



GYERMEKÚT

MOZGÁSTERÁPIÁS PROTOKOLL A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓBAN

PROTOKOLL



**CSALÁDBARÁT
ORSZÁG**
NONPROFIT KÖZHASZNÚ KFT.

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

A kiadvány az EFOP-1.9.5-VEKOP-16-2016-00001
„A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése” kiemelt projekt keretében készült.

Szerzők:

Dr. Szvatkó Anna, Arató Domonkos, Bodnár Eszter, Fodorné Dr. Földi Rita

Szakmai lektor

Kereki Judit

Projekt szakmai vezető:

Kereki Judit

Módszertan alprojekt II. elemi projekt 1.3. tevékenység:

Dr. Szvatkó Anna tevékenység vezető

Módszertan alprojekt II. elemi projektjének koordinálását végezte:

Ágoston Kinga

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: efop195@csbo.hu

Tartalom

Bevezetés.....	5
1. Képzési struktúrák a mozgásterápiával foglalkozó szakmaterületeken a felsőoktatásban	7
1.1. Szomatopedagógus-képzés	7
1.2. Gyógytestnevelő-képzés.....	8
1.3. Gyógytornászképzés	9
1.4. Konduktorképzés.....	10
2. Diagnosztikai áttekintés mint értelmezési keret	12
2.1. Az átlagos fejlődés és a fejlődési elmaradások vázlata	12
2.2. A leggyakoribb diagnosztikus kategóriák, illetve tünetcsoportok	15
3. Az újszülött- és csecsemőkorai neurohabilitációs tréning koncepciója: a Katona-módszer.....	24
4. A hazánkban leggyakrabban használt mozgásterápiás/mozgásfejlesztő eljárások bemutatása	25
4.1. Alapozó Terápia / Labdaterápia	25
4.2. Bowen-terápia	28
4.3. DSGM – Dévény Speciális Manuális Technika – Gimnasztika Módszer	30
4.4. DSZIT – Dinamikus szenzoros integrációs terápia	32
4.5. HRG – Hidroterápiás Rehabilitációs Gimnasztika, TSMT I., II. – Tervezett Szenzomotoros Tréningek I., II.....	34
4.6. INPP mozgás- és készségfejlesztő módszer	38
4.7. IKT – Integrált kifejezés- és táncterápia	40
4.8. Lovasterápiák	45
4.9. Neuro-hidroterápia / NHT1,-2.	52
4.10. Huplé®-program	55
4.11. SZRT Pfaffenrot-féle szinergetikus reflexterápia – Pfaffenrot manuális technika	57
4.12. PROMT-módszer	59
4.13. Tunyogi Gyógyító Játékterápia.....	62
5. A hazánkban leggyakrabban használt pedagógiai hangsúlyú mozgásrendszerek rövid bemutatása.....	65
5.1. Kokas-módszer.....	65
5.2. Magyar Mozgáskotta Módszer.....	67

6. A kiemelt mozgásterápiás eljárásokban való tájékozódást segítő táblázatok.....	71
7. Összegzés, ajánlások.....	83
Bibliográfia	87

Bevezetés

Az, hogy hazánkban egy kezelésre szoruló csecsemő vagy egy kisgyermek milyen terápiás ellátásban részesül, meglehetősen esetleges. Saját tapasztalatok, megszokások, időhiányon alapuló tájékozatlanság, a problémás helyzet egyéni jellemzőihez való idomulás; vagy az elérhető szolgáltatások szűkebb köre, a szülő pénzügyi lehetőségeinek korlátozottsága lehetnek meghatározó tényezők a javaslatot adók körében. Egyre érezhetőbb azonban az az igény, hogy **az ellátás más szegmenseihez hasonlóan tudományos igényű bizonyítékokon alapuló módszertanok váljanak hozzáférhetővé**. Több kezdeti lépést azonosíthatunk ebben az irányban a vizsgált módszerek között, különösen a külföldi eredetű eljárások sorában; azonban – nyilván a módszerek összetett hatása miatt – ezek nem egyértelműek, gyakran nem kapcsolódnak a napi tapasztalathoz. A korai időszakban a mozgásterápiával segíthető területeken nehéz egyszerű kérdéseket feltenni (Mi a diagnózis?; Mely kezelés hatásos?; Mire hat az adott kezelés?), és még nehezebb egyszerű válaszokat kapni (erre jó; arra nem; semmire sem jó; mindenre jó).

Tájékozódásunk során meg kellett állapítanunk, hogy hazánkban a felhasznált módszerek hatásosságának szisztematikus, független elemzése még nem indultak el; sőt, ilyen irányú és megalapozott tervekkel sem találkoztunk.

Nem tagadhatjuk le azonban, hogy a mozgásterápiás módszerek rendszeres megismerése során olyan alapkérdés is felmerült, hogy vajon **mit is nevezünk mozgásterápiának**? A legáltalánosabb értelemben – mely a fizioterápiából, az egyik legősibb, természetes gyógykezelési módból származik – minden olyan mozgástevékenységet mozgásterápiának nevezhetünk, amelyet gyógyító céllal végeznek. Vajon ebben a széles értelemben kell vizsgálnunk a terminust akkor is, amikor a kora gyermekkori intervenció területén történő felhasználását figyeljük meg? Milyen mértékben képes ez a fogalomhasználat magába foglalni a korai időszakban elengedhetetlen komplexitást, amely egyes mozgásterápiás iskolák sajátja, másokból pedig lényegében teljesen hiányozik, vagy csak utalásszerűen jelenik meg? Mozgásról van csupán szó, vagy érzékelésről-mozgásról-kompetenciáról-kapcsolódásról-érzelmekről? Egy helyesen lefuttatott mozgássor a célja a mozgásterápiának? Egyáltalán bizonyos mozgások kivitelezése a cél, vagy a mozgással mint létünk alapjával történő gyógyító foglalkozás? A mozgást javítja a mozgásterápia vagy a mozgó embert/gyermeket? Hol van a határ a mozgás terápiás felhasználása és a mozgás pedagógiai célú (kéességfejlesztő, prevenciós) felhasználása között?

Ezekre a kérdésekre a jelenlegi helyzet elemzése során nem kaptunk egységesen alkalmazható válaszokat: az egyes mozgásterápiás rendszerek saját, elméleti kiindulásuk függvényében igen eltérően értelmezik tevékenységük lényegét. Amit ezzel kapcsolatban aggasztónak találhatunk a felhasználók szemszögéből az az, hogy eme kérdések **megválaszolatlanságának az egyes mozgásterápiás irányzatok képviselői nincsenek szükségszerűen tudatában**, nem helyeznek rájuk nagy hangsúlyt, illetve nem feltétlenül keresik a találkozási pontokat más mozgásterápiás irányzatokkal – így megmáshatatlanságuk képzeletét saját fejlődésük gátjává válhat.

A **mozgásterapeuta** fogalmának meghatározása ennél szövevényesebb kérdéseket vet fel, még akkor is, ha megengedjük magunknak, hogy a jogszabályi jellemzőket átmenetileg figyelmen kívül hagyjuk. Van-e egyértelmű képzésbeli feltétele annak, hogy valaki mozgásterapeutának nevezze magát? Mit kell tudnia egy mozgásterapeutának? Általában vett mozgásterapeuta-e valaki, vagy a speciális irányzatoknak vannak terápiás képviselői? Milyen színvonalú mozgáskultúrával kell rendelkez-

nie saját magának, illetve milyen mértékű saját élmény szükséges ahhoz, hogy hatékony legyen egy terapeuta? Mi által válik valaki gyógyító hatású terapeutává: elkötelezetten, fegyelmezett kitartással mutatja az utat előre, vagy a mozgásos tevékenység közben kialakuló értelmi és érzelmi állapotokat felfogja, jelentéssel ruházza fel, tükrözi, a gyermek mozgásos viselkedését érteni szándékozó hozzáállása által? Szüksége van-e a mozgásterapeutának szupervíziós támogatásra? Hány gyermek ellátására vállalkozhat egy időben?

Jóllehet ezekre a kérdésekre sem találtunk egységesen felhasználható válaszokat, mégis, pusztán a kérdések megfogalmazása hozzásegített bennünket ahhoz, hogy egyre felelősségteljesebben lássuk, hogy bár mozgásterápiáról, mint egységes létezőről és mozgásterapeutákról, mint ennek képviselőiről beszélni nem lehet, ugyanakkor **szükséges lenne egy olyan értékkör meghatározása, amellyel mindegyiknek rendelkeznie kellene, és amely segítségével alkalmassá válnának az egymással történő rendszeres kapcsolattartásra.**

Munkánkban ezeknek az elveknek az elemi meghatározására is vállalkozunk, hangsúlyozzuk azonban, hogy nem a hatásos/nem hatásos vagy a hatékony/nem hatékony alternatíva mentén helyezzük el az egyes mozgásterápiás irányzatokat, hanem rendszerezésünkben sokkal inkább **a különböző gyermeki fejlődési igények szempontjait** próbáljuk érvényesíteni. Kérdéseink megfogalmazásakor természetesen nem a készségfejlesztés és a mozgásos pszichoterápia dualizmusát szeretnénk továbbélezni, hanem a szembenállást felváltani a gyermeki szükségletek párhuzamosságának elfogadásával.

Ezeknek a tapasztalatoknak és szándékoknak fényében hozzuk a mozgásterápiákról kialakított képünk előterébe a különböző mozgásterápiával foglalkozó szakmaterületeken működő felsőoktatási képzési struktúrákat. Egy egyszerűnek látszó alapkérdés megválaszolását várhatjuk ettől: vajon hazánkban hol tanulnak és kik a mozgásterapeuták? Hiszen mást ért alatta a köznyelv, az egészségügy, a nevelés-oktatásügy, és ismét mást az önmagukat mozgásterapeutaként meghatározó személyek. Sajnos ezáltal még nem fogunk egyértelmű válasz birtokába jutni, de legalább részleteiben is látható lesz, hogy a kérdés mennyire összetett, ugyanakkor érzékeny, ezért még a részletkérdésekben való átlásfoglalások is nagy körütekintést igényelnek.

1. Képzési struktúrák a mozgásterápiával foglalkozó szakmaterületeken a felsőoktatásban

1.1. Szomatopedagógus-képzés¹

A gyógypedagógiai alapképzési szakok egyike a szomatopedagógia szakirány, mely pillanatnyilag az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar képzési kínálatában található meg.

A szomatopedagógia mindenfajta rehabilitációs szintén fellelhető gyógypedagógiai tevékenység, melynek segítségével **a mozgáskorlátozott személyek** életkori határ nélkül rehabilitációs szolgáltatást vehetnek igénybe; tehát a képzés is erre a széles életkori spektrumra készíti fel a hallgatókat. A képzés kiemelt momentum, hogy maga a szomatopedagógia **nem egy módszer**, hanem egy **komplex megközelítés**, amelyben az **egyéni változó szükségletek alapján** nyújtják a személyiséghez leginkább illeszkedő programot; nevelési-oktatási és terápiás elemek ötvözésével keresik a rehabilitáció legoptimálisabb útját a kliens számára. A terápiás program kidolgozása során az ismert és általánosan használt **különböző terápiás, rehabilitációs módszerekből és eljárásokból választ** a szomatopedagógus, akinek alapvető feladata az állapotfelmérés és a szükségletközpontú tervezés, illetve végrehajtás². Ebből a sokirányú felkészültségből adódóan nem csodálkozhatunk, hogy a **szomatopedagógusok munkájára nemcsak a mozgáskorlátozott személyek körében van szükség, hanem minden olyan állapotban és helyzetben, amikor a mozgás valamely momentum az átlagtól eltérő fejlődést mutat: tehát különösen az egyéb fogyatékosági kategóriákban, és a kora gyermekkori intervencióban**. A tevékenység középpontjában mindig a kliens és az ő támogatási szükséglete áll; a tevékenységre vonatkozó tervezés és szervezés alapvető eleme az állapotfelmérés és a szükségletközpontú tervezés és végrehajtás: „A szomatopedagógia olyan *összetett hatásrendszer*, amelyben a medicinális, pszichológiai, pedagógiai módszerek, eljárások és eszközök hatása a mozgáskorlátozott személlyel és annak környezetével összhangban realizálódik. Összetettségéből a következőkben csak a mozgásszervrendszer megváltozott működésére ható résztvékenységeket emeljük ki. A szomatopedagógiai folyamat alapja a komplex szomatopedagógiai felmérés vagy *folyamatdiagnosztika*, amely több lépésből álló diagnosztikus tevékenység. A mozgásos akadályozottság feltárása szempontjából kiindulópontja a mozgásszervi orvosi diagnózis és terápiás javaslat. A szomatopedagógiai állapotfelmérés vizsgáló, elemző és értelmező megállapításokat tesz – összevetve azokat a szakorvosi és pszichológiai megállapításokkal, az egyéb kiegészítő diagnosztikai eljárásokkal, a tágabb és szűkebb környezeti adottságokkal és elvárásokkal (BERNOLÁK 2011)”.

„A komplex állapotfelmérés többek között *feltárja a mozgásszervek működését, a tartási és mozgási funkciókat és funkcionális képességeket, azok eltéréseit, a mindennapos és az életkornak megfelelő tevékenység szintjét és minden, a mozgással összefüggésben lévő képességet*. Vizsgálja a környezetet, a tanulást, a kommunikációt és a személyi függetlenséget segítő technikai megsegítés szükségességét, valamint az attól való *függetlenség* lehetőségeit. Mindezek alapján *meghatározza a mozgásterápia, motoros képességfejlesztés menetét, technikáit, módszereit és eszközeit, eredménytelenség esetében pedig azok módosítását. A szomatopedagógia gyakorlatában ezt a résztvékenységet mozgásnevelésnek hívjuk* (BENCZÚR 2000, 43.)”.

¹ Forrás: https://www.prae.hu/prae/gyosze.php?menu_id=102&jid=36&jaid=524, A letöltés ideje: 2017. december 5.

² Márkus Eszter személyes közlése alapján (2018).

„A mozgásnevelés, mint komplex pedagógiai és gyógyító tevékenység főbb résztevékenységei:

- a mozgásszervek működésének javítása, korrekciója és kompenzációja a *fizioterápia* eszközeivel. A gyógyító eljárások közül a *gyógytornát*, a *masszázs*t alkalmazza, valamint a szükséges gyógyászati és rehabilitációs eszközöket (*A szakorvosi ellátás és a javasolt úgynevezett fizikoterápiás eljárások az egészségügyi ellátás igénybevételével történnek.*);
- a *motoros képességfejlesztés* és sportági felkészítés, a *testnevelés és sport mozgásanyagának, tevékenységformáinak adaptációjával*;
- az életkornak megfelelő *mindennapos tevékenységek megtanítása* az önellátás feltételeinek a kialakításával, a mozgásos alkalmazkodó képesség optimális szintre emelése érdekében;
- a kommunikációs képesség motoros feltételeinek javítása (BENCZÚR 2000)”.

A mozgásnevelés terápiás célú tevékenységei közül ki kell emelnünk:

- a diagnózis és mozgásállapot által meghatározott *gyógytorna eljárásokat*, *masszázs*t, az NDT (Neuro-Developmental Training) koncepció alapján végzett és egyéb mozgásjavítás érdekében folytatott kezeléseket;
- a kommunikáció-beszédfejlesztő módszereket, a *motoros képességek* javítását (etetésterápia, bazális terápia, augmentatív kommunikáció és az eszközhasználatához szükséges motoros képességjavítás);
- a speciális technikai megsegítést, a *gyógyászati és rehabilitációs eszközök* használatának a megtanítását és begyakoroltatását, a mindennapos tevékenység segítését egyedi eszközhasználat útján (ergoterápia) és a környezet szükség szerinti adaptációjával;
- a hidroterápiát, *szubakvális mozgásnevelést*;
- *a korai komplex fejlesztő terápiákat* és egyéb sajátos terápiás eljárásokat” (BENCZÚR 2011)”.

1.2. Gyógytestnevelő-képzés³

A Testnevelési Egyetemen képzik a gyógytestnevelő tanárokat, MA szinten. Az itt elérhető képzettség: okleveles gyógytestnevelő tanár. A képzés ideje: 3 félév levelező képzési formában, és 5 félév nappali képzésben. A szakmai gyakorlat elsősorban az iskolákban, egyéb képzőintézményekben, rehabilitációs intézetekben, pedagógiai szakszolgálatok helyszínein végzett gyógytestnevelés tanítási gyakorlatokat, és az iskola életével összefüggő egyéb szakmai gyakorlatokat jelenti.

A képzés célja:

A szakképesítést megszerző tanár egyszerre képes ellátni egy **testnevelő tanár és egy egészségügyi szakember feladatait**. Az egyes testi elváltozásokat korszerű terápiás eszközökkel kezeli, miközben tevékenysége folyamatosan ötvöződik a testkultúra iránti igény felkeltésével, ápolásával.

A gyógytestnevelők:

- az általános vagy szakmai képzést nyújtó intézményekben, különböző iskolatípusokban, valamint az iskolarendszeren kívüli képzésben szaktudományi végzettségüknek megfelelő területeken a testkultúra teljes keresztmetszetében gyógytestnevelő tanári (oktató-nevelő) munkát végezhetnek;
- olyan pszichomotoros képességekkel, mozgáskultúrával és készségekkel rendelkeznek, amelyek lehetővé teszik tudásuk gyakorlati alkalmazását, a mozgásos cselekvések magas szintű oktatását, a testkultúra értékeinek közvetítését;

³ Forrás: <http://tf.hu/kepzesek/msc-ma/ma-gyogytestnevelo-tanar>, A letöltés ideje: 2017. december 9.

- pszichomotoros, testkulturális és egészségügyi ismereteik szintézise alapján tudásukat alkotóan és eredményesen használják fel a mozgásszervi, belgyógyászati és pszichoszomatikus betegségek megelőzésében, kezelésében;
- tudományos és készség szintű adaptív pszichomotoros felkészültségük mellett olyan emberi tulajdonságokkal rendelkeznek, melyek a testkultúra és a betegellátás sajátos interdiszciplináris területeinek elengedhetetlen elemei;
- széles látókörűek: a sérült, akadályozott, beteg ember iránt érzett empátiájuk révén is képesek a szakterületüknek megfelelően rehabilitációs, mozgásterápiás tevékenységet folytatni, egészségügyi intézményekben is saját illetékességi körükön belül;
- képesek együttműködni az egészségügyi és szociális szolgáltatások rendszerének fejlesztésében, megvalósításában, ellenőrzésében;
- képesek az egészségügyi és szociális problémák felismerésére, lehetőség szerinti megoldására, illetve a megfelelő szakemberek ezen feladatok megoldásában történő bevonására;
- képesek egyéneknek, családoknak és közösségeknek egyaránt átadni az egészséges életmódra, s annak megőrzésére vonatkozó ismereteket.

1.3. Gyógytornásképzés⁴

Gyógytornásképzést nyújtó felsőoktatási Intézmények:

- Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar
- Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar
- Miskolci Egyetem Egészségügyi Kar
- Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar
- Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

A képzés tartalmi, szerkezeti átalakítását és minőségi reformját az EU-normáknak, valamint a Gyógytornászok Világszövetsége (WCPT – World Confederation for Physical Therapy) a graduális képzéssel szemben támasztott elvárásainak való megfelelés hívta életre, melyek a következők:

- a gyógytornászok alapképzése olyan főiskolai felsőfokú képzés, amely legalább négy éves;
- a képzés legyen függetlenül ellenőrzött és akkreditált, amely garantálja a végzettek számára a törvényi és a szakmai elismerést;
- a szakmai képzés készítse fel a gyógytornászt (fizioterapeutát) az önálló tevékenységre, a fizioterápiához szükséges funkcionális diagnózis felállítására, a tervezésre és a beavatkozás elvégzésére, valamint a fizioterápiás tevékenység felügyeletére, irányítására.

Ezen elvárások teljesítése tette lehetővé, hogy a Magyar Gyógytornászok Társasága 1995-ben felvételt nyert a WCPT-be annak teljes jogú tagjaként.

A négyéves, egészségügyi főiskolai képzésből kikerülő gyógytornászok:

- képesek felmérni a beteg funkcionális állapotát, illetve meghatározzák azokat a funkcionális problémákat és a hátterükben álló patológiai tényezőket, amelyek a fizioterápia módszereivel és eszközeivel hatékonyan kezelhetők;
- képesek definiálni, hogy milyen célokat tudnak elérni az egyes fizioterápiás módszerek alkalmazásával;

⁴ Forrás: <http://www.gyogytornaszok.hu/index.php?page=tartalom&cid=77>, A letöltés ideje: 2018. január 11.

- tudják, hogy a megelőzésben, terápiában és rehabilitációban hol a fizioterápiás eljárások helye, azokat a célnak megfelelően pontosan be tudják illeszteni a rendszerbe;
- képesek fizioterápiás kezelési eljárások technikai kivitelezésére, valamint annak irányítására, felügyeletére.

A gyógytornásképzés hazánkban, a világ legtöbb országához hasonlóan, az egészségügyi szférában történik, építve annak elméleti és klinikai, kórházi hátterére. Az alapképzéssel rendelkező gyógytornászok képességszinten a következőket sajátítják el:

- az egészséges és kóros mozgást jellemző ismérveket;
- a mozgás anatómiai, élettani, kórélettani, biomechanikai, kineziológiai, alkalmazott edzésselméleti alapjait, törvényszerűségeit;
- a mozgás vezetésének, irányításának módszereit;
- a fizioterápia módszereit: elektroterápia elméletét és gyakorlatát, a hydro- és balneoterápia alapismereteit, a masszázis elméletét és gyakorlatát, a mozgásterápiás eljárások passzív és aktív módszereit, speciális mozgásterápiás eljárásokat (manuálterápia, stretching, PNF: *proprioceptív neuromuszkuláris facilitáció*, Bobath-módszer, relaxációs módszerek);
- a prevenció és a rehabilitáció módszereit;
- azokat a széles skálájú klinikai ismereteket, amelyekben a fizioterápiás eljárásokkal és módszerekkel hatékonyan pozitív irányba lehet befolyásolni a beteg ember állapotát;
- ehhez kapcsolódóan az elsődleges, de főleg a másodlagos és harmadlagos prevenció elveit, módszereit;
- az állapotfelmérés alapvető fizikális vizsgálati módszereit, az egyéb vizsgálati eredmények értékelésének legalapvetőbb ismereteit.

1.4. Konduktorképzés⁵

A Semmelweis Egyetem Pető András Karán folyik a nappali tagozatos, 8 féléves, osztatlan képzés Budapesten, és alkalomszerűen székhelyen kívül is (mint például 2017 szeptemberétől Erdélyben). A képzési rendszerben megtalálható a BA mellett az MA szint, valamint a pedagógus-szakvizsgára való felkészítés is. A Karon belül működik a Konduktív Pedagógiai Intézet, melynek az oktatási feladatokban való részvételén kívül fontos szerepe van a konduktív pedagógiai kutatások szervezésében és a képzésbe integrálásában; valamint a szakirányú, szakmai továbbképzések, tréningek, ismeretterjesztő kurzusok szervezésében; hazai és külföldi tudományos fórumokon a konduktív nevelés képviselésében; és a külföldi egyetemeken folyó konduktív pedagógiai képzésekben való részvételben.

A képzés célja: olyan pedagógiai szakemberek képzése, akik elméletileg megalapozott ismeretek és képességek birtokában alkalmasak bármely életkorú, sajátos szükségletű mozgássérült (központi idegrendszeri sérült) konduktív neveléssel megvalósított fejlesztésére; továbbá megfelelő ismeretekkel rendelkeznek a képzés második ciklusban történő folytatásához. A képzésben 43% gyakorlat, 57% elmélet arány valósul meg.

⁵ Forrás: <http://peto.hu/start/hu/foiskolai-oktatas/kepzesek/konduktor-alapszak>, A letöltés ideje: 2018. január 11.; <http://semmelweis.hu/pak/peto-andras-karrol/munkatarsak/konduktiv-pedagogiai-intezet-kpi/>, A letöltés ideje: 2018. január 11.

Az óvodapedagógus specializáció célja, hogy olyan konduktorokat képezzen, akik felkészültek az óvodáskorú mozgássérült gyermekek (integrált/inkluzív csoportok) nevelésére, fejlesztésére, a mindenkori óvodai nevelési program megvalósítására.

A **tanító specializáció** célja, hogy olyan konduktorokat képezzen, akik felkészültek az 1-4. osztályos mozgássérült gyermekek (integrált/inkluzív osztályok) nevelésére, oktatására, a mindenkori tanterv megvalósítására.

2017. szeptemberétől angol nyelven is oktatják az óvodai és iskolai specializációt, valamint pedagógiai rehabilitációt.

A módszer alkalmazását a képzők leghatékonyabbnak 2–5 éves kor között találják cerebrál parietikus és központi idegrendszeri sérült gyermekek fejlesztésében. Jelenleg a módszerben körülbelül 2000 fő képzett.

2. Diagnosztikai áttekintés mint értelmezési keret

2.1. Az átlagos fejlődés és a fejlődési elmaradások vázlata

Az alábbi táblázat annak érdekében készült, hogy láthatóvá tegye azt a fogalmi kört, amelyben a megkérdezett mozgásterápiás szakemberek által elmondottakat értelmezni igyekeztünk:

Életkor	A normál fejlődés jellemzői	A fejlődési elmaradások tünetei
Újszülöttkor (0–3 hónap)	• Flexor tónus dominancia (a hajlító izmok fokozottabb tónusa) • Kezek először ökölben, majd ennek csökkenése, lazább tartás, ujjak nyújtása • Szimmetrikus tartás és mozgás (fej, törzs, végtagok vonatkozásában) • Újszülöttkori reflexek jelenléte, például aszimmetrikus tónusos nyaki reflex (fejfordítás irányába lévő kar nyújtva, az ellenoldalon hajlítva) • Reflexgátlások, mozgásválasz, tónusszabályozás, elemi mozgások • Fejtartás feletti uralom megszerzése (hason fejemelés, átfordítás) • Lassan mozgó tárgyak követése, fény, mozgás, erős kontúrok figyelése • A hangra figyel, magatartása változik, de nem követi az ingert • Beszédhangokra figyelés, játék a hangokkal (gőgicselés) • Szemkontaktus, mosoly Ritmus kialakulása a mindennapi tevékenységekben	• Aszimmetria a tónus terén • Jelentős gyakorisági különbség a végtagok mozgatásában • Reflexek hiánya • Gyenge mozgásválasz • Tónusszabályozás • Az elemi mozgások gátlása • Gőgicselés elszíntelenedése, megszűnése • Szemkontaktus hiánya • Ölbé simulás hiánya • Megnyugtathatóság nehézségei • Édesanyjára nem reagál megkülönböztetetten • Alvás-ébrenlét szabályozás nehézségei

Életkor	A normál fejlődés jellemzői	A fejlődési elmaradások tünetei
3–8 hónap	• Szimmetrikus tartás • Az aszimmetrikus tónusos nyaki reflex fokozatos gátlása • Hossztengely körüli fordulat (először hasról hátra, majd mindkét irányba oda-vissza) • Élettani nagymozgások: kúszás, mászás, önálló ülés • Fejtartás hosszan és könnyen • Kezeit középre hozza, szájba veszi • Tárgy felé való nyúlás, fogás, ütögetés • Szem-kéz koordináció megjelenése: tárgyat tekintettel követ, kézzel megragad, szájba vesz, nézeget (eleinte a középvonalban), megtart, majd elenged, egyik kézből a másikba átvesz, tekintetét váltani tudja egyik tárgyról a másikra • Hangsorokat ismétél, gőgicsél, hangosan nevet, ajakhangok megjelenése • Tárgyállandóság (a tárgyak léteznek akkor is, ha épp nem látja őket) • Anya explorációja (felfedezi őt, megkülönböztetett módon kötődik hozzá) • Idegenre adott reakció (a szakasz elején tekintetkapcsolat felvétele, a végén szégyenlősség, félelem)	• Élettani nagymozgások atípusos végrehajtása, egyik testoldal elmaradása, mozgásfejlődési szakasz kimaradása vagy megkésettsége • Fejtartás problémái • Tárgy felé való nyúlás, tekintettel követés, fixáció hiánya
8–15 hónap	• Élettani nagymozgások: állás, járás, védekező mozgások egyensúlyvesztésnél • Céltárgyas, pontosan nyúl tárgyakért, két tárgyat is felvesz, megtart • 3 ujjas csippentés, hüvelykujj-oppozíció • Első szavak megjelenése • Figyel a szövegre • Képet tartósan néz • Formát egyeztet, tárgyakat összefüggésbe hoz egymással (egymásba rak, kivesz) • Nevére reagál, közös figyelmi fókusz kialakulása az anyával (másodlagos interszubjektivitás) • Szeparációs szorongás, kukucsjáték, tükörkép-nézegetés • A felnőttek utánzása • Egyéves korban szempont: alvás-ébrenlét szabályozás	• Mozgásszakaszok megkésettsége, atípusos jellege, egyensúlyi védekező mozgások hiánya • Hallási és látási figyelem hiánya • Babinski-reflex fennmaradása • Idegenekkel szembeni tartózkodás teljes hiánya, kukucsjátéktól megijed, tükörképét nem figyeli

Életkor	A normál fejlődés jellemzői	A fejlődési elmaradások tünetei
15–24 hónap	- Járás, statikus és dinamikus egyensúly fejlődése - Lépcsőzés utánlépéssel - Manipuláció finomodása: tárgyak összeillesztése, elemi szintű problémamegoldás manipulációval, játékokkal funkció szerinti játék, tárgyak megragadása, elengedése, praxis (pl. labdagurítás, dobás), ujjak elkülönült mozgása, nyomot hagy a papíron, firkál - Öltözködés: kezét, fejét bedugja a ruhába, test, testrészek viszonyának észlelése - Szájkörüli mozgások (harapás, rágás) fejlődése, darabos táplálék fogyasztása - Beszédmozgások fejlődése, kétszavas mondatok, beszédértés - Utánzás - Egyszerűbb utasításokat követ - Szimbolikus játék kialakulása	- Test, testrészek azonosításának zavara - Tárgyakkal való manipuláció hiánya - Instrukció- és kontextusmegértés hiánya - Utánzás hiánya
24–36 hónap	- Mozgáskoordináció fejlődése: járás, futás, ugrás, lépcsőn járás, kar-láb munka összerendezése, alternáló (váltakozó irányú) mozgások, mászóka, hinta (még nem önállóan), testséma (nagy és látható testrészek megmutatása) - Konstruál, több tárgyból épít (például tornyot) - Csavaró mozgást kivitelez, lapoz - Nappali szobatisztaság	- Koordinálatlan, összerendezetlen mozgás, járás, futás - Alternáló mozgások hiánya - Látható testrészek megmutatásának hiánya - Problémás (elhúzódozó vagy túl gyors) intézményi beszoktatás
3–4 év	- Rövid ideig megáll fél lábon, lábujjhegyen, jól fut és ugrik, labdakezelés, háromkerekű biciklit hajt - Mosdóhasználat, fogmosás, önálló étkezés, önálló öltözés, eszközök (például evőeszköz, játék) praktikus használata, ollóval vág, gyöngyöt fűz - Rajzolás: lengőfírka, körkörös fírka - Verbalizáció, reláció-fogalmak - Szociális együttműködés, elemi viselkedésmintákhoz való alkalmazkodás	- Szegényes tárgyhasználat - Verbalizáció elmaradása, utasítások megértésének hiányossága - Elemi viselkedéskontroll hiányossága - Szociális együttműködés hiánya

Életkor	A normál fejlődés jellemzői	A fejlődési elmaradások tünetei
4–5 év	- Mozgáskoordináció harmonizálódása, váltott lábbal lépcsőn járás, a test és a testrészek egymáshoz való viszonyának felismerése, relációk (viszonyszavak: előtt, mögött stb.) használata, mozgásos játékokban való részvétel, labdadobás és -elkapás, labdagurítás mozgás közben, ellentétes kar-lábmozgással történő járás, futóbicikli, roller használata - Szökdelés két lábon, hinta hajtása, stabil mászóka- használata - Rajzolás: fej-láb emberke, pálcika figura, felismerhető formák ábrázolása (például kör, négyzet, háromszög) - Szerepjáték, konstrukciós játék	- Eszközhazsnálat elmaradása - Rajztevékenység, mesehallgatás elutasítása - Beszédfejlődés elmaradása, szegényes szókincs, tömondatok, beszédre való figyelem hiányossága - Szerepjáték, konstrukciós játék elmaradása - Öntörvényű viselkedés - Folyamatos tevékenységváltás
5–6 év	- Szökdelés egy lábon - Testséma kialakulása, bal-jobb oldal elkülönítése, ujjak azonosítása és megnevezése - Domináns kéz, domináns szem kiválasztódása, bilaterális integráció, testközépvonal-keresztvezés megvalósulása - Képes a ritmus- és mozgásszekvenciára 10 percig tud figyelni, egyre erősebb a szabálytudat, feladattudat, feladattartás, tanulási motiváció - Képes a késleltetésre szociális helyzetben és feladat végrehajtásnál - Rajzolás: kétdimenziós emberrajz, elemi geometriai formák ábrázolása, grafomotoros képesség, utánrajzolás - Önkiszolgálás, mosdóhasználat, öltözködés - Elmélyült játék, szabályjáték	- Kialakulatlan testséma, jobb-bal tévesztés, ujj azonosítás nehézsége - Szabálytudat, szabálykövetés kialakulatlansága - Együttműködés hiánya - Tartós figyelem hiánya (nem tud elmélyülten játszani) - Grafomotoros készségek elmaradása - AZ önellátás hiánya

2.2. A leggyakoribb diagnosztikus kategóriák, illetve tünetcsoportok⁶

Tekintettel arra, hogy a különféle gyermeki problémák gyakran az egészségügyi rendszerben kerülnek meghatározásra, illetve diagnosztizálásra, fontosnak tartjuk, hogy a ma hivatalosan megjelenő, illetve számon tartott diagnosztikai kategóriákat is áttekintsük röviden. A klinikai, fejlesztő gyakorlatban nem minden esetben egyértelmű a terminológia, hogy mely problémátípust milyen fogalmakkal írunk le, illetve az ezen fogalmak mögött meghúzódó, megfigyelhető vagy jellemző problémák meghatározása sem mindig egyértelmű. A DSM-5 (2013), illetve a BNO-10 (2004) olyan diagnosztikai kategóriarendszert tartalmaz, mely igyekszik minél konkrétabban és egymástól elkülöníthetően meghatározni az egyes problémátípusokat. Így ez az összegzés **segítséget nyújthat a szülők számára** is abban, hogy a gyermekükkel kapcsolatos diagnózisokat könnyebben értelmezhessék. A kategóri-

⁶ Forrás: DSM-5 referencia kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz. Budapest, Oriold és Társai Kiadó és Szolgáltató Kft., , 2013, 77–109.; BNO-10 zsebkönyv. Budapest, Animula Kiadó, 2004, 134–171.

rendszer egyszerű támaszt nyújthat a **szakembereknek is**, hogy az átláthatóság, kategorizálás és az elkülöníthetőség kérdéseiben jobban eligazodhassanak a változatos tünettannal való találkozásokkor.

A *DSM-5* meghatározása szerint átfogóan azt a kategóriát, melyet a különféle fejlesztő irányzatok céloznak, az *idegrendszer fejlődési zavarai* között tartják számon. A *BNO-10* a *pszichés fejlődés zavarai, viselkedési és érzelmi zavarok*, rendszerint gyermek- vagy serdülőkor kezdettel című főcsoportok alatt részletezi az ide tartozó zavarokat. A *DSM-5* szerinti kategóriákat normál, a *BNO-10* szerintieket *dőlt* betűvel jelezzük.

Az idegrendszer fejlődési zavarai

• **Intellektuális képességzavar**

Az intellektuális képességzavarhoz (*Értelmi fejlődés zavarai, Mentális retardáció*) az elvont gondolkodás (problémamegoldás, tervezés, ítéletalkotás, ismeretszerzés, tapasztalatokból való tanulás), a társas élet (függetlenség, szociális felelősség, kommunikáció, önállóság) és a gyakorlati élet területein mutatott elmaradás sorolódik, különböző súlyossági fokokon (enyhe, mérsékelt/közepes, súlyos, igen súlyos).

Globális fejlődési késés: 5 éves kor előtt alkalmazható kategória, ha a gyermek nem éri el az elvárható fejlődési szintet az értelmi fejlődés több területén, de sztenderd módon nem felmérhető nála az értelmi képesség.

Nem meghatározott intellektuális képességzavar: 5 éves kor fölött adható kategória, ha az értelmi képesség nem mérhető fel szisztematikus módon a társuló fizikai vagy érzékszervi károsodások miatt.

• **Kommunikációs zavarok**

Nyelvi zavar (*A beszéd és a beszédnyelv specifikus fejlődési zavarai*): a nyelvelsajátítás és nyelvhasználat területén fennálló folyamatos nehézség, melyek különböző modalitásban jelentkeznek és a következő formák okozhatják: csökkent szókincs, korlátozott mondat szerkezetek, társalgás károsodása. Lényegesen és mennyiségileg elmaradnak az életkori elvárt szinttől, ami miatt a hatékony kommunikáció, a társas élet, az iskolai teljesítmény károsodik. A tünetek a fejlődés korai szakaszában kezdődnek és nem érzékelési károsodás, motoros diszfunkció vagy egyéb neurológiai állapot okozza őket, illetve nem magyarázhatóak jobban az intellektuális képesség zavaraival.

Beszédhangkiejtési zavar (*Artikuláció jellegzetes zavara, A kifejező/expresszív beszéd zavara*): a beszédhangok képzésében folyamatosan fennálló nehézség, amely korlátozza a beszéd érthetőségét, vagy gátolja a kommunikáció szóbeli közlés részét. Károsodik a hatékony kommunikáció, ami nehezíti a társas helyzetekben való részvételt és az iskolai teljesítményt. A fejlődés korai időszakában jelentkeznek a tünetek, és a nehézségeket nem veleszületett vagy szerzett állapotok okozzák. Ide tartozik a fejlődési fonológiai zavar, funkcionális beszéd-artikulációs zavar, echolalia, a fejlődési dysphasia vagy az aphasia expresszív típusa is.

A beszédmegértés (receptív beszéd) zavara: a beszédmegértés a gyermek életkorában elvárttól elmarad, a kifejező beszéd is érintett, szó- és hangképzési rendellenességek is jelen vannak. Ide tartozik a kongenitális auditív impercepció, a fejlődési dysphasia, az aphasia receptív formája, a Wernicke-féle szenzoros aphasia és a szósüketség.

Szerzett aphasia epilepsziával (*Landau-Kleffner szindróma*): a korábbi, normális fejlődés után a gyermek elveszíti receptív és expresszív nyelvi készségeit az általános intelligencia megtar-

tottsága mellett. Jellegzetes paroxizmális eltérésekkel jár az EEG-n, epilepsziás rohamok észlelhetők. Leggyakrabban 3-7 éves kor között kezdődik, a funkcióromlás rövid idő alatt következik be.

A beszéd folyamatosságának gyermekkorban kezdődő zavara (dadogás): a beszéd normális folyamatosságában és tempójában jelentkező zavar, ami az életkori elvárthoz képest elmarad, hosszabb ideig fennáll, és a továbbiak közül legalább egy jellemző rá: hang- és szótagismétlés, hangok kiejtésének meghosszabbítása, szavak megtörése, hallható vagy hangtalan leblokkolás, körülírások, a szavak képzése fokozott fizikai erőfeszítést igényel, egy szótagú szavak ismétlése. A zavar szorongást vált ki, károsítja a hatékony kommunikációt, a társas életet és az iskolai teljesítményt. A tünetek a fejlődés korai időszakában jelentkeznek, és nem motoros vagy érzékszervi eredetű károsodás áll a háttérben; más mentális zavarral nem magyarázható.

A társas (pragmatikai) kommunikáció zavara: folyamatos nehézség a társas helyzetekben használt verbális és nonverbális kommunikációban. Nehézség a kommunikáció társas használatában, a kommunikáció helyzethez vagy partnerhez illesztésében, módosításában, a társas történetmesélés szabályainak követésében, a nem expliciten kiejtett dolgok megértésének nehézségei. A tünetek korlátozzák a hatékony kommunikációt, a társas kapcsolatokat, az iskolai teljesítményt; korai időszakban jelentkeznek; nem magyarázhatóak más egészségügyi, neurológiai állapotokkal, autizmus spektrum zavarral, az intellektuális képességek zavarával.

Nem meghatározott kommunikációs zavar (*A beszéd és a nyelvfejlődés k. m. n. zavara*): a kommunikációs zavar olyan tünetei jelentkeznek, melyek szenvedést vagy működésbeli károsodást okoznak, de nem merítik ki a korábbi diagnosztikus kategóriákat.

- **Autizmus spektrum zavar/Pervazív fejlődési zavarok**

Autizmus spektrum zavar (*Gyermekkori autizmus*): a társas kommunikáció és a szociális interakciók folyamatosan fennálló hiányossága. Hiányok jelentkeznek a társas érzelmi kölcsönösség terén, a szociális interakciók során használt non-verbális kommunikációban, a kapcsolatok kialakítása, fenntartása és megértése terén. Súlyosság szerint is elkülönítjük. Jellemzőek továbbá a korlátozott, ismétlődő viselkedésmintázatok, beszűkült érdeklődés vagy tevékenységek. Megjelenhetnek sztereotip vagy ismétlődő motoros mozgások; tárgyhasználat vagy beszéd; ragaszkodás az állandósághoz, rutinhoz, ritualizált viselkedésmintázatokhoz; korlátozott, szűk körű érdeklődés, melynek intenzitása vagy tárgya lehet abnormális, szenzoros ingerekre adott túlzott vagy csökkent reakció, vagy szokatlan érdeklődés a környezet szenzoros részletei iránt. Szintén súlyosság szerint osztályozandóak. A tünetek korai fejlődési időszakban jelentkeznek, jelentős károsodást okoznak a társas, foglalkozásbeli működés területein; az eltérések nem magyarázhatóak jobban intellektuális képességzavarral vagy globális fejlődési késéssel. Társulhat értelmi zavarral, nyelvi zavarral, általános vagy genetikai állapottal vagy környezeti faktorról, más idegrendszeri fejlődési, mentális vagy viselkedéses zavarral, katatóniával.

Atípusos autizmus: az abnormális és károsodott fejlődés 3 éves kor után kezdődik, jellemzője, hogy nem észlelhető mindhárom területen patológiás működés (reciprok szociális interakciók, korlátozott kommunikáció, ismétlődő sztereotip viselkedés). Ide tartozik a gyerekkori atípusos pszichózis és a mentális retardáció autisztikus tünetekkel is.

Rett-szindróma: lányoknál alakul ki 7 és 24. hónapos kori kezdettel: a beszéd, a motoros készségek, a kézhasználat részleges vagy teljes elvesztésével jár, amit a fej növekedésének lassulása

kísér. Célirányos kézmozgások elvesztése, kézszorítási sztereotípiák és hiperventilláció jár vele együtt. Érintett a szociális- és játékfejlődés. Négyéves kor körül kialakul a törzsataxia és az apraxia, később gyakori a choreoatetoid mozgászavar, valamint a súlyos mentális retardáció (a DSM-V ezt a kórképet a genetikai eltérések közé sorolta át).

Egyéb gyermekkorai dezintegratív zavar: a normál fejlődési periódust (első két év) követően megszűnik a környezet iránti általános érdeklődés, ismétlődő, sztereotip motoros cselekvések és a szociális interakciók autizmushoz hasonló abnormalitása alakul ki. A korábban megszerzett jártasság elvesztése az expresszív vagy receptív beszédnek, a szociális jártasságnak, adaptív viselkedésnek, az ürítési funkcióknak, játéknak, motoros ügyességnek. Hátterében állhat encephalopathia. Ide tartozik a dementia infantilis, a dezintegratív pszichózis, a Heller-szindróma és a szimbiotikus pszichózis is.

Asperger-szindróma: a reciprok szociális interakciók abnormalitása és az érdeklődés és aktivitás korlátozott, sztereotip repertoárja jelenik meg. A nyelvi vagy kognitív fejlődés megtartott (a DSM-V-ből kikerült).

Egyéb pervazív fejlődési zavar: súlyos károsodás a szociális interakciók fejlődésében, a kommunikációban; sztereotip viselkedés is megjelenik, de a kritériumok nem felelnek meg a korábban jelzett zavaroknak.

- **Figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar/A viselkedés és az érzelmi – hangulati élet rendszereint gyermek- vagy serdülőkorban jelentkező zavarai**

Figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar (*Hiperkinetikus zavarok, Az aktivitás és a figyelem zavarai*): a figyelemhiány és/vagy a hiperaktivitás-impulzivitás olyan állandó mintázata, amely megakadályozza a működést vagy a fejlődést. Figyelemhiány (legalább 6 tünet 6 hónapig): nem figyel a részletekre; gondatlan; hibát vét; a figyelem megtartása nehéz feladat számára; játék közben másoknak úgy tűnhet, hogy nem figyel, amikor közvetlenül hozzá beszélnek; nem csinálja végig az instrukciókat; nem fejezi be a feladatokat; nehézséget okoz a feladatok, tevékenységek megszervezése; kerüli a tartós mentális erőfeszítést igénylő kihívásokat; gyakran elveszti a feladatokhoz szükséges eszközöket; külső ingerek könnyen elterelik a figyelmét, feledékeny a napi tevékenységekben. Hiperaktivitás (legalább 6 tünet 6 hónapon át): keze-lába jár; fészkelődik; dobog; elhagyja a helyét olyan helyzetekben, amikor egy helyben kellene ülnie; szaladgál; felmászik helyekre olyankor is, amikor az nem megfelelő; nem tud csöndben játszani vagy csöndben maradni szabadidős tevékenységek közben; gyakran „mehetnékje van”; túl sokat beszél, kimondja a választ, mielőtt a kérdés befejeződött volna; nehezebbé esik várakozni, félbeszakít másokat. 12 éves kor előtt számos tünet jelen van; az élet több területén is megfigyelhetők a tünetek; befolyásolják a társas, iskolai működés minőségét; nem magyarázhatóak jobban más mentális zavarral. Létezik kombinált megjelenési formája, túlnyomórészt figyelemhiányos formája és túlnyomórészt hiperaktív/impulzív megjelenési formája.

Egyéb meghatározott figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar (*Egyéb hiperkinetikus zavar*): klinikailag jelentős szenvedést okozó figyelemhiányos/hiperaktivitás tünetek, de nem merítik ki a korábban részletezett diagnosztikus kategóriát.

Nem meghatározott figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar (*K. m. n. hiperkinetikus zavar*): az előzővel azonos kategória, de a diagnosztika nem akarja jelezni, hogy a megjelenési forma miért nem meríti ki a figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar kategóriát.

Magatartási zavarok: tartós disszociális, agresszív vagy dacos magatartás sémák. Az uralkodó szociális normák, viselkedéses szabályok durva áthágása, megsértése (emberek és állatokkal szembeni agresszió, vagyonrongálás, szabályok súlyos megsértése). Elkülönítünk *A családi körre korlátozódó magatartászavart, Korcsoportba sem beilleszkedettek magatartászavarát, Kortárs csoportba beilleszkedettek magatartászavarát, Nyílt (kihívó) oppozíciós zavart, Egyéb magatartászavart, K. m. n. magatartászavart.*

Kevert magatartás és emocionális zavarok: az agresszív, disszociális vagy kihívó magatartás depresszióval, szorongással vagy más emocionális zavarral kombinálódik. Elkülönítünk *Depressziós magatartászavart, Egyéb kevert magatartás és emocionális zavart, K. m. n. kevert emocionális és magatartászavart.*

Jellegzetesen gyermekkorban kezdődő emocionális zavarok: a normális fejlődés eltúlzott formáinak tekinthetők. Elkülönítünk *Szeparációs szorongást a gyermekkorban, Fóbiás szorongásos zavart gyermekkorban, Szociális szorongásos zavart gyermekkorban, Egyéb gyermekkori emocionális zavart, K. m. n. gyermekkori emocionális zavart.*

A szocializáció jellegzetesen gyermek- és serdülőkorban kezdődő zavarai: a szociális funkciókban abnormalitás jelentkezik, ami a fejlődési szakaszban kezdődik, és nem jellemezhető elsődlegesen alkati szociális inkompetenciával vagy deficittel. Meglehetősen heterogén csoport. Ide tartozik az *Elektív mutizmus, Reaktív kötődési zavar gyermekkorban (gátolt és dezinhibíciós típus), Egyéb gyermekkori szociális funkciózavar, K. m. n. gyermekkori szociális funkciózavar.*

Egyéb, rendszerint gyermek- és serdülőkorban kezdődő viselkedési és érzelmi zavarok: heterogén csoport, egyetlen közös kritérium a gyermekkori kezdet. Ide tartozik a *Nem organikus enuresis, Nem organikus encopresis, Csecsemő- és gyermekkori táplálási zavar, Pica csecsemő- és gyermekkorban, Sztereotip mozgászavar, Dadogás, Hadarás, Egyéb, rendszerint gyermekkorban vagy serdülőkorban kezdődő meghatározott viselkedés és emocionális zavar, Rendszerint gyermekkorban vagy serdülőkorban kezdődő k. m. n. viselkedés és emocionális zavar, Máshová nem osztályozható k. m. n. mentális zavar.*

Specifikus tanulási zavar / Az iskolai teljesítmény specifikus fejlődési zavarai

Specifikus tanulási zavar: a tanulási nehézségek, az iskolai készségek használatának nehézségei legalább 6 hónapja fennállnak a célzott intervenciók ellenére: pontatlan vagy lassú szóolvasás; olvasott szöveg jelentésének megértésében jelentkező fennakadások; nehézség a szavak betűzésében, az írásbeli kifejezésben; a számok felfogásának, a számokkal kapcsolatos tények uralásának, a számolási készségnek a nehézsége; problémák a matematikai érvelés, gondolkodás terén. Az érintett készségek elmaradnak az életkori elvárthoz képest, jelentős hatással vannak az iskolai teljesítményre; a tünetek az iskolai évek alatt kezdődnek, de rejtve maradhatnak, amíg a követelményrendszer meg nem haladja a személy korlátozott teljesítőképességét; más intellektuális képességzavarral nem magyarázható jobban. Kódolható olvasási zavarral, az írásbeli kifejezés zavarával, számolási zavarral. A BNO-10 elkülönítése a kategórián belül a *Meghatározott olvasási zavar (dyslexia), Írás zavara (dysgraphia), Az aritmetikai készségek zavara (dyscalculia), Az iskolai készségek kevert zavara, Egyéb fejlődési zavara az iskolai készségeknek, Iskolai készségek k. m. n. fejlődési zavara.* **Kevert specifikus fejlődési zavar:** A BNO-10 külön kategóriaként említi, reziduális tétel, ahol a beszéd, a nyelv, az iskolai készségek, motoros funkciók kombinált fejlődési zavara észlelhető, de önmagában egyik tünet sem elegendően kifejezett, hogy elsődleges diagnózisként alkalmazható legyen. Általában a kognitív funkciók

általános károsodásával társul. Legalább két vagy több fejlődési zavar kritériumának kell teljesülnie a beszédzavarok, iskolai teljesítmény, motoros funkciózavarok kategóriáiból.

- **Mozgászavarok**

Mozgáskoordináció fejlődési zavara (*A motoros funkció specifikus fejlődési zavarai*): a mozgáskoordinációs készségek elsajátítása és kivitelezése jelentősen elmarad a biológiai kortól és az elvárt szinttől. Ügyetlenségben, a motoros készségek végrehajtásának lassúságában, pontatlanságában nyilvánul meg. Jelentősen és folyamatosan hatással van a személy életkorának megfelelő napi tevékenységekre, iskolai teljesítményre, játéktevékenységekre. A tünetek a fejlődés korai szakaszában jelentkeznek, nem magyarázhatóak jobban intellektuális képességgal, látáskárosodással, mozgásra ható neurológiai állapottal.

Sztereotip mozgászavarok (*Sztereotip mozgászavar*): ismétlődő, belső késztetésre induló, céltalan mozgásos viselkedés, ami kihat a társas, iskolai vagy egyéb tevékenységekre; önsértéshez vezethet. A fejlődés korai szakaszában jelenik meg, nem szer vagy neurológiai állapot élettani hatása okozza, nem magyarázható más idegrendszeri fejlődési vagy mentális zavarral. Jelölendő, ha önsértő viselkedéssel vagy anélkül jelenik meg, ha ismert egészségügyi vagy genetikai állapottal, az idegrendszer fejlődési zavarával vagy környezeti faktorról társul; súlyosság szerint is elkülönítjük.

Tic-zavarok (*Tic-zavarok*): hirtelen, gyors, ismétlődő, nem ritmusos mozgás vagy hangadás. Akaratlagosan befolyásolhatatlannak tűnik, de időlegesen elnyomható.

Tourette-zavar (*Kombinált vokális és multiplex motoros tic(zavar) – Gilles de la Tourette-szindróma*): többféle motoros és egy vagy több vokális tic megjelenése (nem feltétlenül egy időben); az első megjelenéstől számított több mint egy évig fennállnak; gyakoriságuk változhat; tízenyolc éves kor előtt megjelennek; nem egy szer vagy más egészségi állapot élettani hatása okozza.

Tartós (krónikus) motoros vagy vokális tic-zavar (*Krónikus motoros vagy vokális tic-zavar*): egy vagy több motoros vagy vokális tic, de nincs mindkettő jelen; első megjelenéstől számított több mint egy éve fennállnak; gyakoriságuk változhat; nem merítik ki a Tourette-zavar kritériumait.

Provizórikus tic-zavar (*Átmeneti tic-zavar*): egy vagy többféle motoros vagy vokális tic; első megjelenéstől számítva kevesebb, mint egy éve állnak fenn; tízenyolc éves kor előtt megjelennek; a tünetek nem merítik ki a Tourette-zavar vagy a Tartós tic-zavar kritériumait.

Egyéb meghatározott tic-zavar (*Egyéb tic-zavarok*): klinikailag jelentős szenvedést okozó tic-tünetek, de nem merítik ki egyik tic-zavar diagnosztikus kritériumait sem.

Nem meghatározott tic-zavar (*K. m. n. tic-zavarok*): a tic-tünetek jelentős szenvedést okoznak, de nem merítik ki egyik tic-zavar diagnosztikus kategóriáját sem, és a jelölő nem akarja meghatározni, hogy miért nem.

Az idegrendszer fejlődésének egyéb zavarai

Az idegrendszer egyéb meghatározott fejlődési zavara (*A pszichológiai fejlődés egyéb zavarai*): az idegrendszer fejlődési zavarának olyan tünetei jelentkeznek, melyek klinikailag jelentős szenvedést vagy működészavart okoznak, de nem merítik ki az idegrendszeri fejlődési zavarok diagnosztikus osztályának egyik zavardiagnózisát sem. Példa: az idegrendszer fejlődési zavara társul prenatális alkoholexpozícióval. A BNO-10 szerint ide tartozik a *fejlődési agnózia*.

Az idegrendszer nem meghatározott fejlődési zavara (*A pszichológiai fejlődés zavarai k. m. n.*): az idegrendszer fejlődési zavarainak olyan tünetei jelentkeznek, melyek károsítják a társas

vagy működési területeket, de nem merítik ki egyik diagnosztikus kategóriát sem; és a klinikus nem akarja meghatározni, hogy miért nem.

Összefoglaló táblázat a DSM-5 kategóriáiról

Az idegrendszer fejlődési zavarai

Intellektuális képességzavar	• Intellektuális képességzavar (Értelmi fejlődési zavar) • Globális fejlődési késés • Nem meghatározott intellektuális képességzavar (Értelmi fejlődés zavara)
Kommunikációs zavarok	• Nyelvi zavar • Beszédhang-kiejtési zavar • A beszéd folyamatosságának gyermekkorban kezdődő zavara (dadogás) • A társas (pragmatikai) kommunikáció zavara • Nem meghatározott kommunikációs zavar
Autizmus spektrum zavar	• Autizmus spektrum zavar
Figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar	• Figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar • Egyéb meghatározott figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar • Nem meghatározott figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar
Specifikus tanulási zavar	• Specifikus tanulási zavar
Mozgászavarok	• Mozgáskoordináció fejlődési zavara • Sztereotip mozgászavarok • Tic-zavarok • Nem meghatározott tic-zavar
Az idegrendszer fejlődésének egyéb zavarai	• Az idegrendszer egyéb meghatározott fejlődési zavara • Az idegrendszer nem meghatározott fejlődési zavara

Összefoglaló táblázat a BNO-10 kategóriáiról

Mentális retardáció

Enyhe mentális retardáció	
Közepes ⁷ mentális retardáció	
Súlyos mentális retardáció	
Igen súlyos mentális retardáció	
Mentális retardáció k. m. n.	
Nem osztályozott mentális retardáció	

A pszichés (lelki) fejlődés zavarai

A beszéd és a beszédnyelv specifikus fejlődési zavarai	• Az artikuláció jellegzetes zavarai • A kifejező (expresszív) beszéd zavarai • A beszédmegértés (receptív beszéd) zavarai • Szerzett aphasia epilepsziával (Landau-Kleffner szindróma) • Egyéb nyelvi és beszédfejlődési zavar • A beszéd és a beszédfejlődés k. m. n. zavarai
Az iskolai teljesítmény specifikus fejlődési zavarai	• Meghatározott olvasási zavar (dyslexia) • Az írás zavarai (dysgraphia) • Az aritmetikai készségek zavarai (dyscalculia) • Az iskolai készségek kevert zavarai • Egyéb fejlődési zavarai az iskolai készségeknek • Iskolai készségek k. m. n. fejlődési zavarai
A motoros funkció specifikus fejlődési zavarai	
Kevert specifikus fejlődési zavarok	
Pervazív fejlődési zavarok	• Gyermekkori autizmus • Atípusos autizmus • Rett-szindróma • Egyéb gyermekkori dezintegratív zavar • Mentális retardációval és sztereotip mozgászavarral társuló túlzott aktivitás • Asperger-szindróma • Egyéb pervazív fejlődési zavar • K. m. n. pervazív fejlődési zavar
A pszichológiai fejlődés egyéb zavarai	
A pszichológiai fejlődés zavarai k. m. n.	

⁷ A mai kategóriaahasználat szerint: mérsékelt.

A viselkedés és az érzelmi-hangulati élet rendszerint gyermek- vagy serdülőkorban jelentkező zavarai

Hiperkinetikus zavarok	• Az aktivitás és a figyelem zavarai • Hiperkinetikus magatartászavar • Egyéb hiperkinetikus zavar • K. m. n. hiperkinetikus zavar
Magatartási zavarok	• A családi körre korlátozódó magatartászavar • Kortárscsoportba sem beilleszkedettek magatartászavara (nem szocializált magatartászavar) • Kortárscsoportba beilleszkedettek magatartászavara (szocializált magatartászavar) • Nyílt (kihívó) oppozíciós zavar • Egyéb magatartászavar • K. m. n. magatartászavar
Kevert magatartási és emocionális zavarok	• Depressziós magatartászavar • Egyéb kevert magatartás- és emocionális zavar • K. m. n. kevert emocionális és magatartászavar
Jellegzetesen gyermekkorban kezdődő emocionális zavarok	• Szeparációs szorongás a gyermekkorban • Fóbias szorongásos zavar gyermekkorban • Szociális szorongásos zavar gyermekkorban • Testvérrivalizáció zavara • Egyéb gyermekkori emocionális zavar • K. m. n. gyermekkori emocionális zavar
A szocializáció jellegzetesen gyermek- és serdülőkorban kezdődő zavarai	• Elektív mutizmus • Reaktív kötődési zavar gyermekkorban (gátolt és gátlástalan/dezinhibíciós típus) • Egyéb gyermekkori szociális funkciózavar • K. m. n. gyermekkori szociális funkciózavar
Tic-zavarok	• Átmeneti tic-zavar • Krónikus motoros vagy vokális tic-zavar • Kombinált vokális és multiplex motoros tic-zavar (Gilles de la Tourette-szindróma) • Egyéb tic-zavarok • K. m. n. tic-zavarok
Egyéb, rendszerint gyermek- és serdülőkorban kezdődő viselkedési és érzelmi zavarok	• Nem organikus enuresis • Nem organikus encopresis • Csecsemő- és gyermekkori táplálási zavar • Pica csecsemő- és gyermekkorban • Sztereotip mozgászavar • Dadogás • Hadarás • Egyéb, rendszerint gyermekkorban vagy serdülőkorban kezdődő meghatározott viselkedés- és emocionális zavar • Rendszerint gyermekkorban vagy serdülőkorban kezdődő k. m. n. viselkedés- és emocionális zavar
Máshová nem osztályozható k. m. n. mentális zavar	

3. Az újszülött- és csecsemőkori neurohabilitációs tréning koncepciója: Katona-módszer

A Katona-módszer a fejlődésneurológia és neuroterápia a praenatalis, perinatalis és korai postnatalis idegrendszeri (agy, gerincvelő, perifériás idegrendszer, vegetatív idegrendszer) károsodások okozta funkciózavarok korai diagnosztikája és aktív, korai neuroterápiája.

A fejlődésneurológia és neuroterápia módszertana Magyarországon került kidolgozásra, bevezetésre és alkalmazásra. A folyamatosan megújuló technikai lehetőségek inkorporálása szerves része a fejlődésneurológia módszertanának, beleértve a pszichofiziológia új eredményeinek alkalmazását, illetve bevezetését a klinikai gyakorlatba. A komplex diagnosztikai és terápiás rendszer egyes elemeit mind hazai, mind külföldi intézmények átvették és eredményesen használják. A neuroterápia aktív kezelési módszereket foglal magában, de – tekintettel arra, hogy a kórfolyamat folyamatosan változó (progresszív) szakasza egybe esik az agy növekedésével és szerkezeti kialakulásával, érésével – egyúttal harmadlagos megelőzést is lehetővé tesz.

Nem mozgásfejlesztés és nem mozgásterápia, hanem neuroterápia, medikális eljárás, mely az agyi károsodás nyomán keletkezett leggyakoribb progresszív kórfolyamatok (mozgásfogyatékoság, értelmi fogyatékoság, halmozott fogyatékoság, szimptómás epilepszia, neurogen dysphagia) prevencióját szolgálja.

Diagnosztikai és terápiás munka

A fejlődésneurológiai kivizsgálások ajánlásait az EMMI Szakmai Irányelve tartalmazza (EMMI 2017). A diagnózis és a prognózis megállapítása, felállítása objektív módszerek, ismételt vizsgálatok alkalmazásával, osztályos felvétel során valósul meg.

Intenzív kezelés, jelentős része kórházi körülmények között történik, például gyógyszeres kezelés, vagy a korai elektroterápia, azaz az ideg felőli és az izom felőli elektromos kezelés. A többi része a szülők alapos és folyamatos képzése mellett viszont hónapokig tarthat, és csak otthon lehetséges, tekintettel arra, hogy napközben elosztva a csecsemő ellátása mellett több órát vesz igénybe. Ehhez a szülők a gyakorlati képzésen kívül írásban is megkapják az aktuális terápiás programot, mind a szenzomotoros, mind a prekognitív-kognitív terápiához.

A neuroterápia alapelvei

A tréning rendszerességet kíván, mert a hatás az izomzatra, vagy az érzékszervekre, a figyelemre, illetve a mozgásra csak a központi idegrendszer érésben lévő területein át érvényesülhet. Semmi sem válhat maradandóvá, stabillá rendszeres ismétlés nélkül. A fejlődő idegrendszer magas fokú képlékenysége, plaszticitása teszi lehetővé az első hónapokban, hogy a nem vagy kevésbé sérült agyterületek, megfelelő terápia (oktató tréning) hatására pótolják a károsodottak működését.

Ellátottak köre

0–12 hónapos, idegrendszeri fejlődésükben veszélyeztetett csecsemők.

A rendszeres ellenőrzés átlagosan 1–1,5 év, gyógyult esetben a járás és az első szavak kimondásának idejéig tart. A kontrollvizsgálatra 2 vagy 8 éves korban kerül sor. A neuroterápiában a vizsgálat, a kezelés csak team-munkában valósítható meg, orvosi irányítással és felelősségvállalással.

4. A hazánkban leggyakrabban használt mozgásterápiás/mozgásfejlesztő eljárások bemutatása

4.1. Alapozó terápia/Labdaterápia⁸

A módszer megalkotói és a terápia rövid, lényegi megfogalmazása

Az Alapozó Terápiát folyamatos módszerfejlesztés során alakította ki egy Magyarországon működő, számos területről érkező, szakemberekből álló munkacsoport, Dr. Marton-Dévényi Éva, ideggyógyász szakorvos vezetésével. Az anyanyelvi problémákkal küszködő gyermekeknek való segítségnyújtás során fokozatosan jutottak el a mozgás (mozgáskoordináció, mozgás-összerendezés, mozgásvezérlés) fejlesztésének középpontba helyezéséig. A strukturált feladatokra épülő, sokrétű mozgásfejlesztés, mozgásterápia a gyermekeket az alapmozgás-ügyesség javításán keresztül igen magas mozgáskultúrához vezető gyakorlatokhoz juttatja el. A szervezeti keretet 1992 óta az Alapozó Terápiák Alapítvány adja, amelynek kuratóriumi elnöke Szerdahelyi Márton, szakmai vezetője Dr. Marton-Dévényi Éva.

Alkalmazhatóság életkor szerint

Az Alapozó fejlesztés vagy terápia elsősorban a beszéd- és mozgásproblémás gyerekeken, valamint az olvasásproblémásokon és az írás alaki részével küszködőkön segít, 5–16 éves korig.

A felvállalt gyermeki problémák típusai, indikáció/kontraindikáció

Ajánlható és hatékonynak bizonyul megkészt, elakadt, zavart beszédfejlődés; diszfázia, diszlexia, alaki diszgráfia; mozgásügyesség (nagy- és finommozgások) elmaradása; kialakulatlan kézdominancia; ADHD speciális formái; autisztikus tünetek; részképességzavar; tanulásban való akadályozottság; fejlődésbeli elmaradás és enyhe értelmi fogyatékoság esetén.

Kontraindikáció: az izomtónus egyes állapotai, például chorea, athetosis.

Diagnosztikus munka, az ellátás előzetes vizsgálati feltételei

A fejlesztést, terápiát az adott eset igényeinek és a szakember kompetenciáinak megfelelő vizsgálat előzi meg. A módszerben képzett fejlesztők, terapeuták másfél-két órás vizsgálata a következő részeket tartalmazza:

- A szülő által írásban előre kitöltött anamnézis (kórelőzmény lap);
- Interjú/beszélgetés a szülővel a probléma jellegéről, a család élethelyzetéről, a gyermek széles körű jellemzőiről;
- Az általános mozgásfejlettség vizsgálata (finommozgások, nagymozgások, egyensúly, ritmus, szerialitás, rugalmasság, dominancia, mozgástervezés, keresztező mozgások, térérzékelés, sorozatképzés, időbeli tájékozódás, kéz-láb független vezérlése és összerendezése, kényszer-tartások, kényszermozgások, beszédállapot megfigyelése és értékelése egy 0–5 fokú skálán és szavakban).

⁸ Adatközlők: Marton-Dévényi Éva, az Alapozó Terápiák Alapítvány szakmai vezetője és Földi Rita, a Károli Gáspár Református Egyetem Fejlődés- és Neveléslélektani Tanszékének tanszékvezetője.

Ezeket a vizsgálatokat szükség esetén az Alapítvány szakmai vezetője által végzett alaposabb, részletesebb vizsgálatok egészítheti ki.

A sokféle vizsgálati eredmény alapján készítik el a gyermek mozgásának általános jellemzését, megállapítják az elmaradások helyét, mértékét és eldöntik, hogy az alapozó terápiát/fejlesztést indokoltnak látják-e a számára.

Szükség esetén kiegészítő vizsgálatokat kérnek vagy ajánlanak, például:

- Óvodásoknál logopédiai vizsgálat, iskolásoknál olvasás- és írásfelmérés;
- A fonémahallás és a beszédpercepció vizsgálata (GMP és GOH vizsgálat).

A terápiás folyamat jellemzőinek bemutatása, terápiás keretek

Az ellátást igénylő gyermekek a probléma jellege, az életkor vagy az elmaradás súlyossága függvényében alapozó fejlesztésben vagy alapozó terápiában részesülnek.

Alapozó fejlesztés: a fejlesztendő gyermeklétszám nem körülírt, egy és húsz között bármennyi lehet. A fejlesztő magáért a csoportmunkáért vállal elsődleges felelősséget, mint egy osztályfőnök az osztályáért, ugyanakkor egyéni figyelem is szükségessé válhat, hiszen felfedezhet a csoportjában olyan gyereket, akinél ez indokoltá válhat. A fejlesztő azt tanítja, ami a gyermekek számára ajánlott. A fejlesztésről és az intézményi szűrésről tájékoztatja a szülőt. Kompetencia határait betartva, szükség esetén segítségért fordul más szakemberekhez, alapítványi csoportvezetőjéhez vagy az Alapítvány orvos szakmai vezetőjéhez. A fejlesztés kezdetén igény szerint összefoglaló véleményt ír, amit szükség esetén a szülőnek átad. Az alapozó fejlesztés gyakorisága minimum heti 2x1 óra.

Alapozó terápia: A terapeuta behatárolt csoportlétszámmal dolgozik, általában 5-6 gyerek/csoport, de lehet ennél kevesebb is a létszám, esetleg egyéni terápia is. Egyéni terápiát a terapeuta azoknak ajánl fel, akik csoportban nem vagy csak nehezen működnek együtt. A szakember minden gyermek haladásáért egyéni felelősséget vállal, ami nagyobb csoportlétszámnál nem lenne lehetséges. Folyamatosan tartja a kapcsolatot a szülőkkel és a pedagógusokkal. A terápiás regresszió lehetőségéről felvilágosítja a szülőt és az intézményt, és a regresszió esetleges bekövetkeztekor szorosan együttműködik velük. A terápia gyakorisága, időtartama heti 2x2 óra vagy 3x2 óra, speciális esetekben napi egy óra (intézményi kezdő csoport). Ezeknél a terápiás idő nem lehet kevesebb. A terápiának alapvetően előre meghatározott menete van (ez a törzsanyag), de ezen belül lehetőség van a feladatokat a gyermek aktuális állapotához igazítani. A kisebb létszámú csoportok nagyobb lehetőséget adnak az egyéni differenciálásra. A szakember a terápia kezdetekor igény szerint a gyermekről összefoglaló véleményt ír, amit a szülőnek átad. Egy évben egyszer kontrollfelmérést végez, az eredményt írásban rögzíti. A kezdeti vizsgálatról és a kontrollfelmérésről a szülőt részletesen tájékoztatja.

Az alapozó terápia/fejlesztés jellegzetesen igyekszik nem terhelni a szülő-gyermek kapcsolatot házi feladatokkal. Indokolt esetben előfordul egy-egy feladat otthoni gyakoroltatása, de inkább játékos, eszközös tevékenységeket, programokat javasolnak, mint például a játszótér.

Ha az ellátás iskolai keretek között valósul meg, fontos a szülő tájékoztatása, a vele való együttműködés.

Új lehetőségként jelenik meg a moderáció: a terapeuta támogatja a szülő és a gyermek, a szülő és az intézmény közötti kapcsolatot. Mi van a gyermekkel? Mit tehetünk szülőként?

Hogyan értsük meg egymást? A szakvéleménnyel való moderáció segíti az iskola felé történő kooperáció alakítását.

Az alapozó fejlesztés/terápia szükség esetén hallás-, illetve logopédiai fejlesztéssel együtt alkalmazható, de más mozgásterápiával együtt nem javasolt. Továbbküldési gyakorlatuk a sportági integráció és a NILD-terápia irányában van.

Elvégzett hatásvizsgálatról beszámoló a *Gondolatok a diszlexia végső okairól* (MARTON DÉVÉNYI–JORDANIDISZ–HORVÁTH 2007) című szakkönyvben olvasható.

A képzés jellemzői, a jelenleg elérhető szakemberek száma, elérhetőségük

Az alapozó fejlesztők képzése 120 órás, akkreditált pedagógus-továbbképzés (ennek 50%-a elmélet, 50%-a gyakorlat). A terapeuta szint mélységében több ennél és teljes óraszámában gyakorlatorientált (+60 óra). A képzés része a hospitálás vezető terapeutáknál, valamint a vizsgálat és az önálló foglalkozás megtartása szupervízió mellett. Jelenleg a módszerben Magyarországon körülbelül 1800 ember képzett.

A terapeutaként végzettek továbbfejleszthetik magukat a Homloklebeny 30 órás akkreditált pedagógusképzésen, Alapozó alapozása képzésen és egyéb 1 napos képzéseken.

Kiegészítés: A Labdaterápia 30 órás akkreditált pedagógusképzés, az Alapozó terápián belül vagy önállóan is alkalmazható.

A labdagyakorlatok tovább fejlesztik a kinesztétikus differenciáló képességet, segítik a mozgások finomodását, de hozzájárulnak a vizuális észlelés és az egyensúlyozó képesség javításához is; valamint kifejezetten erősítik a gondolkodási funkciókat a gyors váltásokhoz való alkalmazkodással, segítik a sztereotip gondolkodás megtörését. A gyakorlatok kiemelten a homloklebeny és a téri vizuális funkciók éretlensége esetén hatékonyak, szükség esetén az Alapozó Terápia alapjaira építve.

AZ ELJÁRÁSHOZ CSATLAKOZÓ SZAKIRODALMI HIVATKOZÁSOK JEGYZÉKE⁹

- BACH-Y- RITA, Paul (1990): Brainplasticity as a basis for recovery of function in human. *Neuropsychologia*, no. 28/6, 547–54. p.
- DELECATO, Carl H. (1963): *The diagnosis and treatment of speech and reading problems*. Springfield, Illionis, USA., Charles Thomas Publisher.
- DOMAN, Glenn (1990): *What to do about your brain injured child?* Double day and Company.
- FODORNÉ FÖLDI Rita (1993): A testnevelési játékok szerepe a koordinációs képességek és pszichikus alapfunkciók fejlesztésében. Óvodai Nevelés, 1. sz.,
- GALABURDA, Albert M., ROSEN G.D., SHERMAN G.F. (1990): Individual variability in cortical organisation: Its relationship to brain laterality and implications to function. *Neuropsychologia*, no. 28/4.
- KATONA Ferenc (1986): *Fejlődésneurológia és neurohabilitáció*. Budapest, Medicina.
- PLÉH Csaba – KOVÁCS Gyula – GULYÁS Balázs (2003): *Kognitív idegtudomány*. Budapest, Osiris.
- PORKOLÁBNÉ BALOGH Katalin (1988): *A tanulási képességet meghatározó pszichikus funkciók fejlődése, a tanulási nehézségek korai felismerésének lehetőségei a fejlesztés perspektívái*. Budapest, Iskolapszichológia Tankönyvkiadó.
- SCHNEIDER Júlia – SIMON Ferenc (1996): Iskolai kudarcok beszédpercepció háttéréről. In Gósy Mária (szerk.): *Gyermekkori beszédészlelési és beszédmegértési zavarok*. Nikol GMK. 143-162. o.
- SZVATKÓ Anna (2002): Hiszen ez játék – Szenzoros integrációs terápiák a fejlesztésben. In: Martonné Tamás Márta (szerk.): *Fejlesztő pedagógia*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó. 123-144.o.
- TANSLEY, A. E. (2004): *Motor education: Educational development programs*. Arnold-Wheaton.

⁹ Az egyes eljárásokhoz tartozó irodalomjegyzéket az illető mozgásterápiás irányzat képviselője saját belátása alapján állította össze, és javasolja a részletesebben tájékozódni vágyóknak. A kérdőívben megfogalmazott kérésünk az volt, hogy maximum 5 magyar nyelvű és 5 idegen nyelvű publikációt emeljenek ki a munkájukhoz háttérrel biztosító szakmai anyagokból.

4.2. A Bowen-terápia¹⁰

A módszer története, megalkotója és a módszer lényege

Thomas Ambrose Bowen (1916–1982) egy kivételes képességekkel rendelkező **minimalista terapeuta volt, aki tudását autodidaktaként szerezte és fejlesztette, létrehozva egy egyedülálló és független kezelési rendszert, amit ma Bowen Technika néven emlegetnek világszerte.** Bowen megfigyelései a mai napig egyedülállóak és érvényesek. Példaként említhetjük, hogy igen korán felismerte, és már az 1950-es évek végétől kezdve terapeutikusan alkalmazta a Thomas Myers, Robert Schleip és kollégáik által, a 2000-es évek elején leírt myofasciális összefüggéseket.

A holisztikus igényű manuálterápiás módszer lényege, hogy mély, kiegyensúlyozó hatással van a neurális rendszerre, a neuromuszkuláris, érző- és motoros funkciókra, illetve különösen a vegetatív idegrendszeri működésekre, mely hatásmechanizmusa még nem teljesen tisztázott. A Bowen-fogások nyomán elinduló párhuzamos folyamatok feldolgozását és egységbe vonását a vegetatív idegrendszer végzi. A Bowen-alkalmazás teret ad a szervezetnek, hogy újra kalibrálja önmagát olyan kezelési stratégiák alkalmazásával, amelyek igen távol állnak egy “egyszerűbb” fizioterápiás mechanikai olvasattól. A módszer szükség esetén igen jól kombinálható egyéb gyógymódokkal, legyen az akadémikus orvoslás, természetgyógyászat, homeopáthia, testtudati mozgásrendszerek. Bowen kezelése során úttörő módon alkalmazott terápiás célú szüneteket. A szünetek fontossága konvencionális módszerekénél alulértékelt, és igen kevés kivétel mellett gyakorlatilag hiányzik.

Magyarországra ezt az eljárást Liebe György hozta 2008-ban, ő a Magyar Bowen Egyesület alapítója és a képzések vezetője.

Alkalmazhatósága életkor szerint

Alkalmazása igen előnyös érzékeny állapotok kezelésénél, úgymint pre- és posztoperatív státusz, illetve rehabilitáció esetében, fogászati beavatkozásoknál, koraszülötteknél, újszülötteknél-csecsemőknél-kisgyermeknél, eltérő korai fejlődésmentűeknél, sérülteknél, fogyatékkal élőknel.

A felvállalt gyermeki problémák típusai, javallat és ellenjavallat

A kezelésnek a betegség szempontjából nincsen specifikus célja, inkább feszültségi állapotokat közböcsít a testben, éppen ezért bármilyen panasz kapcsán alkalmazható. Korunk egyre inkább specializálódó, és e specializálódást agyonreklámozó világában ez igen furcsának tűnhet, csakúgy, mint a Bowen-technika minimalista felfogása, melynek szellemében minél nagyobb és több a probléma, annál kevesebb stimulációval, fogással dolgozunk. A kevesebb ebből a szempontból sokkal többet ér. A Bowen-technika olyannyira testbarát, hogy egy-két különleges szituációt kivéve, gyakorlatilag nincs kontraindikációja.

Tapasztalat szerint **adaptációs, regulációs nehézségeknél (légzés, táplálkozás-széklet-/vizeletürítés, alvás); az irányított figyelem alakulásának problémáinál; nyelvi nehézségeknél; kötődési, szociális-kommunikációs problémáknál és az összetettebb viselkedésproblémáknál is hasznos segítség – bármilyen oki háttér miatt is alakulnak mindezek. A mozgásos-érzékszervi fejlődés (pszichomotoros fejlődés) anomáliáinál hasonlóképpen alkalmazható.**

¹⁰ Adatközlő: Liebe György egyesületi elnök, HP BTAA (Bowen Therapy Academy of Australia), BTAE (Bowen Therapy Academy Europe).

Ellenjavallat azokban az esetekben van, ahol néhány testbe épített művi anyag, például protézisek integrált működését módosíthatja, nem feltétlenül együttműködően a testi szövetekkel.

A fogantatásra, megfogásra is hathat; illetve a várandósság idején a szövetképződést, formálódást, lezáródást, térképződést, tágulást, súlyhordozás változásait is kedvezően befolyásolhatja. Segíti a szülés folyamatát is. Az anya- gyermek kapcsolat természetének megfelelően a szülő(k), családi, gondozói közeg, kötődő személy kezelésének hagyományai és kedvező tapasztalatai vannak a születés után. A fizikális elkülönülés ellenére a gyermeki tünetmegjelenést, problémás folyamatokat igen kedvezően lehet befolyásolni, ha a szülőt is, vagy bizonyos esetekben csak a szülőt kezeljük. A Baby Bowen, amely a nem eltérő fejlődésmenetű gyermekeknél a kezelési protokoll, például a **hasfájás, emésztési gondok, fogzás, nyugtalanság, alvási gondok, ekcéma, allergia, nyaki merevség, fejtartási problémák, vontatottabb mozgásfejlődés tüneti képeinél támogatja a kiegyensúlyozódást, sokszor csak** pár héten keresztül, esetenként néhány gyengéd, egy-két fogást jelentő kezeléssel.

Diagnosztikus munka, az ellátás előzetes vizsgálati feltételei

A Bowen-kezelés folyamatának célzott, direkt vizsgálata nincsen, a kezelés nem diagnózis alapú, mivel alapvetései közé tartozik, hogy nem tüneteket kezel, és nem betegségeket gyógyít. Természetesen figyelembe veszi a kliens aktuális diszkomfortjait, de a kezelési folyamatot általános és specifikus feszültségmentesítésre, a szervezet saját aktuális egyensúlyának megtalálására alapozza az önregeneráló erők mozgósítása által. A kezelési helyzet létrejöttéhez szükséges minimális állapotfelmérés (például szöveti jellemzők, fizikális jegyek) után kezd el a stimulálást.

A kezelési folyamat jellemzőinek bemutatása, keretek

A technika öndefiníciójához tartozik, hogy a kezelt fél állítja elő saját aktuális állapotára vonatkozó egyensúlyát; a kezelő nem gyógyít, nem végez terápiás munkát, ilyen felelősséget sem vállal, csak a legszükségesebbnek tartott stimulációt végzi el a folyamat katalizálásához. Mint szakember, a kezelő a test szövetei által közvetített információkra figyel, ezekkel kerül kapcsolatba. Viszonylag szabadon kezeli a folyamat keretét, mind az általában szóbeli szerződéskötést, a kezeléseket számát, időtartamát, ellentételezését, a visszajelzés szükségességét, módját, intenzitását tekintve. Kerete a szigorúbb terápiás eljárások helyett a szabadabb, a közösségi művészeti eszközökkel való segítség eljárásainak feltételrendszerét idézi.

A képzés jellemzői, a jelenleg elérhető szakemberek száma, hozzáférhetőségük

A Bowen Academy Europe által képviselt hazai iskolát az osztrák állam akkreditáltnak minősítette. Az eltelt több mint 30 évben a tananyag és az oktatási jegyzetek is igazodtak a magyar szakemberek által képviselt progresszív, innovatív, kortárs szemlélethez – tiszteletben tartva az eredeti, hitelesnek elfogadott alapokat, így biztosítva egy magas minőségű képzést.

Hazánkban a Bowen-technikát egyre több orvos, gyógytornász, gyógypedagógus, konduktor, csecsemőgondozó, védőnő alapképzettséggű szakember is használja az egészségügyi, oktatási és szociális szféra háttérével nem rendelkező alkalmazók mellett, akiknek összlétszáma jelenleg körülbelül 100 fő.

AZ ELJÁRÁSHOZ CSATLAKOZÓ SZAKIRODALMI HIVATKOZÁSOK JEGYZÉKE

- TREMBLAY, Louise (2015): *The Therapeutic Pause in Osteopathy and Manual Therapy: The Somatosensory Integration Time*. Handspring Publishing.
- WILKS, John (2007): *The Bowen Technique: The Inside Story*. CYMA Ltd
- WILKS, John (2017): *An Integrative Approach to Treating Babies and Children*. Jessica Kingsley Publishers.
- WILKS, John – KNIGHT, Isobel (2014): *Using the Bowen Technique to Address Complex and Common Conditions*. Singing Dragon.
- ZAINZINGER, Manfred – KNOLL, Sabine (2007): *Die Bowen Technik*. BoD.

4.3. DSGM – Dévény Speciális Manuális Technika – Gimnasztika Módszer¹¹

A módszer megalkotója és lényegi megfogalmazása

A Dévény Speciális manuális technika - Gimnasztika Módszer (DSGM) a mozgásrehabilitáció majdnem minden területén alkalmazható, eredményei a csecsemők és kisgyermekes esetében kimagaslóak. Létrehozója Dévény Anna gyógytornász, ritmikus sportgimnasztika szakember, aki kettős képzettségének gyakorlati tapasztalata alapján alkotta meg a módszert, amely több mint 40 éves múltat tekint vissza, és jelenleg is fejlődik.

A DSGM egy funkcionális gyógytornakezelés, amely egyrészt magába foglalja a mély fascia technikát – amely elhárítja az izom-ín rendszer mechanikai akadályait –; másrészt a gyermeket végigvezetve az életkorának megfelelő mozgásfejlődési állomásokon, nagymozgásokon, statikus, mozgás és mozgás közbeni kezeléseket begyakoroltatja a biomechanikailag helyes, funkcionális mozdulatokat, ezáltal elősegíti az ehhez szükséges idegpályák, neurális kapcsolatok kiépülését és stabilizálódását.

A Dévény-módszer két működési területet foglal magába:

A **DSGM I.** – speciális manuális technika (SMT), amely egyéni kezelés formájában zajlik, és a **DSGM II.** – speciális testképző gimnasztika (STG), amely a művészi torna alapelveit és gyakorlatait használja fel a megindult mozgások további finomítása, fejlesztése céljából. Tanítása 3-4 éves kortól csoportosan, zenére történik.

Alkalmazhatóság életkor szerint

A DSGM I. 0–3 éves gyermekek esetében a leghatékonyabb, a DSGM II. a későbbi életkorokban, egészen felnőttkorig alkalmazható sikeresen.

A módszer egyediségét két fontos eleme határozza meg: a speciális manuális technika (SMT) és a passzív feszített helyzet (PFH).

A felvállalt gyermeki problémák típusai, indikáció

A DSGM eredményesen alkalmazható megkészt mozgásfejlődés; izomtónuszavarok spasticus és hypoton formái; cerebrales paresis; ortopédiai kórképek veleszületett és szerzett esetei (például: aszimmetrikus tartások, torticollis, pes valgus, pes varus, pes equinovarus, arthrogryposis); végtagfejlődési rendellenességek; hanyag tartás; Scheuermann-kór; scoliosis; szindrómákhoz kapcsolódó izomtónus

¹¹ Adatközlő: Mészám Zsuzsanna, DSGM szakgyógytornász.

zavarok; perifériás idegsérülések; szopási nehezítettség; beszédproblémák; orofaciális problémák és belgyógyászati kórképek mozgásszervi kivetülései esetében.

Kontraindikáció: A mozgásterápia általános ellenjavallatai.

Diagnosztikus munka, az ellátás előzetes vizsgálati feltételei

Kiemelten az életkorra jellemző tartás és mozgásdinamika spontán és kiváltott mozgások során, izomtónus, a bőrön észlelhető atípusos redők, ráncok, behúzódások, aszimmetriák irányába történik a saját rendszerű, diagnosztikus munka. Egyéb feltételek nincsenek.

A terápiás folyamat jellemzőinek bemutatása, terápiás keretek

A DSGM **speciális manuális technikája** (SMT) egy kézzel végzett izommozgatási technika, amely kettős hatásmechanizmussal bír. Egyrészt mechanikai hatása van, amely kontraktúraoldást és izomhelyzet-normalizálást jelent, másrészt stimulálja az idegrendszert.

A DSGM a mozgásrehabilitáció első lépéseként az inaktivitás miatt zsugorodott izmokat alkalmassá teszi a speciális manuális technika segítségével a teljes mozgáspályán való működésre, amely megteremti a biomechanikailag helyes mozgás lehetőségét. Az izom felszabadul a kötöttségek alól, képessé válik a fiziológiásan kódolt mozgásminták előhívására, lehetővé válik a propriocepció megfelelő működése. Ezt követően nyílik lehetőség az aktív izommunkára, az izomerősítésre, a helyesen létrehozott funkciók további finomítására.

Az speciális manuális technika alkalmazása során a terapeuta keze érinti a bőr alatti kötőszövetet, izompólyát, szalagokat, inakat, aponeurosisokat, melyek az összefüggő rendszert, a fasciát alkotják. A bennük nagy számban előforduló mechanoreceptorok és idegvégződések ingerlésén keresztül a szakember idegrendszeri stimulációt végez.

A DSGM manuális technikáját a terapeuta speciális kezelési helyzetben, úgynevezett **passzív feszített helyzetben** végzi (PFH). A módszer használata során megmutatkoznak a rejtett hibák, izomfeszességek, a mély fascia rétegben elhelyezkedő mechanoreceptorok könnyebben elérhetővé válnak. A kezelések statikus helyzetekben, mozdítás és mozdítás közben történnek, amelyben a passzív, feszített helyzet jelentősége csökken.

A képzés jellemzői, a jelenleg elérhető szakemberek száma, hozzáférhetőségük:

A módszer oktatása jelenleg nem történik akkreditált feltételek között. A módszer elsajátítása során 530 óra a teljes óraszám, ebből 156 elméleti és 374 gyakorlati órát teljesítenek a tanulók. Magyarországon 210 fő szerzett képesítést, akiknek rendszeres továbbképzéséről is gondoskodnak. Ezek a szakemberek az állami egészségügyben, alapítványokban, egyesületekben, társas- és magánvállalkozásokban érhetőek el országszerte.

AZ ELJÁRÁSHOZ CSATLAKOZÓ SZAKIRODALMI HIVATKOZÁSOK JEGYZÉKE

DÉVÉNY Anna (2017): *Dévény-módszer. A mozgásterápia új útja*. Budapest, Semmelweis Kiadó.

JAKAB Anna (2011): *A DSGM hatásmechanizmusának morfofunkcionális és összehasonlító megközelítése*. Szakdolgozat (Dévény Anna Alapítvány).

MÉZÁM Zsuzsanna (2017): *The Dévény Method*. Development in Health Sciences.

TÜREI Orsolya (2016): A pes equinovarus congenitus leggyakoribb recidívájának magyarázata gyógytornász szemmel, *Fizioterápia*, 25. évf., 1. sz..

VÁMOSI Istvánné (2016): A Speciális Manuális Technika, mint a DSGM problémamegoldó eleme. *Fizioterápia*, 25. évf., 4. sz., 3-7. o.

4.4. DSZIT¹² – Dinamikus szenzoros integrációs terápia

A módszer története, megalkotói és a módszer lényege

A dinamikus szenzoros integrációs terápia – melyet röviden DSZIT-terápiának hívnak – az eredeti Ayres-féle szenzoros integrációs terápia nyomvonalán haladó, annak lényegét megtartó, de specifikusan hazai eljárás. A szenzoros integrációs terápia Anne Jean Ayres (1920–1988) nevéhez kapcsolódik, az ő úttörő elképzelései alapján alakult ki az 1970-es évek elején Los Angelesben. A DSZIT-terápia módszerét a magyarországi gyermekpszichoterápiás hagyományok és a szenzoros integrációs terápia eszmeköre közösen ihlette. A DSZIT lényege a következő: **döntően mozgásos, játékra épülő, de pszichoterápiás megfontolásokat is tartalmazó terápiás és fejlesztő keret, melyben a gyerekek megélhetik önállóságukat, saját testük felett megvalósítható kontrolljukat, értelmes alkalmazkodásukat a környezetükhöz – mindezt valós fizikai térben, saját motivációjuk öröme és felelőssége alapján.**

A DSZIT holisztikus igénnyel lép fel: egyszerre fejleszti a mozgást és a mozgáshoz kapcsolódó értelmi és érzelmi területeket, valamint a személyes kapcsolódási minőségeket. Ez a nevében szereplő integráció lényege is: összekapcsolni a mozgásokat azok érzelmi/kapcsolati komponenseivel. Az idegrendszerileg lassabban vagy atipikusan fejlődő gyermekeknek körültekintő terápiás közeget biztosít ahhoz, hogy a legősbibb ingerlések – mint a tapintással, önérzékeléssel és egyensúlyozással kapcsolatos ingerek – specifikus módon elérjék őket és segítsenek nekik az aktuálshoz képest magasabb szintű önszervezésben.

A módszer kialakítása egy fejlesztő csoport közel harminc éves magyarországi működéséhez köthető. A Lelki Egészségvédő Alapítvány DSZIT munkacsoportja, később a Magyar DSZIT Egyesület adta-adja az intézményes keretet a módszer bevezetéséhez, kibontakozásához, differenciálódásához, oktatásához. A magyarországi bevezetés dr. Varga Lászlóné nevéhez fűződik, aki az ELTE Személyiség- és Klinikai Pszichológiai Tanszékének munkatársaként 1990-től kezdeményezte a szenzoros integrációs terápia gondolatkörének megismerését. A későbbiekben több hazai intézmény csatlakozott az elméleti és gyakorlati munkához, köztük az akkori Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, az Oktatáskutató Intézet és nem kisebb súllyal a IX. és a III. kerületi Nevelési Tanácsadók. Jelenleg a Magyar DSZIT Egyesület elnökeként dr. Szvatkó Anna felelős az eljárás további fejlődéséért.

Alkalmazhatóság életkor szerint

Mivel a DSZIT-terápia messzemenően alkalmazkodik a benne részt vevő gyerekek fejlettségéhez, korsztályos szűkítés nélkül használható minden életkorban.

A felvállalt gyermeki problémák típusai, javallat és ellenjavallat

Mindazokban a problémákban segítséget nyújthat, ahol a szenzoros integráció éretlensége, illetve diszfunkciója mozgásos, szociális, kognitív, emocionális tüneteket okoz. Néhány ezek közül: **mozgásfejlődési elmaradás, regulációs problémák szenzomotoros aspektusai, ügyetlenség, koordinációs zavarok, aktivitászavarok, autizmus spektrumzavarok, beszédfejlődési elmaradások és zavarok, specifikus tanulási és figyelemzavarok, a viselkedésszabályozás éretlensége, illetve zavarai.** Különösen a koraszülöttség miatt sérülékeny, fejlődési rizikóval jellemezhető gyermekek,

¹² Adatközlő: Molnár Magda, a Magyar DSZIT Egyesület vezetőségi tagja.

autizmus spektrumzavar körébe sorolható gyermekek, CP-s gyermekek, látási és hallási sérüléssel küzdő gyermekek, **környezeti deprivációt (például fizikai és emocionális elhanyagolás, intézeti nevelődés, negatív életeseményekből származó súlyos traumatizáció) elszenvedett gyermekek számára** jelent gyógyító, önszervezést fokozó lehetőséget a DSZIT-terápiában való részvétel.

Ellenjavallat nincsen, de egyes gyermeki állapotokban, mint például a shunt-ös gyermekek esetében, gyermekneurológussal való konzultáció alapján nagy figyelemmel kell lenni egyes testhelyzetek elkerülésére.

Diagnosztikus munka, az ellátás előzetes vizsgálati feltételei

A diagnosztikus munka során lényegesek a korai szenzoros érzékenységgel kapcsolatos sajátosságok, a korai organikus és pszichés fejlődés története, az optimális izomtónus-eloszlástól való eltérések, a térbeli és időbeli alkalmazkodást lehetővé tevő szenzoros integrációs mechanizmusok érettsége, a taktilis és vesztibuláris-proprioceptív funkciók érettsége és differenciáltsága.

Mivel a diagnosztikában is a teammunka mellett köteleződőtt el a módszer, ezért a gyermeket lehetőség szerint gyógypedagógus, pszichológus, gyermekneurológus, gyermekpszichiáter, gyermekszemész, fül-orr-gégész, gyógytornász egyaránt megvizsgálja; majd a DSZIT-terapeutával konzultálnak – természetesen a gyermek egyéni problémájának függvényében. A speciális szenzoros integrációs diagnosztika leginkább a részletes anamnézisre, strukturált megfigyelésekre, tünetlistákra épít, de felhasznál egyéb diagnosztikai megközelítéseket is, mint a projektív rajzok elemzését, egyes neuropszichológiai vizsgálatokat. A diagnosztikában is az integrációs gondolat a központi elem: a vizsgálati tényeket a vizsgálók saját benyomásaikkal gazdagítva, egymás eredményeire és a szülők véleményeire tekintettel fűzik fel egy értelmezhető gondolati láncra, amely segít a gyermek tüneteinek értelmezésben, és az optimális terápiás keret megtalálásában.

A terápiás folyamat jellemzőinek bemutatása, terápiás keretek

A diagnosztikus folyamat eredményeképpen javaslat születik, melyet a szakmai team határoz meg, és amely tartalmazza, hogy mik azok a területek, amelyekre a leginkább figyelemmel kell lenni, és a gyermek helyzetéből, életkorából adódóan milyen terápiás megközelítésben lehet ezt optimálisan megoldani:

szakemberigény: pszichológus, gyógypedagógus, gyógytornász, konduktor (a prevencióban

óvodapedagógus, tanító)

ellátási forma: konzultáció, fejlesztés, terápia szülővel együtt/szülő nélkül

ellátási keret: egyéni/kiscsoportos

gyakoriság: egy/két alkalom hetente

hozzáférhetőség: a lakóhelyhez minél közelebb eső

finanszírozás: állami alapellátás/alapítványi/magán

A DSZIT-terápiás folyamat legjellemzőbb sajátossága – mely minden életkorban elengedhetetlen – a **gyermekkel közösen kialakított játékhelyzetek alkalmazása a tréningyszerű gyakorlattal szemben**. A terápiás haladás feltétele a gyermek aktív részvétele a folyamatban, melynek tartalmi a gyermek vágyaival, törekvéseivel vannak összhangban. A DSZIT-terapeuta ezeket segít megjeleníteni, megformálni a legkülönbözőbb, életkorilag adekvát mozgásos játékhelyzetek elfogadásával, felkínálásával. Joggal feltételezhető, hogy ezen érzékelő-mozgásos játékokban az agyműködés környezeti ingereket szervező képessége számára kedvező helyzet teremthető, és nagyobb valószínűséggel szü-

letnek adaptív mozgásválaszok. A gyermek tudatában pedig mindez a magabiztosság, a környezet kompetens kezelésének élményében reprezentálódik. Fontos hangsúlyozni, hogy a DSZIT-terápia a szükséges szenzoros ingerlések mellett lehetőséget nyújt a gyermekeknek arra is, hogy a bennük élő érzelmileg megterhelő, ellentmondásos történések is megjelenhessenek, integrálódhassanak – ilyen esetekben a kezelés pszichoterápiás gyakorlattal rendelkező szakemberek segítségével *történik*.

A képzés jellemzői, a jelenleg elérhető szakemberek száma, hozzáférhetőségük

Az alapképzés *jelenleg 150 órás, melyből 60 óra* az elméleti ismeretek elsajátítása, 30 óra sajátélményű kiscsoportos foglalkozás, 30 óra diagnosztika, 30 óra pedig kiscsoportos esetmegbeszélés. A képzés körülbelül másfél év alatt végezhető el, az egyéni tanulás, a számonkérések különböző formáira (teszt-vizsgák, egyéni kutatómunka, esszéírás, vizsgálatok végzése, egyéni esetvezetés) való felkészülés időigénye miatt.

Az elmúlt években kezdődött meg a végzett hallgatók továbbképzése: szakirodalom-feldolgozás, esetmegbeszélés, szupervízió, hospitálás keretében.

A hozzáférhető szakemberek száma országosan 700 fő körüli, akik a prevencióban és a fejlesztésben, terápiában egyaránt tevékenykednek. Az Egyesület honlapján *körülbelül 250* szakembert lehet elérni.

AZ ELJÁRÁSHOZ CSATLAKOZÓ SZAKIRODALMI HIVATKOZÁSOK JEGYZÉKE

- ARATÓ Domonkos – H. POZSÁR Beáta – SZVATKÓ Anna (2011): Taktilitás a gyermek-pszichoterápiákban. *Pszichoterápia*, 20. évf., 5. sz., 343-353 o.
- AYRES, A. Jean (1972): Sensory integration and learning disorders. *Western Psychological Services*, Los Angeles.
- AYRES, A. Jean (1979): Sensory integration and the child. *Western Psychological Services*, Los Angeles.
- BÁLINT Mária (1987): *Hiperaktivitás és iskolai teljesítménykudarok*. Budapest, Oktatókutató Intézet.
- ISAAC, Valeria – OLMEDO, Diego – ABOITIZ, Francisco – DELANO, Paul H. (2017): Altered Cervical Vestibular-Evoked Myogenic Potential in Children with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder. *Neurology*, no. 8., 1–9. p.
- JORQUERA-CABRERA, Sara ROMERO-AYUSO, Dulce RODRIGUEZ-GIL, Gemma TRIVIÑO-JUÁREZ, José-Matías (2017): Assessment of Sensory Processing Characteristics in Children between 3 and 11 Years Old: A Systematic Review. *Pediatrics*, no. 5., 1–18. p.
- SZVATKÓ Anna (szerk.) (2016): *Billenések. Tanulmányok a dinamikus szenzoros integrációs terápia köréből*. Budapest, Oriold és Társai.
- SZVATKÓ Anna (2014): Szenzoros integrációs terápia. In Vikár András – Vikár György – Székács Eszter *Dinamikus gyermekpszichiátria*. Budapest, Medicina, 226-258. old.
- VARGA Izabella – KISS Tibor Cece (2007): Kreatív mozgásos terápia egyetemi csoportokban: Csoportdinamika, a nonverbális megközelítés jellegzetes élménymintázatai. In: *Személyiséglélektantól az egészségpszichológiáig. Tanulmánygyűjtemény Kulcsár Zsuzsanna tiszteletére*. Budapest, Trefort. 72-91. o.
- WATLING, Renee – HAUER, Stefan. (2015): Effectiveness of Ayres Sensory Integration® and sensory-based interventions for people with autism spectrum disorder: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(5).

4.5. HRG – Hidroterápiás Rehabilitációs Gimnasztika, TSMT I., II. – Tervezett Szenzomotoros Tréningek I., II.¹³

A módszer megalkotója és a módszer lényegi megfogalmazása

A HRG és a TSMT a különféle organikus éretlenséggel küzdő, illetve organikus éretlenség tüneteit mutató gyermekek fejlesztésére kidolgozott módszerek. Hátterében a BHRG Alapítvány áll, mely

¹³ Adatközlő: Madács Anita BHRG Alapítvány, intézményvezető, gyógypedagógus, közoktatás vezető, TSMT-terapeuta, HRG-oktató.

1993 óta foglalkozik eltérő fejlődésű gyermekek vizsgálatával és fejlesztésével. Alapítója és a módszerek kidolgozója Lakatos Katalin.

Alkalmazhatóság életkor szerint

Életkori megoszlás szerint 3 hónapos kortól körülbelül 12 éves korig foglalkoznak az érintett gyermekekkel.

A felvállalt gyermeki problémák típusai, indikáció/kontraindikáció

Indikációs kör: **koraszülöttség, megkésett mozgás-, beszéd- és/vagy pszichomotoros fejlődés, hiperaktivitás, figyelemzavar, pervazív fejlődési zavar, tanulási, magatartási, beilleszkedési problémákkal küzdő gyermekek, értelmi akadályozottság, halmozott fogyatékoság.** A leglátványosabb eredményeket a gyakorlati tapasztalatok alapján a korai életszakaszban **a megkésett fejlődésnél, illetve az iskolaérettségi problémáknál érik el.**

Kontraindikáció: az epilepszia egyes fajtái.

Anyagcserezavarok, genetikai károsodások bizonyos fajtái esetén a terápia hatásfoka bizonytalanul válhat.

Diagnosztikus munka, az ellátás előzetes vizsgálati feltételei

3 hónapos és 11 éves kor között a Longitudinális Komplex Vizsgálat képezi a diagnosztikai folyamat alapját. A LongiKid® egy saját kidolgozású, komplex vizsgáló eszköz, amely a motoros, kognitív és (részben) a szociális területek érettségét, funkcionalitását méri. Mivel a különböző életkori sávokra külön-külön ki van dolgozva a vizsgálati sor, ezért a terápia, fejlődés nyomon követését, a fejlődés folyamatát is lehet vele vizsgálni, folyamatosan monitorozni. A vizsgálati sort kiegészíti egy részletes anamnézis, egy regulációs kérdőív, illetve vizsgálják az észlelési eltéréseket (a szenzoros feldolgozás esetleges zavarait) is. A LongiKid® tehát egy olyan neuro-szenzomotoros teszt, amely a kéreg alatti funkciók érését is megcélozza, és nem csak a kognitív, agykérgi és magasabb szintű viselkedési jelekre fókuszál.

5 éves kor fölött az Állapot- és mozgásvizsgálat is képezheti az aktuális idegrendszeri érettség felmérésének alapját. Ez egy időben rövidebb, terjedelmében a LongiKid®-nél kevésbé komplex szűrővizsgálat. Eredetileg iskolaérettségi vizsgálatnak készült, így a motoros teljesítmény mellett az iskolaérettséghez szükséges egyes készségek, képességek vizsgálatát is tartalmazza.

A diagnosztikai munkát a gyermek alapproblémáihoz, a jelzett tünetekhez leginkább illeszkedő alapképzettségű TSMT terapeuta végzi el (például konduktor, fejlesztőpedagógus, gyógytornász). Ennek köszönhetően a TSMT rendszerére épülő diagnosztika néhány speciális szemponttal is ki tud egészülni, amennyiben szükséges.

A terápiás folyamat jellemzőinek bemutatása, terápiás keretek

A terapeuta az anamnézis felvétele, a kérdőívek kitöltése és a felmérő vizsgálat eredményeinek összegzése után határozza meg a fejlesztés konkrét irányát. Ez minden esetben egy tervezett, leírt, előre felépített, a gyermek aktuális állapotára szabott mozgásterápiás program. Az egyes tréning programok 1822 feladatot tartalmaznak, melyek gyakorlási gyakoriságát szintén a terapeuta határozza meg. A fejlesztés alap eszköztárába tartozik például a nagylabda, a billenőpad és a gördeszka.

A **TSMT I., az Egyéni Tervezett Szenzomotoros Tréning** – ami intenzívebb fejlesztést biztosít – olyan gyermekek számára javasolt, akiknél markánsabb idegrendszeri elmaradást tapasztaltak a felmérés során a mozgás, értelmi fejlődés, beszédfejlődés, magatartási és figyelemi funkciók terén; illetve azoknak, akik csoportos foglalkozásba még nem vonhatóak be, együttműködési nehézségek vagy figyelemi problémák miatt.

A TSMT feladatok összeállítása során a taktilis, vestibuláris ingerlést, illetve a beállító reakciók kialakítását célozzák, illeszkedve az aktuális fejlettségi szinthez és a jelzett problémához.

A TSMT I. összeállított programját javasolt heti 3–7 alkalommal elvégezni. A gyakorlatokat a terapeuták lépésenként betanítják a szülőknek vagy a gyermekkel foglalkozó fejlesztőnek, így a tréning otthon is végezhető. A betanítás során részletesen elmondják, hogy melyik gyakorlatnál mire kell figyelni, és mennyi a meghatározott ismétlésszám az egyes feladatoknál.

A betanítás és a fejlesztés megkezdése után 2 hetente, majd havonta követik nyomon a fejlődést. Egy összeállított tréning körülbelül 2 hónapig tart, ezután, a fejlődés menete függvényében, a tréninggyakorlatok módosítása, új tréning sor összeállítása történik.

A **TSMT II. a Csoportos Tervezett Szenzomotoros Tréning**, ahol a koncepció megegyezik a TSMT I.-gyel, de érettebb gyermekek számára javasolt, akik képesek csoportban együttműködni. A csoportlétszám 2 és 7 fő között változhat; a csoportot egy TSMT terapeuta vezeti, illetve bizonyos helyzetekben a szülő is részt vesz a csoportfoglalkozásokon (idővel fokozatosan háttérbe vonulva). A csoportösszetétel szempontja az érettség, illetve a problémaköri homogenitás. A TSMT II. tréning viszonylag sok eszközt igényel, és sok területet érint, így a nagymozgásos készségek fejlesztését; a csecsemőkorú reflexprofil integrációját; a figyelemi funkciók fejlesztését (irányíthatóság, fenntarthatóság); a szenzomotoros szinkronok kialakítását; a testkép, testvázlat fejlesztését; a térbeli tájékozódás, a praxis fejlesztését; a lateralitás, dominancia kialakítását; a szerialitás fejlesztését. A csoportos foglalkozások gyakorisága minimum heti 2 alkalom.

A HRG, a Hidroterápiás Rehabilitációs Gimnasztika alapelveit és indikációs körét tekintve megegyezik a TSMT-vel (organikus éretlenség kezelése), a fő különbség a módszerek között a közeg, illetve az eszköztár, amin keresztül a fejlesztés megvalósul. Mivel a HRG vízben történik, praktikus csoportos formában végzik, és intenzívebben épít a szülő-gyermek kapcsolatra. Fejleszti a koordinációs, vestibuláris készségeket, általános érlelő hatása van, kötődési problémák esetén is hatékony eszköz, segíti a vízhez szoktatást. További előnye, hogy a csoportban nem együttműködő gyermekeket is hatékonyan lehet fejleszteni, természetesen a megfelelő biztonsági előírások, felügyelet betartásával. A víz közege általánosságban is izomlazító hatású, és folyamatos taktilis ingerlést biztosít a gyakorlatok végzése közben is, szükség esetén viszont a közegellenállást is föl lehet használni az izomtónus-szabályozás fejlesztésében.

A HRG fejlesztésen való részvétel alapfeltétele a stabil életfunkciók megléte, tehát egészen kis korban el lehet már kezdeni, olyan feladatsorok összeállításával, amit otthon, a kádban is el lehet végezni. (A „korai” HRG fejlesztés koraszülött kortól körülbelül 6 kg-os súlyig javasolt.)

A tanmedencében való HRG fejlesztés 1 éves kortól javasolt (egészségvédelmi, fertőzés-megelőzési okokból), itt nagy hangsúlyt fektetnek az optimális környezet kialakítására (megfelelő fény- és hangviszonyok).

A HRG fejlesztés 11–12 éves korig megvalósítható, egyre bonyolódó feladatsorokkal, ahol nagyobb hangsúlyt helyeznek a figyelemi működésekre, emlékezeti funkciók fejlesztésére, szerialitás fejlesztésére.

A leghatékonyabb fejlesztési forma a két fejlesztési mód (HRG, TSMT) kombinálása, de külön-külön is eredményesek. Mindkét módszer hangsúlyosan épít a ritmusra, így a gyakorlatokat monodóákkal, számolással is kísérik. Mindkét módszerben nagy szerepet játszik a gyakorlatok során az egyensúly fejlesztése.

A módszerek a gyakorlati tapasztalatok szerint manuális technikákkal is jól kombinálhatóak. Továbbküldési gyakorlatokra jellemző, hogy logopédiai fejlesztés, fejlesztő pedagógia, idősebb gyermekek esetén NILD-terápia irányába történik a leggyakrabban a továbbirányítás.

A fejlesztés eredményeinek nyomon követése a kontrollvizsgálatok révén folyamatosan megvalósul, újramérés szükség szerint fél évente/évente történik. Ez a diagnosztikai folyamat megismétlését és az egyes funkciókban történő előrehaladás nyomon követését jelenti, ami meghatározza a következő tréning összeállítását.

A diagnosztikai folyamat és a fejlődés nyomon követésével kapcsolatban összehasonlító vizsgálatok folynak egyetemi kutatási szinten, melyek publikálása a közeljövőben megtörténhet.

A képzés jellemzői, a jelenleg elérhető szakemberek száma, elérhetőségük

Jelenleg Magyarországon körülbelül 1500 végzett TSMT terapeuta van, a képzés az Oktatási Hivatalnál akkreditált, moduláris formában valósul meg (alapmodul, diagnosztika, neuromodul, terápia). Működtetnek tanúsító rendszert is, mely szabadegyetemi, illetve speciális továbbképzési formában valósul meg, egy-egy részterületet, speciális területet feldolgozva. Ezzel biztosítják a tanúsított terapeuták folyamatos elméleti és gyakorlati továbbképzését, fejlődését. A tanúsított terapeuták munkakörülményeit a helyszínen is ellenőrzik.

TSMT terapeuták a pedagógiai szakszolgálatokban, óvodákban is elérhetőek, de legnagyobb számban a magánellátásban találhatók meg.

HRG terapeuta-képzés utoljára 2009-ben volt, a közeljövőben ennek a területnek a képzése is újraindul, ami biztosítja, hogy a HRG is szélesebb körben elérhető fejlesztő módszerként legyen jelen.

AZ ELJÁRÁSHOZ CSATLAKOZÓ SZAKIRODALMI HIVATKOZÁSOK JEGYZÉKE

- CSÉPE Valéria (2005): *Kognitív fejlődésneurológia*. Budapest.
- HUBA Judit (2010): *A pszichomotoros fejlesztés gyakorlati kézikönyve*. Budapest.
- KATONA Ferenc (2001): *Az öntudat újraébredése*. Budapest, Medicina.
- KATONA Ferenc – BERÉNYI Marianne (2012): *Fejlesztésneurológia*. Budapest.
- LAKATOS Katalin (1996): Miért nem tudnak a félős gyerekek a többiekkel együtt megtanulni úszni? *Testnevelés és sporttudomány*, 4. sz.
- LAKATOS Katalin (1999–2000): A szenzomotoros fejlődés jelentősége 0–6 éves kor között, Óvodai Nevelés, 1999 szeptember–2000 február.
- LAKATOS Katalin (2000): *A mozgás jelentősége és fejlesztő hatásai más fogyatékoság esetén*. In Dr. Kovács Ferenc és Dr. Vidovszky Gábor (szerk.): Alapok. Anonymus Alapítvány Budapest
- LAKATOS Katalin (2000): Az iskolaérettség és a mozgásérettség összefüggései. *Speciális pedagógia*, Budapest.
- LAKATOS Katalin (2006): *Az állapot- és mozgásvizsgálat*. Budapest.
- SZVATKÓ Anna (2016): *Billenések*. Budapest.

4.6. INPP mozgás- és készségfejlesztő módszer¹⁴

A módszer megalkotója, és a módszer lényegi megfogalmazása

Az INPP Módszert dr. Peter Blythe pszichológus irányításával dolgozták ki a chesteri Neurofiziológiai Intézetben (Institute for Neuro-Physiological Psychology), melynek jelenlegi vezetője Sally Goddard Blythe. A módszert jelenleg 22 országban ismerik el. Magyarországi területi vezetője és oktatója: Magdalena Zweegman-Kocsis.

Az INPP mozgás- és készségfejlesztő módszer felnőttek és gyerekek kezelésére jött létre, mely egy speciálisan kifejlesztett, kronológiai sorrendben felépített, reflex-korrekciós mozgásprogram. Egyénileg 7 éves kortól lehet alkalmazni, csoportos fejlesztés esetén már az óvoda nagycsoportjában. Reflexpótló és stimuláló idegrendszeri fejlesztő program.

Az INPP Magyarország célja a gyermekkorban kimutatható funkcionális eltérések – tanulási, viselkedésszerű, mozgáskoordinációs problémák –, valamint sérülésekből származó funkcionális zavarok kezelése.

Peter Blythe a tanulás és a viselkedés fiziológiai alapjainak tanulmányozása során arra a következtetésre jutott, hogy a primitív (túlélő) és a poszturális (testtartó) reflexek beazonosítása és vizsgálata komoly segítséget jelenthet az orvosok, pszichológusok, pedagógusok és a szülők számára abban, hogy megértsék, miért marad le egy – lényegében egészséges és jó intelligenciával rendelkező – gyermek a korcsoportjától.

Sally Goddard, az INPP (Neuro-fiziológiai Pszichológiai Intézet) vezetője az eredetileg egyéni terápiaként megalkotott módszert a 90-es években brit iskolák százaiban vezette be, amelyet számos, az emberi idegrendszer fejleszthetőségét bizonyító kutatás is alátámaszt. Azóta az Intézet gondolkodásmódja közkinccsé vált, pedagógusok ezrei vették át az úgynevezett INPP csoportos módszert és alkalmazzák világszerte nagy sikerrel. A módszer Peter Blythe és Albert Edward Tansley gondolatán alapul, mely szerint csak megfelelő idegrendszeri fejlettséggel rendelkező gyermekeknél alkalmazhatóak hatásosan a különböző oktatási módszerek. Az ilyen gyermek fejlődik, előre halad, ellentétben azzal a gyermekkel, akinél olyan reflexek is érvényesülnek, amelyek biológiailag már régen nem tartoznak korosztálya reakciómintái közé. Az INPP-módszer alkalmazói feltérképezik a lemaradás valós, fizikai okait, majd idegrendszeri fejlesztő gyakorlatokkal felzárkóztatják és sikerélményekhez juttatják a gyermeket. Az egyes reflexek működésének és hatásának pontos, érthető, és az életből elcsúszott példák illusztrált, kiváló leírása szülő és szakember számára egyaránt nélkülözhetetlen forrás a gyermekek problémáinak – és sokszor saját nehézségeinknek – a megértéséhez.

A felvállalt gyermeki problémák típusai, indikáció/kontraindikáció

Gyermekekori alkalmazása a tanulási, viselkedésszerű és mozgáskoordinációs problémák, valamint sérülésekből származó funkcionális zavarok kezelése esetén javallt.

Kontraindikáció: Gyermekekori epilepszia, pszichiátriai kórképek, erős tikkelés, kóros túlsúly, gerincsérülés, daganatos vagy egyéb krónikus betegségek, **egyidejűleg alkalmazott más mozgásterápiás eljárások.**

¹⁴ Adatközlő: Zweegman-Kocsis Magda, magyarországi területi vezető és oktató.

Diagnosztikus munka, az ellátás előzetes vizsgálati feltételei

Az INPP-módszer, bár hasonló elveken alapul, mint sok Magyarországon elterjedt mozgásterápia, mégis merőben más. Az egyik legnagyobb különbség az igen részletes, minden működésre kiterjedő, mintegy 3 órás felmérő vizsgálat, amely a szülők jelenlétében zajlik. A vizsgálat során a fő kérdés az, hogy rendelkezik-e az illető a megfelelő „fizikai eszköztárral”, amely szükséges ahhoz, hogy képes legyen korához és természetes intelligenciájához mérten teljesíteni.

A vizsgálatot kizárólag az INPP Chester hivatalos tanúsítványával rendelkező, egyéni INPP fejlesztő végzettségű személy végezheti.

Az INPP vizsgálat a 7 éven felüli gyermekek számára az idegrendszeri fejlettség szintjét hivatott feltérképezni, az illető spontán reakcióinak megfigyelése alapján.

A reflexreakciók mindig megmutatják az idegrendszer aktuális fejlődési szintjét. Ezért reflexteszteket, standard és specifikus idegrendszer-működési vizsgálatokat alkalmaznak és a különböző készségek (hallásészlelés IT, FST, funkcionális szemészeti vizsgálat) felmérését is elvégzik. A vizsgálat kiterjed a nagymotoros és finommotoros készségekre, a statikus és dinamikus egyensúlyra, a gyorsan váltakozó mozgásokra és a kisagyi működésekre, a teljes reflexprofilra (primitív és poszturális reflexek fejlettségi szintjére), továbbá a szemmotoros működésekre, vizuális és auditív megkülönböztető készségekre, testsémára, téri orientációs készségekre, dominanciára stb. Kiegészítő tesztek is léteznek az információfeldolgozás vizsgálatára.

A terápiás folyamat jellemzőinek bemutatása, terápiás keretek

A résztvevők megbeszélik a mindennapos gyakorlás körülményeit és előírásait, valamint betanulják az első gyakorlatot/gyakorlatokat. A precíz és pontos gyakorlás minden nap 5 percen át, otthon zajlik! A szülő aktív részese a folyamatnak. Egy következő kontroll körülbelül 8-10 hét múlva, illetve az első gyakorlatok megfelelő begyakorlása után indokolt. A program teljes tartama körülbelül 15-18 hónap. A komplex vizsgálat után a terápia kidolgozott lépéseken halad végig, a forgatókönyv birtokában, a fej emelésétől a négykézláb állásig. Az óvodás korosztálynak mesébe ágyazva. A csoportos foglalkozás 5-6 éves kortól, az egyéni 7 éves kortól kezdődhet. A terápia alatt a túlíngertelenség elkerülése alapvető. A terápiás folyamat során nemcsak a gyermekek információfeldolgozása, mozgása javul, de habitusa, viselkedése is változik. E változások a gyermek környezetét is érintik, és a család belső dinamikája – a családtagok egymás közötti kapcsolata – is jelentősen változhat.

A gyermekek fejlesztése rendszerszemlélet alapján történik, szükség esetén pszichológia, családterápiás támogatás mellett zajlik.

Az INPP képzés jellemzői

A csoportos fejlesztéshez szükséges képzés pedagógusok részére neurobiológiai előképzettség nélkül 30 órás képzés: elmélet, tesztelés és gyakorlat, önálló munkával kiegészítve. A csoportos fejlesztésre az kapja meg a tanúsítványt, aki intézményi befogadó nyilatkozattal rendelkezik (óvoda, iskola).

Az egyéni terápiához felsőfokú végzettség (neurobiológiai előképzettség) szükséges, illetve 5 év szakmai gyakorlat és referencia. A képzés négy modulban zajlik, háromhavonta egy hétvégén, mely elméletet, tesztelést, gyakorlatot és vizsga-előkészítést tartalmaz.

AZ ELJÁRÁSHOZ CSATLAKOZÓ SZAKIRODALMI HIVATKOZÁSOK JEGYZÉKE

GODDARD BLYTHE, Sally (2009): *A kiegyensúlyozott gyermek*. Budapest, Medicina.

GODDARD BLYTHE, Sally (2014): *Akaratlagos figyelem, Biztos egyensúly, Csodálatos összhang*. A sikeres tanulás ABC-je Budapest, Medicina.

GODDARD BLYTHE, Sally (2015): *Reflexek, tanulás, viselkedés*. Budapest, Medicina. <http://oriasleszel.hu/>

4.7. IKT – Integrált kifejezés- és táncterápia¹⁵

A módszer története, megalkotói és a módszer lényege

A kifejezés, a mozgás és a tánc a legősibb gyógyító művészetek közé tartoznak, melyek játékon, szabadító és integráló hatását mindig is, minden kultúrában kiaknázták. Tapasztalataink szerint azonban korunkban és kultúrkörünkben egyre több kifejezésében és mozgásában gátolt embernek van szüksége az önkifejezés élményének előrevivő és terápiás hatására.

Elsősorban táncosnők és a táncért lelkesedő terapeuták voltak azok, akik az 1920-as évektől kezdve a kifejező tánc és a testi szintű jelenlét, a testtudati figyelem terápiás hatását kutatni és alkalmazni kezdték. Kiemelkedő úttörők voltak többek között: Isadora Duncan, Martha Graham, Marian Chace, Mary Wigman, Dienes Valéria, Mary Whitehouse, Trudi Schoop stb.

Másik fontos történeti előzménynek a kifejezőművészetek-terápia (expressive arts therapy, EXA), vagy intermodális művészetterápia létrejötte tekinthető az 1970-es években az Amerikai Egyesült Államokban (Cambridge, Massachusetts, Lesley College, Institute for the Arts and Human Development); melyet olyan szakemberek neve fémjelez, mint Shaun McNiff, Paolo Knill, Stephen K. Levine. Európában a svájci European Graduate School emelendő ki, melyet Paolo Knill alapított 1994-ben. E megközelítés lényege az intermodalitás: szemben a speciális művészetterápiákkal (például mozgás- és táncterápia, vizuális művészetterápia, zeneterápia stb.) több művészeti modalitás integrált alkalmazása jellemzi.

Az *integrált kifejezés- és táncterápia (IKT)* módszere Németországból származik: Wilfried Gürtler (1950–2003) müncheni pszichológus, táncterapeuta fejlesztette ki az 1980-as években (GÜRTLER 1999). Már ekkortól, a 80-as évek végétől létrejöttek képzőcsoportok több helyütt Európában: Németország több városában, Ausztriában, Olaszországban és 1997 óta – még Wilfried Gürtler kezdeményezésére – Magyarországon is. Az IKT módszerét, az alapító 2003-ban bekövetkezett halálát követően, tanítványai oktatják és fejlesztik tovább, 2011 óta egyesületi formában (Integrált Kifejezés- és Táncterápiás Egyesület) – függetlenül a müncheni anyaintézménytől, a CITA-tól (Centrum für Integrale Tanz- und Ausdruckstherapie), amely 2015-ben meg is szűnt. A módszer hazai meggyökereséséért és fejlődésért sokat tett többek között dr. Varga Izabella, Kiss Tibor Cece, Jarovinszj Vera, valamint az IKTE Kiképzők Tanácsa többi tagja.

Az IKT mozgásra, táncra és testi élményekre kiemelten építő, de további kifejezőművészetekkel (rajz, festés, agyagozás, hangszerek, saját hang, mesék, versírás, terápiás táncszínház stb.) is dolgozó egyéni és csoport-pszichoterápiás megközelítés. Módszerükben tehát nem kizárólag egy művészeti ágat alkalmaznak, hanem többet is használnak egy-egy téma megfogalmazására, feldolgozására.

Az IKT szemléletét olyan nagyobb pszichológiai irányzatok alapozzák meg, mint a humanisztikus, analitikus, transzperszonális pszichológia. Rendszerszemléleti keretben és holisztikusan gondolkodik az ember testi-lelki és spirituális egységéről. Működésmódjának legfontosabb jellemzője,

¹⁵ Adatközlő: Kiss Tibor Cece.

hogy folyamatorientált, vagyis nagy hangsúlyt fektet a törésmentes átmenetekre, legyen szó akár a testhelyzetekben, akár a tudatállapotokban, akár a csoportfolyamat dinamikájában történő váltásokról. Az eljárás az intermodális (művészeti kifejezőmódok közötti) transzfer révén úgynevezett kreatív körfolyamatokra ad lehetőséget, amelyek a testi és mozgásos munka mellett a multimodális kifejezőeszközök használatával a test és a verbalitás közötti szakadékot teszik átjárhatóbbá. Egy mozgásos folyamat – legyen az egyéni, páros vagy kiscsoportos – után legtöbbször valamilyen képi kifejezésben „kap formát” a mozgásélmény, amelyet aztán további mozgásos (például kiemelt térben zajló szóló, duó) vagy más modalitású folyamatban mélyít el a csoport (például versben, agyaggal való alkotásban, maszkkészítésben, festésben). Beépült a módszerbe a meseterápia, a drámajáték, a rituálék használata és a hanggal való munka is, amelyek mindegyike a személyiség sokféle önkifejezési formájának ad teret. Az IKT előszeretettel ajánlja fel az archaikus szimbólumokkal – úgymint természeti elemekkel (víz, fa, föld, levegő), mesealakokkal, jungi archetípusokkal – való munkát, amely először testi szinten, illetve imaginációs technikában vagy kiscsoportos foglalkozás során ad kutatási felületet a résztvevőknek. Végül valamilyen alkotásban integrálódik a kollektív, archaikus tudattalanból felmerülő szimbólum képe a személyes valóság szintjével (JAROVINSZKIJ–KISS 2016, 241–242.).

Fontos kiemelnünk azt a tényt, hogy a legtöbb művészetterápiás irányzatot – így az IKT-t is – először felnőttek számára dolgozták ki, melyeket később adaptáltak fiatalabb célcsoportokra, figyelembe véve a gyermekek speciális jellemzőit. A gyermekek gyengébb kontrollfunkciói és érzelmszabályozása, a másik nézőpontjának figyelembevételére vonatkozó decentrálni és belátni képességük alacsonyabb foka, valamint azon tendenciájuk, hogy fájdalmaikat, illetve szükségleteiket játékban és cselekvésben fejezik ki, megkövetelik a terapeutától, hogy kevésbé a szavakra, inkább a cselekvésre támaszkodjon munkája során. Így aztán a gyerek-táncterápia valamilyen aktivitáson keresztül zajlik, és verbalizációra csak akkor kerül sor, ha lehetséges – esetenként valamilyen cselekvés kíséretjeként (JAROVINSZKIJ–KISS 2016, 228.).

Alkalmazhatóság életkor szerint

4-5 éves kor fölött már önálló megközelítésként is alkalmazható csoportos vagy egyéni helyzetben.

Óvodáskorban inkább a mozgásjátékok, a mesékkel való drámajáték, az egyszerű testtudati munka és a kapcsolati munka adja a folyamatok alapját.

Kisiskolás korban, amikor is az ösztönök energetizáló hatása visszahúzódik, a gyermekek még elég közel vannak a mozgáshangsúlyú élményvilághoz, a mozgásban való részvétel öröme, feltöltő hatása erős, így ebben a modalitásban jobban megközelíthetőek, mint verbálisan. Még nem érte el őket a kamaszkor gátlásossága, és a saját testhez kapcsolódó szorongásokkal. A mese, a dramatizálás, a mozgásimprovizációk és testtudati munka mind jól alkalmazható ennél a korosztálynál.

Egyéni táncterápia gyerekekkel: mint arra Campos Jiménez Anna (CAMPOS JIMÉNEZ 2007) is utal, sok esetben a gyermek nem képes a játékterápiában használt szimbolikus szinten kifejezni magát, míg a fizikai eszközök és a nagymozgásos játékok segítik a belső tartalmak szétesés nélküli megjelenését a terápiás térben. Óvodások, kisiskolások esetében az egyéni mozgásterápia sokszor tornateremben, DSZIT-terápia eszközeivel kombinálva valósul meg – olykor elmosódik a határ az egyéni gyermek-táncterápia és a DSZIT-terápia között.

A felvállalt gyermeki problémák típusai, javallat és ellenjavallat

A mozgás-táncterápiák indikációs területei és célcsoportjai a nemzetközi szakirodalom alapján, a teljesség igénye nélkül (JAROVINSZKIJ–KISS 2016, 231.):

Egészségügy: pervazív fejlődési zavarok, autizmus spektrum zavarok, Rett-szindróma, megkésett fejlődés, szenzoros integrációs diszfunkció, hiperaktivitás, daganatos megbetegedések, pszichoszomatikus megbetegedések, testi-fizikai trauma, súlyos betegségéből felépülés.

Tanácsadás, pszichoterápia: kötődési zavarok, érzelmi trauma, szorongás, enurézis, enkoprézis, hangulati zavarok, testkép-, illetve evészavar, önértékelési zavarok, szülő-gyerek kapcsolati zavarok, adoptálás.

Oktatás, nevelés: viselkedészavarok, tanulási- illetve részképesség-zavarok, érzékszervi (látás, hallás) korlátozottság, mozgáskorlátozottság, értelmi fogyatékoság, beilleszkedési zavarok (kulturális különbségek, eltérő etnikumok, bevándorlók, menekültek), kortárs bántalmazás (bullying), állami gondozás.

Ellenjavallat nincsen.

Diagnosztikus munka, az ellátás előzetes vizsgálati feltételei

Módszerspecifikus, kifejezetten az integrált kifejezés- és táncterápiára jellemző diagnosztikus rendszer nincs kidolgozva. Általános gyermek-pszichoterápiás, fejlesztési indikációk és diagnosztikus folyamatok (interjú a szülőkkel, megfigyelés stb.) érvényesülnek.

A terápiás folyamat jellemzőinek bemutatása, terápiás keretek

A mozgás-táncterápiás csoportok általános struktúrája a következőképpen írható le: kezdeti kontaktus, illetve kapcsolatfelvétel; „bemelegítés”; központi rész vagy „téma”; összefoglalás (a lezárás kezdete); visszajelzés, élmények megosztása.

Gyakran kezdő és záró rituálé keretezi az alkalmat, amely világos átmenetével a terápiás és nem terápiás tér és idő között nagyban hozzájárul a gyermekek alap-biztonságérzetéhez. A „bemelegítés” nem csak fizikai értelemben használatos: fontos célunk vele a megfelelő csoportlétkör kialakítása, a csoporton belüli kapcsolódások elkezdése. Az alkalmak központi része valamilyen mozgás/tánc témája köré szerveződik. Lehet, hogy egy a bemelegítés során felbukkant motívumból fejlődik tovább, de vissza lehet nyúlni korábbi alkalmakra, és egy olyan témát folytatni, amellyel a csoport egy ideje dolgozik. Az alkalom összefoglalása vagy lezárása a pszichofizikai aktivitás lecsengésének irányába viszi a folyamatot. Előfordul, hogy vizuális kifejezéssel, rajzolással-festéssel dolgozunk a mozgás után. A lezáró szakasznak gyakran van verbális része. A terápia élményszavakba öntése segíti az integrációt: a mozgásos élmények összefüggésbe kerülhetnek a gyerekek életének személyes, illetve interperszonális témáival. Ezt a folyamatot a rajzok is segíthetik. Az önfeltárás és megnyílás mértéke az érzelmi érettség függvénye, de ezen a ponton is fontos szerepe van a terapeutának, aki segítheti az élmény megfogalmazását.

A terápiás folyamat strukturáltságára és direktivitására vonatkozóan az az összefüggés fogalmazható meg, miszerint az alacsonyabb énfejlődési szint, illetve a gyengébb kognitív képességek strukturáltabb, direktívebb vezetési stílust kívánnak. A fejlődést nyomon követve, valamint a csoport kohéziójának növekedésével a struktúra és kötöttség a folyamat során lazulhat (JAROVINSZKIJ–KISS 2016, 231–233.).

Rena Kornblum (KORNBLUM 2008) a gyermek mozgás-táncterápiával kapcsolatban az alábbiak fontosságát emeli ki:

1. Nyílt végű struktúra használata: terapeutaként haladjunk azon a nyomon, amelyet a gyerek kijelöl, és keretezzük oly módon, amely teret ad a spontaneitásnak is.
2. Fontos ott találkozni a gyerekekkel, ahol ő éppen tart – például tükrözéssel, mozgásminőségek átvételével, befogadó figyelemmel, ráhangolódással.
3. Nagy hangsúlyt helyez a biztonságra. Fontos, hogy a terápiás tér és a terapeuta az erős érzéseket is biztonságos módon tudja tartalmazni, tisztelőben tartva a gyermek érzelmi minőségeit, hangozva, együttérző módon kapcsolódva. Ez jelentheti akár egy biztonságos tér konkrét létrehozását, esetleg valamilyen kuckó megépítését a terápiás szobában.
4. A munkára folyamatként tekint, amelyben az átélt testi tapasztalattól indulunk, mozgáson keresztül a rajzolás, éneklés, megfogalmazás szimbolikus élmény-kifejezései felé.
5. Lényeges a fejlődéslélektani háttértudás és a strukturált megfigyelési keretrendszer, amelyeket alkalmazva elemzünk, és célokat tűzünk ki a gyermek számára (id. JAROVINSZKIJ–KISS 2016, 229–230.).

A mozgás-táncterapeuta hangsúlyosan – de nem kizárólag – a mozgáson keresztül kommunikál. A mozgás tükrözése a kommunikáció egyik legősibb formája, a korai anya-gyermek kapcsolat egyik bevett csatornája, mely azt sugallja: „látlak, értelek, elfogadlak”.

A mozgásos, kinesztetikus empátia befogni igyekszik a terapeuta önmagával és a páciensével kapcsolatos érzéseit, érzeteit és váramozgásait (WENGROWER 2015). A terapeuta részéről feltétel továbbá az érintés különböző minőségeinek tudatos és készség szintű tapasztalati tudása, amely nem traumatizáló és nem szexualizáló kapcsolódást tesz lehetővé. A gyerekekkel, gyermekcsoporttal való összetett munka megterhelő tud lenni a terapeuta számára, akinek képesnek kell lennie arra, hogy integrálja mozgásos kapcsolódási képességét (játékban, táncban), és hogy elérje saját gyermeki élményvilágát, miközben felnőtt állapotát is megtartja, amely képes tartalmazni, megérteni és egyensúlyozni az elengedés és strukturálás között (WENGROWER 2015; JAROVINSZKIJ–KISS, 2016, 230.).

Keretek: a gyermek mozgás-táncterápia gyakran dolgozik olyan *eszközökkel*, amelyek érzékszervi ingereket nyújtanak, gazdagítják az asszociációs világot és a kreatív kifejezési lehetőségeket, inspirálhatják a mozgásos kísérletezést, valamint mediálják a kapcsolatba kerülést a másikkal. Ilyen eszközök, kellékek lehetnek például a textilek, kendők, sálak, plédok, kötelek, különböző anyagból készült és eltérő méretű labdák, rugalmas szalagok, párnák stb., amelyeket változatos mozgásos célokra használnak. Amennyiben a terapeuta integrálja a vizuális kifejezést a munkába, ezek kellékei (rajz-, illetve festőeszközök, olló, ragasztó stb.) is részét képezhetik az eszközrendszernek. Dramatikus munkamód esetén megjelenhetnek babák, bábok, illetve jelmezek is.

Időbeli keretek: a terápiás munka gyerekekkel általában a tanévhez kötődik, a tanítási szünetekben értelemszerűen ez is szünetel. Egy alkalom 45-60 percig tart, de ez természetesen függ a kis „kliensek” kapacitásától is.

Tér: a foglalkozásokhoz szabad térre van szükség, amely lehetőleg mentes törékeny tárgyaktól. Jó, ha a fényforrást rács védi az esetlegesen felpattanó labdáktól. Kellően nagy helyiség szükséges, amelyben szabadon tud tevékenykedni a csoport anélkül, hogy a tagok akadályoznák egymás mozgását. Melegburkolatú, könnyen tisztítható padló javasolt, amelyre le lehet ülni vagy feküdni. Jó, ha van egy zárható szekrény vagy szertár az éppen nem használt tárgyak, eszközök tárolására.

Terápiás forma: egyéni és csoportos formában alkalmazzák leggyakrabban, de megemlíthető a szülő-gyermek (például baba-mama csoport) formátum is. Csoportos munka esetén 6-8 fős csoportokkal dolgoznak általában, de a létszám erősen függ a résztvevők csoportérettségétől.

Nem ritka a gyerekek számára tartott mozgás-táncterápiás csoportokon, hogy a záró-megbeszélő körben előkerül *ennivaló, gyümölcs*. Ez – a tapasztalatok szerint – csökkenti a szorongást, megkönnyíti a verbális megnyilvánulást, és a baráti lakoma ősi emberi rituáléját idézi (JAROVINSZKIJ–KISS, 2016, 233.).

A képzés jellemzői, a jelenleg elérhető szakemberek száma, hozzáférhetőségük

Az IKT képzés¹⁶ az Integrált Kifejezés- és Táncterápiás Egyesület keretein belül történik. Az IKT csoportvezetői képzési szinthez előfeltételként elfogadott önismereti-terápiás sajátélmény csoport hozzávetőleg 2 évig tart és minimum 300 (60 perces) órában egy egységet képez. A 2 éves önismereti-terápiás-sajátélmény csoportfolyamatra épül az 1+1 éves integrált kifejezés- és táncterápiás képzési szakasz, 360–380 (60 perces) órással. Ennek része elmélet és szakirodalom-feldolgozás, valamint gyakorlat (csoportvezetés). A vizsgacsoport-vezetés szupervízió mellett folyik.

Az IKT egyéni helyzetben történő alkalmazásához segítő hivatáshoz kapcsolódó végzettség, egyéni sajátélmény és szupervízió szükséges.

A jelenleg elérhető, képzett szakemberek (orvosok, pszichológusok, gyógypedagógusok, szociális munkások, nevelők, gyógytornászok, szervezetfejlesztők) létszáma 50 fő körül mozog.

AZ ELJÁRÁSHOZ CSATLAKOZÓ SZAKIRODALMI HIVATKOZÁSOK JEGYZÉKE

- CAMPOS J. Anna (2007): Nonverbális jelenségek a gyermekpszichoterápiában. *Serdülő- és gyermek-pszichoterápia*, 7. évf., 1. sz., 43–50.
- CAPELLO, Patricia P. (2008): Dance/movement therapy with children throughout the world. *American Journal of Dance Therapy*, 30/1, 24–36.
- GÜRTLER, Wilfried (1999): Integrált tánc- és kifejezésterápia. *Pszichoterápia*, 8. évf., 2. sz., 133–135.
- JAROVINSZKIJ Vera – KISS Tibor Cece (2016): Mozgás és tánc terápiás alkalmazása gyerekeknél. In Szvatkó Anna (szerk.): *Billenések. Tanulmányok a dinamikus szenzoros integrációs terápia köréből*. 225-262old.
- KISS Tibor Cece – VARGA Izabella (2007): Beállítódások, tudati állapotok az Integrált Kifejezés- és Táncterápiában. Előadás a Magyar Hipnózis Egyesület 2007-es konferenciáján. In *Hipno-Infó*. LXX. A Magyar Hipnózis Egyesület tájékoztató kiadványa, szeptember, 17. évf., 3. sz., 75–92.
- KORNBLUM, Rena (2008): Dance/movement therapy with children. In McCarthy, Dennis (ed.): *Speaking about the unspeakable: Non-verbal methods and experiences in therapy with children*. London–Philadelphia, Jessica Kingsley, 100–114.
- PÁLL Orsolya Emese – KISS Tibor Cece (2011): Az integrált kifejezés- és táncterápiáról. *Családterápiás Hírmondó*, 1–2. sz., 79–89. p.
- TORTORA, Suzi (2006): *The dancing dialogue: Using the communicative power of movement with young children*. Baltimore, Paul H. Brookes.
- WENGROWER, Hilda (2015): Dance movement therapy groups for children with behavioral disorders. In Kourkoutas, Elias – Hart, Angie (ed.): *Innovative practice and interventions for children and adolescents with psychosocial difficulties and disabilities*. Newcastle, Cambridge Scholar Publications, 390–414.

¹⁶ A képzési rend elérhető az IKT Egyesület honlapján (www.ikte.hu).

4.8. Lovasterápiák¹⁷

A lovasterápia egy olyan gyűjtőfogalom, amely magába foglalja mindazokat az intézményhez kötött, orvosi indikáció alapján terápiás céllal alkalmazott, kezelés jellegű, egyéni vagy csoportos fejlesztéseket, melyek a lovaglás, illetve a lóval való foglalkozás hatásait használják fel. A lovasterápiák célja, hogy a sérülés/károsodás, a fogyatékoság/zavar, az akadályozottság/korlátozottság ismeretében a minél gyorsabb, eredményesebb gyógyulás, képességfejlődés és rehabilitáció érdekében használja fel a ló és a lovaglás jótékony hatásait. A lovaglásnak vannak elsődleges és másodlagos hatásai. Az elsődlegesek közé tartozik, hogy a lovasnak javul a testtartása, légzése, koordinációja, figyelme – a másodlagos közé pedig, hogy alkalmazkodni kell egy másik lénynek szavakban nem kifejezhető elvárásaihoz, és neki is ösztönösen, szavak nélkül, pontosan közölnie kell saját elvárásait a lóval. Sokszor a sérült gyermekek nagyon beszűkült, ingerektől megfosztott, bezárt világa az, ami egy lovardában eltöltött idő alatt hihetetlen mennyiségű inger feldolgozása folytán hirtelen bővülni kezd (gondoljuk csak a siket-vak kisgyermekekre).

1. Gyógypedagógiai lovaglás és lovastorna

A módszer története és lényege

A módszer az 1960-as években Svájcban kiindulva kezdett elterjedni, bár a terápiás célú lovaglásról, illetve az ennek alapjául szolgáló tornáról már jóval korábbi említéseket is találhatunk. Magyarországon a legkülönbözőbb problémák orvoslásának reményében egyre több család és gyermekintézmény érdeklődött a 90-es évek közepétől lovasterápia iránt. A felmerülő igények láttán a Nemzetközi Gyermekmentő Szolgálat megszervezte az első lovasterápiás szakember képző tanfolyamot 1997-ben, amihez szakmai segítséget Angliából kért.

A gyógypedagógiai lovaglás és lovastorna/voltizálás célja a tanulásban akadályozott, értelmileg akadályozott, pervazív fejlődési zavarral, részképesség-problémákkal küzdő, látás- és hallássérült (esetenként mozgássérült), teljesítmény- és viselkedési zavarokat mutató, hiperaktivitással és figyelemzavarral, valamint beszédproblémákkal küzdő gyerekek és fiatalok fogyatékoságspecifikus fejlesztése egyénileg vagy csoportosan a ló, a lovaglás, a lovardai tevékenységek és környezet által. A gyógypedagógiai lovaglás a ló által közvetített pszichológiai, pedagógiai és szociális értékek segítségével habilitálja, illetve rehabilitálja az egyént. A gyógypedagógiai lovaglás feladata az általános vagy egy-egy szakterületre koncentrálni a fejlesztés, nevelés, szocializáció, amelynek során speciális gyakorlatokkal és módszerekkel bizonyos mentális funkciókat vagy egy-egy érzékszervet külön is fejleszthetnek.

A terápiát szakképzett gyógypedagógus-lovasterapeuta vezeti, és a foglalkozás során egyéni elbírálás alapján felhasználható a ló bármely jármódja (jellemzően a lépést használják). A terápia magába foglalja a lovaglást, a lovastornát és a lógondozást. A lovaglás történhet vezetve, futószáron vagy önállóan.

Alkalmazhatóság életkor szerint

4 éves kor felett ajánlható és ettől kezdve hatásos is.

¹⁷ Adatközlő: Bozori Gabriella, a Magyar Lovasterápia Szövetség alelnöke.

A felvállalt gyermeki problémák típusai, javallat és ellenjavallat

Tanulási zavarok, tanulási akadályozottság, értelmi akadályozottság, pervazív fejlődési zavarok, hiperaktivitás, figyelemzavar, magatartásproblémák, látássérülés, hallássérülés, halmozott sérülés, beszédzavarok, megkésett beszédfejlődés, kommunikációs problémák.

Ellenjavallat:

- a) Súlyos spazmus, mely lehetetlenné teszi a lovagló ülést; a neurológiai tünetek erősödése, melyeket a ló által közvetített mozgásimpulzusok okoznak.
- b) Minden gyulladásos eredetű csont-ízületi elváltozás aktív fázisában.
- c) A gerinc fiziológiás görbületeinek csontrendszeri elváltozásai, deformitásai, elcsontosodott-fixált elváltozásai (Bechterew-kór, spondylolysthesis, porckorong- sérv műtét utáni állapotok, bordapúp, scoliosis 25 fok felett, baleset utáni csavaros vagy lemezes rögzítések, Schauermann-kór).
- d) A Down-szindrómások gerincének állapota különös figyelmet érdemel, mert esetükben az atlanto-dentális instabilitás kontraindikációt jelent. A kérdésben jártas szakember által készített csigolyaröntgen szükséges a javallathoz.
- e) A csípőízületi elváltozások – melyek megnehezítik a lovon való feszülésmentes ülést – szintén kontraindikációt jelentenek, függetlenül attól, hogy gyulladásos, traumás vagy degeneratív eredetűek-e. Amennyiben a lovas túl széles hátú lovon ül, akkor a ló minden lépése során nyúlik a lovas csípőszalagja, ezáltal az instabillá válhat. A csípőízület luxációjának súlyosságát pontosan tisztázni kell – a lovagló ülés és a mozgásstimuláció következtében felléphet túlzott kilazulás és ennek következtében csípőízület a helyéről kimozdulhat.
- f) Osteogenesis imperfecta, vagy egyéb betegség miatti csonttörésre való hajlam.
- g) Gyakran előforduló epilepsziás rohamok esetén.
- h) A retina leválás bizonyos eseteinél szakorvossal való konzultáció szükséges az indikáció vagy kontraindikáció megállapításához.
- i) Egyéb problémák: szív- és keringési elégtelenség, súlyosan magas vérnyomás, rosszullétre való hajlam, embóliaveszély, a ló, vagy környezete által kiváltott allergia, legyőzhetetlen félelem stb.

Relatív kontraindikáció: a lovas mérete (ha a lovas nagyon kicsi, akkor egy széles hátú lovon fennállhat csípőízületi elváltozás kialakulása).

Diagnosztikus munka, az ellátás előzetes vizsgálati feltételei

A résztvevők általában már a pedagógiai szakszolgálatok szakértői bizottságai által kiadott diagnózissal és véleménnyel érkeznek. Ezt követően a Nemzetközi Gyermekmentő Szolgálat gyermekneurológusa végzi el a résztvevők neurológiai vizsgálatát, és dönti el, hogy a gyógypedagógiai lovaglás és lovastorna javasolható-e az adott páciensnek; figyelembe véve egyéb problémákat, társuló rendellenességeket, betegségeket. Ezután a gyógypedagógus-lovasterapeuta felveszi a résztvevő anamnézisé, a gyermek személyi adatait, a szülő panaszát, kérését, összegyűjti a jelen státusz megismerésére vonatkozó információkat (nagymozgások, egyensúly, finommozgások, beszéd, magatartás, önkiszolgálás

fejlettségi szintje). Mindezen információk alapján a terapeuta elkészíti a gyermek egyéni fejlesztési tervét.

A terápiás folyamat jellemzőinek bemutatása, terápiás keretek

„Terápiás szerződés”

A terápiás terv/egyéni fejlesztési terv elkészülte után a gyógypedagógus-lovasterapeuta megismerteti a fejlesztési terv lényeges elveit, szempontjait a szülővel és a gyermekkel (figyelembe véve a gyermek életkorát és állapotát). Amennyiben a szülő vagy maga a páciens is egyetért a célokkal, megkezdődhet a konkrét fejlesztő munka. A lovasterápia területén nem kötünk igazi terápiás szerződést írásban, de a szóbeli megállapodás mindenképpen fontos, valamint a szülő által aláírt hozzájárulási nyilatkozat is.

A terápia megkezdése, a terápiás folyamat dokumentálása: a terapeuta naprakészen vezeti a terápiás folyamat dokumentációját, lejegyzí a fejlesztés lépéseit, a céloknak megfelelő gyakorlatokat, játékokat, az alkalmazott módszereket, munkaformákat és a foglalkozások eredményeit, valamint a felmerülő problémákat, nehézségeket is. A terápiás folyamat eredményessége érdekében szükség esetén külsős szakemberekkel is konzultál.

Időszakos mérések, vizsgálatok, az állapot változás diagnosztizálása, folyamatdiagnosztika: a terapeuta meghatározott időszakonként (általában félévente) időszakos méréseket készít, melyek segítségével kontrollálhatja, hogyan halad páciensével. A mérések lehetőséget adnak arra is, hogy szükség esetén a fejlesztési célokat módosítsa, vagy változtasson a fejlesztés tempóján. Az is megtörténhet, hogy a terápiás folyamat során további nehézségek bukkannak fel. Félévente követjük és lejegyezzük azokat a változásokat is, amelyeket a gyermek a lovaglás, vagy lovastorna szintjén, a lóval való kapcsolatos tevékenységekben elért.

A terápiás folyamat befejezése, záró mérések, értékelés, a terápia lezárása: a gyógypedagógus-lovasterapeuta feladata a terápiás folyamat lezárásakor a szülő tájékoztatása az elért fejlődésről és a továbbiakban javasolt lépésekről.

Terápia gyakorisága:

- heti egy alkalom: kezdetben 30 perces egyéni fejlesztés, később a probléma figyelembevétele mellett lehetséges páros munka vagy csoportos foglalkozás is.
- csoportos foglalkozás: 60 perc időtartamú (max. 4 fő).

A terápia várható időtartama:

- a gyógypedagógiai lovaglás és lovastorna területén általában egy tanévre szerződünk (mivel a résztvevők heti 1 alkalommal jönnek általában), de egyéni elbírálás alapján, ha a terapeuta indokoltnak tartja, folytathatja a terápiát a következő tanévben is.

A terápia formai jellegzetességei:

- az egyéni fejlesztési terv tartalmazza;
- kezdetben egyénileg, vezetett lovon egy vagy két segítővel;
- később lehetséges a segítők számának csökkentése, a résztvevő képességeitől függően lehetséges a munka asszisztens nélkül is;
- a ló jármódjainak változtatása, áttérés a futószáron történő lovaglásra, illetve a gyógypedagógiai lovastornaelemek és a földi munka elemeinek bekapcsolása a terápiás folyamatba.

A képzés jellemzői, a jelenleg elérhető szakemberek száma, hozzáférhetőségük

Hazánkban jelenleg 43 fő gyógypedagógus-lovasterapeuta dolgozik. A Magyar Lovasterápia Szövetség (MLTSZ) 2000-ben alapította meg a gyógytornász és gyógypedagógus alapidiplomára épülő hazai lovasterapeuta-képzést, mely akkreditált pedagógus-továbbképzési program keretében valósul meg. A képzést évente indítják, annak érdekében, hogy minél több szakképzett lovasterapeuta működjön az országban. A gyógypedagógusok a lovasterapeuta képzést az „Alapozó ismeretek a lovasterápiáról” című képzés keretein belül kezdhetik meg. Az „A” modul óraszám: 46 óra (elmélet: 26 óra, gyakorlat: 20 óra); a „B” modul óraszám: 64 óra (elmélet: 9 óra, gyakorlat: 55 óra). A képzést sikeresen teljesítő gyógypedagógusok a lovasterapeuta képzést a „Lovasterapeuta képzés gyógypedagógiai lovaglás és lovastorna szakágon” elnevezésű tanfolyam keretein belül folytathatják. A GYP-1 modul óraszám: 55 óra (elmélet: 55 óra, gyakorlati óra: nincs); a GYP-2 modul óraszám: 65 óra (elméleti óra: nincs, gyakorlat: 65 óra).

Évente egyhetes segítő tanfolyamot szervez az MLTSZ azoknak az érdeklődőknek, akik a lovasterápiás munkában segítőként szeretnének közreműködni. A már végzett gyógypedagógus-lovasterapeuta és hippoterapeuta szakemberek számára szintén hazai és külföldi szakemberek segítségével, több alkalommal is továbbképző kurzusokat szerveznek.

A célkitűzések között elsődleges helyet foglal el a lovasterápiával foglalkozó, különböző előképzettségű szakemberek folyamatos képzése, továbbképzése, hiszen mint kiderült, sokan, sok helyen, igen eltérő megközelítéssel és eltérő színvonalon végzik ezt a tevékenységet. A szakemberek képzésének érdekében az MLTSZ 1997 óta évente minden ősszel kéthetes továbbképző tanfolyamot szervez.

AZ ELJÁRÁSHOZ CSATLAKOZÓ SZAKIRODALMI HIVATKOZÁSOK JEGYZÉKE

- BOZORI Gabriella (2011): *A gyógypedagógiai lovaglás és lovastorna, mint a gyógypedagógiai terápiák egyfajta lehetősége.* Kézirat. Budapest, –MLTSZ.
- BOZORI Gabriella (2002): *Gondolatok és vázlatok a gyógypedagógiai lovaglás és lovastorna témaköréből.* – Székesfehérvár, Polu-Press Kkt.
- BOZORI Gabriella (2005): *A gyógypedagógiai lovaglás eredményességének vizsgálata.* Pákozd, CSÁK-CODEX Kft.
- DIETZE, Susanne (2005): *Balance in Movement.* London, Great Britain, New Era Printing Co.
- KISSNÉ HATVANI Erika – BÁLINT Lné. (2004): *Gyógypedagógiai lovaglás és lovastorna helyi tanterv.* Kézirat. Hódmezővásárhely.
- KAPELLER, Mag. Birgitt – SPUMY, Elke (1999): *Feladatgyűjtemény a gyógypedagógiai lovagláshoz és voltizsáláshoz.* Kézirat. Wien.
- Deutsches Kuratorium für Therapeutisches Reiten e. V.: Therapeutic Riding in Germany. Selected Contributions from the Special Brochures of the DKThR 1998 Warendorf
- DKThR Gisela Heimsath-Rhodes - Hello Bob! - 2012 - Exeter, United Kingdom.
- Revaluation Books North American Riding for the Handicapped Association - Curriculum for Riding Therapy Kent Association of Riding Therapy - 1991 - Denver - NARHA North American Riding for the Handicapped Association - NARHA Instructor Educational Guide - 1997 - Denver – NARHA.

2. Hippoterápia

A módszer lényege

Főként az egészségügyben, leginkább gyógytornászok (szomatopedagógusok) által alkalmazott, kiegészítő, egyéni terápiás eljárás a tartási és mozgás funkciók javítása, korrekciója érdekében. A hippoterápia orvosi indikáció alapján történő neurofiziológiai gyógytornakezelés, mely a sérült, károsodott, fogyatékos személy passzív és aktív részvételével, terápiás célú gyakorlatok végeztetésével, általában hátulról, hosszú száron vezetett lovon, hevederrel történik. A hippoterápia döntően a ló lépés-jár-

módjának mozgásimpulzusait, hátának háromdimenziós lengéseit használja fel; leggyakoribb indikációit pedig a centrális eredetű bénulások, izomtónuszavarok és tartáshibák alkotják.

Alkalmazhatóság életkor szerint

4 éves kor fölött már jól használható. Tulajdonképpen nem is az életkort kell figyelnünk, hanem azt, hogy lovunk megfelelő-e páciensünknek (mivel a terápiára alkalmas lovak körülbelül 120 cm-nél kezdődnek, ez a méret 3-4 éves, átlagos méretű gyermeknek megfelelő).

A felvállalt gyermeki problémák típusai, javallat és ellenjavallat

A leggyakoribb indikációs területek a következők:

Diagnózis szerint: központi idegrendszer deformitása, gyulladása, a perifériás idegrendszer gyulladása (például Guillain-Barré-syndroma), traumás koponyasérülés, tumor, neuromuskuláris megbetegedések, anyagcserezavarok.

Tünetek szerint: motoros retardáció, hipotónia, hipertónia (spazmus, rigor), hiperkinezis (chorea, athetosis, myoclonus, ataxia, dismetria, tremor), hipokinezis, izomtónus zavarok, koordinációs problémák, egyensúlyzavar, aszimmetria, felborult izomegyensúly, szenzomotorium gyengesége.

Ellenjavallat: *Általában érvényes, hogy a lovagló testhelyzet kiváltotta akut fájdalom, vagy bármilyen más okból való képtelenség arra, hogy a páciens lovagló testhelyzetet vegyen fel, a hippoterápiát kontraindikálja.* Itt érdemes kitérni azokra a súlyos állapotban lévő betegekre, akiknek nincs meg a fej és törzs kontrolljuk: az ő esetükben valójában nem kontraindikációról van szó, hanem arról, hogy számukra a hippoterápia kivitelezhetetlen; fejlesztő jellegű lovagoltatásuk azonban természetesen folytatható.

Kontraindikációkat ortopédiai, neurológiai és belgyógyászati betegségek között találunk, mint a súlyos, kóros gerincgörbület; csont-ízületi gyulladásos kórképek akut fázisai; csavaros-lemezes rögzítések (műtét utáni állapotok); protézisek; porckorongsérv; spondylolysthesis; diffúz vagy fókális agyodéma; hirtelen tónusvesztéssel, retropulziós vagy anteropulziós jelenséggel zajló epilepsziás roszulések (a beteg testtömegével együtt kontraindikációt jelenthetnek – felmerül a kérdés, hogy képes-e egyedül megtartani a hirtelen leeső tömeget a biztonsági hevederrel a kör belső oldalán sétáló, segítő személy?); lázas betegség; légzési és szívégtelenség; lószőrallergia (illetve időszakonként a pollenallergiák is!) és a legyőzhetetlen félelem.

Fokozott figyelmet igényel: csípőízületek kontraktúrái, luxálódása; a tünetek változása, javulás elmaradása, rosszabbodás; epilepszia; szív- és tüdőbetegségek; spina bifida; gerincvelő sérülései; agyvérzés utáni állapot; gyermekbénulás utáni állapot; végtaghiány. Az egyes kórképek aktív szakasza kontraindikációt képezhet, illetve a kórképek súlyossága szerinti elbírálása egyéni indikációt igényel.

A csípőízület erőteljes, manipulatív behatásnak van kitéve hippoterápia során, ezért nagy figyelemmel kell eljárunk védelmében. A csípőízület állapotát mindig figyelemmel kell kísérni. Kis termetű gyermek csak keskeny lóra ülhet, és a helyes ülés megvalósítása alapfeltétel. Ha túl széles a ló, a csípőízület maradandó károsodása jöhet létre, különösen akkor, ha gyakran, hetente 2-3 alkalommal ül lóra.

Diagnosztikus munka, az ellátás előzetes vizsgálati feltételei

A páciens ortopédiai vagy neurológiai szakorvosi javaslattal és diagnózissal érkezik, ezt követően a terapeuta felméri a páciens motoros státuszát, megvizsgálja, hogy rendelkezik-e a hippoterápiához

szükséges motoros képességekkel, illetve, hogy a hippoterápia hatásmechanizmusa a páciensnél fejlesztő céllal alkalmazható-e. A terapeuta ezután határozza meg a terápiás célokat és egyéni kezelési tervet állít össze a páciens számára: 1.: Neurológiai vizsgálatok (egyensúly, koordináció vizsgálata). 2.: Izomerő, izomtónus vizsgálata. 3.: Helyváltoztatás képessége. 4.: Medencemozgások, fej- és törzskontroll. 5.: Transzferek módja, lehetséges kommunikáció és együttműködés.

A terápiás folyamat jellemzőinek bemutatása, terápiás keretek

Mivel a lovas több esetben önállóan képtelen lépéseket tenni, a ló minden lépése, minden egyes csípőbillentése a járáshoz hasonló érzetet kelt a mozgássérült gyerekekben: ugyanazok az ingerek futnak végig az idegrendszerén, illetve az idegpályáin, mintha ő maga menne. A lovaglás a mozgás élményét nyújtja, miközben persze valóságos haladás is történik. Javítja a légzést, lazítja az ízületeket és az izmokat – vagyis jótékonyan javítja a funkcionális sérüléseket. A hippoterápiát lényegében extrém módon hatásos, lovon végzett gyógytornának kell elképzelni. A terapeuta vagy hátulról, hosszú száron vezeti a lovat, vagy megy a páciens mellett, aki a lovon ül. Általában nem mond konkrét gyakorlatokat, hanem a ló vezetése és a ló mozgása által igyekszik kiváltani olyan hatásokat, amelyek segítségével eléri az adott páciensnél a kívánt hatást, megvalósítja a terápiás célt: szimmetrikus ülés, megfelelő tartás, egyensúly, izomtónus-szabályozás stb. Bizonyos esetekben a lovaglás közben elért relaxív állapotban lehet ezeket legeredményesebben elvégezni.

Betegvizsgálat: annak eldöntése, hogy a páciens lóra ülhet-e, illetve, hogy az indikáció adekvát-e, a hippoterapeuta feladata. Az esetleges kontraindikációk felderítése, a különleges figyelmet kívánó társbetegségek felfedezése szintén a terapeuta felelőssége. Ha a páciens anamnézis és/vagy státusz nélkül érkezik, annak felvétele is a terapeuta dolga.

Terápiás cél: az első alkalommal tulajdonképpen a páciens reakcióit figyeljük a terápia során, esetleg egy alkalomra szóló, *rövid* távú célt választunk. Ez alapján ítéljük meg, hogy mi is legyen a terápia igazi célja. Ezt mindig a szülők egyeztetésével végezzük azt elkerülendő, hogy irreális célok alakuljanak ki.

A terápiás ló kiválasztása: ha abban a szerencsés helyzetben vagyunk, hogy több ló áll rendelkezésünkre, a pácienshez igazítjuk a ló paramétereit (magasság, szélesség, mozgásminőség, stb.).

A felszerelés kiválasztása: nyereg, patrac, korrekciós eszközök.

A terápiás ló felszerszámozása, bemelegítése: figyelembe kell venni, hogy a terápia a ló számára megerőltetőbb, mintha lovagolnák. Lóápolás és felszerszámozás után a lovat minden kezelés előtt be kell melegíteni.

A lóra ülés megtervezése, segédeszközök: a *lóra ülés* – *főleg az első* – nagy körültekintést igényel. A páciensnek végig biztonságban kell éreznie magát, és valóban biztonságban is kell lennie. A lóra szállás különféle módokon történhet: *rámpáról, földről, emelőszerkezettel*.

A szükséges személyzet megszervezése: a legfontosabb, hogy képzett hippoterapeuta vezesse a terápiát. Szükség van még lóvezetőre, és segítő(k)re. A segítő(k) számát a gyermek állapota határozza meg.

A terápia lebonyolítása, korrekciós gyakorlatok: a hippoterápia tulajdonképpen a passzív kimozgatás és az aktív torna között helyezkedik el. Passzív annyiból, hogy a páciensnek nem kell tornáznia a lovon. Viszont rendkívüli aktivitást igényel, hiszen ha valaki csak egyszer is ült lovon, az tudja, hogy nem könnyű megmaradni az imbolygó, állandóan mozgásban lévő *állat* hátán. Még akkor sem, ha vezetik alattunk, és csupán „csak” ülnünk kell rajta.

A hippoterápiában gyakorlatot csak akkor végeztetünk páciensünkkel, ha a mozgásátvitel valahol blokkolódik, és ezt szeretnénk megoldani, vagy a tartás korrekcióját akarjuk elérni. A gyakorlatokat ilyenkor is viszonylag rövid ideig, kevés ismétléssel, a ló mozgásának segítségével hívásával végeztetjük. Utána egyből leellenőrizzük, hogy elértük-e vele a kívánt hatást. A hippoterápia lényege a ló mozgásának átvitele a páciensre.

Dokumentáció: a gyermek benyomásairól, szubjektív élményeiről is információt gyűjtünk, és rögzítjük azt. A terapeuta a kezelés során megfigyeli a hippoterápiás követési lapnak megfelelően a gyermek teljesítőképességét, és azt a munka végeztével rögzíti.

A terápiás folyamat befejezése, záró mérések, értékelés, a terápia lezárása: a hippoterapeuta feladata a terápiás folyamat lezárásakor a szülő tájékoztatása az elért fejlődésről és a továbbiakban javasolt lépésekről.

A terápia gyakorisága: egy-egy terápiás foglalkozás általában 15-20 perc, de egyéni elbírálás alapján 5-30 perc is lehet – 30 percnél azonban semmiképp sem több. Csak egyéni fejlesztés lehetséges, nincs csoportos foglalkozás. Gyakorisága heti 1 alkalom, de egyéni elbírálás alapján elképzelhető intenzívebb terápiás periódus is. A terápia várható időtartama: *általában meghatározott számú terápiát vállal a terapeuta a gyermek problémájától, korától, állapotától függően* (10-20 alkalom stb.)

A képzés jellemzői, a jelenleg elérhető szakemberek száma, hozzáférhetőségek

A szomatopedagógusok és a gyógytornászok a lovasterapeuta-képzést az akkreditált „Alapozó ismeretek a lovasterápiáról” című képzés keretein belül kezdenek meg. Az „A” modul óraszám: 46 óra (elmélet: 26 óra, gyakorlat: 20 óra). A „B” modul óraszám: 64 óra (elmélet: 9 óra, gyakorlat: 55 óra). A képzést sikeresen teljesítő résztvevők lovasterapeuta-képzésüket a „Lovasterapeuta képzés hippoterápia szakágon” elnevezésű képzés keretein belül folytathatják. H-1 modul: A hippoterápia elmélete (59 óra); H-2 modul: A hippoterápia gyakorlata (61 óra).

Jelenleg 40 fő hippoterapeuta dolgozik országszerte.

AZ ELJÁRÁSHOZ CSATLAKOZÓ SZAKIRODALMI HIVATKOZÁSOK JEGYZÉKE

- DR. BÜKI György – GYÖRGYPÁL Zoltánné – KATONA Enikő – RÉTHÁTI Györgyi (2006): *Lovasterápia – Hippoterápia*. Szombathely, Szigna Túra Kft.
- JÁMBOR Péter (2012): *Hippoterápiára alkalmas ló kiválasztásának szempontjai*. -Doktori (PhD) értekezés. Kaposvár.
- PÁLINKÁS Judit (2017): *Lovak hippoterápiára való kiválasztásának kidolgozása, valamint a hippoterápia hatékonyságának értékelése mozgásvizsgáló rendszer alkalmazásával*. , Doktori (PhD) értekezés. Debrecen.
- SILKWOOD-SHERER, Debbie (2007): *Hippotherapy as an Intervention to Improve Postural Control of Children with Movement Disorders*. Indianapolis University of Indianapolis.
- STRAUSS Ingrid (1995): *Hyppotherapie*. Hyppokrates Verlag, Stuttgart.
- STRAUSS Ingrid (2008): *Hippotherapie: Physiotherapie mit und auf dem Pferd*. Thieme Jessica Conrad, Heather Douglas, Holly Ritland.
- DR. WAGNER Kinga (2010): *Lovasvizsga felkészítő könyv*. 2. jav. kiad., Zselic-Vet Bt.
- BASTENDORFF Simone (2011) *Hippotherapie bei Multipler Sklerose: welchen Effekt hat die Hippotherapie auf die posturale Kontrolle von Patienten mit Multipler Sklerose?* (2011): Winterthur - ZHAW Departement Gesundheit.

3. Pszichológiai lovasterápia

Egyre nagyobb igény jelentkezik a magatartásproblémákkal küzdő, hiperaktív, autizmussal élő, érzelmi és beilleszkedési problémákkal küzdő gyerekeket nevelő családok részéről a lovas pszichoterápia iránt. Tekintettel arra, hogy *néhány kivételtől eltekintve* 8-9 éves kortól kezdődően lehet csak jó ered-

ményeket elérni a gyermek pszichopatológia területén, jelen összefoglalónkban csak a leglényesebb elemeket emeljük ki a szakág jellemzéséből.

A pszichológiai lovasterápia a depressziós és szorongásos zavarok, kommunikációs problémák, szociális és beilleszkedési nehézségek, önbizalomhiány, az önértékelés problémái, teljesítményzavarok, a motiváció hiánya, magatartászavarok, autizmussal élő, hiperaktív, figyelemzavarral küzdő, valamint kötődési zavaros gyerekek terápiájában jelenhet meg.

A pszichológiai lovasterápia is a pszichológia által kidolgozott diagnosztikus módszereket alkalmazza, hozzátevé, hogy az egyes diagnosztikus elemek megválasztása függ a pszichológus-lovasterapeuta által alkalmazott módszerektől, illetve módszerspecifikus képzettségétől.

Magyarországon jelenleg 10 pszichológus-lovasterapeuta tevékenykedik. 2005 óta folyik hazánkban a lovasterápia oktatása pszichológus szakemberek részére. A „Lovasterapeuta képzés pszichológiai lovasterápia szakágon” elnevezésű képzés a felnőttképzési törvény hatálya alatt került engedélyezésre, tehát nem akkreditált, hanem engedélyezett tanfolyam. A képzés összóraszáma: 200 óra. Ebből 54 óra elmélet és 146 óra gyakorlat. A képzési modul rendszerben épül fel: 1. modul: Alapismeretek a lovasterápiák köréből (30 óra elmélet, 60 óra gyakorlat); 2. modul: Pszichológiai lovasterápia szakmai elmélet (14 óra elmélet, 26 óra gyakorlat); 3. modul: Pszichológiai lovasterápia szakmai gyakorlat (10 óra elmélet, 60 óra gyakorlat).

AZ ELJÁRÁSHOZ CSATLAKOZÓ SZAKIRODALMI HIVATKOZÁSOK JEGYZÉKE

- BOZORI Gabriella (2011): *A gyógypedagógiai lovaglás és lovastorna, mint a gyógypedagógiai terápia egyik lehetősége*. MA szakdolgozat (ELTE BGGYFK). Budapest.
- KARDOS Edina (2009): A lovas pszichoterápia lehetőségei a szenvedélybetegek rehabilitációjában. In *Az addiktológia alapjai III*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 415–428. p.
- KARDOS Edina (2012): Segítő társunk a ló. Király Arab Ménes Kft., *Lovas Nemzet*, 19. évf., 1. sz., 38–39. p.
- KARDOS Edina (2011): Segítő társunk a ló. Király Arab Ménes Kft., *Lovas Nemzet*, 18. évf., 9. sz., 38–39. p.
- KLONTZA, Bradley T. - BIVENS, Alex - LEINART, Deb - KLONTZ, Ted (2007): The Effectiveness of Equine-Assisted Experiential Therapy: Results of an Open Clinical Trial. *Society and Animals*, Nr. 15., 257–267. p.
- MÁTYÁS Mariann (2007): *A lovaglás mint módosult tudatállapot empirikus vizsgálata*. Szakdolgozat (ELTE PPK, Pszichológiai Intézet). Budapest.
- SCHEIDHACKER, Michaela (2010): Der Pferd-Komplex - über die psychodynamische Bedeutung von Pferden in der Therapie. In *Mensch & Pferd International – Zeitschrift für Förderung und Therapie mit dem Pferd*, München, Ernst Reinhardt Verlag.
- SEXAUER, Ann Marie (2011): *Touch and the Therapeutic Encounter in Equine Facilitated Psychotherapy from the Perspective of the Clinician*. Smith College School for Social Work. Northampton, MA 01063.
- WORMS, Katie A. (2009): *Why Horses? Why Not Horses! Equine-Facilitated Therapy for Mental Health Treatment*. Worms Smith College School for Social Work.. Northampton, MA 01063.
- FAPP u. DKthR (Hg.) (2005): Psychotherapie mit dem Pferd. Beiträge aus der Praxis – Fachgruppe Arbeit mit dem Pferd in der Psychotherapie (FAPP) und Deutsches Kuratorium für Therapeutisches Reiten e.V., Warendorf.

4.9. Neuro-hidroterápia/NHT1-2.

A módszer megalkotója és a módszer lényegi megfogalmazása

A Neuro-hidroterápia dr. Schultheisz Judit által kidolgozott komplex mozgásfejlesztő- és terápiás módszer, mely pozitív ingerterápiát jelent már újszülött kortól. A mozgásterápia során a víz előnyös hatásaira építenek, mivel vizes közegben a mozgások könnyebben, folyamatosabban és harmonikusabban kivitelezhetőek: a víz a folyamatos vesztibuláris stimuláció mellett a szenzomotoros integráci-

óhoz fontos taktilis és propioceptív ingereket biztosít. A módszeregyüttes alkalmazásának intézményes keretét a Gézengúz Alapítvány biztosítja.

A NHT hatása sokrétű. Célja elsősorban – minden fejlődési terület alapjaként – a gyermek optimális mozgásfejlődésének támogatása, harmonikus, koordinált mozgásának kiépítése, ami vizes közegben hamarabb kivitelezhető, és a terápia eredményeként könnyebben átvihető a szárazföldi helyzetekre. A nagymozgások minőségi kidolgozása az egyensúly és koordináció hangsúlyával, funkcionális szemlélet szerint, a gyermekek életkorának, képességeinek megfelelő játékszituációkban történik. Ez egyben biztosítja a finommotorika, a szem-kéz-koordináció és a kognitív képességek fejlesztését, valamint a szociális érést elősegítését. A csoportfoglalkozások a korai szociális integrációt teszik lehetővé.

Alkalmazhatóság életkor szerint

Életkori megoszlás szerint már a PIC-en elkezdhető, tehát újszülött kortól körülbelül 3 éves korig alkalmazható, súlyosabb vagy halmozottan sérült gyermekek esetében 3 éves kor fölött is.

A felvállalt gyermeki problémák típusai, indikáció/kontraindikáció

Indikációs kör: a kora gyermekkori intervencióra szoruló csecsemőknél, gyermekeknél neurológiai és muscularis eredetű sérülések (például CP, genetikai eltérések, izombetegségek, szülési plexus brachialis sérülés), megkésett vagy eltérő fejlődésmenet, ortopédiai (például plexus excavatum, dongaláb, végtaghiány) vagy reumatológiai kórképek (például juvenilis idiopátiás artritisz JIA¹⁸) esetén a szárazföldi ellátást kiegészítő részterápiaként alkalmazható. Idegrendszeri éretlenség, motoros területen való elmaradás, szenzoros feldolgozási zavarok, anya-gyermek kapcsolati probléma vagy veszélyeztettség esetén is indikálható. Preventíven a veszélyeztetett fejlődésű koraszülöttek ellátásában önálló módszerként alkalmazható.

Kontraindikáció: olyan egészségügyi akut állapotok, melyek a vízbe vitelt lehetetlenné teszik (például nem zárható stoma, cardialis ellenjavallat, fertőzés). Relatív kontraindikáció a nem beállított epilepszia.

Diagnosztikus munka, az ellátás előzetes vizsgálati feltételei

Minden esetben komplex diagnosztikai folyamat előzi meg az ellátást, amelynek az alapja a gyermek-neurológiai vizsgálat. Sokszor már szakorvosi javaslattal érkeznek a gyermekek az ellátásba. A Gézengúz Alapítványnál emellett komplex diagnosztikai folyamat érhető el, amelynek része a gyermek-neurológiai diagnosztika, összetett gyermekneurológiai vizsgálat, szükség esetén ultrahang vizsgálat (vagy egyéb képalkotó, laboratóriumi vizsgálatok kérése, szervezése), fejlődépszichológiai vizsgálat, mozgásdiagnosztika, pedagógiai vizsgálatok, iskolaérettségi vizsgálat, különféle szűrőprogramok. A Neuro-hidroterápia eredményességének utánkövetéséhez vízben végzett felmérés (WOTA 1,2.) is kapcsolódik. A szükséges vizsgálatok sorát minden esetben a gyermek aktuális panaszaihoz és állapotához illeszkedve állapítják meg, és alapvetően folyamatdiagnosztikai szemléletben, teammunka megvalósításával végzik el. A gyermek „esetgazdája” a fejlesztés alatt a vezető tünetnek megfelelően a terápiás ellátásban hangsúlyos szerepet betöltő terapeuta, szoros együttműködésben a vizsgálaton részt vevő szakteam tagjaival. A fejlesztés során szoros gyermekneurológiai kontrollt biztosítanak, akár 2-3 havonta elvégzett vizsgálatokkal, melyek eredményei befolyásolhatják, módosíthatják, pontosíthatják a terápiás beavatkozások irányait.

¹⁸ Gyermekek és fiatalokban jelentkező, krónikus, sokizületi gyulladásal járó autoimmun betegség.

A terápiás folyamat jellemzőinek bemutatása, terápiás keretek

A Neuro-hidroterápiának életkori megoszlás szerint két formája van.

NHT 1.: kádas program. Újszülötteknél és csecsemőknél végzik – várhatóan 5 hónapos korig (16–20. hét), vagy az idegrendszeri érésnek megfelelően az elemi mozgásminták lecsengésének időszakáig. Az elemi mozgásmintákat a terápiás célhoz igazodva, a diagnózisnak megfelelő terápiás műfogásokkal egyéni korrekciókat alkalmazva egészítik ki. Ebben a fejlesztési formában nagyon aktív a szülői részvétel, ennek terápiás, kohéziós hatását is kihasználják, tehát egyúttal szülői kompetenciafejlesztés is zajlik. Mindkét szülő, illetve akár a nagyszülők, testvérek bevonását is lehetővé teszi a Neuro-hidroterápia, így a családon belüli szerepek újraformálódását is erősíti.

NHT 2.: uszodai program. Idegrendszeri érettségtől függően, várhatóan 5 hónapos kortól csecsemőknek és kisgyermekeknek. Egyéni vagy csoportos formában végezhető. Csoportosan 3 éves korig, szintén a szülők aktív közreműködésével, súlyosabb vagy halmozottan sérült gyermekek esetén 3 éves kor fölött is, illetve egyéni terápiás formában is végzik. A csoportos foglalkozásnak is részét képezheti a személyre szabott, egyéni foglalkozás. A csoportlétszám maximum 6-8 fő, a foglalkozás 1 vagy 2 terapeuta részvételével zajlik.

Mindkét program kiemelten érinti a reflexstátuszt, tónusszabályozást, fej-törzs kontrollt, szenzoros feldolgozást (vesztibuláris, taktilis, propioceptív), szájkontrollt, légzéskontrollt, figyelmi funkciókat. A terápia hatására a mozgások pontosabbá válnak; a meglévő mozgásokat lehet finomítani; a testtartást javítani; támogatja az optimális mozgásfejlődést; a harmonikus mozgáskoordináció kialakítását. A fejlesztés során analitikus szemléletű mozgástanítás történik, a nagymozgások és finommozgások harmonizálása, vízbiztonság kialakítása. A Neuro-hidroterápiában a vesztibuláris stimuláció folyamatosan jelen van, és a fejlesztés fontos része a játékokba épített kognitív fejlesztés is (például párosítás, építés, eszközhasználat). Vizes közegben a figyelmi szintet is könnyebb fenntartani, így magatartási problémák esetén is hatékonyabb beavatkozási forma lehet. Plexus problémáknál, hemiparesis esetén a foglalkozások során forszírozottabban történik a kiegyenlített oldalhasználat, ami szárazföldi fejlesztés során nem mindig tud ugyanilyen hatékonysággal megvalósulni.

A vizes gyakorlatokat otthon, illetve tornatermi fejlesztés során is megismétlik a komplex fejlesztés keretében, így a mozgások kérgi reprezentációja is jobban ki tud alakulni. A foglalkozások mindig strukturáltak és individuális fókuszúak.

A csoportösszetétel szempontja az életkor és a tudásszint, de sokszor egészségesen fejlődő gyermekek is a csoport részei, ami modelltanulás, mintagyakorlás szempontjából lehet hatékony. Csoportba olyan gyermekek kerülhetnek, akik nem igényelnek egyéni figyelmet (például súlyos értelmi sérülés, fejkontroll súlyos érintettsége, nem beállított epilepszia, a társas kapcsolatokban nem funkcionáló magatartási eltérés kizáró ok lehet).

Az NHT-képzés jellemzői, a jelenleg elérhető szakemberek száma, elérhetőségük

A Neuro-hidroterápia képzése egészségügyi pontszerző, posztgraduális képzés formájában valósul meg – gyógytornászok, gyógypedagógusok, konduktorok részvételével. A képzés 120 órás, elméleti és gyakorlati oktatást is magában foglal, ami mellett otthoni feladatok, videódemonstrációs feladatok, részóratartások is a követelmény részét képezik; és elméleti, valamint gyakorlati vizsgával zárul. Jelenleg a módszerben képzett szakemberek száma – a Gézüngúz Alapítvány hálózatában dolgozó szakembereken kívül – 46 fő, akik elérhetőek a nagyobb magyarországi és határon túli városokban (Budapest, Sopron, Szeged, Debrecen, Kaposvár, Kecskemét, Nyíregyháza, Kisvárd, Szatmárnémeti

stb.), kórházi osztályon (PIC, rehabilitáció), pedagógiai szakszolgálatokban, alapítványi, egyesületi vagy magánvállalkozás keretei között. A végzett szakemberek számára egyéni szupervíziós lehetőség biztosított – jelenleg kötelező szinten tartó vagy továbbképzési forma még nem elérhető.

A társszakmákkal való együttműködés, továbbküldési gyakorlat

A módszer alkalmazói leggyakrabban házi gyermekorvosokkal, illetve gyermekneurológusokkal, különböző szakorvosokkal, terapeutákkal működnek együtt. A kezelést követően, amennyiben további ellátásra van szükség, jellemzően gyógyúszásra, valamint Halliwick-terápiára¹⁹ küldik tovább a gyermekeket.

AZ ELJÁRÁSHOZ CSATLAKOZÓ SZAKIRODALMI HIVATKOZÁSOK JEGYZÉKE

- AYRES, A. Jean (1972): *Sensory Integration and Learning Disorders*. Western Psychological Services, USA.
 KATONA Ferenc (1986): *Fejlődésneurológia, neurorehabilitáció*. Budapest, Medicina.
 KERESKÉNYI Bernadett (2011): Fejkontroll fejlesztése Neuro-hidroterápiával. *Fizioterápia*, 20(3).
 REID CAMPION, Margaret (1997): *Hydrotherapy: Principles and Practice*. Butterworth-Heinemann.
 TIROSH, Ruth (2012): *Water Orientation Test Alyn. Evaluation of Mental Adjustment and Function in Water*. Alyn Hospital Pediatric & Adolescent Rehabilitation Center.
 SCHULTHEISZ Judit – KERESKÉNYI Bernadett (2011): Neuro-hidroterápia. A koragyermekkori-gyermekkori hidroterápia lehetséges útjai. *Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle*, november.
 SHUMWAY-COOK Anne – WOLLACOTT, Marjorie H. (2001): *Motor Control*. Lippincott Williams & Wilkins.
 WACHTER Robert M. (2012): Physiotherapie mit Kinder in Ungarn. *Zeitschrift für Physiotherapeuten* 2.

4.10. Huple®-program²⁰

A módszer megalkotója, és rövid, lényegi megfogalmazása

A Huple®-program dr. Schultheisz Judit gyermekgyógyász által kifejlesztett, 2006-ban szabadalmaztatott speciális mozgás- és koordinációfejlesztő, regisztrált orvostechnikai eszközre (HU/CA 01/73691/10) kidolgozott gyógyító eljárás.

Alkalmazhatóság életkor szerint

A Huple® a teljes gyermekkort végig tudja kísérni már újszülött kortól, ahogy közös (szülő-gyerek) feladatokat is lehet vele végezni, ezzel is támogatva a családon belüli kapcsolatok, kötődés kialakulását és megerősítését.

A felvállalt gyermeki problémák típusai, indikáció/kontraindikáció

Indikáció: koraszülött-ellátásban terápiás és fejlesztő lehetőség – központi idegrendszeri sérülések, szenzomotoros problémák, halmozott sérülések, veleszületett nystagmus megváltoztatása, koordinációs eltérés, pervazív zavarok, beszédfejlődési zavarok területei

¹⁹ A Halliwick-terápia speciális, vízben végzett gyógytorna. Általában 4 éves kor fölött, a mozgásrendszert érintő súlyosabb eltérés esetén javasolják egyéni terápia formájában.

²⁰ Adatközlő: dr. Schultheisz Judit orvosigazgató, Gézengúz Alapítvány.

Diagnosztikus munka, az ellátás előzetes vizsgálati feltételei

A Huple® -eszközt alkalmazzák a gyermekneurológusi diagnosztikához kapcsolódóan is (aszimmetrikus, kóros, perzisztáló reflexek, központi idegrendszeri szabályozási zavar felismerése), valamint differenciáldiagnosztikai céllal.

A terápiás folyamat jellemzőinek bemutatása, terápiás keretek

Az eszközt szárazföldön és vízben, már újszülött kortól kezdve lehet alkalmazni; aktív mozgásra készített, egyben biztonságos gyakorlóterepet biztosít a gyermek számára. Kezdetben hanyatt fekvő helyzetben használják, majd a vertikalizáció fejlődésével egyre jobban ki tudja használni a gyermek az eszköz nyújtotta lehetőségek gazdag tárházát, ülő és álló gyakorlatokkal is. A módszer segít megérezni a testsúly tudatos áthelyezését, a törzs stabilizációját, ami megalapozza az egyensúly és a harmonikus mozgáskoordináció fejlődését. Segíti a szimmetria kialakulását, a középhelyzetek megélését, az azokból való kimozdulást, visszatérést. Önálló használata könnyen kialakul, hiszen épít is a gyermek motivált, aktív közreműködésére, bevonására.

Az eszköz folyamatosan (de finoman) ingerli a vestibuláris rendszert, így mozgáskoordináció- és egyensúlyfejlesztésre, valamint idegrendszeri érési folyamatok támogatására egyaránt alkalmas és hatékonyan alkalmazható.

Az eszközt a mozgásfejlesztésen túl kognitív fejlesztésre is lehet használni (például memóriafejlesztés, ritmizálás), valamint kapcsolhatók hozzá diagnosztikai és terápiás szoftverek.

A Huple®-program integrálható a gyermekek mozgásterápiájába, a Neuro-hidroterápiába, a DSZIT, Kombinált DSZIT ellátásba, a pedagógiai-gyógytárgypedagógiai fejlesztésekbe. Összességében jól alkalmazható a különböző vestibuláris stimulációra épített eljárásokban.

A módszer szakemberrel történő terápia mellett otthoni tréningre is használható: ekkor a kiképzett terapeuta a szülőknek is betanítja a napi fejlesztéshez szükséges feladatokat, amit szükség esetén akár hetente ellenőriz és bővíti.

A Huple®-program-képzés jellemzői

A Huple®-program képzése 2010 óta folyik, posztgraduális minősített képzés formájában. Képzése egészségügyi pontszerző. A résztvevők között megtaláljuk a gyermekorvost, védőnőt (diagnosztikai, szűrő funkció), kora gyermekkori intervencióban részt vevő szakembereket, gyógytárgypedagógusokat, konduktorokat, gyógytornászokat egyaránt. A szakképzettek száma 260 fő (2018).

A végzett szakemberek számára egyéni szupervíziós lehetőség biztosított, tervezetten kötelező továbbképzési forma 2018 őszétől évi rendszerességgel elérhető.

A Huple® orvostechnikai eszköz és a Huple®-program megtalálható a köznevelési, egészségügyi és szociális ellátások területén is – kifejezetten a kora gyermekkori intervenció, rehabilitáció szakterületén.

AZ ELJÁRÁSHOZ CSATLAKOZÓ SZAKIRODALMI HIVATKOZÁSOK JEGYZÉKE

- JANTEK B. (2009): *Habilitációt segítő rendszer születési károsult gyerekek mozgásának javítására és objektív mérésére*. Diplomamunka (BME-VIK MIT).
- JOBBÁGY Ákos – SCHULTHEISZ Judit et al. (2016): Development of an Effective Therapy and Objective Assessment for Children with Birth Injuries. *International Journal of Rehabilitation Research*, december, 39(4), 354–360.

- JOBÁGY Ákos – SCHULTHEISZ Judit – BACSÓ Piroska et al. (2009): Habilitation Aid for Children with Balance Disorders. In *IFMBE Proceedings* 25/8. World Congress on Medical Physics and Biomedical Engineering 2009. Springer Berlin.
- KOVÁCS R. (2007): *Hipotóniás izomzatú kisgyermek egyensúlyának fejlesztése*. Diplomamunka (SE Testnevelési és Sporttudományi Kar Humánkineziológia Szak).
- PÁLI Judit (2008): *Huplé az egyensúly fejlesztéséért*. Óvodai Nevelés, 1. sz.
- SCHULTHEISZ Judit: *Huplé® mozgás- és koordinációfejlesztő eszköz-regisztrációs tanulmány*. 16/2006 EüM rendelet alapján /EKH/HU/CA01/73691/10.
www.huple.hu / www.huple.org

4.11. Az SZRT Pfaffenrot-féle szinergetikus reflexterápia – Pfaffenrot manuális technika²¹

A módszer megalkotója és a módszer lényegi megfogalmazása

A módszert Waldemar Pfaffenrot orosz orvos fejlesztette ki, a traumatológia, illetve az ortopédia, az oszteopátia, a kínai orvoslás, a manuális terápia és a kiropraktika területén szerzett tapasztalataira építve. Eredetileg az ortopédiai és neurológiai problémák okozta izomzati eltérések kezelésére fejlesztették ki – a gyermekkor vonatkozásában ez legnagyobb százalékban a CP-s (cerebral paresis) gyermekek körét jelenti.

A Pfaffenrot-féle szinergetikus reflexterápia egy manuális technika, amely nem kezelhető aktív mozgásos terápiaaként – éppen ezért nagyon jól kiegészíti, segíti az alkalmazott, aktív mozgásfejlesztést. Az SZRT keretein belül felhasznált alkalmazott technikák (myofascialis- és lágyrésztechnikák, akupresszúra, reflexzóna-kezelés, centralizálás, mobilizálás stb.) kölcsönösen erősítik, támogatják egymást, ezzel is erősítve a hatékonyságot. 1993 óta több száz fogás és nyomáspontokkal való kombináció, illetve ezt követő pontos korrekció került kidolgozásra. Az eljárás fő célja a prevenció, valamint a mozgatórendszer másodlagos elváltozásainak csökkentése és megszüntetése. Széles körben alkalmazható csecsemőkortól felnőtt korig a megkésett mozgásfejlődéstől kezdve az ortopédiai, neurológiai páciensek terápiajáig.

Alkalmazhatóság életkor szerint

A módszer újszülött kortól alkalmazható, megkésett mozgásfejlődés, vagy bármely, a mozgató apparátust érintő eltérés esetén, akár időszakosan (blokk jelleggel), akár folyamatosan. Mozdásfejlődésbeli elmaradás esetén a leghatékonyabban 1 éves kor alatt használható.

A módszer hatékonysága minden életkorban más területen jelentkezik, ez többnyire függ a probléma mivoltától, a diagnózistól. Elsősorban kontraktúrák oldására, mozgásterjedelem növelésére, korrekcióra és az izomzat tónusának normalizálására használják. Ennek nyomán azonban érintett az étkezési és beszédproblémák kezelésében is.

A felvállalt gyermeki problémák típusai, indikáció/kontraindikáció

Indikációs területe széles körű: központi idegrendszeri sérülés, mozgásfejlődési elmaradás (megkésett mozgásfejlődés), izomtónus eloszlási zavar, hipotónia, spasztikus izomtónus, szenzoros fejlődési elmaradás (elsősorban a másodlagos rövidülések kezelésére, mint például a lábujjhegyezés tünete), ortopédiai problémák (scoliosis, dongaláb stb.).

²¹ Adatközlő: Bósenbacher Tímea konduktor, Pfaffenrot-terapeuta, a magyar képzési és módszertani központ vezetője.

Kontraindikáció: akut agyvérzés, fáradt, kimerült szervezet (epilepsziás roham, lázas betegség után), posztoperatív állapot akut szakasza.

Diagnosztikus munka, az ellátás előzetes vizsgálati feltételei

A vizsgálati gyakorlat alapvetően az adott szakember alapvégzettségének megfelelő diagnosztikai eljárásba ágyazott. A saját vizsgálat az aktív és passzív mozgásterjedelem méréséből (a terápiás folyamat elején, közben, végén), aktív mozgáspróbákból, funkcionális vizsgálatból áll. Emellett vegetatív tüneteket is figyelnek (nyálzás, alvás). A kezelést neurológiai szakorvosi vélemény és/vagy ortopédiai vélemény nélkül nem kezdik el.

A terápiás folyamat jellemzőinek bemutatása, terápiás keretek

Passzív terápia, mely nem igényel együttműködést a páciensről. A terápia után javasolt aktív torna – az alapproblémától függetlenül. A terápia részét képezi többek között az úgynevezett myofasciális vonalak kezelése és az akupresszúra pontok használata. Mivel a myofasciális vonalak mentén dolgoznak, így a leginkább érintett területen túl a hozzá kapcsolódó struktúrák kezelését is végzik. Attól függően, hogy spasticus vagy hypoton az izomtónus, nyújtás vagy tonizálás és korrekció követ minden részkezelést.

Különböféleképpen kezelik a hipotóniát és a spazmust:

Spasztikus tónusfokozódás esetén törekednek arra, hogy kezelés közben az izomzat ne nyúljon túl (kontraktúrában maradjon). A nyújtás az izomcsoporthoz első ellenállásig történik, ezzel kikapcsolható a nyújtásos reflex, és elkerülhető az izom fokozott válaszüteme, amely összehúzóhatásra készítetné azt. A kezelés tehát általában fájdalommentes, bár a nyújtás bizonyos esetekben (például ferde nyak esetén) lehet kellemetlen.

Hipotónia esetén intenzívebb technikát, úgynevezett tonizálást alkalmaznak, melynek során nem nyújtanak, hanem aproximációval dolgoznak. A terapeuták hangsúlyozzák azonban, hogy egy generalizált hipotóniánál másodlagosan rövidülhetnek izmok, zsugorodhat a fascia, így vegyes technika alkalmazását kell mérlegelni.

A beavatkozás gyakorisága változó: alapvetően blokkterápia (5–15 napig), majd 2-3 hónap szünet következik. A gyakorlati tapasztalatok alapján azonban a heti rendszerességű, fenntartó kezelések csökkentik a visszaesést a blokkok közötti időszakban. A blokk állhat csak a manuális technikából, de nagymozgások fejlesztésénél aktív tornával kombinálva tekinthető hatékonyabbnak (konduktor esetén inkább a funkciójavításra helyezve a hangsúlyt; gyógytornász esetén célzott izomcsoportokon és mozgásmintákon dolgozva).

Megkésett mozgásfejlődésnél általában elég a heti 1-2 alkalmas kezelés, amit aktív otthoni feladatokkal, és szükség esetén a szenzoros terápiák valamelyikével kombinálnak. A terápia során általában jelen van a szülő is, és néhány technikát otthonra is kijelölnek, amit a terapeuta be is tanít a szülőnek.

Hatásvizsgálat: Németországban végeztek államilag központi vizsgálatot az alapterápiák hatékonyságáról, majd ezt követően Pfaffenrot doktor maga végzett saját kutatást (200 gyermekkel), ahol korra lebontva azt vizsgálta, hogy a kezelést alkalmazva mennyi ideig lehet kitolni a kontraktúrák miatt szükségessé váló ortopédiai műtétek idejét; illetve, hogy a gyermekek mozgásfejlődése konduktív pedagógiával kombinálva milyen ütemű.

Az Pfaffenrot-képzés jellemzői, a jelenleg elérhető szakemberek száma, elérhetőségük

Az elérhető szakemberek száma jelenleg Magyarországon 119 fő. Végzettségüket tekintve gyógytornászok, konduktorok, illetve szomatopedagógusok. A képzés önálló munkavégzésre nem jogosít, mindenki a kompetencia határait betartva alkalmazhatja az eljárást. Manuális technika lévén a mozgatószervrendszer érintő elváltozásoknál alkalmazható alapterápiaként; egyéb esetekben (ADHD, SPD, stb.) kiegészítő terápiaként szolgál. Kizárólag egyéni formája van.

A képzés jelenleg Magyarországon nem akkreditált, 12x8 órában történik, és hangsúlyosan gyakorlatorientált. A képzést Pfaffenrot szellemi hagyatékának örököse, közvetlen munkatársa, és a magyarországi oktatóképzésben részt vevő kollégák tartják.

A világban dolgozó Pfaffenrot-terapeuták összefogására nemzetközi ernyőszervezet is alakult. Ők dolgozták ki a minőségbiztosítási rendszert, a tudásfrissítő tanfolyamok menetét, és tervezik a társszakmák (logopédus, gyógypedagógus) képviselői számára a képzés kialakítását. Tartanak 5 napos szülőképzést is, melynek célja, hogy a hozzátartozók az elméleti háttér mellett a saját gyermeküknél céltotán alkalmazható fogásokat sajátítsanak el.

A módszer jelenleg Magyarországon magán úton és az állami szektorban egyaránt elérhető (koraszülöttsztyályokon, rehabilitációs centrumokban, korai fejlesztő központokban, szakszolgálatban). Nagy hangsúlyt fektetnek arra, hogy Magyarország teljes területe lefedett legyen mindkét szektor tekintetében.

Átadási gyakorlatuk nyitott a társszakmák irányába is akár más manuális terápiák, akár a kiropaktika (szigorúan orvosi végzettséggel), akár logopédusok, gyógypedagógusok, manuális terápiás végzettséggel nem rendelkező mozgásfejlesztő szakemberek irányába irányítják a gyerekeket.

AZ ELJÁRÁSHOZ CSATLAKOZÓ SZAKIRODALMI HIVATKOZÁSOK JEGYZÉKE

- GUBÁNYI Csenge Dóra (2013): *A Pfaffenrot szinergetikus reflexterápiával kezelt, cerebral paresissel diagnosztizált gyermekek fejlődésének követése*. Szakdolgozat (Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Ápolás és Betegellátás alapszak, Gyógytornász szakirány).
- MÉRÉNYI Rózsa (2010): *A spasmus oldása Pfaffenrot módszerrel – A módszer bemutatása esetismertetésen keresztül*. Szakdolgozat (-Simmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Ápolás és Betegellátás szak, Gyógytornász szakirány).
- MÜLLER-RIEKMANN, Edith (2000): *Das frühgeborene Kind in seiner Entwicklung*. München, Ernst Reinhardt Verlag.
- MYERS, Thomas W. (2009): *Anatomy Trains*, Elsevier.
- PFaffenROT, Waldemar (1998a): Synergetische Reflextherapie der Hand bei Patienten mit cerebralen Bewegungssstörungen. *Praxis Ergotherapie*, 11. Jahrgang, Nr. 3.
- PFaffenROT, Waldemar (1998b): Synergetische Reflextherapie der spastischen Beine bei Patienten mit cerebralen Bewegungsstörungen. *Praxis Ergotherapie*, 11. Jahrgang.
- PFaffenROT, Waldemar (2003): Synergetische Reflextherapie bei infantiler Zerebralparese, Krankengymnastik: Zeitschrift für Physiotherapeuten, *Neckargemünd-Seiten*, Nr. 8., 1328–1340. p.
- SCHAEFGEN, Rega (2007): *Praxis der Sensorischen Integrationstherapie*. Georg Thieme Verlag.
- SZIRMAI Imre (2006): A mozgás szabályozása. *Orvosképzés – Az orvostovábbképzés folyóirata*. 81. évf., 5. sz., 277–364. p.
- SZIRMAI Imre (2001): *Neurológia*. Budapest, Medicina.
- TENK, Hermine – HAIDVOGL, Max (1993): *Akupunktur – Praktikum für die Therapie des behinderten Kindes*. Verlag Wilhelm Maudrich.
- Magyar oldal: www.pfaffenrot.hu
- Nemzetközi oldal: www.srt-pfaffenrot.com
- Magyar képzési-és módszertani központ: www.fejlesztohaz.hu

4.12. PROMT-módszer²²

A módszer megalkotójáról, és a módszer lényegi megfogalmazása

Az 1970-es években, az Amerikai Egyesült Államokban Debora Hayden azonosított be olyan izomcsoportokat az arcon, amelyek külső, határozott, taktilis érintésével az adott hang artikulációjának helye, az izomzat összehúzódásának típusa és mértéke, a mozdulat átvitele és a hangzó időtartama érzékelhető. A PROMPT (Prompts for Restructuring Oral Muscular Phonetic Targets) a zöngékepzés, az állkapocsmozgás, az ajak- és arcizomzat, a nyelvmozgás egyensúlyának helyreállítására, valamint mozgási síkok fejlesztésére használható a koartikulációban, és a mozgások koordinálttá válására a hétköznapi beszédben.

Alkalmazhatóság életkor szerint

A terápia 6 hónapos kortól alkalmazható. Felső életkori határ nincsen. Magyar nyelven a 3–3 és fél éves kortól kezdődő terápia a leghatékonyabb.

A felvállalt gyermeki problémák típusai, indikáció/kontraindikáció

A módszert sokféle kórkép esetében lehet alkalmazni: megkésett beszédfejlődés, nyelvi zavar, expresszív beszédzavar, izomtónuszavar, idegrendszeri sérülések, autizmus spektrumzavar, enyhe fokú hallássérülés, CP, apraxia/diszpraxia, afázia, mozgássérülés, a beszédfolyamatosság zavara (dadogás, hadarás).

Ellenjavallata a módszernek nem ismert.

Diagnosztikus munka, az ellátás előzetes vizsgálati feltételei

A vizsgálati eljárás során a gyermekről spontán beszédhelyzetben, játéktevékenységben, esetleg szülővel való interakcióban videófelvétel készül, majd a logopédiai diagnosztikában alkalmazott tesztekkel egészül ki. A videófelvétel meghatározott szempontsor alapján kerül elemzésre, amely kiterjed a zöngékepzésre, az állkapocs mozgására, az arcizomzat mozgatására, a nyelvmozgásra, a koartikulációs területre és a prozódiaira is. A vizsgálatról szükség esetén részletes szakvélemény készül, mivel azonban a PROMPT egy rendkívül speciális terápiás forma, amely nagyon eltér a hazánkban alkalmazott hagyományos logopédiai terápiáktól, ezért a szakvéleményben leírtak nem adaptálhatók másfajta terápiás folyamatokba. Amennyiben szakértői bizottsághoz megy a gyermekkel a szülő, egy részletes jellemzés keretén belül leírják, hogy mely területeken tűzték ki fejlesztési célokat, azokkal hogyan haladnak a terápiás folyamatban.

A terápiás folyamat jellemzőinek bemutatása, terápiás keretek

A logopédus finom, de határozott nyomások, érintések segítségével a hangképzésben részt vevő állkapcsot, orális izmokat, ajkakat és a nyelvet külsőleg stimulálja a hangok, szavak és kifejezések helyes formálásában. Segít abban is, hogy a helytelen, felesleges artikulációs mozgásokat (például állkapocs csúsztatása) leépítse, korrigálja.

²² A szakmai anyag elkészítésében részt vevő PROMPT terapeuták: Dr. Kovácsné Hajdu Zsuzsanna (PROMPT Trained logopédus), Farkas Katalin (PROMPT Bridging Trained logopédus), Gyapay Kinga (PROMPT Trained logopédus).

A terápia menetét minden esetben előre meghatározott rendben rögzítik, és azt a fejlődés függvényében folyamatosan felülvizsgálják és módosítják. Speciális terápia lévén nagyon fontos a tudatos tervezés, előkészítés. A terápia nemcsak a hagyományos, motoros oldalról közelíti meg a kliens kommunikációs nehézségét, hanem globálisan, a szociális-emocionális és a kognitív-nyelvi területre is fókuszál.

A terápia inkább csak egyéni formában ajánlott, mert nagyon egyénre szabott a vizsgálat, a terápiás terv és a megvalósítás is. A terapeuta és a gyermek között megvalósuló folyamatos fizikai kontaktus miatt is hatékonyabb az egyéni terápiás forma. Ha indokolt a csoportos jelenlét, akkor is maximum 2 fővel végezhető.

Heti 2 alkalommal 45 perc, vagy 3 alkalommal 30 perc javasolt, teljesen függetlenül az életkortól, a problématerülettől és a súlyosságtól.

A PROMPT önmagában elegendő ellátási forma lehet nyelvi késés, artikulációs zavar, akár afázia esetén is. A párhuzamosan javasolt terápia fajtája a sérülés típusától függ, lehet javasolt például a mozgásfejlesztés, az ABA-terápia, vagy a Tomatis-terápia, de a sor akár folytatható is.

A terápiát, lehetőség szerint, a szülő(k) aktív közreműködésével érdemes megvalósítani. A PROMPT terápiának van egy úgynevezett szülőbarát képzése is, ahol olyan alapfogásokat tanítanak számukra, amellyel hozzájárulhatnak gyermekük sikeres fejlesztéséhez.

A GEM Kognitív Klinika Alapítvány a 2017-es Országos Neveléstudományi Konferencián mutatott be egy hatásvizsgálati anyagot, amely az intellektuális képességzavarral élő gyermekek körében végzett PROMPT-terápia hatásfokáról szól. A konferencián kívül ez az anyag még nem került publikálásra.

A PROMPT-képzés jellemzői, a jelenleg elérhető szakemberek száma, elérhetőségük

Magyarországon még nem akkreditált a képzés, az első hazai tanfolyamra 2018 februárjában került sor. A képzéseket a PROMPT Institute szervezi két szinten (Introduction to PROMPT: Technique; Bridging PROMPT Technique to Intervention). A tanfolyamok kizárólag logopédusok számára érhetőek el. Hazánkban jelenleg 17 PROMPT Trained és 1 PROMPT Bridging Trained szakember dolgozik alapítványi, egyesületi, magán és állami keretek között. A szakemberek a mozgásterápia, a neurológia és a gyógyypedagógia számos területén dolgozó kollégákkal működnek együtt.

AZ ELJÁRÁSHOZ CSATLAKOZÓ SZAKIRODALMI HIVATKOZÁSOK JEGYZÉKE

- DALE, Philippe S. – HAYDEN, Deborah (2012): *The efficacy of PROMPT for treating Childhood Apraxia of Speech* (Submitted to the American Journal of Speech-Language Pathology).
- GRIGOS, Maria I. – HAYDEN, Deborah – EIGEN, Jennifer (2010): Perceptual and articulatory changes in speech production following PROMPT treatment. *Journal of Medical Speech Pathology*. (18)4, 46–53. p.
- HOUGHTON, Margaret A. (2003, September): *The effect of the PROMPT system of therapy on a group of children with severe persistent sound system disorders*. Queensland, Australia: School of Health and Rehabilitation Sciences, University of Queensland.
- NAMASIVAYAM, Aravind Kumar – PUKONEN, Margit – GOSHULAK, Debra – YU, Vickie Y. – KADIS, Darren S. – KROLL, Robert – PANG, Elizabeth W. – DE NIL, Luc F. (2013): Changes in speech intelligibility following motor speech treatment in children. *Journal of Communication Disorders*, 46(3), 264–80. p.
- ROGERS, Sally J. – HAYDEN, Deborah – HEPBURN, Susan – CHARLIFUE-SMITH, Renee – HALL, Terry – HAYES, Athena (2006): Teaching young nonverbal children with autism useful speech: A pilot study of the Denver Model and PROMPT interventions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(8), 1007–1024. p.
- SQUARE, Paula A. – NAMASIVAYAM, Aravind Kumar – BOSE, Arpita – GOSHULAK, Debra – HAYDEN, Deborah (2014): Multi-Sensory Treatment for Children with Developmental Motor Speech Disorders. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 49(5), 527–542. p.

SQUARE, Paula – BOSE, Arpita – GOSHULAK, Debra – HAYDEN, Deborah – NAMASIVAYAM, Aravind Kumar (submitted for publication): *The Effectiveness of PROMPT in Treating Children with Developmental Motor Speech Disorders*.

WARD, Roslyn – STRAUSS, Geoff – LEITÃO, Suze (2013): Kinematic changes in jaw and lip control of children with cerebral palsy following participation in a motor-speech (PROMPT) intervention. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 15 (2), 136–155. p.

Magyar nyelvű források:

[HTTP://GEM.HU/PROMPT_NYELVI_TERAPIA](http://GEM.HU/PROMPT_NYELVI_TERAPIA) [HTTP://GEM.HU/SIKERTORTENETEK/BALAZS_TORTENETE](http://GEM.HU/SIKERTORTENETEK/BALAZS_TORTENETE)

[HTTPS://WWW.HALLIHO.HU/INDEX.PHP/HU/M%C3%B3dszerek/I3-PROMPT-MODSZER](https://WWW.HALLIHO.HU/INDEX.PHP/HU/M%C3%B3dszerek/I3-PROMPT-MODSZER)

Angol nyelvű hivatalos oldal: <http://www.promptinstitute.com/>

A szakemberekre az alábbi linken lehet rákeresni: <http://www.promptinstitute.com/search/advanced.asp>

4.13. Tunyogi Gyógyító Játékterápia²³

A módszer megalkotója és a módszer lényegi megfogalmazása

A Tunyogi Gyógyító Játékterápia²⁴ (TGYJ) módszer egy komplex, fejlesztő rendszer, amely dramatikus szerepjáték köré rendezi a mozgást és a tanulási képesség fejlesztését. A módszer lényege, hogy mindenkor játékhelyzetekben történik a gyermek aktuális fejlesztése. A TGYJ terápia másik kiemelkedő területe a családgondozás, a családterápia. A TGYJ terápiához saját fejlesztésű eszközöket is kidolgoztak, amely a mozgásra és az érzékszervek (látás, hallás) differenciált működtetésére alkalmazhatók, és a hatékony fejlesztést szolgálják. A TGYJ terápia a Tunyogi Pedagógiai Szakszolgálat keretein belül valósul meg. Megalkotója és kidolgozója Tunyogi Erzsébet. A Szakszolgálatban egy 10 fős team (gyógy pedagógus, konduktor, gyógytornász, gyermekpszichológus, mentálhigiénés szakember) foglalkozik a gyermekekkel, állami, alapítványi kereteken belül – tehát csak térítésmentes szolgáltatást nyújtanak.

Alkalmazhatóság életkor szerint

Életkori megoszlás szerint 1 hónapos kortól 6–7 éves korig (beiskolázásig) foglalkoznak a gyermekekkel, ezen belül kiemelt időszaknak tekintik a módszer hatékonysága szempontjából a súlyosan sérült gyermekek esetében a 0–6 hónapos korig tartó időszakot. A 6 hónapos koron túl megkezdett fejlesztésnél a TGYJ hatékonysága is kiemelkedő eredményeket hoz.

A felvállalt gyermeki problémák típusai, indikáció/kontraindikáció

Indikációs kör: mozgássérült, értelmi fogyatékos, látási, hallási, beszédfejlődési elmaradás, magatartás, szocializáció zavara, koraszülöttség, agyvérzés, idegrendszeri fejlődési rendellenességek, genetikai károsodás, hypoxiás kórállapotok, anyagcsere-betegségek. Beszámolók alapján a TGYJ-terápia eredményei a halmozottan sérült gyermekek esetében sem elhanyagolhatóak.

Kontraindikáció: autizmus spektrum zavar.

Diagnosztikus munka, az ellátás előzetes vizsgálati feltételei

1. Az első találkozáskor egy saját koncepciójú, részletes anamnéziszfelvétel történik, illetve egy alapvizsgálat, melyek a Tunyogi Fejlődési Skála önálló összetevői (Anamnézis; Fejlődési lap). Az

²³ Adatközlő: Tunyogi Erzsébet, a TGYJ-terápia megalkotója és a Tunyogi Pedagógiai Szakszolgálat vezetője.

²⁴ A TGYJ védett módszer, melyet a Szellemi Tulajdon Nemzeti Hivatala 213 632 és 213 629 számon lajstromozott.

alapvizsgálatok érintik a mozgást, a látásfigyelmet, a hallásfigyelmet, a gyermek érdeklődését, magatartását, illetve megfigyelik a szülő-gyermek kapcsolatot, felnőtt-gyermek interakciót, szociális készségeket. Ezt követően a terapeuták saját fejlesztésű megfigyelési szempontrendszer alapján írják le, hogy mely mozgásrész, illetve milyen látási, hallási eltérések jelennek meg a gyermeknél. Ezek a megfigyelések a differenciáldiagnosztikai folyamatban jelentősek.

Minden esetben szükséges szakorvosi, neurológiai, szükség esetén ortopédiai kivizsgálás, amely ugyancsak a diagnosztikai folyamat része.

2. Az első találkozást követően 2–3 alkalom, alkalmanként 2 órás fejlesztő csoportfoglalkozáson vesznek részt a gyerekek, a csecsemők pedig egyéni fejlesztésben részesülnek (9–10 hónapos korig, vagy amíg aktuális). A foglalkozások (a későbbiek során is) minden esetben a szülők jelenlétében, illetve aktív bevonásukkal történnek. Ekkor a szakemberek további megfigyeléseket tesznek, illetve vizsgálják, hogy a választott csoportban hogyan teljesítenek a gyermekek. Az érintett területek: mozgásfejlesztés, tanulási képességfejlesztés (látás, hallás, manipuláció, kommunikáció).

A terápiás folyamat jellemzőinek bemutatása, terápiás keretek

A fenti három lépcsőfok (3–4 alkalmas megfigyelés) alapján készül a diagnózis, illetve a minden esetben egyénre szabott fejlesztési program. A leírt program tartalmazza a neurológiai státuszt, a fejlesztési tervet és a pedagógiai státuszt. Ezt mind a szülő, mind az illetékes szakértői bizottság megkapja.

A diagnózis és a fejlesztési terv meghatározása után kerülnek be a gyermekek a végleges csoportba (csecsemőknél az egyéni programba). Ezen belül napi rendszerességgű (de minimum heti 3 alkalommal), alkalmanként 2 óra fejlesztésben részesülnek a Szakszolgálatnál, minden esetben felnőtt jelenlétében.

A terapeuták nagy hangsúlyt fektetnek a szülő betanítására is, a különféle TGYJ-programokat megmutatják, begyakoroltatják velük, illetve szorosan ellenőrzik, hogy a szülő megfelelő módon végzi-e az adott TGYJ-terápiát. Így, ha például a távolság miatt nehézséget okoz a család számára a napi szintű bejárás, lehetőség van az otthoni fejlesztésre is, amit heti 1 alkalommal ellenőriznek, és ekkor határozzák meg a következő heti feladatokat is. Azoknál a gyermekeknél, akik a Szakszolgálatnál kapják a napi 2 órás fejlesztést, a betanítás után a leghangsúlyosabb területeket érintő gyakorlatokat a szülő még egy alkalommal otthon is megismétli.

A fejlesztő foglalkozások során a Tunyogi Gyógyító Játékterápia a mesét, játékot és a belső motívációt alkalmazza hangsúlyosan a komplex fejlesztésben: minden esetben olyan élményt teremtenek, amely a gyermeknek izgalmas, szép, és ebben a motivált, bevonódott helyzetben végzik el a funkciógyakorlást. Különféle, diafilmen vetített mesékbe ágyazzák például a látási, hallási figyelem fejlesztését, a mozgásfejlesztést, a beszédindító vagy beszédfejlesztő gyakorlatokat; kötnek hozzá zenét, éneket, majd leképezik ezeket manipulációban, társasjátékokban; azután még egyszer rögzítik az ismereteket. Így egymásra épülő, egyre komplexebb funkciógyakorláson keresztül érik el az adott részterületet, és integrálják az egyes területeket. Csecsemőknél ugyanebben a folyamatban a funkcióindításra és az utánzásra, az orientációs reakció felkeltésére alapozzák a fejlesztő munkát.

A csecsemők egyéni fejlesztése mellett az idősebb gyermekek csoportos foglalkozása maximum 6 fős csoportokban történik. Minden csoportban minimum 2 szakember van jelen a szülők mellett, így hatékonyan tudják biztosítani az egyéni odafigyelést, a gyakorlatok pontos elvégzését.

A képzés jellemzői, a jelenleg elérhető szakemberek száma, elérhetőségük

A Tunyogi Gyógyító Játékterápia képzése 1994 és 2004 között akkreditált tanfolyami keretek között valósult meg, amikor több száz fő szerzett jogosultságot a módszer alkalmazására. 1994 és 2008 között a Zsámbéki Katolikus Főiskolán posztgraduális képzésként volt elérhető (a drámapedagógiával együtt), óvónők, tanítónők, gyógypedagógusok számára. A képzettek száma ekkor meghaladta az 1000 főt. A szemléletet számtalan óvodapedagógus, tanító, gyógypedagógus vitte tovább az integrált oktatásban is.

2016-tól szakmai továbbképzési kereteken belül érhető el a módszer, gyógypedagógusok, konduktorok, pszichológusok, gyógytornászok számára.

A társszakmákkal való együttműködés, továbbküldési gyakorlat

Legnagyobb számban perinatális intenzív osztályokról érkeznek a gyermekek a Szakszolgálathoz, illetve szülői ajánlásokon keresztül. Átadási gyakorlatuk normál intézményi ellátás felé (bölcsőde, óvoda), illetve gyógypedagógiai intézmények felé van, a gyermek aktuális nehézségeihez illesztett formában. Egyéb, fejlesztő módszerek felé is van átadási kompetenciájuk (például TSMT, Gézengúz, konduktív fejlesztés).

AZ ELJÁRÁSHOZ CSATLAKOZÓ SZAKIRODALMI HIVATKOZÁSOK JEGYZÉKE

- TUNYOGI Erzsébet (1989): *Therapeutic games*. Wien-Budapest-Zagreb, Werag.
 TUNYOGI Erzsébet (1990): *A gyógyító játék*. Budapest, Pannon Kiadó.
 TUNYOGI Erzsébet. (1995): *Gyógyító játék a családban*. Budapest, Tárogató Kiadó.
 TUNYOGI Erzsébet (2000): Gondolatok a játék természetéről. *Fordulópont*, 2. évf., 1.sz. 18–26. p.
 TUNYOGI Erzsébet (vez. szerk.) (2001): *Mókus Luca Tanodája*. Marshall Cavendish.
 TUNYOGI Erzsébet (2004): A művészeti nevelés szerepe az érzelmi nevelésben. In: Dr. Balázsne Szűcs Judit (szerk.) *Nevelés ötlet(l)esen*, (sorozat).
 TUNYOGI Erzsébet (2014): *Tanulási képességet befolyásoló tényezők*. Budapest, Raabe Kiadó.
 TUNYOGI Erzsébet (2015): *Játékban az egyenlőség*. Budapest, Raabe Kiadó.

5. A hazánkban leggyakrabban használt pedagógiai hangsúlyú mozgásrendszerek rövid bemutatása

5.1. Kokas-módszer²⁵

A módszer története, megalkotója és a módszer lényege

A módszer megalkotója Kokas Klára zenepedagógus, zenepszichológus. Pályáját kezdetben mestere, Kodály Zoltán támogatásával indította kisgyermek zenei nevelése területén. Munkája során figyelme egyre inkább arra irányult, milyen **improvizatív mozgásokat ihlet a zene** a gyerekeknél, illetve ez a mozgássor miként járul hozzá **személyiségük kibontakozásához**. A módszer lényegi eleme megtanítani a gyermekeket a mozdulat szabadságára és a zene szeretetére.

E téren végzett kutatásai, könyvei jelentős nemzetközi szakmai elismerésekben részesültek. Hazai karrierje mellett az első amerikai Kodály Intézet munkatársa volt Bostonban. Írásai több nyelven megjelentek, filmeket készített, előadásokat tartott. Idehaza és külföldön (Olaszországban, Spanyolországban, Görögországban, Svédországban, Görögországban, Japánban, az Amerikai Egyesült Államokban, Ausztráliában) sokan méltatták munkásságát, mint a kodályi örökség folytatását és kiteljesítését. Hatása a zenepedagógián és a zenepszichológián túlmutató: tanításait, szellemiségét minden kisgyermekhez szóló felnőtt elsajátíthatná.

Alkalmazhatóság életkor szerint

A módszer a kisgyermekeket az első pillanatoktól fogva, sőt valójában már a várandósság idején is alanyának tekinti. *Bármely életkorban hatékony.*

A felvállalt gyermeki problémák típusai

A módszer ellenjavallat nélküli. A tapasztalatok alapján mozgásfejlődési elmaradás, korlátozottság; a testképpel, testtudattal kapcsolatos zavarok; figyelemzavar, hiperaktivitás; szenzoros integrációs zavar; kommunikációs zavarok, szociális képességekben megnyilvánuló nehézségek; korai pszichés problémák; autizmus spektrum zavar; Down-szindróma; érzékszervi fogyatékoságok esetén is jól használható segítség a gyermekeknek.

Az ellátás előzetes vizsgálati feltételei

A módszer pedagógus alkalmazói direkt módon és előre nem diagnosztizálnak – nem azonosítanak, de befogadják a problémákkal élő gyermekeket az átlagosan fejlődők csoportjába. A módszer eredendően inkluzív. A terápiás keretben (például szakszolgálat) alkalmazók számára fontos az anamnesztikus adatok ismerete. A Kokas-módszer használója a csoportban való nevelés-fejlesztés során döntően a közvetlen (vagy videóval segített) megfigyelést alkalmazza, mint folyamatkövetést. A „folyamatdi-

²⁵ A módszert feltáró kérdőív egyes kérdéseire válaszolt: Bolla Helga, Bosnyák Ildikó, Demel Eszter, Fejes Tímea, Garamszegi Valéria, Gergely Anikó, Kővári Eszter Sára, Lájér Vera, Lezsákné Szekszárdi Zsuzsa, Lovász Eszter, Marton Dévényi Éva, Reikort Ildikó, Udvarnok Zsófia. Más segítő megjegyzést tett: Székely Edit, Sándor Vica. Minden kérdésre kifejtve válaszolt és összesítette a megkérdezettek válaszait, valamint személyes beszélgetés keretében adatközlőnk volt: Dr. Deszpot Gabriella, a Kokas Klára Alapítvány kuratóriumi tagja és a Kokas Klára Szakmai Kollégium alapító elnöke. *Készült: 2017. október 4-19.*

agnózis” a gyermekkel való élményszerű együttlét megkezdésekor kezdődik, amelynek történéseit a pedagógus (mint résztvevő megfigyelő) követi. A leghangsúlyosabb terület az énekléssel, zenével és szabad mozgással együtt járó figyelem koncentráltságának megjelenése és megtartása; jeleinek, valamint irányultságának megjegyzése, jegyzetelése, naplózása, kommentálása, elemzése – esetfeldolgozó szemlélettel.

A pedagógiai folyamat jellemzőinek bemutatása, keretek

„Kokas Klára személyközpontú, reflektív pedagógiai elvei az évtizedek alatt különféle tevékenységi formákban testesültek meg és címkézhető egységekbe rendeződtek. Ezek azok a módszertani emblemikus elemek, amelyekkel a tiszta, klasszikus Kokas-módszer beazonosítható, és tulajdonképpen protokollszerűen leírható (DESZPOT 2014, 13.)” – ebből most néhány, mondanivalónk szempontjából fontos mozzanatot emelünk ki:

„A résztvevők nyitott, pozitívan telített érzelmi állapotban zenei élményt kapnak, amely előtt nagyon fontos a csend, a nyugalom, a belső figyelem megteremtése. A zenehallgatás előtti várakozó koncentráció szabad testhelyzetben történik, általában közel egymáshoz, ülő vagy fekvő testhelyzetben. Ezután a zenedarab meghallgatása többször is megtörténik. Ezek a zenék félperces időtartamtól kezdően általában 2-3 percig tartó „klasszikus” zenei választások, amelyek ha éppen zeneműrészletek is, egy esztétikai egységként értelmezhetők. A válogatott, értékes, fontos és jó zenék ismétlődő meghallgatása alatt egyéni döntés alapján indul „táncba” a gyermek, amely mindig szabad és kötetlen mozgás, mert nincs előképe, más által kitalált koreográfiája. Az ismeretlenből a képzeleti munka a megfigyelésen, a felismerésen át halad a strukturálódás, az alakot öltés, a megértett történet felé. Az egyéni vagy társas zenebefogadás a mozgásélménnyel párosulva nonverbális úton fordul dramatizálásba, ahol a közösségi kreativitás, az együttes mű reflektív kialakulása érhető tetten. A szabad mozdulatokból az átlényegülés, az átváltozás segítségével általában történet születik, amelyben legtöbbször a résztvevők már együtt, egymásért cselekszenek. E megtalált világ fokozatosan kerül felfedezésre a zene újbóli meghallgatása és „lemozgása” (térbe, mozdulatba írása, átkódolása) révén. A katarzis sokszor az képzelőerő segítségével történő átváltozásnak, illetve a kitalált jelenetekben betöltött szerepnek, helyzetnek köszönhetően megszületik.

A résztvevők egyéni, páros vagy más társas bemutatói felismerhetővé teszik a csoportban, hogy ugyanaz a zene mennyire mást mond a többieknek, és hogy minden különbség értékghordozó; fontos az egyéni megoldás, az autonómia. A bemutatók után a zene-mozgásból megkomponált „műalkotás” elmesélése, szavakba öntése következik. Ez lehet monológ, ill. párbeszéddel való kifejtés, amelynek során nagyon fontos a csoportvezető befolyásolás-mentes kérdéskultúrája.

A következő szakaszban folytatódik az aktív zenebefogadás, mint képi önkifejezés a zene hatása alatt – túlnyomórészt egyénileg. A résztvevők ugyanarra a zenére, változó képzőművészeti technikákkal festenek, rajzolnak, mintáznak. Továbbgondolják és megjelenítik vizuális nyelven a zenei-mozgásos élményeket, a megszületett történetet, vagy újraalkotják az egész benyomást, ami addig történt bennük és velük (DESZPOT 2014, 13–14.).”

A képzés jellemzői, a jelenleg elérhető szakemberek száma, hozzáférhetőségük

Akkreditált pedagógus továbbképzés keretében összesen 90 órás tanfolyam (amelyből a kezdő, sajátélmény fókuszú szakasz külön is elvégezhető). Alapító és indító: Kokas Klára Agape Zene-Életöröm Alapítvány. A gyakorlat-elmélet aránya: körülbelül 80–20% (73–17 óra). Kezdő (I.): 30 óra: „Félfigye-

lemből a teljes figyelembe” – Kokas Klára zenéből indított módszere a személyiség harmonikus fejlesztésére I. Haladó (II.): 60 óra – „Zenéből fényeket látni és láttatni” – Kokas Klára zenéből indított módszere a személyiség harmonikus fejlesztésére II.

A módszer alkalmazói főleg pedagógusok és zenészek, valamint egyre több gyógypedagógus. Köznevelési és önkormányzati intézményekben, magánvállalkozás keretei között érhetőek el a szakemberek, akiknek száma megközelítőleg 350-400 fő.

AZ ELJÁRÁSHOZ CSATLAKOZÓ SZAKIRODALMI HIVATKOZÁSOK JEGYZÉKE

- DESZPOT Gabriella (2009): Zenei átváltozás. Kokas Klára komplex művészeti programja, mint pedagógia és terápia. In *Parlando*. Zenepedagógiai folyóirat, 51. évf., 6. sz., 5–11. p., <http://www.parlando.hu/2009-6-02-03-Kokas-Klara-1.htm> 4 (A letöltés ideje: ?).
- DESZPOT Gabriella (2014): Zeneöröm kisgyermekeknek. A Kokas-módszer komplex személyiségfejlesztő lehetőségei az óvodában és a korai életszakaszban. Óvodai nevelés. Módszertani folyóirat, HU ISSN 0133-1377, 67. évf., március, 3. sz., 18–19. p.
- DESZPOT Gabriella (2016): Zene és kreativitás. Az alkotóképesség fejlesztése Kokas Klára zenepedagógiájával. In Falus András (szerk.): *Zene és egészség*. Budapest, Kossuth Kiadó Zrt., 54–75. p.
- KOKAS Klára (1992): *A zene felemeli a kezeimet*. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- KOKAS Klára (1998): *Öröm, bűvös égi szikra*. Budapest, Akkord Kiadó.
- KOKAS Klára (1999): *Joy through the Magic of Music*. Budapest, Agape Zene-Életöröm Foundation.
- KOKAS Klára – LÁJERNÉ Vera – FURKA Bea – KOCSIS Melinda (ed.) (2007): *Joy, Bright Spark of Divinity, Multimedia DVD-ROM on my oeuvre*. Publisher: Klára Kokas, private publishing. Budapest.
- KOKAS Klára – VÉKONY Katalin – RIEGER Attila – MIHOLA Péter – KUSZKÓ Anett – DESZPOT Gabriella (ed.) (2013): *Worlds Discovered in Music. Selection from the films of Klára Kokas with her own commentary*. Budapest, Agape Zene-Életöröm Alapítvány.
- PÁSZTOR Zsuzsa (2009): „Kokas Teaching”. *The way to a complete musical experience in early childhood*. [Film DVD, 27’], Budapest, Agape Zene-Életöröm Alapítvány.
- VASS Éva – DESZPOT Gabriella (2015): Opportunities for Creative Transformations in the Kokas pedagogy. The Changing Face of Music and Art Education. *Interdisciplinary Journal for Music and Art Pedagogy*, MERYC: Playful Sounds - Personhood (2) CFMAE, vol. 7/2, 12. p., <https://cfmaejournal.wordpress.com/2016/04/05/cfmae-72-playful-sounds-personhood/> (A letöltés ideje: ?).
- A szakemberek elérhetőségeiről tájékozódni lehet a www.kokas.hu oldalon keresztül.

5.2. Magyar Mozgáskotta Módszer²⁶

A módszer megalkotója és a módszer lényege

A Mozgáskotta módszere Magyar Gábor testnevelő tanár és pszichológus nevéhez kapcsolódik: ő alakította ki az 1990-es évek végén, és személyesen képi az érdeklődőket. A módszer igen népszerű, főleg a hazai óvodákban.

A módszer olyan tervszerű és hatékony eszközt kínál a pedagógusoknak, fejlesztőpedagógusoknak, amely a kisgyermekkor testi és pszichológiai sajátosságaihoz alkalmazkodva játékos módon fejleszti a gyermek testi, kognitív, affektív és viselkedési funkcióit. A Mozgáskotta Módszer átlépve a testnevelés alapvetően teljesítménycentrikus szemléletén, a hagyományos sportági mozgásoktatás olykor merev tradícióin, egy új szemléletet érvényesít. A mozgást magát nemcsak közvetlen célként, hanem a szabályozás, a veleszületett diszpozíciók kibontakozásának, kibontásának céljaként és egyben adekvát eszközeként értelmezi. Ebben a programban a mozgásos tevékenységet megvalósító személy funkcióinak komplex fejlesztése ugyanolyan hangsúllyal szerepel, mint az alkalmazott mozgások térbeli, időbeli-dinamikai szerkezete. A konkrét mozgásos teljesítmény így olyan összetett produktuma

²⁶ Adatközlő: Magyar Gábor testnevelő tanár, pszichológus

a gyerekeknek, amelyben a fizikai adottságokon túl, az idegrendszeri információs mozgások, a személyiségszintű kompenzációs folyamatok – mint önszerveződő folyamatok – is különös hangsúlyt nyernek. A módszer alkalmazása során a bonyolult szabályozást feltételező mozgásformákat a gyermekek fejlettségének megfelelő, egyszerűbb elemekre bontják, amelyeket a gyermeki fantáziához közel álló vizuális, akusztikus stb. szimbólumokkal jelölik. A szimbólumok jelentését konszenzusos alapon építik ki, „kijátsszák”. A nyuszik, mókások, lábnyomatok stb. által kottaszerűen megjelenített (mozgás) feladatok algoritmikus egymásra építésével, gyakorlásával mint élvezetes játékok fűzésével – nagyrészt implicit módon – fejlődik a gyermekek figyelme, önfegyelme; stabil ismereteket szereznek testükről; felfedezik a teret és az időt, a gondolat és az emlékezet hatalmát, a kompetencia boldogságát.

Alkalmazhatóság életkor szerint

Magyar Gábor eredetileg a Mozgáskotta Módszert 3–7 éves gyermekek számára alkotta meg, de értékes segítség lehet az általános iskolák alsó tagozatos gyermekeinek célzott fejlesztésében is.

A felvállalt gyermeki problémák típusai, javallat és ellenjavallat

A Módszer hatékony a hallási, beszédértési problémák, mozgásos ügyetlenség, kedvezőtlen mozgásos attitűdök, különböző területen jelentkező kognitív elmaradások eseteiben. Kisgyermekkorban különböző indikációk mentén a funkcióérés gyorsítása, tanulási nehézségek prevenciója az általános javallat.

Ellenjavallata nincsen.

Diagnosztikus munka, az ellátás előzetes vizsgálati feltételei

Önálló diagnosztikus eljárással nem rendelkezik a módszer – a pedagógiai szakszolgálatoknál alkalmazott komplex pedagógiai, pszichológiai diagnosztikára támaszkodnak.

A pedagógiai folyamat jellemzőinek bemutatása

Tervszerű és hatékony eszközöket biztosítanak a pedagógusoknak, hogy játékos módon fejleszthessék a gyermekek testi és értelmi képességeit. A pedagógiai folyamatban alkalmazkodnak a kisgyermekek testi és pszichológiai sajátosságaihoz, élményt, örömet, felszabadulást, kreativitást nyújtanak. A Mozgáskottában használt eszközök segítségével könnyebbé válik a szín-, forma- és alakfelismerés; fejlődik az oldaliság; megszilárdul a számolási készség, számfogalom; és a kisgyermekek egyre pontosabban képesek szabályozni a mozgásaikat, azok időbeli, ritmusos jegyeinek alapján, a zenei ütemhangsúly kiemelésével.

Célszerűen összeállított speciális információk, elsősorban vizuális csatornán érkező hívóingerek sorozatai segítik a mozgásos sikeres végrehajtását, ezen keresztül az idegrendszeri integráció kialakulását. Didaktikusan tervezhető hidat képez a figyelmi és mozgásfejlődés során az automatikus és szándékos folyamatok között.

A mozgáskotta alapötlete szabadon kombinálható. Gyakorlattípusai fokozatosan nehezedő sorrendben jelennek meg: az automatikus ingerfeldolgozás szintjén a veleszületett mozgásformák lefuttatása zajlik; ezt a szándékos indítású, de automatikus végrehajtású összetett gyakorlatok követik; majd a szándékos indítású, folyamatosan kontrollált összetett gyakorlatok végrehajtásával próbálkoznak a kisgyermekek.

A leggyakoribb felhasználása óvodákban történik, ahol több lehetőség is adódik a Módszer napirendbe illesztésére: délelőtti játékidőben szabad mozgásként; testnevelés foglalkozások elemeként (mindhárom korcsoportban); nagycsoportosok testnevelés foglalkozásán önálló anyagként.

A képzés jellemzői, a jelenleg elérhető szakemberek száma, hozzáférhetőségük

Több szinten történik a módszer megismertetése: 4 órás bemutatás, 2 napos képzés, akkreditált 30 órás képzés. A 30 órás képzés fele-fele arányban tartalmaz gyakorlati és elméleti ismereteket. A jelenleg elérhető Mozgáskotta Módszerben képzett szakemberek száma 1500 főre tehető, akik elsősorban köznevelési intézményekben használják fel tudásukat, de alapítványokban, egyesületekben és magánvállalkozás keretében is elérhetőek. Mivel nem működtetnek szinten tartó képzést, nincs központi nyilvántartás a képzett szakemberekről.

AZ ELJÁRÁSHOZ CSATLAKOZÓ SZAKIRODALMI HIVATKOZÁSOK JEGYZÉKE

MAGYAR Gábor (1998): *Magyar Mozgáskotta Módszer*. Kézirat. Szeged.

MAGYAR Gábor (2014): *A Mozgáskotta. Az ötlettől a módszerig*. Budapest, Raabe Kiadó.

Bővebb információ: mozgaskotta@gmail.com

6. A kiemelt mozgásterápiás eljárásokban való tájékozódást segítő táblázatok

A vizsgált terápiás módszerek rendszerezése életkorok, szakemberek száma, és a módszer típusa szerint

életkor	Alapozó	Bowen	DSGM-I.	DSZIT	HRG TSMT		INPP cso-portos	IKT	Lovas- terápiák	NHT; Huple	SZRT Pfaffen-rot	PROMPT	TGYJ	Kokas	Mozgás- korta
	5 éves kortól	0 éves kortól	0-3 év	0 éves kortól	3 hó-10 éves korig	3-10 éves korig	5 éves kortól	4 éves kortól	4 éves kortól	0-3 éves korig	0-5 éves korig	3 éves kortól	0-6 éves korig	0-7 éves korig	4 éves kortól
szakemberek száma	1500	100	210	700	50	1500	nincs adat	50	93	NHT: 46 Huple: 260	119	17	1000 fölött	350-400	1500
manuál- terápiás		+	+								+	+			
fejlesztő/rápiás hangsúlyú	mozgásfej- lesztés	-	-	mozgás- terápia	mozgásfej- lesztés	mozgás- fejlesztés	mozgás- fejlesztés	mozgás- terápia	mozgás- fejlesztés	mozgásfej- lesztés	-	-	mozgásfej- lesztés		mozgásfej- lesztés
döntően tréning	+				+	+	+		+	+		+			+
játekhely- zetben ülködő				+				+		+			+	+	+

szakemberek alapképzettsége	művészeti- pszichoterápiás	Alapozó	orvos, gyógytornász, gyógypedagógus, induktor, pedagógus, pszichológus x	Bowen	gyógytornász	DSGM-I.	DSZIT	HRG TSMT	pedagógus, fejlesztő pedagógus	INPP cso-portos	IKT +	pszichológus, gyógypedagógus, táncos	pszichológus, gyógypedagógus	Lovas- terápiák	NHT, Huplé	gyógypedagógus, gyógytornász, pszichológus, konduktor	SZRT Pfaffen-rot	logopédus	PROMPT	TGYJ	Kokas	Mozgás- kotta	óvodapedagógus
													gyógypedagógus, gyógytornász, védőnő, konduktor, gyógypedagógus, pszichológus			konduktor, gyógytornász							

Az érintett motoros készségek életkorok, területek¹ és módszerek (célzott diagnosztika, intervenció) szerint

Életkor	Funkció	Bowen	DSGM I.	DSZIT	HRG	NHT	Pfaffenrot SZRT	TGYJ	Kokas
0–3 hó	fejtartás feletti uralom		+	+		+			
	újszülöttkori reflexek					+		+	
	izomtónus-eloszlás, tónusszabályozás	+	+	+	+	+	+	+	+
	elemi mozgások					+	+	+	
	szemkontaktus, mosoly			+		+			+
	lassan mozgó tárgyak követése								
	adaptáció a légzés, táplálkozás, alvás, megnyugvás területein	+					+		
	gőgicselés		+				+		
3–8 hó	életleni mozgások (átfordulás, kúszás, mászás, önálló ülés)		+	+	+	+	+	+	+
	reflexgátlás				+	+			
	szimmetrikus mozgások		+	+	+	+	+	+	
	tárgy felé való nyúlás, szem-kéz koordináció					+			
	reguláció alakítása a légzés, táplálkozás, alvás, megnyugvás területein	+		+			+		
	anya explorációja, idegenre adott reakció (szeparációs szorongás)			+					
	ajakhangok , szopás, orofaciális ügyesség		+				+		
	tekintettel tárgyak követése, tárgy felé nyúlás								

¹ Mozgási területek: ☐ Szociális területek: ☐ Kognitív területek: ☐

Életkor	Funkció	Bowen	DSGM I.	DSZIT	HRG	NHT	Pfaffenrot SZRT	TGYJ	Kokas
9–15 hó	életani nagymozgások (állás, járás)		+	+	+	+	+	+	
	védkező mozgások egyensúlyvesztésnél			+	+				
	reguláció a légzés, táplálkozás, alvás, megnyugvás elemi területein	+		+			+	+	
	közös figyelmi fókusz kialakulása az anyával (másodlagos interszubjektivitás)	+		+		+		+	+
	első szavak, szövegre figyelés	+					+	+	
	képeket tartósan nézése, forma egyeztetése				+				
	saját névre reagálás			+					+
15–24 hó	járási, lépcsőzés utánlépéssel		+	+	+	+		+	
	periorális mozgások, beszédmozgások		+			+	+	+	
	manipuláció (megragadás, elengedés, összeillesztés, elemi problémamegoldás)			+		+		+	
	praxis (labdagurítás, dobás, öltözködésben való részvétel)			+	+	+		+	
	elemi szociális helyzetekben való részvétel, reciprocitás			+		+		+	+
	szimbolikus játékok, utánzás			+				+	+
	tárgyak összeillesztése, elemi problémamegoldás					+			
24–36 hó	kontextusmegértés			+					
	mozgáskoordínáció (járási, futási, lépcsőn járás, kar-láb munka, alternáló mozgások)		+	+	+	+	+	+	

Életkor	Funkció	Bowen	DSGM I.	DSZIT	HRG	NHT	Pfaffenrot SZRT	TGYJ	Kokas
	mászóka, hinta (segítséggel)			+	+	+		+	
	intézménybe való beszoktatás kérdései, elemi alkalmazkodás					+	+	+	
	elemi alkalmazkodás			+		+			
3–4 év	mozgási összerendezettség fejlődése	+	+	+		+	+	+	+
	lengőfírka, körkörös fírka							+	
	szociális együttműködés, alkalmazkodás		+					+	+
	alkalmazkodás, verbalizáció, relációs fogalmak		+					+	
	praktikus eszközhasználat, mindennapi tevékenységek ügyesedő elvégzése (mosdóhasználat, orrfújás, étkezés)							+	

Életkor	Funkció	Bowen	DSZIT	HRG	IKT	Lovas- terápia	Pfaffenrot SZRT	PROMPT	TSMIT	TGYJ	Kokas	Mozgás- kotta
4–5 év	rajz, konstrukció (fej-láb emberke, pálcikafigura, formaábrázolás)									+		
	váltott lábbal lépcsőzés		+	+						+		+
	mozgáskoordináció harmonizálása	+	+	+	+	+	+			+	+	+
	labdadobás és -elkapás, labdagurítás mozgás közben, mozgásos játékokban való részvétel		+	+	+					+	+	+
	ellentétes kar-lábmozgás járáskor			+		+			+	+		+
	futóbicikli, roller használata		+	+								
	szökdelés két lábon, hintahajítás, mászóka használata		+	+								+
	viselkedésszabályozás		+			+					+	
	testrészek ismerete, viszonyszavak megértése					+				+		
	beszédfejlődés		+	+		+	+			+		
	szerepjáték		+							+		

Életkor	Funkció	Alapozó	Bowen	DSZIT	HRG	IKT	INPP	Lovas- terápia	PROMPT	TSM/T	TGYJ	Kokas	Mozgás- kotta
5–6 év	bilaterális integráció, dominancia kialakulása	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+
	testközépvonal-keresztelés	+		+	+	+	+			+	+		+
	ritmus- és mozgásszekvencia	+	+	+	+	+		+	+		+	+	+
	rajz (kétdimenziós emberrajz, grafomotorium, utánrajzolás, elemi geometriai ábrák)										+		
	ujjazonosítás, testséma fejlődése	+		+	+							+	
	jobb-bal differenciálás	+		+	+		+	+		+			+
	késleltetés szociális helyzetekben és feladatvégrehajtás során			+	+			+		+	+		+
	szekvenciák elsajátítása	+			+		+				+		+
	figyelem	+		+	+	+	+	+	+		+	+	+
	feladattudat, feladattartás, szabálytudat, tanulási motiváció	+		+	+		+	+	+	+	+		+
	önkiszolgálás										+		
	elmélyült játék, szabályjáték			+							+	+	

Fejlesztési elmaradások tünetei, melyeket az egyes módszerek érintenek

Életkor	Funkció	Bowen	DSGMI.	DSZIT	HRG	NHT	SZRT Pfaffenrot	TGYJ	Kokas
0–3 hó	reflexek hiánya					+			
	gyenge mozgásválasz	+	+	+		+	+	+	
	ölbé simulás hiánya			+					
	tónusszabályozás	+	+	+	+	+	+	+	+
	elemi mozgások gátlása					+		+	
	alvás-ébrenlét nehézségei	+		+			+		+
	szemkontaktus hiánya	+		+		+		+	+
	gőgicselés elszíntelenedése, megszűnése		+			+			
3–8 hó	életani nagymozgások atipusos végrehajtása (oldalalmaradásakaskimaradás vagy megkésetttség)	+	+		+	+	+	+	
	atipusos mozgásvégrehajtás		+	+	+	+	+	+	
	tárgy felé nyúlás, követés hiánya					+		+	
	fixáció hiánya							+	
9–15 hó	egyensúlyi védekező mozgások hiánya			+	+	+		+	
	mozgásszaka-szok megkésetttsége		+	+	+	+	+	+	
	hallási és látási figyelem hiánya				+	+		+	
	Babinski-reflex fennmaradása								

Életkor	Funkció	Bowen	DSGMI.	DSZIT	HRG	NHT	SZRT Pfaffenrot	TGYJ	Kokas
15–24 hó	utánzás hiánya			+		+		+	+
	testrészek azonosításának zavara			+	+	+		+	
	kontextusmegértés hiánya			+				+	
	tárgyakkal való manipuláció hiánya					+		+	
24–36 hó	koordinálatlan, összerendezet-len mozgás, járás, futás		+	+	+	+	+	+	
	alternáló mozgások hiánya			+	+	+		+	
	látható testrészek megmutatásának hiánya				+	+		+	
	problémás intézményi beszoktatás					+		+	
3–4 év	szegényes tárgyhasználat							+	
	szociális együttműködés hiánya		+						+
	verbalizáció elmaradása, utasítások megértésének hiányossága				+			+	
	elemi viselkedéskont-roll hiányossága	+	+					+	

Életkor	Funkció	Bowen	DSZIT	HRG	IKT	Lovas- terápia	SZRT Pfaffenrot	PROMPT	TSMT	TGYJ	Kokas	Mozgás- kotta
4–5 év	eszközhasználat elmaradása									+		
	öntörvényű viselkedés					+				+		
	rajztevékenység, mesehallgatás elmaradása		+							+	+	+
	folyamatos tevékenységváltás		+	+		+				+		+
	szerepjáték, konstrukciós játék elmaradása		+							+		
	beszédfejlődés elmaradása		+	+			+	+		+	+	+
	szegényes szókincs, tómondatok		+					+		+		
	beszédre való figyelem hiányosságai		+	+			+			+		

Életkor	Funkció	Alapozó	Bowen	DSZIT	HRG	IKT	INPP	Lovas- terápia	PROMPT	TSMT	TGYJ	Kokas	Mozgás- kotta
5–6 év	szabálytudat, szabálykövetés kialakulatlan- sága	+		+			+	+			+		+
	együttműködés hiánya			+				+			+		
	testséma szegényessége	+		+	+	+	+			+	+	+	+
	jobb-bal tévesztés	+		+	+		+			+	+		+
	ujjazonosítás nehézsége			+	+						+		
	grafomotoros készség elmaradása	+		+	+						+		+
	tartós figyelem hiánya	+		+	+		+			+	+	+	+
	önellátás hiánya										+		
	tanulási nehézségek előjelei, részkapesség- zavarok (elsősorban az anyanyelvi terü- leteken)	+							+		+		
	intellektuális képességek zavara	+			+						+		
	téri-vizuális információ-feldolgozás nehézségei	+		+				+			+		+

7. Összegzés, ajánlások

Mint az előbbi táblázatokból is látszik, az egyes mozgásterápiás/mozgáspedagógiai módszerek között jelentős különbségek figyelhetők meg –mindegyikben vannak viszont olyan elemek, amelyek egyes kisgyermek számára jól hasznosulhatnak, ha megfelelő időben, aktuális állapotukhoz idomulva vehetnek benne részt.

Vannak olyan eljárások, amelyek **prevenciós jellegűek**; mások jól **körülhatárolt diagnosztikus képek** alapján vonják be a kezelésbe a terápiára szorulókat; ismét mások az idegrendszeri fejlődés általános elveire építve támogatják az érést, és ily módon többféle alaphelyzet kezelésében érnek el eredményeket.

Léteznek olyan módszerek, amelyek **erősen strukturáltak**, és akár a gyermek ellenkezése mellett is végigviszik a fejlesztői akaratot; mások **kevésbé strukturáltak**, nagyobb lehetőséget adnak a korai életkor jellemző tevékenységére, a játékra; ismét mások a részt vevő **kisgyermek megmozdulásaiból indítják** a fejlesztő/gyógyító folyamatokat.

Egyes eljárások **pedagógiai hangsúlyúak**, mások **pszichoterápiás indíttatásúak**, de akadnak olyanok is, melyek a **művészetek felhasználásával** segítenek megtalálni a kisgyermeknek az önki-fejezés mozgásos lehetőségét.

Egyes módszereknek alig félszáz szakember a tudója, másoknak több száz, ismét másoknak egy-kétezer.

Ezekben eligazodni és az éppen megfelelőt, előremutatót, a gyermek számára jól befogadható megtalálni nem laikusoknak való feladat.

Ajánlások:

- Éppen emiatt a bonyolult hatásrendszer miatt **ajánlásunk egyik legfontosabbja**, hogy mind a szakemberek, mind a szülők kizárólag alapos tájékozódást követően válasszanak csak mozgásterápiás formát a kisgyermeknek. Szerencsés, ha ebben a tájékozódásban független, a **mozgásterápiás módszertanokban jártas szakember konzultációja** támogatja őket, akinek arra vonatkozó ismeretei is vannak, hogy a család lakókörzetében milyen mozgásterápiás ellátások elérhetőek. A legkiválóbb eljárás sem működik, ha irreálisan nehéz a hozzáférés, akár térben vagy időben, akár anyagi áldozatok terén. Igen magas szintű megoldást jelenthetne, különösen a súlyosabb képek eseteiben, ha volna olyan tájékozott, diagnosztikában is jártas szakember, aki hosszabb távon követhetné a gyermek mozgásterápiás ellátását, és ellenőrizhetné a folyamatokat.
- Fontos az is, hogy annak a kisgyermeknek, akinek mindenképpen szüksége van **erőteljes beavatkozásra alapuló, esetleg fájdalmas mozgásterápiás kezelésre, lehetősége legyen ezzel párhuzamosan vagy közvetlen utána saját maga által irányított helyzetben fejlődni, rendeződni, az új kompetenciát önirányított módon gyakorolni**. Azonban az ellenkezőjére is lehet példa: annak a kisgyermeknek, akinek nondirektív módszerrel már sikerült a mozgásos háttérfunkcióit normalizálni, lehetősége nyílik, esetleg kedve támad teljesítményközpontú mozgásos gyakorlatokat preferáló eljárásokban való részvételre. A fájdalom elviselésére apellálni a mozgásterápiás foglalkozás keretében lehetőség szerint elkerülendő. Mint láthattuk, több olyan mozgásprogram létezik, amelyik ugyanazokat a célokat

képes fájdalomkozás nélkül, **csecsemő- és kisgyermekbarát** módon elérni. Ezek preferálása javasolt.

A gyermek köré szervezett mozgásterápiás ellátásnak messzemenően alkalmazkodnia kell a gyermek életkorához és **az életkorából adódó fejlődési igényekhez**. Tudni kell, hogy a gyermekek az erőszakos tréninget, fájdalmat többnyire valóban eltűrik, ám ennek a beletörődésnek **semmi köze nincs az idegrendszer fejlődéséhez**, annál több a nehezen befolyásolható, *kóros lelki szerveződéshez*. Semmilyen körülmények között nem lehet felmentés az a tény, hogy nagyon sok a rászoruló gyermek, és kevés a képzett terapeuta, ezért direkt és csoportos módszereket kell alkalmazni. Minél kisebb a gyermek, annál inkább szükséges, hogy valamilyen módon szerezzék meg az együttműködését a sokszor erőteljesen ható mozgásos beavatkozásokhoz. Ennek egyik legbiztosabb módja, ha **a szülő jelen van a mozgásterápiás órán**, és magával a (résztevő és reagáló) jelenlétével segíti gyermekét. Ha a szülő erre nem képes – és ez több okból is elképzelhető –, akkor pszichológus szakember konzultációjával kell más megoldást keresni. A fejlődéshez szükséges mozgásminták, reflexek kialakításához a gyermek aktív együttműködését úgy is meg lehet szerezni, hogy **spontán figyelmének, érdeklődésének megfelelő játékhelyzetekben kínálja fel a számukra fontos ingerhelyzeteket**. A fejlesztési folyamatban a beavatkozások szervezése mellett legalább olyan fontos a megfelelő mennyiségű és minőségű pihenés biztosítása is. A túlingerlés elkerülendő! A nyugalom megteremtése, sőt megtanulása egyes gyermeki kórképeknél egyáltalán nem magától értetődő, ezért a szülőknek ehhez gyakran segítségre van szükségük, akár a mozgásterápiás helyzetben, akár azon kívül.

Nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a **mozgásterapeuta a szülő számára modellszemély** – nem közömbös tehát, hogy mennyire érzékeny a gyermek megnyilvánulásaira, hogyan tud kapcsolódni azokhoz, milyen tulajdonításokkal él egyes viselkedések eredetét és *terápiás kimenetelét* illetően. „Természetesen ez a 9 hónap nem volt egyszerű, a tornaciklusokban minden 2. hét a „visszaesés”, éjszakai nem alvás és hiszti jegyében telt, ahogy L... agya próbálta az ingereket feldolgozni. „Sosem adtuk fel, sosem hagytuk ki a tornát, lányunk ellenállását, tiltakozását legyőzve” – írja egy szülő a blogjában.¹ A felnőtt ereje természetesen le tudja győzni az ellenállást és a tiltakozást, a gyermek agya pedig *óriási erőfeszítésekre képes, de a szülők fanatizálásának felelőssége a terapeutáé*. Ezt semmilyen körülmény nem magyarázhatja, ez a „gyógyítói” magatartás elkerülendő.

Pontosan ilyen kerülendő az a kezelői attitűd is, amely bízva a gyermekek tagadhatatlanul meglévő, önalakító képességében semmilyen keretet nem ad a gyermek fejlődési lépéseinek megtételéhez, mintegy karba tett kézzel várja a csodát. A színvonalas, nondirektív módszertanok nem a terapeuták passzivitását hirdetik, hanem **a mindenre való nyitottságot, a gyermekek fejlődési igényeire való reagáló készséget, a történések kreatív értelmezését, továbblandítását**. Ezt az attitűdöt kifejezetten hasznos a szülőknek is átadni a már említett modellszerep részeként.

- Ajánlásaink következő csoportja **a képzettségre** vonatkozik. Hasznosnak tartanánk, ha 1) a **mozgásterápiás képzettség kritériumait egységesíteni** lehetne. Bizonyos konkrét tudástartalmak feltétlen szükségesek bármely alapképzettség megléte esetén is. Ebben az **alapozó tudásanyagban** a mozgásrendszer általános leírásán, működésének alapjain túlmenően neuropszichológiai és fejlődéslélektani ismeretanyag éppúgy szükséges, mint az elemi

¹ Forrás: <http://www.eszforgatok.hu/sikertorteneteink/>, A letöltés ideje: 2017. november 9.

mozgáskultúra és a mozgásos sajátélmény-tapasztalat, valamint az alapszintű **tájékozottság a terápiás kapcsolat működéséről**. Az alkalmazott konkrét módszertől függetlenül ezek akármelyikének hiánya lehetetlenné teszi az eredményes és körültekintő kezelést, amelyre a mozgásterápiákban is igaz a sokat idézett mondás: *Primum nil nocere!*² Ha azok a szakemberek kerülnének egyes módszerek képzettjeivé, majd alkalmazóivá, akik ebben az alapképzésben részt vettek, minőségi változásra számíthatnánk ezen a területen.

2) A második, képzéssel kapcsolatos felvetésünk, hogy **mozgásterapeuta címet csak az kaphasson, aki az említett alapképzést követően több komplementer módszerben szerez jártasságot**. Olyan szakemberek dolgozhatnak így a kisgyermkekkel, akik nem **egy módszer elkötelezett és merev alkalmazói**, hanem több módszerben járatosak, és ezekből mindig **az adott gyermek igényeihez leginkább megfelelőt tudják kiválasztani és felhasználni**. Ezt az összefüggést intézményi szinten is beigazolódnak *láttuk* – jelenleg is ott gyógyulnak leginkább a gyermekek, ahol szakmailag konstruktívan összeállított és együttműködő teamekben ugyanez a tendencia figyelhető meg: **a gyermek köré szerveződik a számára optimális ellátás**, azoknak a szakembereknek a segítségével, akik **együttesen, többféle megközelítést** tudnak nyújtani. Ezen *módszerek a gyermek életkorához*, aktuális állapotához tudnak idomulni, tehát **a testi és pszichés változásokra érzékenyen követik** a gyermekek fejlődését.

- Elengedhetetlen, hogy azokban a helyzetekben, ahol nem prevenciós célzatú, általános mozgásfejlesztés történik, alapos **orvosi, pszichológiai, gyógypedagógiai diagnosztika** előzze meg és kísérelje a gyermek terápiás foglalkoztatását. *Így szükség esetén módosítani lehet a terápiás irányokat, és a szülők sem maradnak egyedül azzal az problémával*, amikor valamely mozgásterápiás eljárás során nem tapasztalnak kellő előrehaladást. Veszélyforrást látunk abban a gyakorlatban is, amely során egy-egy újabban feltűnő irányzat, váteszi beállítottságú szakember saját módszerével „leszűri” egy-egy bölcsőde, óvoda csoportjait; majd a szűrés alapján azzal riogatja a szülőket, hogy gyermekük nagy veszélyben van, kezelés kell neki. Hasznos lenne, ha a mozgásos szűréseken felfedezett gyermekek bármely további fejlesztés/terápia előtt szintén az előbb említett **egységes diagnosztikai folyamatba** kerülnének be. Ennek segítségével jobban el lehetne választani egymástól a gyógyító eljárásokra szoruló gyermeki problémákat a jó szándékú, de piaci alapú mechanizmusoktól.

További ajánlasként azt fogalmazzuk meg, hogy a **hatásosság- és hatékonyságvizsgálatok** kérdéskörét, mozgásterápiás irányelvek kialakítását hamarosan, de kizárólag akkor érdemes tárgyalni, amikor lehetőség nyílik **longitudinális vizsgálatok** elvégzésére. Alapos szakirodalmi áttekintést követően, több szakterület jól képzett szakembereinek közreműködésével legalább 2-3 éves követés után lehetne valós eredményekre jutni akkor, **ha helyesen sikerül megválasztani a fejlődés azon paramétereit, amelyek következményes kapcsolatban lehetnek a mozgásfejlesztő/mozgásterápiás folyamattal, és azok hosszú távú hatásaival**. Ezek meghatározása perldöntő. Pontosan azért, mert a mozgás és a mozgásra reflektáló korai érzéketi csatornák diffúz hatásai a teljes organikus és pszichés, sőt kapcsolati alakulásra is hatással vannak, a vizsgálatba vont területek helyes meghatározása nélkül nem biztosítható a valós hatásosság eldöntése. Be kell látni, hogy ezen a területen a lineáris okság (3 hónap x-típusú kezelés – a mozgásfejlődési elakadás felszámolódik, 3 hónap y-típusú kezelés – az elakadás

² „Csak nem ártani” (Hippokratésznek tulajdonított aforizma).

éppen csak csökken) olyan leegyszerűsítés, amely súlyos tévedésekhez vezet. Meglátásunk szerint szükség lenne eredményességvizsgálatokra a mozgásterápiák területén, de **objektivitásra törekvő, bemért eljárások felhasználásával**. Ezek nagyjából még szintén hiányoznak a hazai kora gyermekkorban igénybe vehető mérőeljárások palettájáról, noha az utóbbi években jelentős elmozdulás történt – még ha többször csak a szándék szintjén is.

Célszerű lenne lemondani a gyermeki mozgásfejlődési problémák megoldásának egyutas felfogásáról, nevezetesen arról, hogy egyetlen módszer alkalmazása megoldhatja a gyermek összes nehézségét. Ezt a megközelítést a hatásvizsgálatokban is érvényesíteni kell, és a módszerkombinációk eredményességét kellene követni. A módszerek alkalmazóinak pontosan kell tudniuk, hogy mely eljárás milyen eredményességgel, a fejlődés mely szakaszában, milyen súlyossági fokozatban hatásos, és milyen más eljárás felé szükséges a továbbküldés vagy a párhuzamos kezelés. Itt megjegyezzük, hogy a már említett kérdőíves vizsgálat erre a problematikára reflektáló kérdéseire többnyire (85%-ban) az a válasz érkezett, hogy a módszerek használóinak van kidolgozott továbbküldési gyakorlatuk, meglepő módon mégis úgy tartották (75%-ban), hogy az ő módszerük nem kellően ismert a társszakmák képviselőinek körében. Ez az ellentmondás hívja fel a figyelmet arra, hogy ezen a területen, az együttműködés, a saját és a más módszer pontos hatásosságának ismeretében még súlyos hiányok vannak.

- Utolsó ajánlásunk szervezeti, intézményi kereteket érint. Tájékozódásunk szerint az egységesen magas színvonalú kora gyermekkori mozgásterápiás ellátás egyik kulcsa lehetne, ha **regionálisan legalább egy diagnosztikus és módszertani központ** működhetne. Ennek szakember-ellátottsága magas színvonalat képviselne és komplex lenne mind az érintett szakterületeket (gyermekneurológia, gyermekpszichiátria, gyógytorna, klinikai pszichológia, gyógypedagógia különböző ágai), mind az egyes mozgásterápiás irányzatokat illetően. A központokhoz olyan szociális szolgáltatásokat lehetne rendelni, amelyek a régióban lakók számára megkönnyítenék az igénybevétel lehetőségét.

A módszertani központok feladata a gyermekek vizsgálatán és fejlődésük kontrollálásán túlmenően a képzés, szinten tartás, szupervízió lenne. A **magánellátók számára is kötelező** együttműködési keretek a régió mozgásterápiás és mozgásfejlesztő módszertanának rendszeres és támogató ellenőrzését jelentenék. A központok szakembereinek feladata lehetne az eljárásokkal kapcsolatos kutatások tervezése, lebonyolítása, a módszertanok fejlesztése, új eljárások körültekintő bevezetésének **támogatása**, és javaslattétel a társadalombiztosítási ellátásba vonásra. Az eddigi gyakorlat helyett a kellő biztonságot nyújtó evidenciaszinteket teljesítő módszertanok támogatása szükséges, még akkor is, ha ezen a területen roppant összetett feladat a statisztikai megbízhatóságnak megfelelni.

Bibliográfia

- BERNOLÁK Béláné (2011): *Funkcionális diagnosztika*. Előadás-gyűjtemény. Kézirat. Id.. BENCZÚR Miklósné (2011): A szomatopedagógia kapcsolata a gyógypedagógia speciális pedagógiáival. *Gyógypedagógiai Szemle*, 2. sz. 109-114. o. https://www.prae.hu/prae/gyosze.php?menu_id=102&jid=36&jaid=524, (A letöltés ideje: 2017. december 5.)
- BENCZÚR Miklósné (2000): *Sérülésspecifikus mozgásnevelés. Mozgáskorlátozottak mozgásterápiája, adaptált testnevelése és mindennapos tevékenységre nevelése*. ELTE BGGYFK, 245. Id. BENCZÚR Miklósné (2011): A szomatopedagógia kapcsolata a gyógypedagógia speciális pedagógiáival. *Gyógypedagógiai Szemle*, 2. sz.109-114 o https://www.prae.hu/prae/gyosze.php?menu_id=102&jid=36&jaid=524 (A letöltés ideje: 2017. december 5.).
- KEREKI Judit (írta és szerk.) (2011): *Regionális helyzetértékelés a kora gyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához*. Kutatási zárójelentés. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.,http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/regionalis_helyzetertekeles_kezirat.pdf (A letöltés ideje: 2017. június 15.)
- MARTON DÉVÉNYI Éva – JORDANIDISZ Ágnes – HORVÁTH Ilona (2007): *Gondolatok a dislexia végső okairól. Az Alapozó Terápia hatása*. Budapest, Alapozó Terápiák Alapítvány.
- VEKERDY-NAGY Zsuzsanna (2006): *Konszenzus tanácskozás Seregélyes: Közös kincsiünk a gyermek*. Elhangzott hozzászólás írásos összefoglalása a konszenzus nyilatkozat számára, **www.ogyei.hu** (A letöltés ideje: 2009. május 2.).
- BNO-10 zsebkönyv* (2004): Budapest, Animula Kiadó, 134–171. p.
- DSM-5 referencia kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaiból* (2013): Budapest, Oriold és Társai Kiadó és Szolgáltató Kft., 77–109. p.
- EMMI szakmai irányelve a fejlődésneurológiáról és a neuroterápiáról, *EüK.*, 18. sz., http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2596/fajlok/EMMI_szakmai_iranyelve_fejlodesneurologiarol.pdf, (A letöltés ideje: 2018. július 20.).
- „Közös kincsiünk a gyermek” – Nemzeti Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Program (2005): Országos Egészségfejlesztési Intézet.

ISBN 978-615-5944-06-2

Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.

Székhely: 1134 Budapest, Tüzér utca 33–35.

E-mail: ugyfelszolgalat@csbo.hu

Tel.: +36 70 500 1626

www.gyermekut.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: efop195@csbo.hu



www.gyermekut.hu