolgálás** igénye sokat elárul a gyermek egyéniségéről. A csecsemőkor első hónapjaiban a tipikusan fejlődő csecsemő is azonosul az őt gondozó személlyel. Érzi és jelzi szükségleteit, éhségét, fáradtságát, a figyelem iránti igényét, de a saját testi működése felett szerzett kontrollja ébreszti rá arra, hogy külön áll, hogy van cselekvőképessége, önálló akarata.

A mozgásában, értelmi funkcióiban érintett, súlyosan, és/vagy halmozottan sérült gyermekek esetében az önállósodási törekvést több tényező nehezíti. Lehetséges, hogy a gyermek akaratának, szándékainak kifejezése és annak a környezet általi megértése is súlyos nehézségekbe ütközik. A környezet sokszor nem tudja elkülöníteni, hogy a hangadás valójában jelzés vagy önmagáért való cselekvés, hiszen ha a hangadás valamilyen módon meg is jelenik a gyermek megnyilvánulásai között, nem minden esetben jut el a szavak, mondatok megformálásáig.

Az étkezésbeli, ivási önállótlanság hátterében a kézfunkciók (markolás, fogás, elengedés, szájhoz emelés, döntés) akadályozottsága is állhat, de etetési nehézségeket, étkezési zavarokat maga az étel állaga is okozhat, ha a gyermek csak pépes vagy felaprított ételt fogad el.

⁹⁷ Foniátria: „Fül-orr-gégészetre épülő tudomány, amely a hangképzés élettanával, kórtanával, a funkciózavarok felismerésével, kezelésével foglalkozik.” <https://idegen-szavak.hu/>

Az öltözködésbeli függetlenség is megkívánja a mozgás megfelelő képességét, hogy az öltözésben, vetkőzésben önálló vagy legalább együttműködő tudjon lenni.

A szobatisztaság kialakulásához szükség van jelzésre, bizonyos fokú széklet- és vizelettartási képességre, ami feltételezi a saját test érzeteinek ismeretét és a testi működések feletti kontrollt, illetve az önálló helyváltoztatást.

Bizonyos esetekben az állapotfelmérésre nem az általános képességprofil felállítása, hanem egy adott probléma feltárása érdekében kerül sor. Ebben az esetben a szempontok egy-egy terület pontos, leíró jellegű felméréséhez kellene, a komplexitás elvét megtartva. Az állapotfelméréskor felfigyelhetünk olyan jelekre, amelyek a fejlesztés tervezését alapvetően meghatározzák (például autizmus gyanúja). Amikor a probléma az érzelmi, akarati területen jelentkezik, vagy a társas kapcsolatokat, a szociális viselkedést érinti, az állapotfelmérés kiemelten a magatartás elemzésére összpontosít. Tervezéskor fontos figyelembe venni, hogy milyen körülmények befolyásolják a magatartást, a viselkedés szervezését.

A magatartás megfigyelése során a gyermek érzelmi és akarati tulajdonságait, énképét, a feladatokhoz való viszonyát, kudarctűrését, motiválhatóságát, a szabályokhoz való viszonyát, kapcsolatteremtő képességét, érdeklődését, együttműködését és munkatempóját is érdemes megfigyelni, hiszen a tervezéskor a gyermek erősségeire támaszkodhatunk. Ezek az egyéni sajátosságok nagyon erősen befolyásolják a folyamat későbbi sikerét.

A társas viselkedés megfigyelése is fontos tapasztalatokkal gazdagíthatja a megfigyelőt. A nevelés, az oktatás sikerességét is befolyásolja, hogy milyen az adott gyermek; hogyan, kivel, milyen formában és milyen céllal kezdeményez kapcsolatot. Elfogad-e, s ha igen, hogyan fogad el szabályokat? Mivel foglalja el magát, illetve bevonható-e közös tevékenységekbe? Milyen a viszonya nevelőjéhez és a társaihoz? (A magatartás megfigyelésére alkalmas szempontsorra példaként lásd a 2. mellékletet, amely eredetileg az Autizmus Alapítvány honlapján szerepel, és pedagógus kollégák számára készült.) Az állapotfelméréshez azt a módszert, szempontsort, fejlődési skálát alkalmazzuk, ami a gyermek megfigyelése és korábbi vizsgálati adatai ismeretében a legmegfelelőbbnek tűnik. A megfigyelési szempontok, fejlődési skálák a fejlesztési célok meghatározásához is használhatók.

6.1.5. Pedagógiai vélemény

A pedagógiai véleményben a megfigyelés, a felmérések tapasztalatainak összegzése jelenik meg. Szükséges az adott személy általános bemutatása, képességeinek, készségeinek, motívumainak feltérképezése. Attól függően, hogy a vizsgálat vagy a felmérés mire fókuszál, a véleményben követett szempontok, súlypontok is változhatnak, de minden esetben fontos a személyre szabott, sokoldalú megközelítés. Ha a felmérés célja, hogy átfogó képpel szolgáljon, akkor a vizsgáló összbenyomása, a gyermek adatai, testi megjelenésének leírása, az esetleges fejlődési rendellenességek megléte vagy a gyógyászati segédeszközök szükségessége ki tud alakítani egy általános képet a vélemény olvasójában. Emellett értelmezheti, teljesebbé teheti a nagymozgások és a kézhasználat milyenségét. A nagymozgások és a kézhasználat leírását követheti a kommunikáció módjának bemutatása. A vélemény elolvasása segít a fejlesztést tervező szakembernek a terv elkészítésében. A fejlesztési terv általában komplex megközelítésű, tehát valamennyi fejlődési területet érinti. Fontos, hogy a pedagógiai vélemény összegezze a gyermek kognitív képességeiről, játéktevékenységének, viselkedésének jellemzőiről tapasztaltakat, hogy a számára legmegfelelőbb terápiákat lehessen kiválasztani.

Minden esetben fontos, hogy ne pusztán az esetleges elmaradások, eltérések lajstromba vétele történjen. S bár a vélemény elkészítéséhez nincs mindenki által használt, általánosan alkalmazott sablon, a komplex leírásra törekvés miatt jellemzően a fenti szempontok adják a kereteit. Példaként a Rosta Katalin által szerkesztett *Add a kezed!* című könyvben szereplő szempontok hozhatók fel. Az eredeti szempontok megtalálhatók: (Rosta 2006, 247–253); az 1. mellékletben szereplő szempontsort ez alapján állítottuk össze.

A pedagógiai véleményben megfogalmazott tapasztalatok fontosak lehetnek az adott gyermek szakértői vizsgálatokor is, hiszen ott ismeretlen személyek vizsgálják, ismeretlen környezetben. Nem minden gyermek működik együtt a vizsgálatot végzőkkel, vagy nem minden esetben mutatja meg tudása legjavát. A szakértői

véleményben a szakértői vizsgálat tapasztalatai szerepelnek, de a gyermek ellátását végző személyek véleménye ezt a képet kiegészítheti.

6.1.6. Szakértői vélemény

Amikor egy csecsemő vagy kisgyermek fejlődése eltérő, nem tipikus, felmerül a kérdés a szülőknél, a környezetben, hogy szükséges-e a fejlődés támogatása, a korai intervenció (arról, hogy a szülők kihez fordulhatnak ilyenkor, „A kora gyermekkori intervenció intézmény- és tevékenységrendszere” című fejezetben már részletesen írtunk). **A vizsgálat** időpontját a vizsgálati kérelem beadását követően jelöli ki a pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottsága. Erről a szülőket, valamint a vizsgálatkérő intézményt írásban értesítik. A szülők részvétele nagyon fontos a vizsgálat során. Elvált szülők esetén mindkét szülő jelenléte vagy a távollévő fél írásos beleegyezése szükséges. Szociálisan hátrányos helyzetű gyermekek esetében esélyegyenlőségi szakértőt jelölhetnek ki. Nagyszülő vagy más segítő, kísérőként segédkezhet az utazásban, de elengedhetetlen a szülők részvétele, hiszen a vizsgálatához tartozik a gyermek leleteinek áttekintése, eddigi életútjának átbeszélése is, mindegyik pedig legpontosabban a szülők tudnak emlékezni. Az informálás mellett a szülők tapasztalatai, véleményük is fontos arról, hogy van-e problémájuk gyermekük nevelése során, illetve hogyan ítélik meg fejlődését.

A korai fejlesztés megkezdése elsősorban azoknál a gyermekeknél javasolt, akiknél az elvégzett vizsgálatok olyan állapotot tárnak fel, amely valószínűsíthetően fejlődési elmaradáshoz vezethet, illetve azokban a helyzetekben, amelyekben a mozgás, az értelmi funkciók, az érzékszervi, a beszéd vagy kommunikációs készség, a szociális vagy az érzelmi működés terén elmaradás tapasztalható az életkorok átlagától.

A pedagógiai szakszolgálatok listája megtalálható a fővárosi, illetve az egyes megyei pedagógiai szakszolgálatok honlapján.⁹⁸

6.1.7. Egyéni fejlesztési terv

A fejlesztőfoglalkozások az egyéni fejlesztési tervek alapján történnek, a megvalósulást **egyéni fejlesztési naplóban**, illetve pedagógiai vélemény formájában rögzítik. Az egyéni fejlesztési terv a gyermek problémájának, aktuális állapotának, egyéni sajátosságainak ismeretében, személyre szabottan készül. A tervezéskor az akadályok mellett az ép funkciók, a cél érdekében mozgósítható személyiségvonások is szerepet kapnak.

Természetesen abban az esetben, ha több szakember vesz részt a probléma kezelésében, az egyéni fejlesztési tervet is ennek megfelelően állítják össze. A tervezés általában meghatározott időre, például egy tanévre szól; célját, lépéseit, részfeladatait a gyermek fejlődésének tempójához igazítják. Formája, tartalmi elemei változhatnak.

A fejlesztési terv általában az alábbiakat érinti: az érzékelés, a kognitív-gondolkodó terület, a figyelemkoncentráció, a helyzet- és helyváltoztató nagymozgások, a finommotorika területe; a szóbeli beszéd (beszédszólás, beszédértés és beszédprodukció) és a kommunikációs elemek (mimika, tekintet, gesztusok, érintések). Szükség esetén az augmentatív és alternatív kommunikáció (AAK) fejlesztése, a szociális-érzelmi terület, az önkiszolgálás, az önállóság kialakulásának segítése is felmerül. Az egyes területek fejlesztésével kapcsolatos teendők részletezve kerülnek a tervbe, igazodva a megfigyeléskor tapasztaltakhoz, illetve a kezelendő elmaradásokhoz (lásd. 1. és 2. melléklet).

Noha az **egyéni fejlesztési terv** elkészítésekor a fenti területek külön szerepelnek, fontos hangsúlyozni, hogy a korai életkorban az érzékelés, a mozgás, a cselekvés és a gondolkodás pszichés funkciói még tagoltan, összefonódva működnek, és csak később, a fejlődés során integrálódnak.

Minden tapasztalat, legyen az **szaglási, ízlelési, látási, hallási, tapintási** ingerrel, mozgással kapcsolatban szerzett benyomás, hatással van az idegrendszer működésére. Ezekre az ingerekre és környezeti hatásokra egyre több, egyre hálózatosabb kapcsolódások alakulnak ki az idegsejtek között, melyek az agy

⁹⁸ A Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat tagintézményeit lásd <http://fpsz.hu/tagintezmenyek/>, a megyei pedagógiai szakszolgálatok listáját lásd <http://www.oveges.hu/diszlexia-es-mas-tanulasi-problema/munkatarsaink/szakertoi-bizottsagok-videken/>

különböző területein strukturális változásokat idéznek elő. Az érzékelt dolgok nem elkülönülten hatnak, és ismétlődve emlényomokká, tapasztalatokká válnak – a hangok, a fények a környezet észlelésévé.

Az érzékelés az alapja a **kommunikáció** fejlődésének is. Ha a kommunikáció fejlődése kapcsán leszűkítően, pusztán a hangok érzékeléséről beszélünk, érdekesnek találhatnánk azt a tényt, hogy a csecsemők kezdetben képesek bármelyik nyelv hangjainak képzésére, és csak a környezet hatására redukálódik a hangok száma az anyanyelv beszédhangjaira. Az anya, apa hangjának megismerése, elkülönítése már az anyaméhben elkezdődik. A beszédértés, az anyanyelv tanulása hangingerek befogadásával indul, de tudnunk kell, hogy ez a folyamat jóval komplexebb annál, mint a nyelvtanulás. Az anyanyelv elsajátítása szocializációs folyamat, amelynek alakulását meghatározza a mintaadó környezet. A hangszín érzelmi töltésének differenciálása, a gesztusok, a mimika hozzárendelése a hallási élményhez már kiegészül a látási, a vizuális érzékekkel.

Újszülött- és csecsemőkorban a kommunikáció, az ismeretszerzés fontos eszköze az érintés, a tapintás. Gondozás során a csecsemő érzékeli a fogás biztos vagy bizonytalan voltát, az érintés milyenségét, s mindez hozzásegíti, hogy tapasztalatot szerezzen testének határaitól. A tapintásnak a külvilág megismerésében is fontos szerepe van. Jellemző a csecsemőre, a kisgyermekre, hogy mindent megfog, megtapogat, a szájába veszi. A tapintás útján szerzett tapasztalatok nemcsak a tárgyak formájáról, súlyáról, alakjáról adnak tudást, hanem hozzájárulnak a mozgás és a kézhasználat fejlődéséhez is, beépülnek a szokincsbe, a fogalmi gondolkodásba is.

A figyelem, az emlékezet, a tájékozottság, ezek a **kognitív funkciók** kisgyermekkorban, a cselekvésben, a napi tevékenységek során fejlődnek. Mivel ebben az életkorban a mozgás a legmeghatározóbb aktivitás, azt mondhatjuk, hogy a **mozgásfejlődés** alakulása kihat a megismerő tevékenységekre. A mozgásfejlődés, a **hely- és helyzetváltoztató mozgások** alakulása függ a tartó és mozgató szervrendszer állapotától; a mozgás megváltoztatja a gerinc görbületét és az izmok állapotát. A **finommotorika** vagy a kézhasználat, az „én tudom” érzése kihat az éntudat alakulására, az önállóság fejlődésére is. Az első hónapokban a csecsemő szemlélődik, vizuálisan észleli a teret. Látásélessége fejlődésével ez a távolság egyre nő. A látott vagy hallott külső ingerek mosolyra készítetik, mosolyát pedig viszonyozza a környezete. A **társas kapcsolat** csecsemőkorban a szemkontaktussal kezdődik, és a gyermek mozgásfejlődése révén a kapcsolatai egyre bővülnek. Ezzel elkezdődik a társas érintkezések folyamata.

6.1.8. Együttműködés a fejlesztésben

A kora gyermekkori intervencióban részt vevő szakemberek különböző szakma képviselői, ami sokrétű segítségnyújtást tesz lehetővé. A szakemberek a szakértői vélemény és saját megfigyeléseik alapján készítik el az adott gyermek személyre szabott fejlesztési tervét, vagy vesznek részt a tanácsadásban. Munkacsoportban (teamben) dolgoznak. A gyermek megfigyelését követően, szükségleteinek ismeretében a megfelelő végzettségű gyógypedagógus vagy más terapeuta végzi az ellátását, de a szociális vagy az egészségügyi szektor bevonására is szükség lehet.

A fejlesztés tervezésekor a gyermek vizsgálatát, megfigyelését végző **gyógypedagógus**, hasonlóan a szociális területen használatos „esetgazda” tevékenységéhez, figyelemmel kíséri, összefogja, irányítja az adott gyermek fejlesztését. Az egyéni fejlesztési terv átgondolásakor, a team megbeszélése alapján arról is döntés születik, hogy szükség van-e további vizsgálatokra vagy segédeszközök alkalmazására, és mindezt megbeszélik a szülőkkel. Az ellátást végző személyek kiválasztása a probléma ismeretében történik.

Ahogy a korábbiakban már leírásra került „A tipikus fejlődésmenet jellemzői, az eltérések jelzőtünetei” című fejezetben, sérülésspecifikus ismeretekkel rendelkező gyógypedagógusok foglalkoznak a különböző népességcsoportokkal. Több esetben a gyógypedagógus más szakemberekkel kooperál. A mozgás szervrendszerét érintő kérdésekkel például a probléma természetétől függően szomatopedagógus, konduktor, gyógytornász, DSGM-terapeuta vagy egyéb mozgásterapeuta, mozgásfejlesztő szakember foglalkozik. Feladataik közé az eltérő, megkésett mozgásfejlődés felismerése, azonosítása illetve az érintett gyermekek terápiás ellátása, korai fejlesztése tartozik. Egyes szakemberek az adott terápiával a mozgásfejlődés támogatására összpontosítanak (gyógytornász, DSGM-terapeuta), míg más szakemberek – például a szomatope-

dagógusok – az óvodai-iskolai nevelés és oktatás, a felnőtt mozgásfogyatékos emberek megsegítésének feladataiban is részt vesznek.

A beilleszkedési, tanulási és magatartási zavarok (BTM), a diszlexia, a diszgráfia, a diszkalkulia, a kevert specifikus fejlődési zavarok, az iskolai képességek kevert zavara, illetve az aktivitás- és figyelemzavar, a hiperkinetikus magatartászavar ellátásához szükség esetén pszichés gondozás társulhat. A terápiás folyamatban pszichológus, gyermekneurológus és gyermekpszichiáter is részt vehet, de szükség esetén állatász-szisztált terápiát végző szakember, zeneterapeuta, szenzoros-integrációs terapeuta is bekapcsolódhat. Az eltérő szakterületek képviselői révén lehetővé válik a több szempontú megközelítés, a feladatok megosztása; a fontossági sorrend, a fejlesztés rövid és hosszú távú céljainak összehangolása.

6.1.9. Korai fejlesztés és gondozás a bölcsődében

A bölcsőde adta feltételek optimálisak lehetnek a megkésett fejlődésű, vagy a már diagnosztizált fogyatékos (sajátos nevelési igényű) kisgyermeknek fejlesztésében. A kis létszámú csoportban a kisgyermeknevelő személyes figyelme, odafordulása támogatja a fejlődést, a kortársak mintát nyújtanak, a rendszeresség és állandóság, a nevelés-gondozás folyamataiban rejlő gyakorlati, tapasztalatszerzési lehetőség biztosított.

Előnye a család számára, hogy a fejlesztő foglalkozásokra nem kell külön elmenni, azok napközben megtörténnek. A foglalkozások alatt a szülők nincsenek jelen, ami megnehezíti a gyógypedagógus számára a velük történő kapcsolattartást, a megfelelő tájékoztatást és bevonásukat a terápiás folyamatba, mindezen azonban az előre megbeszélte, rendszeres konzultációk lehetőséget adhatnak. Annak fontosságát, hogy a gyermek fejlesztését végző gyógypedagógus, illetve a napi gondozási, nevelési folyamatban részt vevő kisgyermeknevelő együttműködése mennyire fontos, nem lehet eléggé hangsúlyozni. Optimális esetben a két szakember tevékenysége kiegészíti egymást; ilyenkor a fejlesztési célok megjelennek a gondozás gyakorlatában is.

Az ismétlődő **napirend** a kiszámíthatóság, a bejósolhatóság a biztonság érzését nyújtja, és lehetőséget ad a kisgyermeknek, hogy mindennapjait számára **ismert keretek** között töltsse. A biztonság és a tájékozottság érzése pedig alapját képezi a saját kompetencia kialakulásának. A kompetencia tudást, ugyanakkor egyfajta érzelmi hangoltságot is jelent, és a környezet megismerésére ösztönöz. A „**tudom hogyan**” érzése fokozza a tapasztalatszerzési, az önálló cselekvési kedvet, a sikerélményt. Ha támogatni szeretnénk egy kisgyermek fejlődését, mindig azt a fejlődési szintet kell megtalálnunk, ahol az adott gyermek éppen tart, és azt a közeget kell biztosítanunk számára, amiben kompetensnek érezheti magát.

A kompetencia érzése adja az alapot, lelki, intellektuális és fizikai értelemben, ahonnan a kisgyermek, lépésről lépésre, próbálhatja eljutni a következő fejlődési lépcsőre. A bölcsődében és otthon is az „illetéesség” érzését nyújtja a megszokott környezet is. A kisgyermek megtanulja, hogy van helye az asztalnál, hogy van saját törülközője, fogkeféje a fürdőszobában. Megtanulja, hogy hatással tud lenni a környezetére, részt vehet gondozásának folyamataiban, és hogy képes ön maga szórakoztatására játék közben. Látássérült kisgyermek kompetencia érzését támogatjuk azzal, ha a helyét, a polcát, ruháit és eszközeit kitapintható jellel jelöljük meg. A gyermek szülei és a fejlesztést végző szakemberek további gondolatokkal gazdagíthatják az egyéni támogatás lehetőségeinek pontosítását, figyelembevételét.

A napközbeni történések állandósága, ismétlődése a korábban említett biztonság érzése mellett egy komplex tanulási formát is biztosít. A napi gondozási feladatok nevelői irányítás mellett történnek, míg a tanulás folyamata spontán, a gyermekben nem tudatosuló módon valósul meg. Azoknál a sajátos nevelési igényű gyermekeknél, akiknél a kognitív funkciók működése akadályozott, a tanulási helyzetekből hiányzik az aktív figyelmi komponens; ilyenkor a szabályszerűségek és a gyakorlás lehet a tanulás alapja. A gondozási feladatokban egész napon át tartó fejlesztési lehetőség rejlik. A **tisztálkodás** lehetőséget ad a testi érzetek és a külvilág ingereinek elkülönítésére, a test határainak érzékelésre. A víz hőmérséklete, érintése a bőrön, a szappan illata, síkossága, a törülköző puhasága vagy érdekessége még differenciált érzékelésre, az érzetek tudatosulására is alkalmat ad. A csap kinyitása és elzárása, a csúszós szappan megfogása az ujjak, a csukló összerendezett mozgását fejlesztik. Az összetett kézhasználat a finommotorika fejlődését, a szem-kéz koordináció a későbbi íráskészség, a kézügyesség javulását szolgálja. Az **öltözködés** remek lehetőség a koordinált mozgás és egyensúlytartás, de a sorrendiség, a szerialitás gyakorlására is. Az öltözködés nemcsak a sorrendiség, az emlékezeti működés fejlődését szolgálja, hanem a látási sorrend észlelését is támogatja,

ha például a nevelő sorba rakja ki a felveendő ruhadarabokat. Ha ki is mondja az „előtte”, „utána”, az „előbb”, „később” kifejezéseket, idővel a kisgyermek tudni fogja, mit jelentenek ezek a szavak, így a tér észlelése és a téri relációk megfogalmazása összekapcsolódik.

Az **étkezések**, a **játék**, a **séta** vagy a **játszóterezés** is mind-mind lehetőséget adnak a **beszélgetésre**. A nyelvi fejlődés, a szótanulás minta alapján történik. Ezek a helyzetek azért is kiváló lehetőségek az **észrevétlen tanulásra**. A gondolkodás nagyrészt beszédben valósul meg. A beszéd, az aktív szóhasználat gyarapítja a szavakat, a fogalmakat, tehát nagyobb teret enged a gondolkodási folyamatoknak. A gondolatok megformálásához nem csupán az aktívan használt szavak, hanem a szimbólumok ismerete is alapot nyújthat. A gondolkodáshoz ugyanis szükség van szavakra, fogalmakra és szimbólumokra. Felmerülhet a kérdés, hogy értelmi sérülés esetén milyen eredményre számíthatunk. Vajon az eltérő kognitív képességek minden esetben csökkent nyelvi teljesítményt prognosztizálnak? Erre vonatkozóan már történtek vizsgálatok.

Több kutató vizsgálta ezt a kérdést. Mindenekelőtt fontos hangsúlyozni, hogy eltérő szinten, de értelmi fogyatékoság esetén is kibontakozik a nyelvi képesség. Ezt alátámasztja egy kromoszóma-rendellenességben szenvedő család tagjai körében végzett vizsgálat is (COLE–COLE 2003). Azoknál a családtagoknál, akik különböző mértékben értelmi fogyatékosok voltak, rendkívül eredménytelen volt a beszéd fejlődése. Következésképpen azt feltételezzük, hogy a tipikus nyelvi fejlődés alapját az átlagos kognitív képességek jelentik. Ezzel szemben a Williams-szindrómás, anyagcsere-rendellenességben szenvedő, szintén értelmi fogyatékos gyermekek esetében azt tapasztalták, hogy a fenti állítás nem igazolt. Épp ellenkezőleg: a többségük nyelvi teljesítményében megközelíti a normál övezeti szintet. Egyrészt képesek megfelelő nyelvtani szerkezetű mondatokat alkotni, másrészt a kiejtésük tiszta és érthető. Továbbá általában nem okoz nehézséget számukra, hogy egy történetet értelmesen, érthetően elmeséljenek. Mindezek mellett az emberi érzéseket rendkívüli pontossággal tudják ábrázolni. Az eltérő fejlődésű gyermekek más ritmusban, más törvényszerűségeket követve fejlődnek, mint a tipikusan fejlődő társaik. A tipikus fejlődés módja, életkori megjelenésének ideje jól ismert. A szülők és a nevelők könnyen figyelemmel kísérhetik lépéseit, azonban könnyű elbizonytalanodni, ha erre a tudásra nem támaszkodhatunk, ha nem tudhatjuk előre, hogy gyermekünk fog-e járni, beszélni, önállóan enni, öltözködni, kapcsolatokat kezdeményezni, tanulni. Ilyenkor nagyon nehéz a megfelelő segítségnyújtás mértékét megtalálni. Nehéz szabályokat alkotni, azokat következetesen betartatni, remélve, hogy ezek a döntések jók. Ez nagyon nehéz feladat, szülőknek, gyógypedagógusoknak egyaránt.

A kora gyermekkori intervenció szülősegítő **szolgáltatásaiban** cél, hogy a szülőt gyermekével, a gyermeket a szüleivel együtt támogassuk, ösztönözzük, aminek fontos eleme az **együttműködés**. Ez akkor sikeres, ha a szülőt be tudjuk vonni a fejlesztőfolyamatba, ha tájékozott, ha ismeri lehetőségeit és a gyermeke fejlődését. A szülői tanácsadás, képzés, a segítő csoportok és a mentálhigiénés támogatás csökkentik a szülői stresszt és jó szülői készségek kialakulásához vezetnek, melyek rendkívül kedvezően hatnak a gyermek érzelmi, értelmi s olykor testi fejlődésére is.

6.1.10. Szülői tanácsadás

Amikor a szülők szembesülnek azzal, hogy gyermekük fejlődése támogatásra szorul, természetes reakció a részükről, hogy igyekeznek mindent megtenni. Kutatnak, vizsgálatokra, foglalkozásokra viszik gyermeküket, és otthon gyakorolnak velük. Az eredmény érdekében kimaradnak a munkahelyükről, vagy csak nagy nehezen tudnak dolgozni. Ilyenkor nincs idő vagy energia a korábban fontos baráti kapcsolatok ápolására és a feltöltődésre sem. A találkozások alkalmával gyakran el is hangzik, hogy mostantól semmi sem számít: az az első a család életében, hogy gyermek felálljon, megszólaljon, hogy óvodás koráig utolérje kortársait; egyszerűen, hogy a sorsa rendeződjön, minden a várt útra terelődjön és elfelejthessék az egészet. Segítő szakemberként sokszor láthatjuk, hogy a szülőket ennek a vágyott eredménynek az elérése hajtja előre, ez az erőforrás. Gyakran az anyák vállalják ezt a huszonnégy órás szolgálatot, miközben az apák pénzt keresnek. Ha a családnak több gyermeke van, fennáll annak a veszélye, hogy a többi gyermek háttérbe szorul, számukra kevesebb figyelem jut. A szülők mindezt átmeneti zavarként élhetik meg.

A segítők – bár sokféle végzettségű szakemberek – szembesülnek ezzel, látják mindezt. Ha a különböző területek szakemberei csupán a fejlődés érdekében nyújtanak szakmai segítséget, az nem elegendő. Fontos a szülők megfelelő, nem tolakodó érzelmi támogatása is, hogy maguk találjanak ki a krízisből. A

beszélgetések, konzultációk során hozzásegíthetjük a szülőket az élethelyzetükből adódó csapdahelyzetek elkerüléséhez. Segítséget és biztatást adhatunk nekik, hogy ápolják és gyarapítsák emberi kapcsolataikat. A sorstársakkal való kapcsolat segít a tájékozottabbá, tudatosabbá válásban, de a helyzet feldolgozásában is erős támogatást adhat. A korábbi baráti kapcsolatok visszavezethetik a szülőket a krízis előtti életükhöz. A szülők gyermekükhöz fűződő nevelési magatartását megfigyelve fontos segíteni abban is, hogy a családi dinamika változásait ne átmeneti, kibírandó időszakként kezeljék, és el tudjanak szakadni az olykor beszűkült, egyoldalúan csak az érintett gyermekekre összpontosító szemlélettől. Ha szükséges, segítséget kell adni nekik abban, hogy ki tudjanak lépni a túlságosan óvó szerepből. Természetesen figyelembe kell vennünk, hogy ez fokozottan érzékeny terület, ezért mindezt úgy tegyük, hogy tiszteletben tartjuk a család intim szféráját, és szem előtt tartjuk a partnerség szabályait.

Kétségtelen, hogy a szülők ismerik legjobban gyermeküket. De miben segíthet a tanácsadás? Egy megváltozott élethelyzetben szülőnek lenni, utat találni egymáshoz nem könnyű. Rengeteg kérdés merül fel bennük, amire azonnal kellene a válasz; siettetnék az időt, látni akarják gyermekük fejlődését. Nagy az információéhség, egyszerre sok a feldolgozandó információ, a vélemények pedig eltérőek. Sokszor nehéz számukra az eligazodás, nehéz a döntés.

Fontos tudatosítani a szülőknél, hogy a tanulás nem pusztán direkt formában történik, hanem látens módon is végbemegy. Ilyenkor a tanulási folyamatot nem kíséri a viselkedés látható megváltozása, az csak a későbbiek során jelenik meg. Az észlelési-tanulási folyamat szabályszerűsége, hogy az ismételt észlelés következtében változás történik. Ahogy a sikerrel végzett tevékenység megerősítéshez vezet („meg tudom csinálni!”), úgy ennek tartós hiánya a tevékenység csökkenését váltja ki. Ezért a gyermek „munkakedvének” fenntartása érdekében célszerű a „még szükséges és elegendő” segítség nyújtása. Abban az esetben, ha egy kisgyermek elmaradt a mozgásfejlődésben, esetleg mozgássérült, ha nem lát vagy nem hall, ha nehezített számára a környezet érzékelése, akkor a szülők számára nagyon nehéz feladat megfogadni ezt a tanácsot. Nehéz eldönteniük, mennyi önállóságot várhatnak el gyermeküktől, hogy mennyi az „indokolt” segítség. Ilyen esetekben bátoríthatjuk őket azzal, ha közösen próbáljuk megtalálni a szülői segítség mértékét. Arra azonban figyeljünk, hogy kerüljük a „túlzón kompetens” megnyilvánulásokat, melyeket a szülők sértőnek, kioktatónak érezhetnek még akkor is, ha segítő szándékkal mondtuk őket.

A család és a segítő szakemberek közti bizalom nagyon fontos és érzékeny kötelék. Benne van a kölcsönös tisztelet és felelősségvállalás. A szülők a legtöbbször nem fejlesztő szakemberek, és kétségeik vannak, nem biztosak abban, hogy jól végzik-e szülői feladataikat. Hagyják-e gyermeküket a maga ütemében fejlődni vagy erőltessék? Vajon nem okoznak-e maradandó lelki károsodást az egyik vagy másik döntéssel? Mit kezdjenek a feszültségeikkel, gondolataikkal, félelmeikkel? Utoléri-e magát gyermekük az iskolába kerülésig, vagy elmarad a kortársaitól? Mindezek gyakori kérdések. Segítőként olykor érezhetjük a szülői nyomást, hogy mondjuk meg a jó választ, és oldódjon meg minden. Máskor éppen ellenkezőleg, az együttműködést nehezíti a túlfeltés. Hallani történeteket a szülőktől, melyekben arról mesélnek, hogy egy-egy vizsgálat kapcsán az adott szakember gyermekük egész jövőbeli sorsát előrevetítette, ami nagy traumát okozott nekik. Ezeket a történeteket a legtöbbször akkor mondják el, amikor a „jóslatok” mégsem váltak be, és a gyermek megtanult járni, beszélni. Tanácsadás során sok, a jövő alakulását is érintő kérdés merülhet fel. A válaszokban célszerű az alátámasztható tényekre szorítkozni, a mondandónkat közérthetően, nem bonyolult szakmai kifejezésekbe burkolva megfogalmazni. A segítő szakember nem ígérheti meg a gyógyulást, bár a legjobb tudása szerint munkálkodik rajta.

Szülőként – főleg első gyermeknél – nem könnyű átlátni, hogy a fejlesztőfoglalkozások hatására a gyermek megfelelően fejlődik-e. Támogathatjuk a szülőket azzal, hogy a találkozások során felhívjuk figyelmüket az apró változásokra, és segítjük őket a gyermek jelzéseinek, hangulatainak megértésében. A fejlesztőfoglalkozások mintát adhatnak számukra a közös játékra, ötleteket kaphatnak gyermekük figyelmének felkeltésére, a gondozás közben megragadható kapcsolati játékokra.

Együtt gondolkodhatunk, ha a család bőséges ingerrel látja el a gyermeket, ha a környezetét fejlesztőjátékokkal tölti meg, és naponta akár több fejlesztőfoglalkozásra is elviszi. De mennyi az elég inger? Milyen a jó játék? A fejlesztőszakember tanácsadással, konzultációval segíthet az ingergazdag, de nem tobzódó otthoni fejlesztőkörnyezet kialakításában, úgy, hogy az motiváló, mégis biztonságos legyen.

A fentiekben csak néhány példát említettünk, amivel segíthetjük, támogathatjuk a szülőket. Hosszan folytatható felsorolás jöhetne még, hiszen minden gyermek, minden szülő más. Más személyiség, más-más

problémákkal, dilemmákkal, örömmel. Érthetünk-e ennyi mindenhez? Segíthetünk-e mindenkinek? – Ami biztosan segít, az a figyelem, a segítő jelenlét a család életében.

6.1.11. Összegző gondolatok

A csecsemők és a kisgyermekek fejlődését elősegítik az ismert, biztonságot nyújtó keretek. Különösen akkor, ha a mozgás, az értelmi fejlődés vagy a kommunikáció területén tapasztalható elmaradás, vagy ha a magatartás, a viselkedés szervezése okoz nehézséget.

A mindennap ismétlődő tevékenységek, a napi rutinok értékes lehetőségeket rejtenek a gondozásban. A bölcsődei szintéren zajló korai fejlesztés során, a bölcsődei kisgyermeknevelővel együttműködve vagy a szülőkkel történő tanácsadás során lényeges átbeszélni, tudatosítani, hogy a fejlődés sikere érdekében fontos a tudatos gondozás. Ha úgy tetszik, a gondozást a fejlesztés eszközének kell tekinteni, noha fontos, hogy ez a folyamat csak következetes, ne erőszakos legyen. A gondozás a csecsemő és a kisgyermek napjának jelentős részét kitölti, így nagyon sok lehetőséget ragadhatunk meg, vagy szalaszthatunk el. A gondozás végeredményben segítségnyújtás, amelynek célja, hogy a gondozott gyermek mielőbb elérje vagy visszaszerezze önállóságát. Köztudott, hogy a gondozás és a nevelés egységet alkot. A fejlesztés folyamatában nem célszerű különválasztani őket. A nevelés hatásrendszer. Tervszerű, meghatározott célja van. A korai fejlesztésben a tervezettség, az átgondoltság nagyon fontos, ugyanakkor nem szabad elfelejteni, hogy a folyamat résztvevői csecsemők és kisgyermekek. A fejlesztőfolyamat irányításakor, a szülőkkel vagy kisgyermeknevelőkkel konzultálva fontos, hogy ezt a kettősséget mindig szem előtt tartsuk.

Önellenőrzés

1. Mit tartalmaz a szakértői vélemény?
2. Milyen korai történések vannak hatással az anya-gyermek kapcsolat alakulására?
3. Milyen tényezők befolyásolják a növekedést, a gyarapodást?
4. A szülést követően milyen nehézségek léphetnek fel az újszülött táplálásában?
5. Milyen végzettségű szakemberek vesznek részt a korai fejlesztésben?
6. Milyen előnyei vannak a szakemberek együttműködésének?
7. Miért fontos a megfigyelés?
8. Milyen területeket érint?
9. A megfigyelés mindig azonos vagy változó szempontú?
10. Milyen tényezők segítik a kisgyermeket az önállóság felé?
11. Milyen gondozási feladatok nyújtanak lehetőséget a kisgyermek fejlődésének támogatására?
12. Hogyan segíthetjük elő a szülői kompetencia alakulását?
13. Mit jelent az elégséges segítségnyújtás?

A fejezet alapján a mindennapi gyakorlatban hasznosítható feladatok

1. Milyen területeken lehet szükség a fejlődés támogatására?
2. Mit jelent a személyre szabott megközelítés és a komplexitás?
3. Gondolja végig, hogy a gondozási feladatokban hogyan érvényesülhet a fejlődés támogatása!

A tananyag kapcsán felmerülő kérdéseim, tapasztalataim

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. A SZEREPEK MEGOSZTÁSA, A FEJLESZTÉS TÁMOGATÁSÁNAK LEHETSÉGES MÓDSZEREI AZ INKLUZÍV NEVELÉSBEN

Kulcsfogalmak:

- a környezeti hatások jelentősége
- a gyermek és a család
- testvéri kapcsolatok
- a támogatások lehetséges módszerei
- a fejlődés támogatása a gondozás folyamatában

7.1. A környezeti hatások jelentősége

A személyiségfejlődés a biológiai, pszichológiai és környezeti tényezők kölcsönhatásaiban formálódik. Egyes tulajdonságok fogékonyabbak a környezeti hatásokra, más tulajdonságoknál a genetikai meghatározottság dominál. A személyiségnek csak az alapjai öröklődtek, úgy mint az alkat, a testmagasság, a temperamentum, de az adottságok és a környezet között interakció van. A környezet hat a személyre és a személy visszahat a környezetre. Például a csecsemő viselkedése, vérmérséklete befolyásolja a szülői viselkedést. Az erre válaszul megjelenő szülői magatartás mint környezeti tényező, visszahat a gyermek élményeire, összességében a temperamentumára (vérmérsékletére). Tehát a környezeti hatások visszahatnak a lelki tevékenységekre, azok pedig a biológiai alapokra (URBÁN 2007, 206; SCHEURING et al. 2012).

Gyermek és környezet kölcsönös egymásra hatásának jelentőségére jó példa az alábbi eset:

Hilda esete

Hilda 2,5 éves látássérült kislány. Szemészeti diagnózisa: ROP III.⁹⁹ Fényt sem lát. A környezetében jól tájékozódik. A szóbeli beszédet nagyrészt megérti, az utasításokat legtöbbször teljesíti, egy-két aktív szót használ. Hilda családban nevelkedő kisgyermek. Heti egy órában komplex fejlesztésben részesül, melynek része az érzékelés, köztük a látásfejlesztés. A másik órában mozgásfejlesztést kap.

Anamnézis:

Hilda ikerterhességéből 27. gesztációs (terhességi) hétre született császármetszéssel. Az ikrek közül csak ő maradt életben. Apgar-értéke 5, később 8. A születést követően gépi lélegeztetésre szorult 6 napig. Vérszegénység miatt transzfúziót kapott. Ismétlődő fertőzések következtében folyamatos antibiotikum-kúrában részesült. Étkezése nem volt kielégítő, ezért időnként szondázni kellett, ami azt jelenti, hogy a táplálékot egy csövön keresztül vezették a gyomrába. Közel három hónaposan került a csecsemőosztályra, a súlya ekkor 2100 gramm volt. Folyamatos szemészeti ellenőrzés alatt állt.

Két ízben retinaérhártya-rögzítő műtétet végeztek el rajta. 22 hónaposan került korai fejlesztésre. Ekkor Hilda még mindig vékony, törékeny alkatú volt, azonban állapota nyugvópontra jutott. Noha még nem állt fel, a környezete iránt élénk érdeklődést mutatott. A kezébe adott tárgyakat megfogta, kezével próbálta lekövetni formájukat, környezetét kezének kutató mozgásával igyekezett feltérképezni. A nevére reagált. Félénk, visszahúzódó volt. Kezdetben a foglalkozások alatt nem távolodott el édesanyja öléből. A foglalkozások közben azt tapasztaltam, hogy Hilda édesanyja túlzottan kiszolgálja a kislányt, önállóság

⁹⁹ A ROP (retinopathia prematurorum) olyan szemészeti megbetegedés, amely az ideghártya károsodásával jár. Jellemzően koraszülöttek szemén alakul ki. Koraszülés esetén a kezelés elsődleges célja az újszülött életben maradása. Ehhez oxigénkezelés szükséges, ami azonban megállítja az ideghártya normális fejlődését, így az ideghártya érése már nem tud folytatódni, a fejlődése elmarad. Az érellátás nélkül maradt látóhártya területén kóros érszaporulat alakul ki. Ezek a burjánzó, kóros erek nemcsak az ideghártya síkjában helyezkednek el, hanem benőnek a szemgolyó belsejébe is. Így a látás különböző mértékben károsodik.

tekintetében és a játékszituációkban is, noha Hilda igényelte a kontaktust, a figyelmet, és játékhelyzetekben együttműködő volt. Önállósága és mozgásfejlődése azonban állapotából nem következő módon elmaradt a lehetőségeitől. A mozgásfejlesztőjével konzultálva családlátogatást kezdeményeztünk. A látogatás alkalmával azt tapasztaltuk, hogy a család egyetlen szobában él, amelynek jelentős részét egy franciaágy töltötte ki. Hilda édesanyja elmondta, hogy nagyon félti kislányát a leeséstől, a megfázástól, ezért igyekszik őt az ágyon tartani. Megbeszéltük az anyával, hogy a puha ágyfelület, a kis mozgástér akadályozza a gyermek mozgásfejlődését. Segítettük, bátorítottuk, hogy egy-egy részfeladatot bízson a kislányára öltözködés, tisztálkodás, étkezés közben, és felvetettük a bölcsődei ellátás lehetőségét is.

Az édesanya úgy döntött, beírattja Hildát a bölcsődébe. A gyermek a beszoktatást követően előbb csak fél napot töltött ott, később már délutánig maradt. A biztonsága érdekében kezdetben elkerített szobasarkokban helyezték el a kisgyermeknevelők. Mozdásfejlődése, önállósága ezt követően rohamosan fejlődött. Jelenleg önállóan ül, feláll, kapaszkodva, oldalazva lépeget, vezetve jár. Öltözködéskor együttműködő, a zokniját, cipőjét önállóan le tudja húzni. Pohárból önállóan iszik; kanállal kissé masszatosan, de önállóan eszik. Hilda esetéről elmondhatjuk, hogy otthoni környezete nehezítette a mozgásfejlődését, és a látássérülése miatt a vizuális ingerek sem készítették mozgásra.¹⁰⁰

7.1.1. Környezet és ingerszükséglet kölcsönhatása

Ha a környezet ingerszegény, az ingerszükséglet fokozatosan gátlás alá helyeződik. A nevelés alapvető feladatai közé tartozik a gyermek ingerszükségleteinek táplálása. Kisgyermekkorban az ingerszükséglet első sorban a játékban valósul meg. A játék a tapasztalatszerzés, a tanulás, az egymásra figyelés eszköze lehet. Fontos, hogy erre felhívjuk a szülők figyelmét, és mintát adjunk közös játszásra. A gyermek szükséglete a játék, de alapvető szükséglete a szeretet, az elfogadás is.

7.2. A gyermek és a család

7.2.1. Ha a gyermek fejlődése nem tipikus

A korai fejlesztésben dolgozók abban az életszakaszban találkoznak a családokkal és nyújtanak segítséget, amikor krízist él át a család, hiszen azzal szembesül, hogy eltérés mutatkozik gyermekük fejlődésében. Van úgy, hogy a probléma már közvetlenül a szülést követően jelentkezik. Ilyenkor az újszülött intenzív kórházi ápolást igényel, ami elválasztja, hosszabb szeparációra kényszeríti az anyától. A kórházból kikerülve a szülők kissé megkönnyebbülhetnek, de van, hogy más nehézségekkel kell szembenézniük.

A baba sokszor éppen a sérülés következtében nem tud jól szopni, gyakran nyel mellé, köhög, fuldoklik, nehezen etethető. Máskor sokat sír, alig nyugtatható meg. Jelentkezhetnek nála alvási problémák is, így a szülők sem tudnak eleget pihenni. A sérülés érinthet olyan idegrendszeri területet, amely nehezíti, korlátozza a csecsemő jelzési képességeit, szándékának kifejezését.

7.2.2. Krízis a családban

A krízist gyászfolyamat követi, ha a gyanú beigazolódik. A lélektan több elmélettel is megkísérelte leírni a gyázmunka folyamatát. Ezek közül a legismertebb talán a svájci származású pszichiáter, Elisabeth Kübler-Ross szakaszelmélete (Kübler-Ross 1988), amelyben az elutasítás, a düh, az alkudozás, a depresszió és a belenyugvás egymásra épülő fázisait különítette el. Gyászolóként a szülők elveszetteknek érzik magukat, és kapaszkodót szeretnének, hogy megértsék, mi történik bennük. Kétkednek, nem hiszik el a diagnózist.

¹⁰⁰ Gyírkis Ágnes által hozott eset.

Megesik, hogy önmagukat, a társukat vagy a családtagjaikat okolják. Egy későbbi fázisban arra vágynak, hogy a gyermekük legalább képes legyen járni, beszélni és ellátni önmagát. Ha mindezek nem következnek be, mély depresszióba zuhanhatnak. Később eljőhet a belenyugvás, az elfogadás. Könnyebb az elfogadás, ha megnyugodhatnak abban, hogy gyermekük állapotának semmilyen módon nem ők az okozói. A feldolgozásban segít, ha a megértéshez megadunk minden információt, támogatást. A gyász fázisain minden veszteséget átélt ember végigmegy. Hogy egy-egy fázis kinél mennyi ideig tart, az sok tényezőn múlik. Szerepet játszik benne a sérülés természete, súlyossága, szembetűnő volta, de a kiváltó okok, esetleg a betegség lefolyása és a szülők életkora is. A gyász feldolgozását más nehézségek is nehezíthetik.

Bizonyos kórképek esetében akár évekig bolyonghatnak az egészségügy rendszerében, ahol gyermekük tüneteit gyakran külön vizsgálják, ha nincs diagnózis, és az ellátásba kerülést nem koordinálja senki. Különösen nehéz, ha a különböző szakterületek között nincs kooperáció. Ebben a helyzetben a szülők magukra hagyottnak érezhetik magukat. Véletlenszerűen, hallomások útján kerülnek szakemberekhez, emellett megterhelő számukra, hogy nehezen átlátható az egészségügy, a köznevelési és a szociális ellátások rendszere. Ha megszületik a diagnózis, akkor a szakértői vizsgálaton hallottak komoly átrendeződést indítanak el a család életében. Lehetőségeik a támogatás, a közlekedés, a családi programok, a kikapcsolódás terén beszűkülnek. A szülők gyakran kényszerből feladják állásukat, vagy alacsonyabb fizetésért vállalnak munkát, hogy megragad hassák a szükséges gyógyítási, fejlesztési lehetőségeket, és biztosítsák a gyermek felügyeletét.

Ebben a helyzetben megtörténhet, hogy a nagyszülők, látva a végsőkéig kimerült szülőket, belépnek a gyermek napi gondozásába, és sokszor igen nagy mértékben átvállalják a szülői szerepeket. Ezek az átrendeződések a családban szerepkonfliktusokhoz vezethetnek.

A nehézségek, a szülőket ért trauma hatására megtörténhet, hogy a szülők nem látják tisztán a család helyzetét. Figyelmük teljesen a problémára irányulhat, nem látják a kiutat, átmenetileg összeomlik a jövőképük. Ilyenkor csökkenhet az érzelmi kontroll, ami szélsőséges megnyilvánulásokhoz vezethet. Bár az érintettek nem mindig ismerik fel, de a környezet segítségére is szükségük van. A krízishelyzet, az egyensúly megbomlása miatt évekig is tarthat. Ebben a helyzetben a kimerülés, az egészséget veszélyeztető kockázati tényezők előfordulásának esélye is megnő. A lelki eredetű problémák testi tüneteket okozhatnak, sőt akár testi megbetegedéshez is vezethetnek. Az ilyen megbetegedéseket pszichoszomatikus betegségeknek nevezzük. A pszichoszomatikus betegek családjában négy jellemző rendellenességet figyeltek meg (RUNDELL-WISE 2007, 115):

- Összeolvadás: a családtagok túlságosan beavatkoznak egymás dolgaiba, csekély az önállósulási, elkülönülési lehetőségük. A szerepek és a feladatok összemosódnak.
- Túloltalmazás: fölöslegesen nagy, túlzott gondoskodást tanúsítanak egymás iránt, és konfliktusaikat ebbe a túlvédelmező cselekvési kedvbe fojtják.
- Merevség: nagyon erős a családban a változás elleni tiltakozás. A külvilággal való kapcsolataik is szegényesek, hiszen onnan sok változást hozó információ érkezik.
- Konfliktuskerülés: ezek a családok nehezen vagy egyáltalán nem tűrik a feszültséget, a családtagok nagy energiabefektetéssel kerülnek a konfliktusokat, és ha ez nem sikerül, kétségbeesett, görcsös elfedési kísérletekbe kezdenek.

Ez a négy jellemző rendellenesség gyakran megfigyelhető a gyászfolyamatban lévő családoknál is, de természetesen az eltérő fejlődésű vagy fogyatékos gyermeket nevelő családoknál a csoportszinten megjelenő problémák nem jelennek meg minden egyénél.

A gyászfeldolgozás természetesen elsősorban az adott személyiségtől függ, ugyanakkor sok múlik a családot körülvevő közösségen is. A fogyatékos gyermek elfogadására vagy elutasítására mindig hatással van a környezet – család, a barátok, szűkebb-tágabb társadalmi csoportok – attitűdje, ami a krízis mélységét vagy feloldhatóságát is befolyásolja. A segítő szakembereknek fontos feladata, hogy támogassák az ilyen helyzetben lévő családok iránti megértést, az empátiát és a társadalmi elfogadottságot.

Ha a szülők nem zárkóznak el, sokat segíthetnek a sorstárscsoportok. Ezekben a közösségekben információhoz, tapasztalatokhoz, praktikus tudáshoz juthatnak; megértést, odafigyelést és baráti kapcsolatokat

szerezhetnek. Szerencsés, ha a gyermekcsoportot vezető szakember tisztában van azzal, hogy a szülő milyen problémával hova fordulhat segítségért.

Nagyon hasznos kezdeményezés például a Down Dada szolgálat, ez a családok korai felkarolását végző szülőkből álló, országos modellszolgáltató hálózat.¹⁰¹ A Down-szindrómás kisgyermeket nevelő szülők már a kórházban segítő kezet nyújtanak sorstársaiknak. Olyan szülők vállalják ezt a szolgálatot, akik saját élet-helyzetükből adódóan értően tudnak segíteni, és a tapasztalataik nagyon értékesek.

7.2.3. Testvéri kapcsolatok

Tapasztalat, hogy a krízisben lévő szülők több időt, több figyelmet szentelnek másként fejlődő gyermeküknek, és igyekeznek több támogatást nyújtani neki. Ha a családnak már van egy vagy több korábban született gyermeke, azoknak nehéz elfogadniuk, hogy sérült testvérükre több figyelem jut. Fontos azonban felhívni a szülők figyelmét arra, hogy a testvéreket ne vonják be túlzottan fogyatékos testvérük gondozásába, és biztosítsák számukra, hogy a saját életüket élhessék. A családi működés fontos eleme, hogy a családtagok közti hatások egyfajta egyensúlyt tartanak fenn. A szülő nélkül felnőtt gyermekek esetei – például René Spitz pszichológus árva, családban és börtönbölcsődében nevelkedő csecsemők összehasonlításával – rávilágítottak, hogy a fejlődéshez elengedhetetlenül szükséges egyfajta szoros kapcsolat, ami legtöbbször az anyához fűződik. A kapcsolat fontos eleme az elfogadás, a ráhangolódás és az odafigyelés. Ez a megfigyelés később kiegészült azzal, hogy az anyára és a csecsemőre is hatással van a tágabb környezet. Ebből kiindulva a család és a családtagok kapcsolatát olyan szempontból is vizsgálni kezdték, hogy mennyire vannak hatással a gyermek fejlődésére. Arra a következtetésre jutottak, hogy a jól működő családnak a pszichés megbetegedések szempontjából preventív szerepe van (RADVÁNYI 2013, 103).

Az alábbi eset is egy ilyen testvérhelyzetet mutat be:

Ábel esete

Ábel gondtalan terhességből, problémamentes szüléssel jött világra. Már 5 éves volt, amikor megszületett öccse, Gábor, aki szintén problémamentes várandósság után, szülési komplikációt követően agyvérzést kapott. Azonnal PIC-be került (Perinatális Intenzív Centrum). A koraszülöttek és sérülten született újszülöttek ellátására felkészült osztályon gondos ellátásban részesült, ennek ellenére a születést követő hónapokat kórházban töltötte. A szülők a kórházban és a távozás után is mindent megtettek a felépüléséért. Az idejük nagy részét a kórházban töltötték Gábor mellett, ezalatt Ábel ellátását édesanyja szülei vették át. Ábel óvónőjétől azt az információt kapták, hogy gyermekük az utóbbi időben étvágytalan, nem alszik és a mindennapokban a szorongás jeleit látják a korábban kiegyensúlyozott kisgyermeken.

A szülők partnerek voltak abban, hogy a család számára pszichológus segítségét vegyék igénybe. Nyitottak voltak arra, hogy megismerjék Ábel érzéseit, és megválaszolják a kérdéseit. Ábel elmondta, hogy nagyon félti a kistestvérét. Beszélt arról is, hogy a testvére születése óta nagyon megváltozott az élete, hogy hiányoznak a szülei és a korábban megszokott együttlétek. Szeretné, ha újra minden úgy lenne, mint korábban. A pszichológus segített abban, hogy Ábel egyértelmű választ kaphasson a kérdéseire úgy, hogy meg is tudja érteni. Mindezeket figyelembe véve sem vált egyszerűvé a család, a szülők helyzete, de elkerülhetővé vált, hogy ebben az érzelmileg megterhelő helyzetben a résztvevők kimerüljenek, ami megbonthatná a család összetartását.¹⁰²

¹⁰¹ A Down Dada sorstársi segítő szolgálatról bővebb információ a Down Alapítvány honlapján: <http://www.downalapitvany.hu/node/265>

¹⁰² Gyírkis Ágnes által hozott eset.

7.3. A támogatások lehetséges módszerei

Segítő szakemberként gyakran találkozunk és hosszú időt töltünk egy-egy családdal, és így beleláthatunk az életükbe. Döntési, életvezetési helyzetekben gyakran kikérjük a véleményünket, mi pedig részesei és formálói vagyunk a szülői értékrend, a szülői kompetencia alakulásának. Ha a trauma feldolgozása még folyamatban van, nem lehetünk türelmetlenek. A megnyugvásban segíti a szülőket, ha látják, hogy szeretettel fordulunk gyermekükhöz. Ez mintát nyújt nekik és segíti őket abban, hogy e nehezen elfogadható, megváltozott szülői szerepben elfogadják önmagukat. Minden gyermeknek szüksége van figyelemre, irányításra. A foglalkozásokon a szóbeli és a nem szóbeli üzeneteinkkel is éreztetnünk kell, hogy szívesen látjuk, örömmel törődünk a gyermekkel és családjával.

A korai életszakaszban a játéknak rendkívül nagy a szerepe a fejlődésben. Tanítsuk meg a szülőket játszani a gyermekükkel. A játék érzelemgazdag, vidám helyzetek teremtésére alkalmas, melyekben érzelmi biztonságban érezheti magát a gyermek, és megtanulhat érzelmet adni és kapni. Fontos a kisgyermeket megtanítani arra, hogy a maguk eszközeivel egyedül játsszanak. Csak az a gyermek tud egyedül játszani, akivel korábban játszottak, és kapott mintát, amit követhet. Ez érvényes a tipikusan fejlődő gyermekekre, de hatványozottan igaz az atipikusan fejlődőkre.

A határok intellektuális értelemben olyanok, mint a napirend fizikai síkon. Keretet, rendszert, támaszt adnak, segítenek eligazodni, irányt mutatnak. Mivel a kisgyermek önmaguktól nem tudják megtanulni a **határokat**, biztassuk a szülőket, hogy tanítsák meg nekik. A szocializáció kétirányú folyamat. Ebben a folyamatban ismeri meg a kisgyermek önmagát olyannak, amilyennek környezete látja. A nyugodt hang, a kiegyensúlyozott érintés elűzi a szorongást. Támogassuk a szülő és gyermeke közötti kommunikációt ingergazdag mintával, szükség esetén augmentatív és alternatív kommunikációs eszközök használatának be-tanításával (erről korábban, „A beszoktatás és a mindennapi tevékenységekben történő célzott megfigyelés elemzése, értelmezése; a levont következtetések értő megosztása a szülővel” című fejezetben már írtunk az autizmusspektrum-zavar kapcsán).

Az aprónak látszó dolgok, napi tevékenységek, napi sikerek segíthetnek a családoknak feldolgozni az őket ért traumát, hogy újraépíthessék közös életüket.

7.4. A fejlődés támogatása a gondozás folyamatában

A korai, első életévekben szinte minden tanulási folyamat beágyazható az önállóságra nevelés folyamatába. Ha a sajátos nevelési igényű gyermek környezetében lévő személyek szerep- vagy feladatmegosztását vesszük figyelembe, akkor ez az időszak a fejlesztés céljait, a nevelés törekvéseit és a segítségnyújtás módjait tekintve egy osztatlan folyamat.

Területei:

1. öltöztetés-vetkőzés
2. étkezés
3. testápolás
4. rendrakás

A gondozási tevékenység a képességek fejlődésének tárháza. Spontán, jókedvvel végezhető gyakorlási lehetőség a figyelem, az összpontosítás, a fogás-elengedés, az ujjak összerendezett együttműködésének, a sorrendiség figyelemmel kísérésének gyakorlására. Az öltözködés saját testünkön végzett tevékenység. A külső szemlélő számára egyszerűnek látszó folyamatokból áll, de ha végiggondoljuk, mi minden történik közben az idegrendszerben, másképpen fogunk vélekedni.

7.4.1. Öltözködés

Öltözködéskor – az adott ruhadarab kiválasztásához – vizuális érzékelési és észlelési fókuszálásra (összpontosításra), vízszintes és függőleges tárgykövetésre van szükség. Vizuális differenciálás (megkülönböztetés) elkülöníteni a kiválasztottat a többi tárgytól. A tárgy után nyúláshoz, a szándékos fogáshoz szükséges a megfelelő kézhasználat kiválasztása. Attól függően, hogy a kézhasználat milyen differenciált, vagyis az ujjak külön mozgatója mennyire sikerül, ebben a helyzetben megfigyelhetjük a markoló fogást, de ha a gyermek egy kissé el tudja különíteni az ujjak mozgását, akkor próbálkozhat négyujjas vagy háromujjas fogással is. Ilyenkor a hüvelyk-, a mutató- és a középső ujj egymáshoz közelítő mozgást végez, míg a gyűrűsujj és a kisujj a tenyér felé hajlik, ellentétes mozgással. A kézhasználat fejlődése már az 5. hónaptól lehetővé teszi a pontos nyúlást. Öltözködéskor vagy játék közben a tárgyak egyik kézből a másikba vételekor (6 hónapos kortól) már összetettebb manipulációra van lehetőség, ami tovább finomodik a hüvelykujj szembefordulását követően (8 hónapos kortól). Nagy változás a tárgyak megragadásának fejlődésében a mutatóujj befelé forgatásának „tudománya” (9 hónapos kortól), míg a legpontosabb, legprecízebb mozgás, a kétujjas csippentő fogás egyéves kortól várható.

A zokni levételének – ez általában az első ruhadarab, amit megpróbálnak levenni a gyermekek – az alsó és a felső végtag, a testsémaismeret (a saját test érzékelése) az előfeltétele. Ha azt tapasztaljuk, hogy az adott kisgyermek kézhasználatát jelentősen elmarad a várttól, segíthetjük fejlődését a folyamat apróbb lépésekre bontásával. Például a kezébe adott tárgyak megtartásával, azok gereblyező mozdulatokkal való felvételével, papírgyűrűssel, -tépéssel. Csecsemő- és kisgyermekkorban is megfigyelhetjük, hogy a papír tapintása, formálása, szakadásának hangja lenyűgözi a gyerekeket. Ez a motivált helyzet hosszabb, intenzívebb jelenlétet eredményez. A kézhasználat fejlődése lehetővé teszi a tárgyak egyre pontosabb megragadását, az aktív mozgás pedig hozzájárul a testsémaismeret alakulásához. A testsémaismeret egyszerűen fogalmazva azt jelenti, hogy pontos tudásom van arról, hol vannak a testrészeim, a testhatárait. Felnőttként is átélhetjük újra a testséma fejlődését, ha váratlanul szemüvegre lesz szükségünk. A szemüveg megszokásának időszakában megesik, hogy nem érzékeljük pontosan a teret, és például lépcsőn felfelé közlekedve a lábunk belebotlik a fokokba. Néhány ilyen tapasztalat után az agyunk „hozzáállítja” a testsémánkhoz ezt az új tapasztalatot, és kiküszöböli a hibát.

Az öltözködés mint gondozási tevékenység lehetőséget ad a nagymozgások gyakorlására is. Ha bevonjuk, szeretettel támogatjuk a gyermeket, akkor érzelmileg motivált lesz, és jó mókának, közös élménynek élheti meg. Öltözködés közben le kell ülni, fel kell állni, kinyújtani vagy éppen behajlítani a karokat. Ha beszélünk a gyermekhez, naponta hallhatja a testrészei nevét akkor, amikor megkérjük, hogy ezt vagy azt nyújtsa vagy hajlítsa be. Még jobb, ha a mozdulat irányát is megfogalmazzuk, például: „Emeld föl a kezed!” Ha jókedvvel, könnyedén vonjuk be az öltözködésbe, és ezt rendszeresen, naponta végezzük, türelemmel, érdeklődéssel követve, kellő időt hagyva a gyermek saját próbálkozásai számára, akkor pontosan tudni fogjuk, mennyi a „szükséges és elég” segítség, amire a folyamat továbbgördülése érdekében szüksége van.

A még nem beszélő gyermeknél a megértést gesztusjelekkel is támogathatjuk. Autista gyermekeknél használhatjuk például a képcsérés kommunikációt (PECS), halmozottan sérült gyerekeknél pedig az AAK-t (alternatív augmentatív kommunikáció). Ha visszajelzéseinkből látja, érzi, hogy örülünk kísérleteinek és megfogalmazzuk dicséreteinket, akkor az öltözködés sokat tehet hozzá a gyermek fejlődéséhez. Amikor dicsérjük, fogalmazzuk meg pontosan, minek örülünk. Az „ügyes vagy” kifejezés unos-untalan használata nem érezteti, hogy pontosan mire gondolt a nevelő. Fogalmazzunk konkrétabban. Például így: „Milyen gyorsan megtaláltad a kabátodat!” „Te már fel tudod húzni a cipzárt?” Ha sikerült neki, örömmel látva növekszik benne az „én tudom” érzése, és fejlődik az önbecsülése.

7.4.2. Étkezés

Az étkezési helyzetek a kézhasználat, a koordináció, az érzékelés és a szókincs fejlesztésére is lehetőséget adnak. A kanalazás, a pohár megfogása és felemelése, döntése a kortyoláshoz feltételezi a mozdulatok összehangolását, illetve gyakorlási lehetőséggel szolgál ehhez.

Mozgásában akadályozott kisgyermeknél se vessük el a villa használatát, mert egyes esetekben az étel

villára szúrása könnyebb, mint kanalazással, s így a gyermek előbb jut sikerélményhez. A kanalazás összetettebb, hiszen a merítés után egyensúlyozni kell ahhoz, hogy a kanál tartalma ki ne boruljon, le ne csorogjon, ami benne van. A csukló oldalirányú mozdulata fontos a kanalazáshoz, de ez a mozdulat a mozgásukban korlátozott gyermekeknél késhet. Ha az ujjak összerendezett mozgása még alakulóban van, vagy nehéz a gyermeknek a markolás, segíthetjük a kanál megtartását azzal, ha megvastagított nyelű kanalat használunk. Gyógyászatisegédeszköz-boltban beszerezhető, de találékony szülők előszeretettel készítik el vékonyabb sodrófa vagy seprűnyél felhasználásával, attól függően, hogy mekkora a gyermek keze, illetve hogy milyen fokú a kézrenyheség vagy a görcsös tartás. Kézrenyheség a laza izomzatú, (hipotónusos) gyermekeknél tapasztalható.

Van jelentősége annak, hogy a gyermek jobb- vagy balkezes? Melyik keze domináns? A dominancia említésekor érthető módon elsősorban a kezekre asszociálunk – gyakrabban hallani a jobb és bal kéz, esetleg az átszoktatás problémájáról –, de fontos tudni, hogy a kezeken kívül a lábak teljesítménye sem azonos. Talán nem gondolnánk, de a fül és a szem esetében is így van ez: az egyik oldal dominánsabb.

Hároméves kor körül a gyermekek többsége még mindkét kezét használja, és csak 4-6 éves korra alakul ki az elsődleges dominancia, ami azonban még instabil állapot. A végleges dominancia, amikor az oldaliság stabilizálódott, csak 8-9 éves korban történik meg, noha a környezet jellemzően sokkal korábban adottnak veszi, és a gyermek dominánsnak vélt kezébe adják a ceruzát vagy a kanalat. Ne befolyásoljuk a folyamatot, bízzuk a természetre ennek eldöntését. Az eszközöket ne adjuk a gyermek kezébe, inkább tegyük le elé és várjuk meg, hogy maga vegye el, vagy középről adjuk, rábízva, hogy melyik kezével nyúl érte. A megzavart oldaliságkialakulás sok zavar forrása lehet.

Egy kis érdekesség: az emberek kb. 90 százaléka használja a jobb kezét különböző műveleteknél. Ez a működésben megjelenő aszimmetria még az emberszabású majmoknál sem tapasztalható. Meglepő, hiszen a két kéz látszólag egyforma. Több gondolkodó is próbált magyarázatot keresni arra, mi lehet az oka annak, hogy az egyik oldal kiemelt szerepet kap. „Érdekességként említhetnénk például a kitűnő angol történész és esszéista [Thomas] Carlyle 19. század végi hipotézisét, amely szerint a jobbkezeség kialakulásának oka az volt, hogy az ókori-középkori háborúkban a katonák bal kézzel tartották a védőpajzsukat, hogy a szívüket védjék; következésképpen jobb kézzel kezelték a kardot, lándzsát, ami a jobb kezet »ügyesítette«. Vagyis a jobbkezeség – eszerint – a háborúzásnak köszönhető! Vagy vegyünk egy másik, már természettudományosabbnak tűnő elméletet a 20. század végéről. Szerzője, William Calvin elméletét *The Throwing Madonna* című könyvében is kifejtette. Eszerint a jobbkezeség a távoli emberelődöknél úgy alakulhatott ki, hogy a csecsemőjüket a szívük felett, bal oldalt tartó asszonyok jobb kezükbe fogott, hajlítható eszközzel riasztották el maguktól és csecsemőjüktől a támadó ragadozókat. A jobb kéz ügyessége tehát feminin eredetű lenne. Mindkét elmélet szórakoztató, de jóval valószínűbb az a feltevés, hogy a jobbkezeség az emberré válás során lépcsőzetesen, a két lábon járással összefüggésben alakult ki” (HÁMORI 1999).

Egy kis elméleti háttér: az agy, szemre szimmetrikus két agyféltekéből áll. Talán meglepő, de a jobb agyfélteke a bal kezet, míg a bal agyfélteke a jobb kezet irányítja. Az, hogy végül melyik kezünk lesz az ügyesebb, a domináns, az az agyféltekék fejlődési különbségén múlik. A bal agyfélteke, ami tehát a jobb kezet irányítja, lassabban fejlődik; a korai domináns kézhasználat kialakulása a balkezesekre jellemző (egyébként közöttük gyakoribb a beszédhiba is). Előfordulhat, hogy a domináns oldal a kéz, a láb, a fül és a szem esetében nem ugyanaz – ezt kevert dominanciának nevezzük. A dominancia kialakulásakor az erősebben használt oldalon kissé fokozottabb az izomtónus, ami segít a „bal vagy jobb” megkülönböztetéshez. Ha a dominancia kevert, tehát az oldalak használata nem következetes, az megnehezíti a jobb vagy a bal oldal megkülönböztetését a saját testen, a térben és a síkban. Végül soron ez nyelvi, írás-, olvasás- és számolási zavarokhoz vezethet.

7.4.3. Ivás/itatás

Az étkezéshez tartozik az ivás is. A kisgyermek itatható cumisüvegből, aminek a használata a kor előrehaladtával rossz szokás, és csak akkor lehet indokolt, ha a gyermeknek speciális nyelési problémája van. A cumisüveget próbáljuk lecserélni csőrös pohárra, és lassan, türelmesen terelgessük neveltjeinket a pohár használata felé. A pohárból ivásnál komoly koordinációra és fejlett ritmusérzékre van szükség ahhoz, hogy a felemelt és egyensúlyba tartott poharat a gyermek a szájához emelje, csuklója befelé fordításával vagy

könyöke megemelésével bedöntse, miközben a szájához emeli. Megeshet, hogy hirtelen kicsit több folyadék kerül a gyermek szájába, ami gyakorlatlansága vagy koordinációs nehézségei miatt megijesztheti, ezért nagyon fontos, hogy ne hagyjuk magára addig, amíg biztosak nem vagyunk abban, hogy megbízhatóan tud inni.

Kezdetben könnyebb a két kéz együtt mozgásával végezni az ivást, részben azért, mert két kézzel könnyebb megtartani a poharat (a benne lévő folyadék súlyát), részben pedig azért, mert az idegrendszeri folyamatok fejlődése szerint a párhuzamos, a mindkét végtag egyforma mozgását jelentő mozgásirányítás könnyebb.

Az étkezési helyzetek lehetőséget adnak az érzékelés tudatosítására, a szókincs, a fogalmak bővítésére, megszilárdítására is. Jó néhány gyermek sokáig nem tudja megmondani, hogy mit kér enni, mert nem tudja megnevezni az ételt. Az étkezéseknél például nem elegendő azt mondani, hogy „itt a leves”, mert a gyermeket a pontos megnevezés és a sok tapasztalat segíti hozzá a „leves” fogalmának kialakításához. Tehát inkább mondjuk így: „Ma paradicsomleves az ebéd.” Vagy: „Az uzsonna most körözöttes kenyér.” Étkezés közben felhívhatjuk a gyermek figyelmét arra, hogy milyen az étel illata, rögtön meg is fogalmazva, hogy milyen illatot érez. Tehát ha azt mondjuk, „milyen fincsi illata van”, már akkor is többet tettünk annál, mintha némán a gyermek elé tennénk az ételt (általában kerüljük a gügyögő, babás nyelvet, de az életszerűség határain belül, hiszen néha a köznyelvben is fogalmazunk így). Megkérdezhetjük például: „Te is érzed a kapor illatát?” Ezzel rögtön megismertetjük az illattal, összekötve a tapasztalatot a megnevezéssel. Mindig tartsuk szem előtt a nyelv elsajátításának azt a törvényszerűségét, hogy szituációhoz kötötten könnyebben megy a bevésoedés és a felidézés. Könnyebb szokásunkká tenni ezt a gyakorlatot, ha felidézük saját nyelvtanulási próbálkozásainkat, emlékezve arra, hogy egy-egy szó megjegyzése milyen sok gyakorlással sikerült.

Az ízek megismerésére is fordíthatunk időt és figyelmet. Az étel összetevőit külön-külön is „bemutathatjuk” a gyermeknek. Nem igényel nagy fáradságot, pusztán odafigyelést, hogy azt mondjuk: „Kóstold meg, ízlik-e a répa?” „Most horgásszuk ki a tésztaát!” Lehetőség van a hőmérséklet észlelésének közvetlen megtapasztaltatására is, ha például felhívjuk a gyermek figyelmét, amikor a kezébe adjuk a reggeli teát. Otthon, vagy ha az adott intézmény szabályai ezt lehetővé teszik, lehetőséget adhatunk neki, hogy a saját ételének elkészítésében közreműködjön. Például úgy, hogy engedjük műanyag késsel megkenni a kenyerét, vagy kínálótálakról összeválogatni a szendvicsre valókat.

Az étkezési helyzetet felhasználhatjuk a kultúrhigiénés szokások kialakítására, megszilárdítására is (kézmosás étkezés előtt, kéztörölés, szalvétahasználat, orrfújás stb.). A gyermeket bevonhatjuk a terítésbe is, természetesen közösen végezve az előkészületeket, így észrevétlenül megtanulja a terítéshez használt eszközöket. A szalvétahasználatot összeköthetjük annak az érzésnek a megfigyelésével, hogy tiszta-e az arca. Az érzésselismerés megszilárdulásáig segít, ha többszörös megerősítést alkalmazva, a tükör előtt töröljük meg a száját, felhíva a figyelmet arra, ahogy az arcán lévő ételmaradék eltűnik onnan. Fontos figyelni, arra, hogy a mozdulataink gyengédek legyenek. Emellett a papírszalvéta érintése szokatlan; bőrérzékelésére érzékeny gyermeknél akár riasztó, kellemetlen is lehet. Egy rossz tapasztalat a továbbiakban a helyzet tartós elutasításához vezethet.

7.4.4. Fésűlködés, fogmosás

Az étkezést követő fogmosásra fokozatosan szoktassuk hozzá neveltjeinket. Fogmosás előtt nézzük meg, hogy nem maradt-e ételmaradék az arcán. Erre mindig hívjuk fel figyelmét. Tanítsuk meg fésűlködni. A fésűlködés akkor is lényeges, az ápoltsághoz nélkülözhetetlen szokás, ha az adott gyermeknek nagyon rövidre vágott a haja. A fésűlködés a fejbőrt is ápolja; az elhalt hajsálakat, hámsejteket távolítjuk el így. Természetesen rendezettebbé válik a megjelenés is. Összességében neveljük igényességre a gyermekeket. A kézmosás és a fogmosás az étkezéshez is kapcsolódik, azonban a testápolásban mint gondozási feladatban még sok lehetőség rejlik.

Az orrfújás megtanítása nem könnyű feladat. Első lépésként tanítsuk meg a gyermeket arra, hogy figyeljen saját testének érzéseire, például jelezze, ha orrot kell fűjnia. Az orrtörölnél természetesen segítsük mindaddig, amíg önállóan nem sikerül végigjutni a teljes folyamaton. Az orrfújást a legtöbb kisgyermek nem kedveli. Kisgyermekkorban az immunrendszer még esendő. Az ambuláns ellátásra járó csecsemők, kisgyermekek otthon, a családjuk körében nem találkoznak annyi kórokozóval, mint a foglalkozásra jövet-menet, ráadásul

a bölcsődébe járók naponta utaznak tömegközlekedéssel. A kisgyermek körében nem ritka a felső légúti huruttal járó orrfolyás, a gyakori orrtörés azonban irritálja a bőrt, ami fájdalmas lehet.

Ha elkerülhetetlen az orrtörés, megpróbálhatjuk oldani a feszültséget, és egyben megragadhatjuk az alkalmat a kézügyesség, a figyelem fejlesztésére is. A gyermekek szívesen veszik, ha kihúzzák a zsebkendő a dobozból vagy a zacskóból. A dobozból kilógó papírzsebkendő megfogása összpontosítást kíván, hiszen a vékony papír könnyen elmozdul. Annyira vékony, hogy ráfújva lebeg. Ezzel játszhatunk egy kicsit. Felajánlhatjuk a szituációt a fújás gyakorlására. Fújás közben igyekezzünk kis területre irányítani a levegőt, és ezt érzékeltesük is. Ha ez tetszik a gyermeknek, folytathatjuk a játékot a fújás erősségének változtatásával. Hogy megőrizzük a vidám, könnyed hangulatot, játékból fújhatunk levegőt a gyermek karjára, tenyerére, és várhatjuk a viszonzást. Kezdetben még nem tudja az orr-száj, száj-orr levegőváltást, és nagy valószínűséggel a száján jön majd a levegő. Eközben azonban éppen eldugult orra miatt szerezhethet tapasztalatot a különbségről. A „fújás játék” segít a beszédben részt vevő ajak, nyelv, fogak érzékelésére, a mozgás-összrendezés gyakorlására, a levegő áramlásának megfigyelésére.

7.4.5. Fürdés

A fürdés is tartogat lehetőségeket. A víz sok kisgyermek számára kedvelt közeg. A víz nagyon érdekes. Hangjai a vízcsepegés, a hullámok hangja, a csobogás, a tenger zúgása, morajlása... Látjuk és mégsem látjuk: a víz átlátszó. Van és nincs. Ha megfogom, érzem a kezemben, mégsem marad benne semmi. Lehet fröcskölni, spriccelni, meregetni. Végigfut a bőrfelületen, van hőmérséklete és vannak alakváltozásai (jég, gőz). Kimeríthetetlen hallási, vizuális, testérzékelési lehetőség, amit minden kisgyermek figyelmének fókuszába állíthatunk. A víz az a közeg, amiben mozgássérült gyermekek is önfeledten mozognak, mert a folyékony közeg ellenállása segít testük határainak érzékelésében. Ha fürdés közben eszközöket adunk a gyermeknek – akár esti fürdéskor is –, kedvvel öntözgethet, rakosgathatja a tárgyakat. Eközben tapasztalatot szerezhethet a víz súlyáról, a műanyag pohár vagy a játék vödör befogadóképességéről. A fürdés utáni törülközés, krémezés pedig jó alkalom arra, hogy megtapasztalja saját testének határait, az érintés kiváltotta testi érzeteit.

7.4.6. Rendrakás és az irányított játékhelyzet

Az otthoni „rendetlenség” gyakran vita tárgya lehet a házastársak közt, ahogy az alábbi, egy anya által írt sorok is bizonyítják: „Örök, már-már elfajuló vitáink közül a legélesebb, legkeserűbb az, amit a körül vívunk, hogy »miért nincs rend«, »mit csinálsz egész nap?«, »a gyerek is azért hagyja szét mindenét, mert te ilyen rendetlen vagy«, »inkább ne főzőcskézz!«, »ne mászkáljatok annyit!«, »én csak egyet kérek: legyen rend!«” (Babaszoba 2017).

Ha a kérdés a rendrakás vagy a gyermekkel való foglalkozás viszonyában hangzik el, akkor gyermekekkel foglalkozó szakemberek nem javasolhatják az előbbi. A rend, a rendezettség iránti vágy mértéke személyenként változik. Tisztán fejlesztési szempontból a rendrakást felhasználhatjuk céljaink elérésére, például a bizonyos kritériumok szerinti gyűjtögetés, a valamilyen tárolóba gyűjtés vagy a hasonlóság alapján történő válogatás fejleszti a kognitív funkciókat. A rendrakást, pakolást alkalmazhatjuk a figyelem, a szín, a forma megfigyelésére, összetett mozgások gyakorlására, beszédfejlesztésre, a figyelem, az irányítóság fejlesztésére is.

Egyéni fejlesztőórán vagy a bölcsődei egyéni foglalkozáskor, ha az asztalnál vagy a szőnyegen tud figyelni egy játékra a kisgyermek, akkor nagyobb eséllyel fedezi fel az abban rejlő lehetőségeket, ezenkívül könnyebben figyel a vele játszó személyre is. Ha az otthoni játékokról kérdezzük a szülőket, például arról, hogy milyen játékaik vannak gyermekének, gyakran hallani azt, hogy rengeteg játéka van, szinte járni lehet bennük, de nem játszik velük, csak ledobálja őket a szőnyegre, és legszívesebben az újságot gyűrögeti, nézegeti. Ebben az esetben is igaz az, hogy „a kevesebb több”.

Irányított játékhelyzetben azt szeretnénk, hogy a gyermek figyeljen a tevékenységére, emlékezzen tapasztalataira. Ezért célszerű terelgetni a figyelmét azzal, hogy egyszerre csak egy játékkal játszunk közösen. Ha befejezte az adott játékot, együtt visszatesszük a helyére, ezzel is kifejezve, hogy annak a folyamatnak

vége, és azt követően megkérhetjük, hogy válasszon más játékot. A választás fontos nevelési szempontból, hiszen a gyermeknek döntést kell hoznia, aminek van következménye (esetünkben az, hogy azzal játszunk tovább). Az irányított játékhelyzetben valamit meg akarunk mutatni, meg akarunk tanítani. Tehát célszerű az adott gyermek fejlettségéhez igazítani a játékpolicán található játékokat úgy, hogy többféle tevékenységre (építés, rajzolás, szerepjáték) találhasson eszközöket, és fontos helyet adni a saját választásának.

7.5. A salamancai nyilatkozat és cselekvési terv

1994. június 7-én a spanyolországi Salamancában 92 kormány és 25 nemzetközi szervezet képviselője találkozott. A világkonferencia résztvevői tanácskozással gyűltek össze, hogy megvitassák az „Oktatás mindenkinek (Education for All) című programhoz szükséges alapvető kötelező politikai változtatásokat, hogy elősegítsék az inkluzív (befogadó oktatáshoz) való közeledést, hogy az iskolák képesek legyenek minden gyermek, de különösen a sajátos nevelési igényű gyermekek szükségleteinek kielégítésére.”¹⁰³ A konferencia eredményeinek összegzéséeként kiadták a *Salamancai nyilatkozat és cselekvési terv* című dokumentumot, amelyben megfogalmazták az inklúzió alapelveit.

Eszerint, létre kell hozni olyan intézményeket, amelyek befogadnak mindenkit, és értéknek tekintik az emberek közötti különbségeket. Segítik a tanulást, mindenki számára a saját szükségleteinek megfelelő intézmények létesítésével. A tervzet kimondja, hogy mindenkinek, aki sajátos igénnyel rendelkezik, lehetőséget kell adni, hogy többségi iskolába járjon, melyeket úgy kell megszervezni és vezetni, hogy azokban figyelembe vegyék, hogy minden gyermeknek egyéni tulajdonságai, képességei és tanulási szükségletei vannak. Megfogalmazódott annak fontossága is, hogy a kormányok helyezzenek hangsúlyt a korai felismerésre és fejlesztésre, továbbá gondoskodjanak arról, hogy az oktatási rendszer átalakuljon, és a tanárképzési, illetve a tanártovábbképzési programok tartalmazzák az inkluzív iskolákban a sajátos nevelési igényű gyermekek oktatásához szükséges szolgáltatásokat.

A nyilatkozattevők megfogalmazták annak fontosságát, hogy minden pedagógusjelöltet megkülönböztetett figyelemmel készítsenek fel a sajátos nevelési igényű gyermekek oktatására. Elkészült egy cselekvési terv a változtatásokra, tekintettel arra, hogy a fogyatékos emberek problémáit túl sokáig nehezítette kirekesztő szemléletével a társadalom, amikor a bennük rejlő lehetőségek helyett a hiányosságaikra koncentrált. A cselekvési tervzet értelmében a „sajátos nevelési igény” kifejezés mindazon gyermekekre és fiatalokra vonatkozik, akiknek sajátos nevelési igényük hátrányos helyzetükből vagy tanulási nehézségükből adódik. Kimondták, hogy az oktatáspolitikának minden szinten – az országostól a helyi szintig – garantálnia kell, hogy a fogyatékos gyermekek a lakóhelyükhöz legközelebb eső iskolába járhassanak, vagyis lehetőség szerint a többségi iskolába.

7.6. A befogadó oktatás modelljei

Az integrált oktatás kiterjedt gyakorlata mellett az Európai Unió országaiban ma is általában három modell létezik:

1. A többségi intézményektől független külön intézmények
2. Külön osztályok, csoportok a többségi intézményeken belül
3. Teljesen integrált nevelés¹⁰⁴

Az integráció és inklúzió egymással összefüggő fogalmak. Az integráció befogadást jelent, azt a gyakorlatot, ahogy a többségi intézmények befogadják a teljes intézménybe vagy az intézményen belül annak egy osztályába a sajátos igényű gyermekeket. Az integráció lehet sikeres, azonban az inklúzió mint nevelési szemlélet túllép ezen. Az inklúzió törekvéseiben természetes a befogadás, hiszen az inkluzív nevelés célja

¹⁰³ Lásd UNESCO 1994.

¹⁰⁴ Bővebben lásd *Az integráció nemzetközi és hazai gyakorlata* (DÁVID 2015).

a kirekesztettség minden formájának megszüntetése. Az inkluzív nevelés, magával a nyitottsággal, a meleg, elfogadó légkör megteremtésével, gyermekközpontúságával, az elfogadó közösségek kialakításával szemléletformálásra törekszik, a diszkriminatív (kirekesztő) gondolkodás megváltoztatására.

A befogadó szemléletű bölcsődei gondozás-nevelés, illetve az óvodai nevelés előfeltétele az együttműködés a gyermekeket nevelő pedagógusok és a segítő szakemberek között. Az inkluzív nevelésben a szerepek megosztása, a szervezeti formák megválasztása, a támogatás módja és mértéke, a követelmények meghatározása az egyéni képzési tervhez igazodik. A tanulási folyamat szervezésekor a tananyag átadása – a saját tapasztalatok és a tevékenységek során – vezeti, támogatja a gyermekeket a problémamegoldó, elemző, gyakorlatias tudás megszerzése felé. A kisgyermeknevelők, óvodapedagógusok, tanítók, nevelők, szülők, terapeuták, mentálhigiénés szakemberek együttműködnek, hogy az adott gyermek számára, önmaga képességeihez és szükségleteihez a legmegfelelőbb teljesítménytámogatást, motivációt, technikai eszközöket, módszereket válasszák ki és alkalmazzák. Egyéni nevelési, képzési tervek alapján, a speciális szükségletet alapul véve folyik az oktatás, személyre szabott munkaformák megválasztásával. Ennek megfelelően az adott gyermek, tanuló fejlődésének, teljesítményváltozásának értékelése is személyiségének teljességében történik.

Kutathatjuk a csecsemőkor, a kisgyermekkor háttérét; a családot, amelyben felnő a gyermek, a helyzeteket, amelyek bizonyos magatartásmintát váltanak ki belőle. A fejlődés, a segítségnyújtás lehetőségeit azonban nehezítik, hogy a gyermekkori hangulatok, érzések alapvetően meghatározók maradnak. A kutatások, az elméletek is alátámasztják, hogy a fizikai ellátáson túl az értő figyelem, a biztonság érzése, a harmónia, a gondozó nyitottsága a gyermek szükségleteinek megértésére és az autonómia támogatása is szükséges az optimális fejlődéshez.

Önellenőrzés

1. Milyen tényezők között formálódik a személyiség?
2. Mi a hospitalizmus?
3. Milyen négy jellemző rendellenességet figyeltek meg a pszichoszomatikus betegek családjában?
4. Mivel segíthetjük a gyász folyamatában lévő szülőket?
5. Elisabeth Kübler-Ross hogyan osztotta fel a gyász szakaszait?
6. Idézz fel, hogy az öltözés-vetkőzés gondozási folyamatában milyen lehetőségek ragadhatók meg a test-sémaismeret fejlesztése érdekében!
7. Mi a PECS?
8. Milyen eszközöket használ az AAK kommunikáció?
9. Étkezés közben melyik érzékelési területek fejlődését támogathatjuk?
10. Milyen helyzetekben segíthetjük a kultúrhigiénés szokások fejlődését?
11. Milyen területek fejlődését szolgálják a fújó-légző gyakorlatok?
12. Fejlesztési szempontból milyen lehetőségek jelennek a rendezésben?

A fejezet alapján a mindennapi gyakorlatban hasznosítható feladatok

1. A fejezetben olvasottak alapján gondolja végig a krízishelyzet megnyilvánulásait!
2. A családi krízis milyen veszélyhelyzetet jelent a testvércapcsolatokra?
3. Gondolja végig a befogadó oktatás törekvéseit és modelljeit!

A tananyag kapcsán felmerülő kérdéseim, tapasztalataim

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. ÁBRÁK ÉS TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

8.1. Ábrák

1. ábra. A kora gyermekkori intervenció célcsoportjai. In KERÉKI Judit (szerk.) (2015b): *Kliensút Kalauz*. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
2. ábra. A pedagógiai szakszolgálatok szakértői bizottságainak rendszere, a hároméves kor utáni szakértői vizsgálatok folyamata. RÓZSÁNÉ CZIGÁNY Enikő: „Az eltérő fejlődés felismerése óvodás életkorban.” Előadás. Szakmai Nap, Várpalota, 2018. március 2. Az előadás PPT-jének 29. diája alapján.
3. ábra. Szabály a beszédviselkedésre. Készítette RÓZSÁNÉ CZIGÁNY Enikő témaadása és iránymutatása mellett DUL Anita.
4. ábra: Viselkedés konfliktushelyzetben. Készítette RÓZSÁNÉ CZIGÁNY Enikő témaadása és iránymutatása mellett DUL Anita.

8.2. Táblázatok

1. táblázat. A kora gyermekkori intervenció szereplői. KERÉKI Judit (2017): *Utak. A kora gyermekkori intervenció rendszerszintű megközelítése*. Budapest, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar. 159–160. p.
2. táblázat. Fejlesztési szakaszok a születéstől 6 éves korig. Készítette: RÓZSÁNÉ CZIGÁNY Enikő.

9. IRODALOM

9.1. Felhasznált irodalom

- ALTORJAI Péter – FOGARASI András – KERÉKI Judit (szerk.) (2014): *Gyermek-alapellátási útmutató a 0–7 éves korú gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez*. TÁMOP-6.1.4 Kora gyermekkori program. Budapest, Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- AUNER Andrea – HAJTÓ Krisztina – VÁRÓ Anna (2012): Szemezgetés a mozgásfejlesztés dilemmás helyzeiteiből. *Fejlesztő Pedagógia*, 4–5 sz., 40–50. p.
- AUTIZMUS ALAPÍTVÁNY (é. n.): Szempontok a pedagógiai vélemény összeállításához. www.autizmus.hu/blank-b5xg0 (A letöltés ideje: 2018. 05. 12.).
- Babaszoba (2017): Rend és rendrakás – Vekerdi Tamás véleménye. *Babaszoba*, január 18. https://www.babaszoba.hu/articles/kisgyerek/Rend_es_rendrakas_Vekerdy_Tamas_velemenye?a-id=20170118195534 (A letöltés ideje: 2018. 05. 12.).
- BALÁZS Anna (2000): Az autista gyermekek az óvodában és az iskolában. In ILLYÉS Sándor (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. Budapest, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar.
- BALÁZS István (szerk.) (2002): *Pszichológiai lexikon*. Budapest, Helikon, 177. p.
- BARTHEL Betty – FODORNÉ FÖLDI Rita – RÁCZ Katalin – BOGNÁR Alíz (2009): Alapozó Terápia kontra értelmi akadályozottság? *Gyógypedagógiai Szemle*, 1. sz. https://www.prae.hu/prae/gyosze.php?menu_id=102&jid=23&jaid=208 (A letöltés ideje: 2018. 03. 8.).
- BELEZNAI Györgyi – GYÍRKIS Ágnes (2014): „Milyen anyja vagyok, milyen anyja lehetek sérült gyermekemnek? Anya-gyerek kapcsolat-erősítés, terápiás-fejlesztő csoportfoglalkozás keretein belül. *Pszichoterápia*, december.
- BERÉNYI Marienne – KATONA Ferenc (2015): Korai idegrendszeri károsodások: korai diagnosztika, prognózis és terápia. *Gyermeknevelés*, 2. sz., 93–103. p.
- BERNOLÁK Béláné (2006): *Ajánlások mozgáskorlátozott gyermekek kompetencia alapú fejlesztéséhez*. Budapest, SuliNova Közoktatás-fejlesztési és Pedagógus-továbbképzési Kht.
- Bliss Alapítvány (n): AAK. <http://www.blissalapitvany.hu/aak/> (A letöltés ideje: 2018. 05. 12.).
- CZEIZEL Barbara (2009): A kora gyermekkori intervenció múltja, jelene és remélt jövője. *Gyógypedagógiai Szemle*, 2–3. sz., 153–160. p.
- CZEIZEL Barbara – KEMÉNY Gabriella (2015): A korai fejlesztéstől a családközpontú kora gyermekkori intervencióig. A törvényi szabályozástól az interdiszciplináris szemlélet és gyakorlat megvalósulásáig a Budapesti Korai Fejlesztő Központban. *Gyermeknevelés*, 2. sz., 77–92. p.
- CZEIZEL Endre – LÁNYINÉ ENGELMAYER Ágnes – RÁTAY Csaba (szerk.) (1978): *Az értelmi fogyatékosok kóreredete a Budapest-vizsgálat tükrében*. Budapest, Medicina.
- CZIBERE Csilla – FARAGÓNÉ BIRCSÁK Márta (2006): *Ajánlások sajátos nevelési igényű gyermekek, tanulók fejlesztéséhez. Bevezető az életpálya-építési kompetenciaterület ajánlásaihoz*. Budapest, SuliNova Közoktatás-fejlesztési és Pedagógus-továbbképzési Kht.
- CSIKY Erzsébet (2006): A korai intervenció pszichológiai vonatkozásai. In ROSTA Katalin (szerk.): *Add a kezdet!* Budapest, Logopédiai Kiadó, 7–12. p.
- CSEPREGI András – HORVÁTH Krisztina – SIMÓ Judit (2011): *Az autizmus spektrum-zavarok szűrési-diagnosztikai modellje*. Budapest, Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Alapítvány.
- COLE, Michael – COLE, Sheila R. (2003): *Fejlődéslélektan*. Ford. Bíró Szilvia et al. Budapest, Osiris.
- DÁVID Mária (2015): Az integráció nemzetközi és hazai gyakorlata. In uő: *Speciális igényű hallgatók/tanulók a felsőoktatásban és a felnőttképzésben*. Eger, 2015. http://okt.ektf.hu/data/szlahorek/file/kezek/03_david_04_15/323az_integraci_nemzetkzi_s_hazai_gyakorlata.html (A letöltés ideje: 2018. 05. 12.).
- DÓLA Tímea – FEHÉRNÉ KISS Anna (2013): A CP fizioterápiája a Bobath-szemlélet szerint. *Fizioterápia – A Magyar Gyógytornász-Fizioterapeuták Társasága Szakmai Folyóirata*, 4. sz., 13–17. p.

- DOMBAINÉ ESZTERGOMI Anna (szerk.) (2006): *Inkluzív nevelés. Ajánlások mozgáskorlátozott gyermekek, tanulók kompetencia alapú fejlesztéséhez. Szociális, életviteli és környezeti kompetenciák.* Budapest, Sulinova Közoktatás-fejlesztési és Pedagógus-továbbképzési Kht.
- EADSNE (2005): *Early Childhood Intervention – Analysis of Situations in Europe. Key Aspects and Recommendations.* Odense, European Agency for Development in Special Needs Education. https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-analysis-of-situations-in-europe-key-aspects-and-recommendations_eci_en.pdf (A letöltés ideje: 2017. 03. 1.). Magyarul: Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű Tanulók Oktatásának Fejlesztéséért (2005): *Korai fejlesztés – Az európai helyzet elemzése. Kulcstényezők és ajánlások.* Odense, Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű Tanulók Oktatásának Fejlesztéséért. https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-analysis-of-situations-in-europe-key-aspects-and-recommendations_eci_hu.pdf (A letöltés ideje: 2017. 03. 1.).
- EADSNE (2010): *Early Childhood Intervention – Progress and Developments 2005–2010. Analysis of Situations in Europe Key Aspects and Recommendations.* Odense, European Agency for Development in Special Needs Education. https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-progress-and-developments_ECI-report-EN.pdf (A letöltés ideje: 2017. 03. 27.). Magyarul: Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű Tanulók Oktatásának Fejlesztéséért (2010): *Korai fejlesztés – Előrelépés és eredmények 2005–2010.* Odense, Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű Tanulók Oktatásának Fejlesztéséért. https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-progress-and-developments_ECI-report-HU.pdf (A letöltés ideje: 2017. 03. 1.).
- ERIKSON, Erik H. (2002): *Gyermekkor és társadalom.* Ford. Helmich Katalin, N. Kiss Zsuzsa. Budapest, Osiris.
- Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű Tanulók Oktatásának Fejlesztéséért lásd EADSNE
- FALUS Iván (szerk.) (1996): *Bevezetés a pedagógiai kutatás módszereibe.* Budapest, Keraban Kiadó.
- FEHÉR Gyöngyi (2015): *A konduktív pedagógiai ellátás szakszolgálati protokollja.* Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- FUTÓ Gabriella et al. (2015): *Látássérülés.* In KERÉKI Judit (szerk.): *Kliensút Kalauz.* Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- GÁJERNÉ BALÁZS Gizella (2006): *Ajánlások autizmussal élő gyermekek kompetencia alapú fejlesztéséhez.* Budapest, Sulinova Közoktatás-fejlesztési és Pedagógus-továbbképzési Kht.
- GODDARD BLYTHE, Sally (2014): *Akaratlagos figyelem, biztos egyensúly, csodálatos összhang. A sikeres tanulás ABC-je.* Ford. Fedina László, Fedina Lília Budapest, Medicina, 500. p.
- HÁMORI József (1999): Aszimmetriák a biológiában: az ember. *Magyar Tudomány*, 3. sz., 302–310. p.
- HÁRDI István (1995): *Pszichológia a betegágyánál. Orvos, nővér és a beteg.* 6. átdolgozott kiadás. Budapest, Medicina.
- HEGYINÉ HONYEK Katalin (2006): *Ajánlások látássérült gyermekek kompetencia alapú fejlesztéséhez.* Budapest, Sulinova Közoktatás-fejlesztési és Pedagógus-továbbképzési Kht.
- Inpp Magyarország hivatalos oldala: <http://oriasleszel.hu/> (A letöltés ideje: 2018. 05. 12.).
- JÓZSEF István (2009): *Fejlődépszichológia.* Kaposvár, Kaposvári Egyetem. http://janus.ttk.pte.hu/tamop/kaposvari_anyag/jozsef_istvan/a_pszichikum_ontogenetikus_fejldse.html (A letöltés ideje: 2018. 04. 3.).
- KÁLMÁN Zsófia (2004): A gyógyító pedagógia legifjabb ága: augmentatív és alternatív kommunikáció. In GORDOSNÉ SZABÓ Anna (szerk.): *Gyógyító pedagógia – Nevelés és terápia.* Budapest, Medicina, 433–461. p.
- KANYIK Csaba – SZILÁGYINÉ ERDŐS Erika (2008): Az autizmussal élő személyek speciális jogairól. Dokumentumelemzés. Készült az Országos Fogytékosságügyi Tanács (OFT) megbízásából.
- KERÉKI Judit (2010): A kora gyermekkori intervenció rendszerének anomáliái és jó gyakorlata. *Gyógypedagógiai Szemle*, 1. sz., 32–45. p.
- KERÉKI Judit (2015a): A kora gyermekkori intervenció rendszere – utak és kapcsolódások. *Gyermekeknevelés*, 2. sz., 55–76. p.
- KERÉKI Judit (2017): *Utak. A kora gyermekkori intervenció rendszerszintű megközelítése.* Budapest, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar.
- KERÉKI Judit (szerk.) (2015b): *Kliensút Kalauz.* Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- KERÉKI Judit (szerk.) (2019): *Gyermekekút.* EFOP 1.9.5 A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése projekt. Módszertani kézikönyv. Budapest, Családbarát Ország Nonprofit Kft.

- KEREKI Judit – SZVATKÓ Anna (2015): *A kora gyermekkori intervenció, valamint a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás szakszolgálati protokollja*. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- KOCSISNÉ KÁLLÓ Veronika – TÚRINÉ GÁL Anikó – RUZSICS Ilona (2013): A biológiai eredetű fogyatékossgok. In uők: *Kommunikáció fejlődése és fejlesztése értelmileg akadályozott személyeknél*. Tanyanyag. „Mentor(h)áló 2.0 Program”, TÁMOP-4.1.2.B.2-13/1-2013-0008 projekt. http://www.jgypk.hu/mentorhalo/tananyag/Kommunikaci_fejldse_s_fejlesztse_rtelmileg_akadlyozott_szemelyeknl/35_a_biolgiai eredet_fogyatkossgok.html (A letöltés ideje: 2018. 05. 12.).
- KOVÁCS Krisztina (2015): *Az óvodapedagógus feladata a sajátos nevelési igényű gyermekek nevelésében*. „Mentor(h)áló 2.0 Program” TÁMOP-4.1.2.B.2-13/1-2013-0008 projekt. http://www.jgypk.hu/mentorhalo/tananyag/Az_vodapedaggus_feladata_a_sajtos_nevelsi_igny_gyermekek_nevelsben/ (A letöltés ideje: 2018. 04. 24.).
- KULCSÁR Tibor (1982): *Az iskolai teljesítmény pszichológia tényezői*. Budapest, Tankönyvkiadó.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth (1988): *A halál és a hozzá vezető út*. Ford. Blasszauer Béla. Budapest, Gondolat.
- LÁNYINÉ ENGELMAYER Ágnes (2012): *Intellektuális képességszavar és pszichés fejlődés*. Budapest, Medicina.
- MOLNÁR Tünde (2009): DSGM – Dévény-féle speciális manuális technika: gimnasztikamódszer. *Komplementer Medicina*. 4. sz., 24–28. p. <http://mob.gyemszi.hu/detailsperm.jsp?PERMID=93328> (A letöltés ideje: 2018. 03. 8.).
- NÁDASI Mária (1996): A kikérdezés. In FALUS Iván (szerk.): *Bevezetés a pedagógiai kutatás módszereibe*. Budapest, Keraban Kiadó, 171–211. p.
- NAGYNÉ TÓTH I. (szerk.) (2006): *Inkluzív nevelés. Ajánlások súlyos hallássérült gyermekek, tanulók kompetencia alapú fejlesztéséhez. Szövegértés-szövegalkotás*. Budapest, SuliNova Közoktatás-fejlesztési és Pedagógus-továbbképzési Kht.
- N. KOLLÁR Katalin – SZABÓ Éva (2004): *Pszichológia pedagógusoknak*. Budapest, Osiris. http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001_520_pszichologia_pedagogusoknak/ch03.html#id467163 (A letöltés ideje: 2018. 04. 2.).
- ODENDAAL, Jocinta (2000): Animal-assisted therapy – Magic or medicine? *Journal of Psychosomatic Research*, Issue 4., 275–280. p.
- PAJOR Emese (2017): *Látássérülés – Sérült látás?* Budapest, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar.
- PERLUSZ Andrea (2006): *Ajánlások nagyothalló és siket gyermekek kompetencia alapú fejlesztéséhez*. Budapest, Sulinova Közoktatás-fejlesztési és Pedagógus-továbbképzési Kht.
- RADICS Márta – TÓTHNÉ ASZALAI Anett (2013): *Logopédiai tervezés*. Mentor(h)áló 2.0 Program. Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Gyógypedagógus-képző Intézet. http://www.jgypk.hu/mentorhalo/tananyag/Logopediai_tervezes/index.html
- RADVÁNYI Katalin (2013): *Legbelső kör: A család. Eltérő fejlődésű vagy krónikus beteg gyermek a családban*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- REGÉNYI Enikő – VIRÁNYI Anita (2017): Tanulásban akadályozott, valamint értelmileg akadályozott személyek testkultúrája. In Benczúr Miklósné (szerk.): *Az adaptált testkultúra és sport fogyatékossgspecifikus alapismeretei*. Budapest, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, 159–191.
- ROSTA Katalin (szerk.) (2006): *Add a kezéd! A mentális fejlődés segítése sajátos nevelési igényű gyermekek-nél*. Budapest, Logopédia Kiadó. <https://www.scribd.com/doc/242857089/add-a-kezed> (A letöltés ideje: 2018. 05. 12.).
- RÓZSA Judit – SZOMBATHELYINÉ NYITRAI Ágnes – TOLNAYNÉ FALUSI Mária – VOKONY Éva (2009): *A bölcsődei gondozás-nevelés szakmai szabályai. Módszertani levél*. Budapest, Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet.
- RÓZSÁNÉ CZIGÁNY Enikő (2011): Magatartászavarok, balesetek a mentálisan sérülékeny szülők gyermekei körében. In F. LASSÚ Zsuzsa. (szerk.): *Gyermekek mentálisan sérülékeny családokban*. Budapest, Eötvös Lóránd Tudományegyetem, ELTE Eötvös Kiadó. <http://mek.oszk.hu/10200/10211/10211.pdf> (A letöltés ideje: 2018. 04. 24.).
- RÓZSÁNÉ CZIGÁNY Enikő (2015): Korai intervenció: sajátos nevelési igényű gyermekek a bölcsődében. In PODRÁČZKY Judit (szerk.): *Szemelvények a kisgyermeknevelés köréből*. 1. Kaposvár, Kaposvári Egyetem–Dombóvári Szecsox Nyomda Kft., 83–119. p. http://palyazatok.ke.hu/tartalom/csatolt/tamop/412B213/kiadvanyok/szemelvények_a_kisgyermekneveles_korebol_1.pdf (A letöltés ideje: 2018. 03. 8.).

- RÓZSÁNÉ CZIGÁNY Enikő – CSÁNYI Yvonne et al. (2003): Az integráció kihívásai – sajátos nevelési igényű gyermekek a többségi általános iskolában. In JÁVORKA Gabriella (szerk.): *Tanári létkérdések. Kézikönyv gyakorló pedagógusoknak, osztályfőnököknek*. Budapest, Raabe Kiadó, 2–43. p.
- RUNDELL, James R. – WISE, Michael G. (2007): *A pszichoszomatikus orvoslás klinikai kézikönyve*. Ford. Wernigg Róbert. Budapest, Oriold és Társai.
- SCHEURING Noémi – DANIS Ildikó – NÉMETH Tünde – PAPP Eszter – CZINNER Antal (2012): A kora gyermekkori regulációs zavarok vizsgálata céljából indított első hazai szűrőprogram-kutatás módszertani háttere. Egészséges Utódokért Projekt 2010–2011. *Gyermekgyógyászat*, 6. sz., 320–325. p.
- SHONKOFF, Jack. P. – MEISELS, Samuel J. (eds.) (2000): *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge, Cambridge University Press.
- SZANATI Dóra (2011): A logopédus-egészségpszichológus szerepe a koraszülött gyermekek utánvizsgálatában. *Gyógypedagógiai Szemle*, 2011. július–december, 188–195. p. https://www.prae.hu/prae/content/gyosze/GYOSZE_2011_34.pdf (A letöltés ideje: 2018. 03. 8.).
- SZVATKÓ Anna – ARATÓ Domonkos – BODNÁR Eszter – FÖLDI Rita (2018): *Mozgásterápiás protokoll a kora gyermekkori intervencióban*. EFOP 195-ös projekt. Budapest, CSBO.
- TOLMAN, Edward C. (1938): The determinants of behavior at a choice point. *Psychological Review*, 45., 1–41. p.
- Unesco (1994): *Salamancai nyilatkozat és cselekvési tervzet – A sajátos nevelési igényű tanulók számára. Világkonferencia a sajátos nevelési igényű tanulók neveléséről: elérhetőség és minőség*. A spanyolországi Salamancában 1994. június 7–10. között rendezett nemzetközi tanácskozás anyagának magyar fordítása. A fordítást szerkesztette Schiffer Csilla. Budapest, 2006. <http://docplayer.hu/861524-Salamancai-nyilatkozat-es-cselekvesi-tervezet.html> (A letöltés ideje: 2018. 05. 12.).
- URBÁN Éva Izabella (2007): A környezet befolyásoló hatása a szorongás kialakulásában. *Új Pedagógiai Szemle*, 1. sz., 70–89. p.
- WHO (2004): *BNO-10 Zsebkönyv*. DSM-IV-TR meghatározásokkal. Budapest, Animula Egyesület.
- WHO (2005): *Preventing Chronic Diseases a vital investment*. World Health Organization, Geneva. http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/foreword.pdf (A letöltés ideje: 2018. április 20.)
- Wikiszótár (é. n.): Fejlesztés. *WikiSzótár*. <https://wikiszotar.hu/ertelmezo-szotar/Fejleszt%C3%A9s> (A letöltés ideje: 2018. 05. 14.).

9.2. Jogszabályi hivatkozások

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról 43. §, 49. §, 60. §, 64. §, 65/C §, 65/F §
1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és gyámügyi igazgatásról, 1. §, 7. §, 38/A §, 39. §, 43/A §, 44. §, 44/B §, 44/C §, 44/D §, 45/§, 48/A, 50.§, 51. §
1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól 39. §
1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról, 11. §, 20 §, 21. §, 23–24. §, 29–31. §
- 15/1998. (IV.30) NM-rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről 5/A §, 35. §, 42/A §; 1. sz. melléklet, 2. sz. melléklet
- 1/2000. (I. 7.) SzCsM-rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 3. sz. melléklet
- 60/2003. (X. 20.) ESzCsM-rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről
- 49/2004. (V. 21.) ESzCsM-rendelet a területi védőnői ellátásról
2011. évi CXCV törvény a nemzeti köznevelésről 18. §
- 20/2012. (VIII.31.) EMMI-rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról
- 32/2012. (X. 8.) EMMI-rendelet a Sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a Sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelve kiadásáról
- 363/2012. (XII. 17.) Kormányrendelet az Óvodai nevelés országos alapprogramjáról

15/2013. (II.26.) EMMI-rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről 4–5. §, 24–25. §, 27–30.§, 42. §
6/2016. (III. 24.) EMMI-rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 15/1998. (IV. 30.) NM-rendelet módosításáról

9.3. Ajánlott irodalom

CsIKY Erzsébet (2006): *Fejlődési zavarok korai felismerése*. Érd, Credo Iskolaelőkészítő és fejlesztő központ. <http://www.xn--nevelsitancsad-4gb6j0h.hu/bid50/Szakirodalom> (A letöltés ideje: 2018. 03. 8.).
KISSNÉ HAFNER Éva (2017): „...benned a létra...” – Ötletek Down-szindrómás kisgyerekek korai fejlesztéséhez. Budapest, Down Alapítvány Kiadó.
PODRÁ CZKY Judit (szerk.) (2015): *Szemelvények a kisgyermeknevelés köréből*. 1. Kaposvári Egyetem, Kaposvár, 9–34. p. http://palyazatok.ke.hu/tartalom/csatolt/tamop/412B213/kiadvanyok/szemelvények_a_kisgyermeknevelés_korebol_1.pdf

9.4. Ajánlott honlapok

A Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat tagintézményei: <http://fpsz.hu/tagintezmenyek/>
A megyei pedagógiai szakszolgálatok listája: <http://www.oveges.hu/diszlexia-es-mas-tanulasi-problemak/munkatarsaink/szakertoi-bizottsagok-videken/>
Alapozó Terápiák Alapítvány: <http://www.alapozoterapiak.com/>
Autizmus Alapítvány: <https://www.autizmus.hu/>
BHRG Alapítvány: <http://www.bhrig.hu/>
Dévény Anna gyógytornász, művészi torna-szakedző: <http://www.deveny.hu/>
Down Dada sorstársi segítő szolgálat: <http://www.downalapitvany.hu/node/265>
DSZIT Műhely – dinamikus szenzoros integrációs terápia: <http://dszit.hu/>
Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű Tanulókért és az Inkluzív Oktatásért (EADSNE): <https://www.european-agency.org/>
Gyermek-alapellátási Információs Portál: www.gyermekealapellatas.hu
Kora gyermekkori program: www.koragyermekkor.hu
Pfaffenrot-féle szinergetikus reflexterápia: <http://pfaffenrot.hu/>

1. melléklet – A gyógypedagógiai jellemzés szempontrendszere Rosta Katalin munkája alapján¹⁰⁵

1. Általános információk

- Az intézmény pontos neve, címe
- A gyermek születésének időpontja
- Életkora
- Beszédhibájának típusa
- A jellemzés elkészítésének időpontja
- Mióta jár a gyermek az intézménybe, mennyi időt tölt ott?
- Mi az összbenyomása a gyermekről?
- Mit tart a legfontosabbnak vele kapcsolatban?

2. Megjelenés, szomatikus jellemzők

- Testi fejlettség
- A test aránytalanságai, alkati anomáliák (kóreredetűtől függően), az arc, az agykoponya torzulásai, méretaránytalanságai, a test egyéb részein előforduló fejlődési rendellenességek
- A beszédszervek állapota
- Ápoltság
- Gyógyászati segédeszközök használata (például szemüveg, hallókészülék, fogszabályozó eszközök)

3. Magatartás, viselkedés

- Kontaktuskészség
- Beilleszkedés új környezetbe
- Érdeklődése, figyelmi állapota, utánzókézsége, fáradékonysága
- Mennyi ideig képes önállóan irányítottan tevékenykedni?
- Kooperációs készsége
- Érzelmi reakciói (egykedvű, kedves, boldog, barátságos/agresszív, türelmetlen, sírós, félénk stb.)
- Hogyan reagál dicséretre, biztatásra?
- Szokatlan magatartási megnyilvánulások, kényszeres tevékenységek (például ujjszopás)
- Inadekvát magatartási reakciók (például sírási, nevetési rohamok, felfokozott nyugtalanság, kényszeres túlmozgások)
- Fegyelmezhetőség

4. Mozgás

- Spontán mozgások kivitelezésének megfigyelése: hogyan változtat helyet, milyen a mozgásbizonytalansága (például gyakran elesik-e)?
- Mozgása harmonikus, összerendezett-e?
- Hogyan áll, jár (például széles alapon, „mackósan”, nehézkesen, imbolyogva jár, teli talpra lép)?
- Tud-e futni, ugrálni (egy helyben, előre haladva), leugrani?
- Hogyan jár lépcsőn fel- és lefelé (mellélépéssel vagy váltott lábbal, kapaszkodva vagy a nélkül)?
- Labdát tud-e gurítani, dobni, elkapni, rúgni?
- Esetleges társuló fogyasztékosság leírása diagnózissal

¹⁰⁵ Lásd Rosta 2006, 247–253.

5. Kommunikáció

- Hangképzési zavarok, hangszín
- Önkifejezés: mondatokban, szavakban, szótagokban, hangokban, gesztusokkal, jelekkel (differenciált jelek vagy esetleges mutogatások), sírással, nyugtalansággal
- Van-e igénye közlésre, kapcsolatfelvételre?
- Tartalmilag adekvát vagy inadekvát, amit mond?
- Mennyire érthetőek, kifejezőek a jelzései?
- Beszéderthés: ténylegesen a beszédet érti, vagy a kísérő gesztusok segítik?
- A nevére reagál-e, egyszerű/összetett utasításokat, feladatokat végrehajt-e?
- Hogyan reagál a tiltásra?
- Kialakítható-e vele társalgás?
- A beszéd érthetősége, alaki szempontok (artikulációs hibák, hangcserék, hangátvetések...)
- Beszédfejlettségi szint, passzív/aktív szókincs (Peabody teszt)
- A beszéd grammatikai szerkezete: egész vagy töredékes mondatok; van-e a mondatnak alanya, állítmánya; magáról hányadik személyben beszél?
- Beszéduutánzó készség: előmondott szavakat, szótagokat utánamond-e?
- Beszédkésztetési szintje: mennyi közölnivalója van, szívesen kommunikál-e (nincs, vagy alig van mondanivalója)?
- Milyen az általános tájékozottsága: tudja-e a saját, a testvérei, a szülei nevét, saját és testvérei életkorát, a szülei foglalkozását, lakcímét?
- Spontán beszédkésztetése eseménykép alapján
- A beszédhang differenciálása
- A beszédritmus zavara, légzéstechnika, beszédtechnika megfigyelése
- Jár-e gyógypedagógiai/logopédiai terápiára, és ha igen, mióta és milyen rendszerességgel?

6. Finommotorika

- Dominánsan használja-e egyik vagy másik kezét (melyiket), vagy váltogatja őket?
- Spontán rajztevékenység megfigyelése: milyen a rajzfejlődés foka (a papírt és a ceruzát kapcsolatba hozza-e egymással; firkát, vonalhúzást utánoz-e lengővonalas vagy körkörös firkát rajzol; egy-egy bezáródó formaelem megjelenik-e, értelmezi-e rajzát, egyszerű fej-láb formát vagy embert ábrázol-e; Goodenough)?
- Az ábrázolás szándékával firkál/rajzol?
- Papírhátart tart-e?
- Milyen nyomatékkal rajzol?
- Vonalvezetése határozott vagy bizonytalan?
- Érett-e a szem-kéz koordinációja?
- Örömet, sikerélményt vált-e ki a tevékenység, érdekli-e?
- Milyen a ceruzafogása (véletlenszerű, marokfogás, három-, négyujjas, kialakult)?

7. Kognitív képességek

- Képösszeillesztés, puzzle: hány darabból álló képet rak ki?
- Főfogalmak alá rendez?
- Testrészeket magán, babán, képen megmutat, megnevez?
- Egyeztetés: tárgyat tárggyal, tárgyat képpel, képet képpel
- Alapszíneket egyeztet, kiválaszt, adekvátan megnevez?
- Emlékezet, szerialitás: letakart tárgyra/képre emlékezik (hányra); egyszerű elemekből álló mozgássort leutánoz; eseményképeket időrendi sorrendbe rak; egyszerű ritmikus sort folytat; memóriajátékkal a szabályok betartásával játszik?
- Matematikai képességek: azonosságot, különbözőséget, hiányosságot észrevesz; eltérő tulajdonságú tárgyakat/képeket csoportosít; mechanikusan számlál (növekvő és csökkenő sorrendben ötös, tízes átlépéssel); mennyiségfogalma kialakult (milyen számkörben); a „több-kevesebb-ugyanannyi” fogal-

mát érti; a globális mennyiség felismerése kialakult (milyen számkörben); összeadás, kivonás, bontás, pótlás

8. Játék

- Spontán játék során: érdeklik-e a játékok, milyen játéktárgyakat választ, azokkal milyen szintű játéktevékenységbe kezd (funkciójáték, konstrukciós játék, szabályjáték, szerepjáték)?
- Rendeltetésszerűen használja-e a játéktárgyakat?
- Mennyi ideig játszik, hamar megun-e egy-egy tevékenységet?
- Igényel-e együtt játszást gyerekekkel vagy felnőttekkel, elfogadja-e az irányítást, tanulékonyt mutat-e az együtt játszás során, mennyire alkalmazkodik elemi szabályokhoz?
- Megfigyelhető-e sztereotípiák a játékában?

9. Önkiszolgálás

Étkezés

- Ételfogyasztásban önálló-e (evőeszköz- és bögrehasználat szintje)?
- Tisztán vagy maszatolva étkezik?
- Előfordulnak-e evési rendellenességek (mértéktelen evés, étel elutasítása, extrém válogatás stb.)?
- Speciális diétán van-e?

Öltözködés

- Mennyire igényel kiszolgálást (kooperál-e, a testrészeit nyújtja-e/teljes kiszolgálás)?
- Cipőfűzőt köt-e?

Szobatisztaság

- Pelenkás-e (csak éjszakára vagy egész napra)?
- Szükségletét jelzi-e (gesztussal vagy verbálisan)?
- Igényel-e segítséget toalett használatakor, tisztálkodáshoz, törölközéshez?

2. melléklet – Szempontok a pedagógiai vélemény összeállításához, különös tekintettel a társas viselkedés, a magatartás, az érzelmek területére¹⁰⁶

Általános információk

A gyermek neve.

Intézmény pontos neve, címe; a jellemzés időpontja.

Mióta jár a gyermek a csoportba, mennyi időt tölt ott? Hányadik osztályba jár és/vagy a tanterv melyik osztályfokánál tart? Amennyiben iskolás: milyen tanterv szerint oktatják?

Az intézményben részesül-e valamilyen egyéni vagy kiscsoportos fejlesztésben (miben, milyen rendszerességgel és óraszámban)?

Mi az összbenyomása a gyermekről? Mit tart a legfontosabbnak vele kapcsolatban?

Társas viselkedés

Csoporttársaihoz viszonyítva hogyan, mennyi idő alatt fogadta el, illetve tartja-e a csoport szokásait, szabályait? Elfogadták-e őt csoporttársai? Milyen a társaival, pedagógusaival, idegenekkel való kapcsolata? Hogyan, kivel, milyen formában, milyen céllal kezdeményez kapcsolatot? Hogyan, milyen témáról kezdeményez beszélgetést? Hogyan reagál arra, ha hozzá közeledik valaki (idegen/ismerős)? A csoportban van-e barátja (hány, mi köti őket össze)? Bekapcsolódik-e, bevonható-e csoportos tevékenységbe (milyen típusúakba), esetleg kezdeményez-e közös játékot (ha igen, mit)? Helyesen alkalmazza-e a játék szabályait? Kötetlen helyzetben (pl. szünetek, udvaridő, szabad játékhelyzetek) mivel foglalja el magát, mivel foglalkozik a legszívesebben? Milyen problémák, furcsaságok fordulnak elő viselkedésében?

Beszéd, beszédértés, kommunikáció

Hogyan beszél? Beszédében elfordul-e halandzsa, ismételtetés, személyes névmás-, személyragcsere vagy egyéb furcsaság? Történeteket, olvasmányokat követi-e, lényegüket képes-e önállóan kiemelni? Igényeit, kívánságait milyen formában jelzi? A közös tevékenységekben frontális instrukciókkal irányítható-e? Ha nem beszél, hogyan fejezi ki magát?

Értelmi képességek, tájékozódás, érdeklődés

Tájékozódik-e korának megfelelő szinten térben és időben? Érdekli-e őt jobban valamelyik foglalkozás, téma, mint a többi? Ezekben a témákban milyen teljesítményt nyújt (magához képest, kortársaihoz képest)? Van-e olyan foglalkozás, amelyiken feltűnően jól vagy rosszul teljesít? Milyen okok játszhatnak szerepet ebben? Milyen területen, formában jellemzi leginkább önálló játéktevékenység? Feladathelyzetet elfogadja-e, milyen körülmények között? Összességében milyennek értékeli a gyermek értelmi képességeit?

Jutalmazhatóság

Mivel jutalmazható leginkább (szociális, tárgyi, egyéb)? Hogyan vehető rá tevékenységváltásra, általa kevésbé kedvelt tevékenységek elvégzésére, kérések teljesítésére?

Érzelmi reakciók

Mi okoz a gyermeknek örömet, bánatot? Bánat, fájdalom esetén igényel-e vigasztalást, mit tesz ilyenkor, hogyan lehet megnyugtatni? Ő maga nyújt-e vigaszt hasonló helyzetben másoknak (pl. hogyan reagál egy kortárs sírására)? Mennyire jól érti, illetve alkalmazza a mimikát és a gesztusokat? Mennyire ismerhető fel a gyermek aktuális hangulata? Élményeit elmeséli-e? Számára érdekes játéokra felhívja-e mások figyelmét? Hogyan fogadja a változásokat (személyek, tárgyak, napirend stb.)? Vannak-e indokolatlannak tűnő érzelmi megnyilvánulásai, megalapozatlan félelmek?

¹⁰⁶ Forrás: az Autizmus Alapítvány honlapja. Lásd https://docs.wixstatic.com/ugd/bef8c9_80f82ba66c6b4b1b88b0dbeb1154c1a1.pdf

Észlelés

Tapasztalt-e szélsőséges vagy furcsa reakciókat egyes hallási, vizuális, tapintási, ízlelési, szaglászó ingerekre (mire)?

Mozgás

Milyen színvonalú nagymozgása, finommozgása? Tapasztalt-e furcsaságokat ezen a területen? Vannak-e ismétlődő, sztereotip mozgásai, ha igen, milyen helyzetben jelentkeznek?

Önkiszolgálás

Étkezés, öltözködés (pl. időjárásnak megfelel-e), vécéhasználat stb.



**CSALÁDBARÁT
ORSZÁG**
NONPROFIT KÖZHASZNÚ KFT.

Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
Székhely: 1134 Budapest, Tüzér utca 33–35.
E-mail: ugyfelszolgalat@csbo.hu
Tel.: +36 70 500 1626
www.csbo.hu

A kiadásért *dr. Grundtner Marcell Károly* a Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft. ügyvezetője felel.

EFOP-1.9.5-VEKOP-16-2016-00001

A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ ÁGAZATKÖZI FEJLESZTÉSE

CSALÁDBARÁT ORSZÁG NONPROFIT KÖZHASZNÚ KFT.

SZÉKHELY: 1134 BUDAPEST, TÜZÉR UTCA 33-35.

E-mail: gyermekut@csbo.hu



www.gyermekut.hu